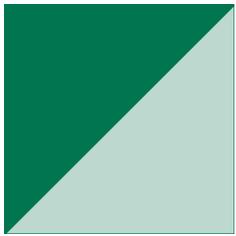


Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios



La perspectiva de la población inmigrante



Documentos Técnicos de Salud Pública

91

**Inmigración, Salud y
Servicios Sanitarios.
La perspectiva de la población
inmigrante**



Instituto de Salud Pública



Diseño y Supervisión de la Investigación.

Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
Programa de Promoción de la Salud en Colectivos Desfavorecidos.

Marisa Martínez, Sonsoles Garabato y Lourdes Martínez.

*Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales
Asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.* **Luis Seoane.**

Dirección y Realización:

Godoy & Asociados
Paloma Portero
Gladys Mattieu

Edita:

Instituto de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo.

Fecha del Informe Final.

Junio de 2004

D.L. M-2545-2005
Imprime: GRAFICAS MAE
Página web: madrid.org/sanidad

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	7
2	OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	9
	2.1. Objetivos Generales	9
	2.2. Objetivos específicos	9
	2.3. Metodología y Técnicas	10
	2.4. Diseño técnico de la investigación	10
3	PRELIMINARES	13
4	ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA DINÁMICA DE RELACIÓN ENTRE INMIGRANTE Y SISTEMA SANITARIO	17
	4.1. El significado de salud en los colectivos de inmigrantes	17
	4.1.1. <i>La salud como valor esencial</i>	17
	4.1.2. <i>La salud como algo básico</i>	24
	4.2. El sistema sanitario de referencia	29
	4.2.1. <i>Medicinas alternativas tradicionales</i>	30
	4.2.2. <i>Sistemas Sanitarios de los países de origen</i>	33
5	ACTITUDES Y VALORACIONES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	39
	5.1. Condicionantes externos para el acceso al Sistema Sanitario	39
	5.1.1. <i>La tarjeta sanitaria: significado</i>	40
	5.1.2. <i>El acceso a la tarjeta sanitaria</i>	40
	5.1.3. <i>La tarjeta sanitaria: Ventajas para el sistema sanitario</i>	43
	5.2. Comportamiento del inmigrante frente al Sistema Sanitario	44

5.2.1. <i>El origen del inmigrante</i>	44
5.2.2. <i>Manera en que opera el género en la relación con el sistema sanitario</i>	49
5.2.3. <i>Los hijos de inmigrantes</i>	51
5.3. Valoración de los distintos niveles de atención sanitaria	52
5.3.1. <i>Atención Primaria</i>	53
5.3.2. <i>Las Especialidades</i>	54
5.3.3. <i>Urgencias</i>	55
5.3.4. <i>Los Programas Educativos: Prevención y Promoción de Salud</i>	55

6 LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES COMUNICACIONALES 57

6.1. Atraer al Sistema Sanitario: la acción comunicacional como vía de actuación	58
6.1.1. <i>Justificación</i>	58
6.1.2. <i>Estilo de comunicación. Soportes y lugares</i>	59
6.2. Mantener en el Sistema Sanitario: Establecimiento de un vínculo	62
6.3. Formar al inmigrante: una nueva cultura sanitaria	64
6.3.1. <i>Las acciones informativas</i>	64
6.3.2. <i>Las acciones formativas: cursos y talleres</i>	65

PRESENTACIÓN

El Programa de Salud Pública en Colectivos Desfavorecidos, cuyo objetivo general se resume en *“Contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y fomentar la equidad, incluyendo paulatinamente a los colectivos desfavorecidos en los programas de salud pública”*, considera a los inmigrantes como un colectivo de actuación preferente.

En el marco de diferentes acciones dirigidas a este colectivo en el 2003, el Programa consideró como un objetivo básico: *“Identificar y conocer las necesidades en salud de los inmigrantes de la Comunidad de Madrid”*. A tal fin, propuso la realización de un *“Estudio cualitativo sobre las creencias, actitudes, opiniones y percepción sobre la salud-enfermedad y las dificultades en el acceso al sistema sanitario de los distintos colectivos de inmigrantes de la Comunidad de Madrid”*.

El interés estratégico del estudio que se presenta se ubica en la posibilidad de optimizar la relación del inmigrante con el sistema sanitario, sirviendo de base para diseñar acciones de Prevención y Promoción de la Salud adaptadas a su idiosincrasia, a su propia cultura de salud, así como a las necesidades y dificultades que surgen de la propia situación de inmigración.

La investigación tiene, por tanto, un carácter **eminente práctico** desde la óptica asistencial y desde la óptica de la prevención y la promoción de la salud, con el objeto central de orientar las acciones del Programa de Salud Pública en Colectivos Desfavorecidos, fundamentalmente en las siguientes direcciones:

- Servir de base para diseñar acciones comunicativas que permitan *“favorecer el conocimiento y la accesibilidad de la población inmigrante a los recursos socio-sanitarios y a los programas de salud”*.
- Servir de base documental y estratégica para el diseño de *“Programas de Formación de los profesionales sanitarios sobre las variables socioculturales que inciden en la salud de los inmigrantes”*.
- Orientar la puesta en marcha de *“experiencias piloto de mediación Intercultural en Salud, mediante la contratación de mediadores sociales interculturales, para trabajar en Atención Primaria y Especializada”*

En general, la investigación también fue concebida con el objetivo práctico de poner a disposición de las múltiples instituciones y agentes promotores de salud que trabajan con inmigrantes y que operan en nuestra Comunidad los resultados que aporte el estudio para su utilización en sus diferentes proyectos.

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Salud Pública y Alimentación

INTRODUCCIÓN

El reto que supone la integración de la población inmigrante en nuestra Comunidad atañe de forma muy especial al Sistema de Salud, tanto en su dimensión asistencial como en su dimensión de Salud Pública.

