



MULLERES
EN
SITUACIÓN
DE
EXCLUSIÓN
SOCIAL

DOSSIER DE PRENSA:

ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCIÓN, VALORACIÓN E
POSIBLES PROPOSTAS DE MEJORA





Presentación do Estudo “Percepción, Valoración e Propostas de Mellora: A Muller en situación de Exclusión Social” de Médicos do Mundo en Vigo.

“Non hai barreira, pechadura, nin ferrollo, que poidas impoñerlle á liberdade da miña mente”

Virxinia Wolf

Médicos do Mundo é unha asociación de solidariedade internacional e independente que promove, a través do compromiso voluntario, o desenvolvemento humano mediante a defensa do Dereito fundamental á saúde e unha vida digna para tódalas persoas, especialmente para aquelas que viven en situación de pobreza, inequidade de xénero e exclusión social ou son vítimas de crises humanitarias, non só nos países do Sur, senón que traballamos tamén cós colectivos excluídos da Sociedade do Benestar.

Médicos do Mundo é unha asociación dirixida polos socios e as socias que participan de forma voluntaria e que teñen unha implicación política e económica. Máis de 800 persoas voluntarias colaboran na entidade, participando, sobre todo, nas 12 sedes ca organización ten en outras tantas Comunidades Autónomas. Esta organización tamén a forman as máis de 700 persoas contratadas e as miles de donantes que apoian os esforzos da organización por loitar contra tódalas enfermidades incluída a inxusticia.

En Galiza, a Sede autonómica ubícase en Santiago de Compostela, cunha delegación en Vigo onde tamén está localizado o Programa CEREDA (Centro de Redución de Danos) dende o 2001. É un centro de baixa esixencia para persoas cun uso problemático de drogas, co obxectivo de facilitar o acceso á rede sociosanitaria normalizada.

Este Estudo foi realizado por voluntarias do **Grupo de Movilización en Drogas de Vigo**, grupo de activismo que traballa a prol dos Dereitos das persoas consumidoras que se atopan nunha situación de exclusión social dende a filosofía de Redución de Danos asociada a calquera ámbito da súa vida (consumo, sexualidade, relacións, etc). O obxectivo principal do Grupo é defender os Dereitos Humanos, visibilizando as situacións de inxustiza social e denegación de Dereitos e denunciando as vulneracións que se dan dos mesmos.

CONTACTO MEDIOS:

Nieves Turienzo, Presidenta de Médicos do Mundo en Galicia.

Elena Gil Rodríguez, voluntaria membro do equipo técnico do Estudo.

Tlf. 986.434.801 / 630.980.081

vigo@medicosdelmundo.org



O ESTUDIO: XUSTIFICACIÓN, OBXETIVOS, METODOLOXÍA.

Cando cumprimos dez anos de intervención na cidade, pensamos na necesidade de realizar un achegamento á parte da poboación que acode ao centro, e da que nunca se realizou unha detección de necesidades: **as mulleres en situación de exclusión social severa**, co obxectivo de coñecer máis a súa realidade, de valorar a satisfacción dos recursos que ofrece a asociación e, a percepción que teñen elas da súa propia situación e as posibles alternativas para cambiala. Así nace a principios do 2011 este “Estudio de Percepción, Valoración e Propostas de Mellora”.

Dende a intervención constatáramos que as mulleres coas que traballamos, atópanse nunha posición aínda máis vulnerable, sendo maior tamén, o risco para a súa saúde física e mental. Ás problemáticas comúns a homes e mulleres, súmase a falta de recursos específicos para elas, a non incorporación da perspectiva de xénero nos que xa existen, o que supón un menor acceso e menor adherencia a programas/tratamentos: escaso número de camas nos albergues da cidade (unha por cada cinco) que son de titularidade relixiosa, e existindo só unha cama para desintoxicación hospitalaria...; a violencia verbal, física e sexual nalgúns casos coa que debe convivir, as relacións de dependencia coa parella froito da busca de protección, sustento... son varios factores que comentan na entrevista inicial de ingreso o recurso.

Entendemos a exclusión social coma un proceso acumulativo de factores negativos que deixan fóra da vida social a persoa, e que vai unida a unha elevada dificultade para superar a situación de marxinación, que inclúe a falta de ingresos, debilitamento dos lazos sociais e familiares, estar fóra do mercado laboral, descenso da participación social. O limiar da pobreza na que se manteñen, incapacita en gran medida a posibilidade de desenvolverse á hora de exercer dereitos básicos de acceso á sanidade, á educación, ao desenvolvemento das competencias profesionais e a desenvolver unhas relacións sociais e familiares coas suficientes garantías de éxito.