La “integración sanitaria” de los inmigrantes, cuyo objetivo axiológico fundamental debe ser reducir las desigualdades y fomentar la equidad en salud, pone en primer plano de preocupación **el problema del acceso a los recursos sanitarios**. La situación de inmigración, especialmente la económica, puede generar sensibles dificultades al respecto, entre las que cabría enumerar las más evidentes:

- Imposibilidad práctica, asociada a la situación de irregularidad y a la consecuente dificultad de acceso a la tarjeta sanitaria.
- Inhibiciones asociadas a las condiciones de marginalidad o explotación laboral.
- Barreras idiomáticas.
- Barreras culturales, asociadas a concepciones distintas de la salud y de la enfermedad, así como de la función de la acción sanitaria y de los agentes de salud.
- Barreras consuetudinarias, asociadas a la relación previa con el sistema sanitario del país de origen, especialmente cuando éste

no garantizaba el acceso gratuito y universal a los servicios públicos.

- Barreras relacionadas con el desconocimiento de los recursos sanitarios y/o de los trámites o procedimientos necesarios para acceder a ellos.
- Barreras relacionadas con el desconocimiento de los derechos de salud que les asisten.
- Barreras o inhibiciones asociadas a la experiencia previa o a la expectativa de obtener tratos discriminatorios o xenófobos.

La presente investigación tiene como objetivo último el conseguir despejar todo este panorama:

- Identificar los problemas que inhiben, dificultan o condicionan el acceso pleno de los inmigrantes al sistema sanitario y a los servicios de salud, tanto paliativos como preventivos, de educación sanitaria y promoción de la salud.
- Determinar cuáles son más importantes y cuáles más secundarios.
- Identificar o comprender las causas que actúan en la base de semejantes problemas y, por tanto...
- Avanzar en el terreno de su eventual solu-

ción mediante el esbozo de acciones específicas a realizar tanto sobre los colectivos de inmigrantes, como sobre el propio Sistema Sanitario y sus agentes.

El texto que se presenta constituye el informe final realizado para el Instituto de Salud Pública, y tiene como finalidad la exposición de resultados de la Investigación llevada a cabo con tres colectivos de inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid; a saber: latinoamericanos (ecuatorianos y colombianos), subsaharianos (nigerianos y guineanos) y marroquíes.

Inscrita en el marco del Programa de Salud Pública a Colectivos Desfavorecidos, donde uno de sus objetivos básicos es el *“Identificar y conocer las necesidades en materia de salud*

de los inmigrantes de la Comunidad de Madrid”, la investigación surge como deseo de explorar el discurso de los colectivos de inmigrantes señalados anteriormente sobre sus creencias, opiniones y percepción en relación a la salud/enfermedad, así como sus dificultades en el acceso al sistema sanitario.

La investigación se realizó en el área metropolitana de la Comunidad de Madrid; y el trabajo de campo fue cubierto durante los meses de julio y septiembre del 2003.

Los objetivos concretos de investigación planteados y aprobados por el Instituto de Salud Pública así como la metodología y técnicas utilizadas en la recogida de información se especifican en los apartados siguientes.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales que se han cubierto en esta investigación son:

- Identificación de los problemas que intervienen en el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario y a los servicios de salud.
 - Estructura de los mismos.
 - Causas y motivos que operan: intrínsecos a la cultura del inmigrante y aquellos que se establecen en el proceso de relación con el sistema sanitario.
- Vías posibles de solución
 - Acciones específicas a realizar.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- EL bagaje cultural –sanitario previo:
 - Concepción de salud y enfermedad para los inmigrantes; diferencias en función del origen y la edad.
 - Relevancia de prácticas alternativas tradicionales de actuación sanitaria.
 - El sistema sanitario de referencia.
- La salud en el contexto de la inmigración.
 - Influencia y repercusión de las condiciones de vida.
 - Concepto de lo físico y lo psíquico
 - Aspectos comunes entre los distintos colectivos de inmigrantes estudiados.
- El conflicto cultural-sanitario.
 - Diferencia y similitudes entre sistema sanitario de referencia y el de acogida.
 - Resistencias al modelo de acogida.
 - Valoración del sistema sanitario de nuestra sociedad.
 - Detección de espacios susceptibles de modificación y/o mejora.
- Proceso de articulación con el sistema sanitario del país de acogida.
 - Vías de acceso: demandas.
 - Frenos de acceso.
 - Hábitos y valoración de los servicios conocidos
 - Actitudes frente al sistema y las figuras que lo conforman y problemas específicos de la relación.
- Vías de actuación posibles.

2.3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

La metodología utilizada para la cobertura de los objetivos señalados fue la cualitativa, articulada técnicamente a través de Grupos de Discusión y Entrevistas Abiertas.

En total se realizaron 6 Grupos de Discusión y 12 Entrevistas Abiertas entre inmigrantes.

Las variables que se consideraron en el trabajo de campo realizado con los inmigrantes fueron:

- Lugar de residencia: Residentes en el área metropolitana de Madrid.
- Situación sanitaria: La situación “sin tarjeta sanitaria” fue considerada, pero la mayor parte de la información se obtuvo de **personas en posesión de tarjeta sanitaria**.
- Origen: Marroquíes. Subsaharianos (Nigeria, Guinea Ecuatorial) y Latinos (Ecuador y Colombia).
- Sexo: Al 50%.

- Edad: Inmigrantes entre 25 y 45 años.
- Situación familiar:
 - Sin pareja/con pareja.
 - Agrupados y desagrupados
 - Con hijos/sin hijos

Además, se realizaron 10 Entrevistas Abiertas entre diversos agentes sanitarios y diferentes asociaciones e instituciones vinculadas a los colectivos de inmigrantes objeto de estudio.

2.4. DISEÑO TÉCNICO DE LA INVESTIGACIÓN

Población Inmigrante: Se realizaron 6 Grupos de Discusión y 12 Entrevistas Abiertas

Agentes Sanitarios: 8 Entrevistas Abiertas y dos **entrevistas piloto** a:

- *Asociación Karibú.*
- *Centro de Salud Navas de Tolosa*

Diseño de Grupos de Discusión:

	MUJERES	HOMBRES
LATINOS	G.D.1 Sin pareja Indistintamente con o sin hijos 25-30 años	G.D.2 Con pareja. Desagrupados. Con hijos 31-45 años
MARROQUÍES	G.D.3 Con pareja. Agrupadas. Al menos el 50% con hijos 31-45 años	G.D.4 Sin pareja. 25-30 años
SUB SAHARIANOS	G.D.5 Con pareja. Desagrupadas (Hijos no residen en España) 25-30 años.	G.D.6 Con pareja. Agrupados. Con hijos. 31-45 años

Diseño de Entrevistas:

LATINOS	MARROQUÍES	SUB SAHARIANOS	INSTITUCIONES
<p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.1: Sin pareja. ✓ E.A.2: Con pareja/Desagrupado. 	<p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.5: Con pareja Agrupado. Hijos ✓ E.A.6: Con pareja/Desagrupado. Hijos 	<p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.9: Sin pareja. ✓ E.A.10: Con pareja/Desagrupado. Hijos 	<p>Trabajadores/as sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.13: Médico ✓ E.A.14: Médico. ✓ E.A.15: ATS ✓ E.A.16: ATS ✓ E.A.17: Trabajador Social Centro de Salud. ✓ E.A.18: Mediador Social ✓ E.A.19: Trabajador Social Centro Municipal ✓ E.A.20: Médicos del Mundo
<p>Mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.3: Con pareja Agrupada. ✓ E.A.4: Con pareja Desagrupada (hijos fuera de España) 	<p>Mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.7: Con pareja Desagrupada (hijos fuera de España) ✓ E.A.8: Sin pareja. 	<p>Mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ E.A.11: Con pareja Agrupada. ✓ E.A.12: Sin pareja. 	

PRELIMINARES

Antes de abordar el análisis definitivo de resultados, permítasenos ciertas consideraciones iniciales que, si bien algunas de ellas poseen cierto carácter conclusivo, tienen como objetivo fundamental señalar cuestiones generales que, al haber operado directamente sobre el análisis y la exposición de los resultados, se cree necesario apuntar con anterioridad a la lectura del informe.

a) Consideraciones relativas a la población inmigrante.

Remite a los problemas planteados tanto en la recogida de información (trabajo de campo) como en lo que los propios técnicos implicados en la investigación detectaron “in situ”, problemas que se hace necesario apuntar en la medida que, creemos, se deducen de ellos cuestiones que deben ser consideradas a la hora de plantearse cualquier actuación frente a los colectivos de inmigrantes, sea cual fuese su naturaleza. Veamos.

- ✓ Existía mucha resistencia de los inmigrantes a acudir a los grupos, fundamentalmen-

te los “sin papeles”¹. Ello hizo preciso en muchos casos la aceptación de la asistencia a las reuniones de grupo **por parejas de conocidos**; así mismo, hubo que realizar algunas entrevistas pareadas (dos mujeres subsaharianas, por ejemplo) en la medida que se reiteraba la negativa a acudir solas.

Del dato cabría deducir que las intervenciones con población inmigrante, especialmente si están en situación irregular, podrán ser más exitosas sobre un modelo de **intervención grupal** que sobre un modelo de intervención individual.

- ✓ Dificultad de realización de los propios grupos y entrevistas. Una vez convocados los asistentes, se observó una falta de entendimiento entre prescriptor y participantes debida a dificultades lingüísticas; evidentemente, esto se produjo en los grupos y entrevistas con marroquíes y subsaharianos. Éstos últimos mostraron dificultades para expresarse en otro idioma ajeno que no fuera el francés o el inglés, a pesar de que

¹ Sin documentación legal en regla: visados, pasaportes, etc.

en la contactación previa no indicaron esa dificultad. Los marroquíes, a pesar de declararse previamente como “hispano-parlantes”, también generaron dificultades al respecto, problema que hubo que solventar sobre la marcha con traductores “espontáneos” surgidos en el grupo mismo.

Por lo tanto: Se debe considerar que existe una tendencia de los inmigrantes, sobre todo en los de habla no hispana, a dar por entendido y a asentir a cuestiones que en realidad no son comprendidas². Es decir, cierta inclinación a no hacer notoria la propia incapacidad de comprensión. No hace falta indicar lo problemática que esta actitud puede resultar en contextos de prescripción, como es, típicamente, la consulta médica.

- ✓ Se observa que los colectivos en estudio establecen límites en “su decir”. En efecto, se percibe, por parte de los responsables técnicos de los grupos, la necesidad de los participantes de, cabría decir, ser “políticamente correctos” frente a individuos del país de acogida, ocultando o no abordando cuestiones que serían de interés a la investigación, fundamentalmente en aspectos relacionados con la percepción de xenofobia. De hecho, en aquellos grupos en los que el campo fue cubierto por sociólogos latinoamericanos se detectó una postura discursiva de los entrevistados al respecto del trato que recibían de los españoles sensiblemente más crítica que la que se observó cuando el prescriptor era español.

En consecuencia: Se hace necesario, a la hora de establecer relación con los inmigrantes, partir siempre del “a priori” de la falta de confianza en cualquier institución o agente social del país de acogida, por lo menos en un primer momento, y de la propensión a no hacer evidente ante ellos ese prejuicio previo. El tema es importante a tener en cuenta, especialmente en la evaluación de la efectividad de las acciones dirigidas al colectivo, y apunta a la necesidad de intervenir con figuras mediadoras,

como pueda ser la del **mediador intercultural**.

b) Consideraciones relativas a los agentes sanitarios.

Remiten a las dificultades del análisis de las entrevistas con todos los agentes sanitarios, dificultades que tienen que ver con la **alta heterogeneidad** del discurso recogido, que impedía encontrar claves discursivas comunes como tal colectivo sanitario.

Se observó que:

- ✓ Los agentes sanitarios entrevistados –fundamentalmente médicos y enfermeras– abordaban la problemática desde un punto de vista muy personal; es decir, hablaban más como ciudadanos que como profesionales, poniendo en juego, a lo largo de la recogida de información, su ideología particular respecto del fenómeno migratorio actual.
- ✓ En este orden de cosas, se advierte que la implicación personal, la ideología y la sensibilidad del profesional sanitario entrevistado frente a la inmigración producen efectos (repercute) en la actitud del inmigrante a la hora de favorecer la participación y la adopción de pautas de conducta acordes a nuestra cultura sanitaria
- ✓ En cualquier caso, y es donde se quiere hacer hincapié, se detecta la falta de un discurso institucional sanitario que permita hablar de la problemática respecto de los inmigrantes desde una perspectiva profesional, dotando al discurso de los agentes intervinientes de cierta homogeneidad, necesaria a todas luces para una acción eficaz y coherente de los agentes sanitarios en este tema.
- ✓ Discurso institucional inexistente que, previsiblemente, se traducirá en la carencia de pautas de actuación concretas que permitan generar una toma de postura objetiva e intersubjetiva frente a una problemática sanitaria que a todos les incumbe.