Co obxectivo de achegarnos dun xeito formal e estruturado, que servira para a recollida de información, sondeamos a súa opinión, a súa experiencia nas situacións de rúa e a súa vivencia, e realizamos un estudo cuantitativo mediante cuestionario, pero tamén cualitativo en base a entrevistas individuais que nos achegaron ós datos que buscábamos.



RECOMENDACIÓNS:

1 Creación de espazos de iguais onde as mulleres poidan compartir, aprender e sentir nun espazo onde se sintan protexidas e con liberdade de expresión. Así como a creación dunha rede de apoio e confianza coas responsables de atención primaria e consolidar a relación existente na atención especializada.

2 Formación sobre os seus dereitos sexuais e reprodutivos e de técnicas de relación e comunicación para poder exercelos.

3 Información e formación sobre violencia contra a muller e ruptura do vínculo de dependencia cos homes.

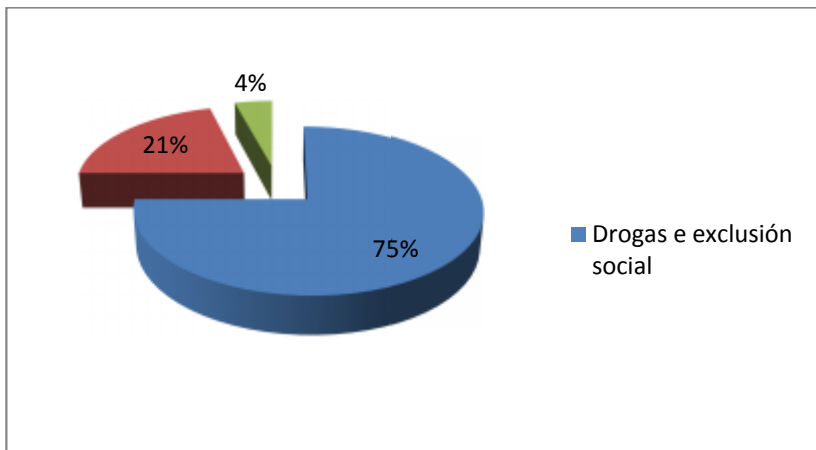
4 Programas e recursos asistenciais para mulleres (pisos, albergues, centros inclusión social, camas para desintoxicación hospitalaria, centros residenciais...) onde se teñan en conta a perspectiva de xénero e se faga un achegamento á detección e diagnóstico da violencia e do seu estado xeral de saúde.



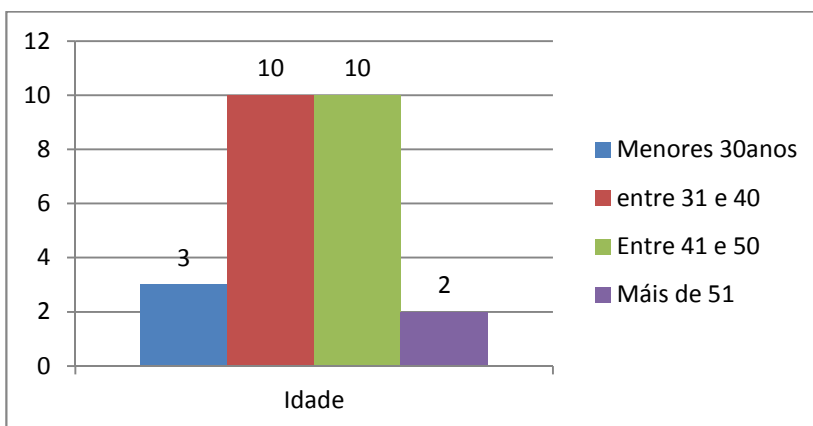
PERFIL DA MULLER EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL NO CEREDA: Análise cuantitativa.

En canto ao perfil xeral podemos concluír que a muller que acode ao CEREDA é española, de entre 30 e 50 anos (40 anos de media), cunha problemática de drogas que inflúe de maneira principal no seu proceso de exclusión. Vive en parella e ten fillos/as cós/ás que xeralmente non convive. Cobra unha prestación social menor de 400 €/mes, vive nunha vivenda alugada ou ocupada e está en situación de desemprego. Dispón de tarxeta sanitaria.