¹ Que, como es evidente, irá desapareciendo conforme se vaya adquiriendo competencia en el idioma.

En consecuencia: Se hace necesario que la propia institución sea capaz de crear/articular un discurso sanitario en relación con los inmigrantes que opere por encima del plano ideológico personal.

c) Consideración relativa a la forma de nombrar a los inmigrantes.

Esta consideración debería remitir a una aco-tación relativa a las conclusiones; sin embargo, no cabría darle aquí tal estatuto al poseer una vertiente en exceso subjetiva por parte de quienes escriben este texto. La experiencia personal que toda la investigación cualitativa produjo en los técnicos que realizaron la tarea de campo permite –no sin ciertos riesgos– apuntar cuestiones que extralimitan la demanda del estudio.

En el caso que nos ocupa, se ha detectado que:

- ✓ El término “inmigrante” conlleva asociaciones peyorativas que, de alguna manera, fomentan la discriminación en la medida que **señalan a un colectivo en carencia** (de trabajo, de cultura, de status económico) frente a los habitantes del país de acogida.
- ✓ De hecho, son los propios agentes sanitarios más sensibilizados e implicados con la problemática particular de los diversos colectivos de inmigrantes los que, en cierto modo, rehuyen utilizar esta denominación buscando términos sustitutivos como “extranjeros” o el gentilicio correspondiente a cada nacionalidad, como un modo de identificar esa “diferenciación cultural” que repercute directamente en su relación con el paciente.

En el informe aparecen indistintamente los términos “inmigrante” y “extranjero” para definir a estos colectivos.

En consecuencia: Nos parece de interés señalar que la institución sanitaria, independiente-

mente de la óptica asistencial o de prevención y promoción de la salud, debería promover el uso de denominaciones que limen o eviten cualquier posible asociación “xenófoba” a estos colectivos.

d) Consideraciones relativas a la exposición de resultados

El carácter orientativo y práctico que guiaba la investigación hizo que se consideraran las siguientes cuestiones respecto a la exposición del informe de resultados:

- ✓ Se ha decidido hacer una exposición “transversal” del discurso de la población objeto de estudio para posibilitar una comprensión más global del tema investigado. A nuestro juicio, no se puede profundizar en la necesidad particular de cada colectivo en materia de salud, sin antes trazar el eje común de la problemática que como “emigrantes” poseen.
- ✓ No obstante, en múltiples ocasiones se hará imprescindible la referencia al país de origen de los distintos colectivos de inmigrantes (u otras variables consideradas) que, por sus condiciones particulares, adquieran en el seno del análisis una dimensión relevante.

El informe se apoya en numerosas ocasiones en las entrevistas piloto realizadas. En muchos casos, dichas entrevistas han permitido dar claves importantes respecto del discurso del inmigrante.

Por último, señalar que las citas textuales utilizadas en el informe irán siempre acompañadas de su referencia con el fin de ilustrar lo enunciado.

Realizadas estas observaciones previas, se da paso al informe de resultados de la investigación.

ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA DINÁMICA DE RELACIÓN ENTRE INMIGRANTE Y SISTEMA SANITARIO

Se partía de la hipótesis de que lo que operaba fundamentalmente en la relación del inmigrante con el sistema sanitario español era tanto la distinta concepción que la salud posee en cada cultura, como la relación previa con el sistema sanitario del país de origen.

En efecto, estas dos áreas aparecen como un lugar común de referencia en el discurso de todos los inmigrantes estudiados y tanta es su notoriedad que podría llevarnos a pensar que se constituyen como ejes nucleares de dicha problemática.

Ahora bien, el análisis desvela cómo un concepto, que en principio parece exceder el ámbito de la salud, se establece como eje si no determinante, sí al menos tan relevante como los anteriores en la configuración del conflicto entre inmigrante y sistema sanitario. Dicho concepto es **el proceso de desarraigo y adaptación social**.

Por esto, para conocer cómo se establece el vínculo entre inmigrantes y Sistema Sanitario se requiere abordar tanto el bagaje cultural y sanitario previo del país de origen, como la particular forma en que se produce el proceso de adaptación en una sociedad que en principio les es ajena.

4.1. EL SIGNIFICADO DE SALUD EN LOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES.

Permítasenos, en un principio, abordar el significado de salud en los inmigrantes desde una perspectiva tan general y abstracta que bien pudiera pensarse que nuestra manera de concebir dicho concepto, nuestra cultura, no escapa a él.

No obstante, se hace necesario partir de esta perspectiva tan genérica, pues tan sólo así se podrá establecer el punto de inflexión o quiebra que las diferentes culturas imprimen a un concepto tan universal.

Independientemente de las particularidades de los diversos colectivos estudiados en función del origen, sexo o edad, la salud posee para todos los inmigrantes un valor **esencial y básico**, valor que es necesario aislar analíticamente, para poder entender la problemática tanto particular como general del colectivo de inmigrantes.

4.1.1. La salud como valor esencial

Apunta a una perspectiva donde el significado de salud aparece como motor y fuente indis-

pensable de vida, y donde lo físico (orgánico) o lo mental (psíquico) adquieren mayor o menor importancia según la cultura de origen.

Por tanto, la salud es el espacio en el que se fundamentan las diferencias particulares de cada colectivo en estudio:

- “La salud **es todo para mí**, porque si no hay salud no hay nada.” (Marroquí)
- “La salud no es un bien material sino que **es como un bien espiritual** porque forma parte de la esencia de la persona” (Subsahariano)
- “Sin salud no hay nada, imagínate si no hay salud con que **ánimo haces algo**. La salud es **fundamental para vivir**.” (Latino)

La similitud que el concepto de salud posee en las diferentes culturas queda explícitamente manifestada en estas citas; al mismo tiempo, también se observa cómo en ellas existe una asociación con un individuo particular: una persona, un sujeto³.

Así, si la universalidad (lo común) del concepto señala a la salud como motor y fuente de vida, la particular manera en que se aborda dicho concepto (lo individual) remite a la inscripción de un sujeto en una cultura, siendo en este último espacio donde deviene diferencia entre culturas: vinculada pues al “ánimo”, a “un bien espiritual”, “a todo”⁴.

La pregunta pertinente al análisis es: ¿Cuáles son las áreas en las que cada cultura articula su particular concepción de salud?

Se detectan tres áreas fundamentales: el mantenimiento del cuerpo, la representación imaginaria de la enfermedad y una tercera que surge como la relación que establece el inmigrante entre cuerpo y dicho imaginario, que cabría definirse como el conjunto de normas que proscriben y prescriben diferentes conductas en relación con el cuerpo y la evitación de la enfermedad. Veamos

³ Subrayado en las citas.

⁴ Marcado en negrilla en las citas.

⁵ Especie de pan elaborado con maíz al horno y cocido posteriormente.

4.1.1.1. El mantenimiento del cuerpo:

a) La alimentación.

La alimentación aparece como el elemento al que mayor relevancia discursiva se le otorga en relación con la salud-enfermedad en todos los colectivos de inmigrantes analizados:

- “Si uno no come bien es fácil tener una enfermedad” (E.A.12. Nigeriana)
- “Porque una buena alimentación ya sabes como va la historia, si no hay una buena alimentación no creo que alguien se sienta sano.” (G.D.6.H. Subsaharianos)
- “La comida, el alimento influye muchísimo en la salud, ser sana es... se nota bastante, comer bien.

Hay que comer bien, hay que saber disciplinarse” (G.D. 3 M. Marroquíes)

- “La salud es la comida que comes, eso también es salud” (G.D.4. H. Marroquíes)
- “Yo enfermé del estómago, porque decía para qué voy a comer si tengo que comer tan rápido.” (G.D.1.M. Latinas)
- “Yo creo que lo más fundamental es la alimentación”. (G.D.2 bis H. Latinos)

Es tan potente el valor atribuido a la alimentación que cada cultura marca, simbólicamente, determinados alimentos, la calidad de los mismos o la forma misma de preparación, de tal modo que es inevitable que algunos de ellos “echen de menos” al venir a España: el arroz o las arepas, por ejemplo, en los latinos; la frescura de frutas y verduras de los marroquíes; el pescado de los guineanos, etc.

- “Lo que comemos es mucho pan aquí, pero últimamente compramos el arroz y lo hacemos y preparamos como se hace en nuestro país, nos saldría más económico si nos adaptamos a ustedes, pero es difícil... las “arepas”⁵ son normales allí, como la barra de pan pero aquí sale caro” (E.A.1. H. Latino)
- “Pues allí hay frutas frescas, verduras fres-

cas.. Todo es naturaleza, aquí se pone todo muy sucio... (...)... Los conservantes, allí no hay conservantes y los conservantes son muy malos, pueden hacerte enfermedades.” (E.A. 6. H. Marroquí)

- “Yo lo veo por mis compañeros (de trabajo) cuando comemos todos comen fletes, solo comen carne y nada más que carne
- Es todo lo contrario a nuestras costumbres, allí en Guinea nos encanta comer pescado fresco, te acostumbras y no puedes comer filetes.
- Y con el mansha⁶.” (G.D. 6 H. Guineanos)

Los nigerianos no escapan a esta lógica; sin embargo, pondrán más el acento en la “calidad” de la comida española, que no es sino efecto, en realidad, de que aquí comen de hecho más (cantidad) que en sus países:

- “En Nigeria tengo pan denian, pero no está aquí.
- **¿Es un tipo de comida?**
- Sí, es muy bueno para Nigeria, pero aquí no se puede...
- (...)
- En Nigeria solo es pan y arroz. Depende de la persona que puede comer, es diferente. Pero tú comer bien aquí, es bueno... el español no tiene arroz pero tiene paella.” (E. A. 10 H. Nigeriano)

En efecto, la alimentación está muy presente en el discurso de la salud de los inmigrantes y permite señalar, a nivel simbólico, la diferencia cultural de la sociedad de origen frente a la de acogida, dando como resultado un discurso en el que siempre el referente cultural del inmigrante se señala como el positivo:

- “Allí todas las comidas se hacen en casa, la meten al fuego... porque las verduras tienen bacterias y al calentar se mueren todas, comes comida sana” (E.A. 6 Marroquí)”

Así pues, el conocimiento respecto de las conductas alimentarias de los inmigrantes se hace elemento imprescindible para el médico, no só-

lo para una posible intervención en tanto que herramienta para facilitar un diagnóstico (acervo del saber médico), sino también como factor esencial en la relación entre el médico y el paciente a la hora de prescribir unas determinadas conductas encaminadas a la salud de aquél.

- “Muchos subsaharianos son musulmanes, los marroquíes la mayoría lo son, pero que no tomen carne o alcohol, no incide para nada... toma queso o té... El Ramadán, a mí me ha llegado alguno que está débil porque lo hacen muy estricto pero son los fanáticos... le dices no tomes esto durante esto y mucho zumo, y fruta y todos los días un filete de vaca. Tú eres el que tienes que adaptarte, porque él se puede adaptar a algunas cosas y a otras no y le tienes que dar confianza porque está en un país que le es extraño”: (E.A. 14. Médico)

Cualquier acción sanitaria, en este sentido, debe considerar tanto la diferencia cultural como el **respeto a la misma**. Cualquier acción encaminada a suprimir, explícita o implícitamente, las conductas culturales de origen producirá inevitablemente rechazo y/o recelo en los pacientes, lo cual puede comprometer la posición del médico/a y afectar a la eficacia de su intervención.

- “A mí cuando me operaron me daban jamón en la comida y le dije a la enfermera, perdóname es que yo no como jamón y no quiso cambiar.
- **¿No sabía que eras musulmán?**
- Sí, por el nombre, después hablé con mi médico y le obligó a cambiar si no me moría de hambre. No era española la enfermera, era latina, cubana.” (G.D. 4. H. Marroquíes)

b) El cuidado del cuerpo.

Junto con la alimentación, el cuidado del cuerpo aparece asociado a la salud de manera esencial. En particular, son los hábitos higiénicos y de descanso los que más notoriedad alcanzan en el discurso:

- “Lo que nos enseñan en Marruecos, lo que nos dicen, salud es ducharte bien, lavarte bien y hacer deporte y hacerlo de manera justa.” (G.D. 4 H. Marroquíes)

⁶ Hojas preparada como guarnición.