Colectivo principal

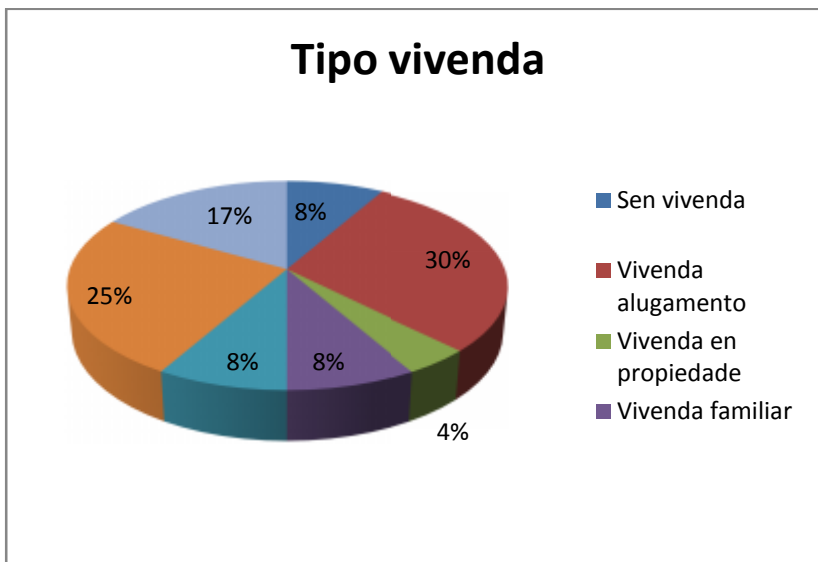
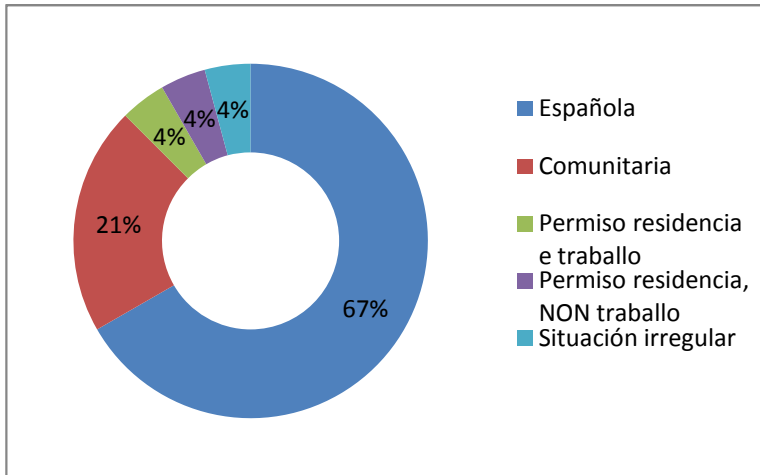


Idade por intervalos





Nacionalidade-situación administrativa





DIMENSIÓNS DAS MULLERES DO CEREDA: Análise cualitativa.

“A muller non é un ser débil, pero temos debilidades”.

Entrevistada n.º 15.

As mulleres, especialmente as que se atopan nunha situación de exclusión social tan severa como é estar na rúa, precisan contar e falar delas.

Existen moitos dós persoais sen elaborar e resolver por falta de espazos, tempos e apoios (tiña que facer pola vida, non me deixaron chorar etc.). As diversas situacións de violencia e rexeitamento que viven e viviron, son asumidas como responsabilidades propias e non se quere profundar na implicación e pegada que esas situación deixaron nas súas vidas. Un especialmente doloroso e presente é o da maternidade que, en moitos casos, vese frustrada ou foi non planificada en momentos vitais difíciles.

Constatamos ademais que non poden exercer os seus dereitos sexuais e reprodutivos o que incide nas mulleres cunha dobre discriminación:

- Vulneración dos seus dereitos fundamentais.
- Vulneración ante infeccións de transmisión sexual e embarazos non desexados, ademais da vulnerabilidade ante a violencia contra as mulleres.

Resaltamos novamente a existencia de vínculos de dependencia e busca de protección nos homes, tanto nas súas parellas como relacións sexuais, e basear as relacións en premisas de non pracer e non afectividade. Isto é especialmente relevante se temos en conta que non existe unha consciencia do trato diferencial por ser muller: ven que hai menos recursos para elas, que teñen mais risco de sufrir agresións físicas e sexuais etc., pero non o relacionan cunha cuestión de xénero, é unha situación fortemente asumida e normalizada.



Existe unha percepción negativa de si mesmas, cunha autoestima case inexistente na maioría das entrevistadas debido, segundo elas, a non cumprir as expectativas sociais sobre as mulleres (non cumprir o rol de nai: ser unha boa nai), por ter exercido a prostitución, por ser consumidora de drogas (“iso as mulleres non o fan”) etc. E, sobre todo, unha percepción negativa da súa saúde cun forte predominio das problemáticas de saúde mental.