Al igual que ocurriera con la alimentación, el cuidado del cuerpo se inscribe en cada cultura de manera diferente. Esto hará que cada colectivo estudiado posea diferencias, relativamente significativas, en su discurso:

- Así, por ejemplo, se observa que en los latinos el cuidado del cuerpo está asociado directamente con los hábitos higiénicos de limpieza -haciéndolos extensivos a los lugares y utensilios concebidos para tal fin (lavabo, cepillo de dientes, etc.)

- *“Hay veces que me ha tocado vivir con mucha gente, doce quince personas, y eso era algo feo tiene que hacer cola para ir al baño... es que es algo personal y depende de la persona porque quien es buena, quien tiene costumbre del aseo lo hace todos los días.”* (E.A.2. H. Latino. Desagrupado)

- *“Repercute en la salud, sí, pero es, yo he estado viviendo en comunidad y si tú vas a utilizar el water pues lo dejas como me gustaría encontrarlo, pero es como todo, con las chicas con las que vivo no les gusta fregar.”* (E.A. 1. Sin pareja Latino)

- Los marroquíes, sin embargo, otorgan prácticamente el mismo valor al descanso que a la higiene en lo que al cuidado del cuerpo se refiere.

- *“Una persona sana sabe comer bien y dormir bien y saber tener esa disciplina, pues influye mucho en la salud”* (G.D. 3. M. Marroquíes)

- El discurso de los latinos resalta de forma especial la importancia del agua como base para la higiene; de hecho, en muchas ocasiones aparecen asociaciones que la acercan, simbólicamente, a los “medicamentos”. Por ejemplo, beber agua para no concebir; las “lavativas” aparecen en múltiples ocasiones como remedios caseros tradicionales:

- *“Hacer un agua bien espesita, con nendaña y eso se tomaba y con eso te lavabas las vías urinarias y eso es hasta mejor que cualquier medicamento”.* (G.D. 1. Latinas)

De hecho, como se verá más adelante, el latino soportará mejor vivir en condiciones de hacinamiento con tal de tener un espacio para su aseo personal.

- Por el contrario, se detecta en la población marroquí que, al estar el descanso muy asociado al cuidado del cuerpo, tenderá a instalarse (por lo menos en el caso de Madrid) en viviendas más familiares, con más espacio y, seguramente con un menor hacinamiento, aún en detrimento de las condiciones que éstas posean.

- También merece la pena hacer notar lo proclives que los subsaharianos se muestran a la hora de aceptar y adoptar pautas de conducta de nuestra cultura que, al ubicarse en el terreno de la higiene, repercuten, directamente en el cuidado del cuerpo y la salud:

- *“Sí noto la diferencia en cuanto a higiene, lo primero aquí antes de servir la mesa hay que lavarse las manos, también antes de tocar los alimentos, hay que lavar los tomates, la verdura (...) En Guinea se hace pero no como aquí...”* (E.A.11. Subsahariana)

Baste, pues, señalar que el colectivo nigeriano apunta a tener problemas en relación con la higiene importantes, que posiblemente no estén vinculados con la cultura de origen, aunque sí con las condiciones de vida que poseían en su país y que, en muchos casos, se reproducen también aquí en cierta manera. En cualquier caso, se trata de una problemática que en nuestro contexto adquiere una dimensión sanitaria nada desdeñable.

c) Otras prácticas asociadas a la higiene como fuente de salud.

Tan sólo señalar que, con menos notoriedad que la alimentación y la higiene corporal, aparecen diversas prácticas “preventivas” asociadas al cuidado del cuerpo y la salud: la práctica del deporte (jóvenes latinos y hombres marroquíes) y la prevención bucodental (latinos en general) estarán asociadas al cuidado del cuerpo y se les atribuirán repercusiones en el estado de salud.

- *“Hacer deporte es algo saludable, salir al parque, sin respirar el humo de los coches, cuidas el cuerpo, para sentirse a gusto consigo mismo”* (E.A. 1. Sin pareja Latino)

- *“Allí se educa mucho a los niños a cuidarse los dientes, desde pequeñitos, los primeros dientecitos tratan de no sacárselos...”*
- *“Es que aquí la higiene bucal es como un plano muy lejano” (G.D.1. M. Latinas)*

Conviene, antes de finalizar este apartado, comentar que, independientemente de la cultura de origen, cada sujeto posee criterios propios y en ese sentido habrá que atender a su particularidad. Tanto en el caso de la alimentación como en el del cuidado del cuerpo; no se debe olvidar que la población de inmigrantes está inserta en un proceso de cambio y de adaptación que opera como un fuerte elemento de diversificación de hábitos y costumbres.

- *“La alimentación aquí es buena, se ven muchos productos, uno se puede cuidar. Digamos un caso, en mi país, un pollo se come los domingos porque es caro, en cambio aquí el pollo es casi todos los días, es bueno...” (E.A. 2 H. Latino)*
- *“En mi país el jamón este ibérico, el serrano, se añeja, en mi país diríamos que está descompuesto y que no se come, que está mal y aquí a mí me gusta yo me lo como con pan en bocadillo.” (E.A. 1 H. Colombiano)*

4.1.1.2. El imaginario sobre la enfermedad.

Otro elemento que interviene con marcado carácter cultural en función del origen se encuentra en el “imaginario” que las diferentes culturas atribuyen tanto a determinadas enfermedades, como al concepto mismo de enfermedad y, por ende, a la manera de intervenir frente a ellas, al espacio de curación o de restauración de la salud.

- *“Cuándo estabas en Nigeria y te enfermabas ¿qué hacías?”*
- *Yo nunca estaba enfermo. Cuando estás enfermo en Nigeria solo para malaria... solo cuando tenía malaria fui al medico” (E.A. 10 H. Subsahariano)*

No es nuestra intención señalar las enfermedades que aparecen en el discurso de nuestros entrevistados, pues se es consciente de los límites de la metodología, sino apuntar la existencia de “representaciones imaginarias”

sobre diversas enfermedades explicables desde la cultura de referencia del inmigrante.