Pareceunos especialmente relevante a contradición entre a percepción negativa que teñen sobre as mulleres e a relación entre elas, e que pola súa vez pidan espazos de xuntanza onde poder crear redes de apoio e compartir experiencias e información e poñen como exemplo moi positivo os grupos de mulleres creados no CEREDA. Con todo isto, vemos que o discurso de “as mulleres somos malas entre nós”, é facilmente desmontable si se traballa e xestiona, e se ofrece un espazo de seguridade e alternativa á rúa, onde os funcionamentos e dinámicas de supervivencia están sempre xogando un papel determinante.

As mulleres reclaman ser atendidas en servizos máis próximos, nos niveis primarios de atención xa que a derivación á especializada “estigmatízaas”. Piden ademais que non se base só en tratamentos farmacolóxicos, precisan unha intervención personalizada, baseada na relación cálida e de confianza entre o/a profesional e a usuaria, cunha maior implicación de todas as partes no proceso e unha maior preocupación no que lles está a acontecer.

Por último, queremos resaltar que pese a ter en conta como obxectivo prioritario do programa CEREDA a redución de riscos na saúde, non valoramos adecuadamente no estudo a dimensión de autocoidados, prácticas de risco e percepción da saúde. Temos en conta para posteriores edicións que é imprescindible incidir nestas cuestión e atender a que realmente non existe unha percepción positiva da súa propia saúde, e que se intúen moitas prácticas de risco sen control preventivo nin xinecolóxico nin serolóxico.



Dimensións privadas/íntimas da muller:

AUTOESTIMA

A maioría das mulleres do estudo comentan ter un unha autoestima normal ou media, pero a extracción que se obtén das respostas ao longo de todo o estudo, permítenos deducir que realmente o nivel de autoestima e o autoconceito que elas teñen de si mesmas, é baixa. Esta ademais vese reforzada negativamente por pensamentos de fracasos e pola imposibilidade de recuperar parcelas perdidas, así como a necesidade de recoñecemento exterior.

“Doume noxo e síntome sucia”;

Participante n.º 2.

*“Creo que son moi reservada,
estou cerrada a todos e a todo”*

Entrevistada n.º 10.

AUTOCOIDADOS

En xeral, non existe a conciencia da necesidade de autocoidados persoais e de saúde.

Valoración xeral do seu estado de saúde:

A maior parte das mulleres manifestan que o seu estado de saúde, en xeral, é moi malo. Case todas as mulleres están a tratamento na Unidade de Saúde Mental e 17 reciben asistencia e tratamento na UAD. En ambos os casos, falamos de tratamentos de longa duración, pero sen cambios na súa percepción da problemática ou enfermidade, o que vai a influír negativamente na súa adherencia ao tratamento e recursos

*“Antes si, coidábame máis,
agora realmente déixome ir”.*

Entrevistada n.º 9.

Existencia de axenda de saúde:

Aínda que case todas as mulleres manifestan ter un certo control do seu estado de saúde en xeral, a maioría non acoden a revisións xinecolóxicas nin valoran a necesidade de acudir ao médico, salvo cando se atopan mal. Mantense polo tanto a crenza de que a saúde é equivalente a “non enfermidade”, non tendo en conta o papel preventivo e de mantemento da saúde.

Coñecemento previo e posterior da VIH e do estado serolóxico:



Resaltar que da totalidade de mulleres entrevistadas, 8 conviven co VIH, das cales 6 ademais están coinfectadas pola VHC. Das restantes, 7 son portadoras da VHC e 2 descoñecen o seu estado serolóxico aínda que afirman que mantiveron prácticas de risco.

Prácticas de risco:

Existe unha constatación de existencia de prácticas de risco en 19 de 24 mulleres que sumado ao descoñecemento, en xeral, do seu estado serolóxico e xinecolóxico actual, revela a importancia de seguir traballando prioritariamente na intervención sanitaria dende o enfoque de redución de riscos.

Adherencia ao tratamento, fármacos e apoio terapéutico:

Case todas as mulleres refiren seguir adecuadamente as súas citas e prescricións médicas e terapéuticas, valorar que o trato persoal é o que mais lles inflúe á hora de seguir ou non as pautas e acudir aos recursos. É certo que si se reflicten algúns abandonos de tratamento por cansazo e aburrimiento das pautas sen acadar obxectivos visibles, polo que supón de “afrontamento de ter unha enfermidade” e por malas relacións cos/coas profesionais.

Por último, resaltar a petición de numerosas mulleres de que existan máis tratamentos baseados no apoio terapéutico e non só no farmacolóxico.

“cando non a tomo sinto que podo facer unha vida normal e que non pasa nada. Cando a tomo, sinto que teño VIH e non teño unha vida normal e sintome mal”.

Entrevistada n.º 2.

Relación do consumo de drogas e a súa situación actual:

Das mulleres entrevistadas que son consumidoras en activo de drogas, aparecen tres variables significativas:



1. escaso apoio nos tratamentos que cambien os hábitos e traballen o consumo, ademais do apoio farmacolóxico: existe un mantemento dos mesmos hábitos, ritmos, e situacións vitais anteriores á entrada nas UAD, o que elas relacionan co fracaso ou debilitamento nos seus procesos de recuperación.
2. Nas consumidoras en activo existe un maior grao de dificultade para conciliar os cambios pola súa situación de consumo/exclusión social.
3. Existe unha valoración moi negativa do seu consumo como factor de exclusión social, perda de saúde en xeral, perda de relacións sociais etc.

SAÚDE MENTAL

Os datos obtidos tras as entrevistas con relación á saúde mental das mulleres en situación de exclusión social, reflectir altas taxas de incidencia de trastornos de ansiedade e/ou depresión asociados a sucesos de abusos/violencia e a situación da rúa, especialmente, e ao paso por prisión e polo exercicio da prostitución nalgúns casos.

En relación con todo isto, convén resaltar a alta taxa de intentos de suicidio que se mostran nos resultados obtidos.

DEREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Existe unha total inexistencia de goce e acceso dos dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres entrevistadas: moitas enfrontáronse a maternidades frustradas, non desexadas e difíciles.

É relevante a elevada taxa de interrupcións voluntarias do embarazo e embarazos non desexados. Falamos que de 24 mulleres, 19 non planificaron os seus embarazos e todas as mulleres do estudo, excepto unha, tiveron algún aborto nun intervalo que vai dende 1 ata 12.

Neste mesmo análise dos datos obtidos, explicamos máis adiante

“gustariame decidir querer ter un fillo”

muller con tres fillos/as e un aborto. Entrevistada n.º 11



como a maternidade, a familia e, en especial, a relación cos/coas fillos/as, é un dos piares fundamentais para as mulleres entrevistadas. En moitos casos é a única meta e expectativa vital e o motor motivacional para o cambio e superación da súa situación. Existe un sentimento de maternidade moi presente e vivo confrontado coa realidade de que só 4 das 11 mulleres do estudo que teñen descendencia, viven ou teñen relación cos/coas seus fillos/as. Así mesmo, en ocasións, ao longo das entrevistas, moitas mulleres manifestan como estas responsabilidades familiares inflúen no seu proceso de integración social e as dificultades que isto implica para acceder e gozar de certos servizos e recursos asistenciais.

Podemos comprender, polo tanto, ata que punto o historial de maternidades sobrevidas, non elixidas, non gozadas e truncadas, son feridas en moitos casos abertas e que supoñen unha gran dor e unha afectación no benestar e equilibrio emocional e persoal das mulleres do estudo.

EXPECTATIVAS/METAS VITAIS

Case todas as mulleres teñen como expectativas vitais a recuperación de parcelas perdidas na súa vida: reestablecemento de relacións familiares (a prioridade é a recuperación da relación cos/coas fillos/as e despois o resto da familia), acadar un traballo e conseguir un fogar e, por último, chegar a integración social total.

Pero para iso, establecen unas metas a corto e medio prazo que teñen que superar:

- Superación da situación actual: consumo, exclusión, paro, enfermidade etc.
- Independencia: da parella, da familia, dos servizos sociais etc.
- Restauración da súa vida anterior.

É imprescindible engadir que nalgúns casos, as mulleres non foron quen de establecer metas na súa vida e referían sentir que non tiñan expectativas sobre ela.



Dimensións externas/contorno da muller:

REDE APOIO

Aínda que teñamos en conta a familia, os/as amigos/as ou a parella, a case totalidade das mulleres entrevistadas afirman que non contan con rede de apoio. As mulleres que se atopan nunha situación de exclusión social, especialmente as que viven na rúa, séntense moi soas e carentes de persoas de apoio-escape-soporte emocional, xusto en momentos e situacións especialmente difíciles e complexas.

“A xente pensa que non vallo nada, non te axudan. Ás veces dáme vergonza!”.

Entrevistada n.º21.

Familia:

Das que manifestan ter relación ca familia extraemos que son relacións de sustento económico ou de convivencia nalgún caso, pero non se establecen relacións afectivas baseadas en criterios de confianza-aceptación-sinceridade.

É especialmente significativo que as mulleres consumidoras ou ex-consumidoras de drogas, refiren “ter a culpa” do distanciamento coas familias por mor do seu consumo.

Se temos en conta, como vimos anteriormente, que para elas é importante o restablecemento das relación familiares como un factor importante para a súa vida e para a súa recuperación e integración social, podemos comprender ata que punto a ausencia de contacto e relación significativa actual coa familia pode estar influíndo no seu benestar persoal.