Así, por ejemplo, sorprende la cita anterior en la que se decía que sólo se acudía al médico/a en caso de malaria. Llama la atención de la misma manera esta otra cita de un hombre latino hablando “frívolamente” de la supuesta meningitis de su hijo.

- *“Ahora cuando empiecen las clases ya me veré yo con el mío con la meningitis que le da, es que entre el frío y el ambiente que existe en el mismo cole” (G.D. 2bis. Ecuatorianos)*

Más allá de la suposición de que el participante de este grupo pudiera confundir el término meningitis con neumonía u otra enfermedad, lo que se quiere hacer notar es la “estigmatización” de determinadas enfermedades.

Representaciones imaginarias de las cuales - bien por exceso o por defecto, y por más que nos resulten de poco sentido común- nuestra cultura no está tampoco exenta: un ejemplo claro de ello es el SIDA o el cáncer, que estigmatizan al enfermo en sentido negativo, mientras que una gripe es algo común y habitual, escapando casi a la asociación con la enfermedad.

Esta “estigmatización” posee diferentes referentes en las diversas culturas y generará una idea de desequilibrio “físico” -y, por tanto, de salud y enfermedad- diferente a la de nuestra cultura, operando en ocasiones como obstáculo en la relación médico- paciente:

- *“Aquí vino una muchacha ecuatoriana porque tenía un dolor lumbar, no éramos capaces de identificar lo que le pasaba realmente y me impresionaba que le pasara algo importante. Y al final, después de hablar con ella una mañana entera, cuando ya estábamos desesperados, nos contó a última hora un dato que cualquier mujer de nuestro país lo hubiese dado enseguida, que llevaba cuatro meses sin la regla, una mujer de veinte y tantos años. Eso para ella era un tema menor.” (E.A.20 Médico)*

En efecto, lo peligroso y lo inofensivo están colocados en cada cultura en diferentes nive-

les. Por ello, los/as profesionales sanitarios no pueden dar por supuesta la importancia que el paciente atribuye a determinados “estados” de su cuerpo, ni dar por sentado el grado de importancia que el extranjero otorga a su diagnóstico. El médico tiene que hacer entender al inmigrante el grado de gravedad de una afección, para evitar así la posible “alarma” o la eventual “despreocupación” que conlleva enfrentarse a un “imaginario de enfermedad” que le resulta ajeno:

- “Y yo pienso también que son cosas de la raza blanca, sobre todo a mí me da mucho miedo, no sé por qué se ve mucho aquí (Hablando de unas pruebas de embarazo)
- Es que en tu país no estás acostumbrado y aquí te impresiona mucho que cada dos por tres te digan en la tele que un niño salió mal.” (G.D.5. M. Subsaharianas)

En términos generales, se puede observar la existencia de factores que intervienen de forma notable en el imaginario cultural, que explican determinadas conductas relacionadas con la evitación de la enfermedad y que poseen una marcada relevancia en el discurso de los inmigrantes. Nos referimos a la religión y a la petición de analíticas.

a) La religión:

Subsaharianos y marroquíes poseen un concepto de enfermedad con un marcado carácter moral/religioso.

- “Hay gente que están enfermos porque lo buscan ellos, por vicios, porque a través de los vicios vienen las enfermedades”. (E.A.11. Guineana)

En el caso de los musulmanes dicho concepto aparece intrínsecamente vinculado al desequilibrio entre cuerpo y alma. Desequilibrio que, siendo efecto del “incumplimiento” de las normas que rigen los preceptos religiosos, hace al individuo responsable tanto de la enfermedad, como del restablecimiento de la salud: responsabilidad, pues, casi exclusiva del sujeto.

- “Una persona sana es comer bien, dormir bien, tener una disciplina, eso influye muchísimo en la salud.

- (...)
- **¿En qué se nota?**
- *Estar alegre-*
- *Se levanta pronto*
- *Amable*
- *Positiva.*
- *Una persona que lleva una disciplina lo lleva todo perfectísimo*
- (...).
- *La vitalidad de la persona, porque hay personas que tienen una enfermedad crónica y la puede llevar perfectamente... porque si tú tienes una creencia profunda en Dios, te relajas.” (G.D. 3. M. Marroquíes)*

Siendo que ciertas normas de comportamiento que prescribe la religión musulmana en relación con la salud se sitúan en el ámbito de lo cotidiano (cómo comer, cómo descansar, cómo asearse, etc.), cualquier trasgresión o incumplimiento de la norma deviene desequilibrio y, por tanto, enfermedad.

De ahí que, siendo el sujeto el responsable de la trasgresión o incumplimiento de la norma (ley religiosa), la enfermedad caerá siempre en el terreno de la responsabilidad individual: auto-responsabilidad y enfermedad, por tanto, irán parejas.

- Por un lado, si el sujeto es responsable de su salud, la educación para la salud encuentra un campo abonado, pues ¿acaso no se trata de inculcar hábitos saludables? En efecto, los musulmanes poseen en su propia cultura el concepto de prevención más allá que éste se conforme como “precepto religioso”.
- Por otro lado, se observa el hecho de que -teniendo en cuenta que la obligación de cumplir las normas atañe sólo al individuo, pues si trasgrede la norma sólo él “rendirá cuentas a Alá”-, a los musulmanes les resulta difícil aceptar que el control sobre su cuerpo se establezca como un orden externo a él. De ello se deduce que, siendo la

institución sanitaria algo externo al individuo, a los musulmanes necesariamente les debe de costar aceptar las pautas generalizadas que ésta les dicte. Este hecho podría explicar la escasa afluencia a consultas y a controles rutinarios que el hombre musulmán tiene, así como las constantes afirmaciones de que “él no necesita médico” (sic).