Amigos/as:

Case todas as mulleres manifestan non ter amigos/as entendendo que sexan relacións de confianza, e moitas consideran que prefiren non telos (como modo de protexerse e por



distancias), e que en caso de telos/as prefiren que sexan do mesmo círculo para non sentirse diferentes. Hai que ter en conta, especialmente, que ningunha mantén relacións estables e significativas doutras épocas ou situacións, excepto as que viven coas súas familias.

En resumo, as relación sociais das mulleres na rúa son principalmente relacións de “colegas”, compañeiros/as de consumo, de pernoita ou asistencia aos recursos, pero sen que establezan relación significativas ou de apoio emocional real. Extráese unha enorme sensación de soidade non elixida, a pesar de que si sexa usada como “escudo de protección” ante os/as demais.

“É raro falar con alguén de fora da droga, tes un áurea yonki”.

Entrevistada n.º 17.

Parella

“Non me sinto libre na miña parella, teño que darlle explicacións constantemente de con quen vou, onde etc. É celoso. El toma as decisións importantes”.

Entrevistada n.º20.

Na maioría dos casos a relación coa parella non está baseada nun sentimento afectivo forte ou nunha relación de apoio mutuo. Búscase a protección e o abastecemento económico ou de consumo de drogas. Maniféstanse, polo tanto, relacións de dependencia cas súas parellas: social, economicamente e dende o punto de vista afectivo e sexual. A protección que supostamente lles brindan ten un dobre xogo que valoran de maneira negativa, xa que elas terían que asumir as responsabilidades diarias e conseguir sustento económico, mentres que á hora de tomar decisión sobre o que fan ou a onde acoden, non son libres e teñen que someterse ao criterio da parella por medo, abusos ou temor a ser rexeitadas.

RELACIÓNS HOMES- MULLERES

En xeral, as mulleres entrevistadas non teñen unha percepción da desigualdade ou do desequilibrio de poderes dentro das relación home-muller. Os roles de xénero están fortemente arraigados e asumidos, de xeito que estas desigualdades son vividas con naturalidade xa que “é o normal”.



As mulleres que si describen unha diferenza nas relacións, basean estas con relación a tres criterios que se repiten ao longo de todas as entrevistas:

- Relación de aproveitamento mutuo: os homes queren favores sexuais, as mulleres seguridade e protección.
- Relación conflitiva: existe abuso e uso da forza se non cumpre con el.
- Exercicio da prostitución dentro da parella e fóra como medio de supervivencia.

Non hai un acordo entre a diferenza da amizade entre homes e mulleres, pero si se destaca que na rúa a amizade entre mulleres é máis difícil porque teñen que rivalizar (as mulleres somos máis malas), están cargadas de inseguridades e desconfianza.

PERCEPCIÓN SOCIAL

Aínda que a maioría das mulleres manifestan non saber cal é a percepción social das demais persoas sobre elas, os comentarios que realizan ao longo de toda a entrevista afirman que se senten xulgadas e discriminadas dobremente: por ser muller e por estar na rúa.

Como comentaremos na dimensión de recursos asistenciais, a vergonza, o pudor por ter que acudir aos servizos sociais, a culpa de estar nesa situación, respíranas nas miradas e nos comentarios doutras persoas, da sociedade. As que si refiren sentir esa percepción diferente, relatan que as miran dun xeito que non se corresponde con como son en realidade: na rúa teñen que ser desconfiadas, estar á defensiva, preséntanse “sen problemas” aínda que os teñan, ou son distantes para protexerse.

VIOLENCIA DE XÉNERO

A realidade que se nos mostrou é especialmente cruenta e preocupante. Das 24 mulleres entrevistadas 20 refiren violencia sexual, física e/ou emocional ao longo da súa vida. Algúns destes abusos sexuais empezaron na infancia (13 mulleres) por familiares: país, tíos etc.



En xeral, a violencia é exercida pola parella e por outros homes do seu contorno máis próximo, e existen tamén algúns casos de violencia ou abusos por parte de descoñecidos.

As implicacións no seu benestar e na súa vida que lles ocasionou esta violencia son, principalmente, a sensación de malestar profundo e dificultade para falar ou recordar os episodios, serios problemas de saúde mental (incluídos intentos de suicidio) e problemas á hora de afrontar novas relacións afectivas e sexuais.

RECURSOS SUPERVIVENCIA

A maior parte das mulleres que participaron no estudo afirman ter algún apoio económico, no pasado ou no presente, a través das diferentes prestacións económicas sociais: RISGA, PNC e RAI e que en ningún caso superan os 500 € mensuais, moi por debaixo do salario mínimo interprofesional, tomado como referencia para valorar a suficiencia ou non de recursos para o mantemento persoal.

É por isto, que todas intentan “facer por vida”: vender roupa, limpar e coidar anciáns en domicilios particulares sen contrato, venda de drogas, favores sexuais especialmente para sufragar consumos de droga etc.

En case todos os casos existe unha dependencia dos servizos sociais e asistencias para cubrir as necesidades básicas: alimentación, roupeiro, servizos hixiénicos etc. Polo tanto, é difícil “dar o salto” cara a adiante, saír do círculo da exclusión porque a necesidade mantenas dependentes de entidades e recursos sociais.

Delitos:

As mulleres que refiren condenas por delitos ou cumprimento de cárcere, manifestan que o paso por prisión as volveu máis vulnerables e que as marcou dobremente: a experiencia negativa vivida e a etiqueta que queda de por vida, uns antecedentes que non “se borran”. Con relación a esta situación de privación de liberdade, comezan nalgúns casos problemas



importantes de saúde mental: especialmente ansiedade, depresión etc.

Resulta especialmente relevante que na maioría dos casos, os delitos cometidos foron coa súa parella, o que relacionamos coa dinámica de dependencia que se establece entre homes e mulleres e da que falamos ao longo do estudo por ser unha constante que alcanza e lles afecta a todos os niveis da vida da muller en exclusión social.

Prostitución:

“Quedei marcada, aféctame á miña sexualidade, facémolo porque está aí, os homes pidencho”
Entrevistada n. 95.

Existe entre as mulleres entrevistadas un sentimento compartido de valorar a prostitución como unha “oportunidade” de gañar diñeiro (obter drogas, protección etc. a cambio de favores sexuais non é percibido como unha forma de prostitución) e unha percepción de que “son as demais” as que se dedican a estes temas, pese a que só a metade recoñece que exerce ou exerceu a prostitución. Creemos que a explicación deste pensamento de que “as demais si se prostitúen pero eu non” esconde novamente sentimentos de culpabilidade e vergonza e, como explicabamos no primeiro parágrafo, a crenza de que se o que se intercambia non é diñeiro, non é prostitución.

RECURSOS SOCIO SANITARIOS

Valoración do CEREDA:

Todas as mulleres entrevistadas fan unha boa valoración do recurso como un espazo de tranquilidade e seguridade, alternativo á rúa, onde realmente se senten aceptadas tal como son, sen prexuízos. Os aspectos que valoran máis para acudir ao CEREDA son o trato próximo, persoal e os afectos: ser tratadas con cariño e respecto, ser saudadas e recoñecidas polo seu nome.

Resultáanos curioso que ningunha muller relate sentir un trato diferente das profesionais e persoal voluntario por ser muller ou home, tendo en conta que si existe unha política de discriminación positiva cara a elas dentro do programa (por exemplo, prioridade á hora de



participar na formación).

Aínda que, en xeral, non fan propostas de mellora (tendo en conta que a entrevista é persoal cunha técnica do CEREDA, pode haber certa limitación á hora de facerlle críticas ao servizo), si que nalgún caso se relatán algunhas que explicamos a continuación:

- Ampliar a oferta formativa.
- Ampliar os horarios e abrir as 24 horas todos os días do ano.
- Posibilidade de creación de espazos propios para as mulleres, tanto no CEREDA como nos demais recursos.
- Necesidade de ampliar a oferta lúdica do servizo (películas, obradoiros de traballos manuais etc.).

Para rematar este punto, non queremos deixar pasar dúas respostas que nos chamaron especialmente á atención: por unha banda, unha das mulleres comenta que lle incomoda ter que aportar datos identificativos (inicias, data de nacemento, país de orixe) para a recollida de material preventivo (preservativos, *kit* inxección segura etc.) e prefire non ter que dicilos. Por outra banda, outra muller solicita que exista un aseo específico para mulleres xa que no CEREDA o baño é unisex (isto está relacionado coa necesidade de intimidade e seguridade persoal da que falaremos no seguinte punto).

Outros recursos sociais da cidade:

Cando preguntamos polas barreiras que lles impiden a elas mesmas, ou que elas cren que lles impiden a outras mulleres, o acceso aos recursos sociais da cidade, todas as respostas coinciden en afirmar que é a vergonza o factor determinante para impedir o acceso normalizado. Asociada a esta vergonza, está a valoración social negativa de estar na rúa, a estigmatización das mulleres que teñen que acudir aos recursos sociais e/ou asistenciais da cidade. Sae á luz o medo ás etiquetaxes sociais, a ser sinaladas, e ten moita relevancia nelas a percepción que os/as demais, a sociedade, ten delas. En moitos casos, mestúranos con sentimentos de culpabilidade e que explicaremos con máis detalle na subdimensión de



percepción social.

Outro factor importante de barreira no acceso aos recursos é a dependencia (afectiva, económica, de protección etc.) nas súas relación cos homes, e que foi explicada en dimensións anteriores. Nalgunhas ocasións, están sometidas ao permiso do home para acudir ou non aos diferentes servizos.

Por último, comentan a dificultade de conciliar as responsabilidades e cargas familiares coa asistencia e participación nos diferentes recursos e programas: se tes fillos/as menores de idade non podes entrar, os procesos de intervención delas están relacionados co cumprimento de obxectivos cos/coas fillos/as pero non ocorre o mesmo nos varóns etc.

Non senten un trato diferencial entre os profesionais homes ou mulleres, pero si lles gustaría que ambos os casos fosen máis próximos/as.

En canto aos aspectos que se deben mellorar, hai coincidencia en afirmar que existen máis recursos para homes que para mulleres (resaltan que elas non teñen acceso a un albergue dos 2 que hai na cidade e que no outro as normas e condicións son diferentes para elas) *nota: na actualidade, está pendente de reapertura do primeiro Centro de Inclusión Social que si terá carácter mixto.

Cren ademais, que os recursos son insuficientes para cubrir as necesidades mínimas, teñen un horario moi restrinxido e case non hai actividade onde cubrir os tempos (certamente existe unha concentración en horario de mañá e de tarde de todos os programas, e quedan sen servizos en franxas horarias moi grandes, especialmente en horario tarde- noite).

Existe unha coincidencia total en afirmar que os recursos teñen que adaptarse ás súas necesidades específicas: especialmente relevante é a súa sensación de estar inseguras e de non contar con privacidade: séntense vulnerables a abusos por parte dos demais usuarios homes. A percepción social da relación *muller usuaria de drogas-en situación de rúa/exclusión social con prostitución-delinuencia*, déixanas nunha situación de risco de abusos e violencia física, psicolóxica e sexual por parte dos homes. Este punto está máis detallado nas dimensións de RELACIÓN HOMES E MULLERES e VIOLENCIA. Ademais reclaman que exista unha



valoración de cada caso en particular, e atender a situación individual de cada unha.

En xeral e relacionado con este último punto, existe un descoñecemento da normativa que van ter que asumir e que senten que non está adaptada ás súas necesidades, momento vital etc. (especialmente en relación ao consumo activo ou non de drogas). As mulleres consumidoras de drogas son especialmente excluídas dos recursos sociais posto que a propia dinámica do consumo, a necesidade de “facer pola vida” para mantelo, os horarios que isto supón e o feito de ter que estar abstinente para acceder, dificulta a entrada e permanencia en albergues onde non son libres de saír á hora que desexen (sempre con permiso e por razón de citas ou trámites etc).

“Tiven problemas nalgúns recursos porque te “picas” porque hai máis cousas para eles ou os tratan diferente”. Entrevistada n.º19

“Ser nais afástanos dos recursos”. Entrevistada n.º20.

Recursos sanitarios e terapéuticos:

En xeral, a valoración coas mulleres fan dos diferentes recursos sanitarios é boa no ámbito especializado (consulta VIH etc.) e de unidades asistenciais de drogas pero non no ámbito de atención primaria (AP) onde se senten discriminadas e senten que reciben un trato deficiente e inadecuado o que lles dificulta asistir e usar este recurso. Este dato é especialmente preocupante, sobre todo se temos en conta que AP adoita ser a porta de entrada aos diferentes servizos sanitarios e unha potente vía de detección doutras problemáticas sociais, psicolóxicas e persoais que podan estar influíndo na vida das persoas.

Novamente se valora como importante e decisiva a relación persoal que se establece entre o/a profesional e a muller, na adherencia aos programas e tratamentos que seguen.

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師団 ÄRZTE DER WELT ԵՎԼԻՄԱ ՌԵ ԵՎԼԻՄԱ MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医師団 ÄRZTE DER WELT

Alemania | Argentina | Bélgica | Canadá | Francia | Grecia | Italia | Japón | Países Bajos | Portugal | Reino Unido | Suecia | Suiza | España



ESTUDIO REALIZADO POR:

Grupo de Voluntariado de Movilización en Drogas

Gil Rodríguez, Elena

(traballadora social)

Lence Gestoso, María Jesús

(educadora social- pedagoga)

Rodríguez Constenla, Lucía

(traballadora social)

Torrado Silva, Patricia

(traballadora Social- coordinadora Programa CEREDA)