De hecho, se advierte que la mujer musulmana acude más a consulta que el hombre y, aparentemente, muestra más capacidad para adaptarse a nuestro sistema de salud⁷, en cuanto es la responsable, casi con exclusividad, de la salud de sus hijos y, por extensión, de la de toda la familia

b) Las pruebas analíticas:

Al contrario que ocurriera en la cultura musulmana, latinos y guineanos conciben la enfermedad de forma similar a nosotros; es decir, constreñida al cuerpo “orgánico”

No es que lo “psíquico” -concepto que bien pudiera parecer paralelo a lo que es el “alma” para los musulmanes- ocupe un lugar poco relevante en el discurso de los inmigrantes latinos, lo que se advierte es que establecen claramente la diferencia entre lo físico y lo psíquico, diferenciando la pertinencia de las patologías según los ámbitos a los que estos dos “conceptos” (lo físico y lo psíquico) hacen referencia:

- *“Es un complemento tanto físico como mental, porque tú puedes estar físicamente muy bien, tener muy buena salud pero estar mentalmente hecho polvo” (G.D.2 H. Latinos)*

“Mente” y “cuerpo” aparecen disociados y, si bien, a lo psíquico se le da valor, no tiene la suficiente potencia como para desplazar el concepto de enfermedad de su vinculación con el cuerpo físico:

- *“Porque si estás desanimado, y no te va bien en el trabajo, en tu casa, podéis decir que tienes una ligera enfermedad” (G.D.2. H. Latinos)*

En este orden de cosas, cabría decir que lo que de verdad impera en los latinos es el síntoma físico como disfunción orgánica, como síntoma de enfermedad:

- *“Hay que estar pendiente de nuestro cuerpo. A veces a uno le duele la cabeza, y eso es un aviso de que algo anda mal.” (G.D.1 M. Latinas)*

La analítica, de cualquier tipo, se muestra como clave para comprender el origen del desequilibrio o de la disfunción del cuerpo. Concepción, pues, que está atravesada por un saber médico “científico”: hay que analizar para saber qué pasa.

Así pues, se podría arriesgar una hipótesis, no confirmada en el estudio, cual es la de que para el colectivo de latinos y, en menor medida, para algunos guineanos “la sangre” posee un valor simbólico muy potente, en la medida en que aparece como lugar de intersección entre los dos conceptos de medicina que manejan en su país de origen, tal cual es la “medicina científica” y “la medicina de curanderos”.

- *“Ojeada es que si usted tiene la sangre muy pesada y le gusta ese niño, es capaz de comérselo” (G.D.1. M. Latinas)*

El análisis de sangre, pues, se concibe como reflejo del estado general o como herramienta “tecnológica” capaz de detectar lo que aún no se ha convertido en patología. La constante demanda de análisis de sangre, atribuida por los/las médicos/as al colectivo latino, se podría explicar, de alguna manera desde esta idea⁸.

- *“Tienen la ventaja del idioma pero demandan mucho, demandan mucho sin pasarles nada, o sea, el chequecito, el análisis, la prueba...” (E.A. 14 Médico)*

Al contrario de lo que ocurriera con los latinos, se observa cómo para los subsaharianos, la sangre opera, simbólicamente, en otro registro muy diferente y lejano a la concepción científica de la medicina.

⁷ Hay que considerar que en ello también influye el grado de educación y la procedencia local.

⁸ Más adelante veremos como la demanda no se circunscribe tan sólo a la necesidad de verificar el estado de salud corporal.

Para ellos, tal y como dan cuenta nuestros entrevistados de la asociación africana Karibú y el mediador cultural, el vínculo entre la sangre y diversas prácticas de brujería o magia negra parece estar, entre estas poblaciones, muy arraigado, lo cual hará que, en muchas ocasiones, se nieguen a que se les extraiga sangre:

- *“Con los africanos se va a generar un rechazo en determinadas prácticas, sobre todo en analíticas; una persona que está con estrés y considera que se le ha echado un mal de ojo, o la sangre que es uno de los elementos que se utilizan para hacer brujería... entonces esta persona se puede negar a que se le saque sangre.”* (E.A.18. Mediador social)

Las analíticas, en especial las de sangre, aparecen como intervenciones médicas en las que el imaginario cultural se actualiza de manera casi automática, por lo que requiere de un especial cuidado a la hora de su prescripción.

4.1.2. La salud como algo básico

Hasta ahora se ha comentado el binomio salud/enfermedad en su vertiente universal, desde la manera en que se incardinaba en culturas determinadas como una perspectiva esencial y que, en mayor o menor medida, giraba en torno al cuerpo y los hábitos con él relacionados.

Se abordará ahora otra perspectiva que adquiere, frente a la ya comentada, un carácter circunstancial, por cuanto refiere al proceso de adaptación de los inmigrantes a la cultura del país de acogida y, por ello, se circunscribe a un proceso cuya extensión es difícil precisar, pero que, generalmente, tiende a desaparecer de forma paulatina.

Pese al carácter “circunstancial” que posee esta perspectiva, no por ello es menos importante que la ya comentada, en la medida que apunta:

- A una problemática sanitaria que dista mucho de ser coyuntural, pues la inmigración aparece como un fenómeno social que no tiene visos de ser pasajero:
 - *“Yo creo que sigue habiendo un discurso*

que no entiende muy bien que esta situación no es una situación coyuntural, sino que esta situación ya se va a mantener, es una situación estructural, España a partir de ahora va a seguir recibiendo flujos migratorios de manera permanente” (E.A. 18 Mediador Social)

- Y a una temática que aborda el significado de salud/enfermedad como algo intrínseco a la condición de inmigrante, sea cual fuere su origen, y que se genera de su situación concreta como tal. Es decir, a la salud como **vehículo necesario e imprescindible para poder trabajar**.

- *“La salud es lo más importante porque si estás mal, no puedes hacer nada y si tienes salud ya aparece lo otro poco a poco.”* (Mujer Latina)
- *“Es lo más importante para sobrevivir en la tierra para un humano porque si te pasa algo, por ejemplo una enfermedad muy mal, no te queda nada...”* (Hombre Marroquí)
- *“Para mí la salud es viviendo bien, por ejemplo teniendo trabajo, eso constituye a la salud, desde que yo no tengo trabajo y estoy en casa me duele todo el cuerpo”* (Mujer subsahariana)

Preservar y conservar la salud es un requisito indispensable para poder cumplir la finalidad que los inmigrantes se propusieron al emigrar, ya fuera ésta regresar de nuevo a su país -caso más frecuente, por lo menos como proyecto, en los latinos-, o encontrar un estilo de vida diferente en el nuestro -caso más frecuente entre marroquíes y los subsaharianos-. En ambos casos buscar una fuente de ingresos es fundamental para conseguir su fin.

- *“Si en mi país hubiera trabajo como aquí, yo es que no vendría. Yo he venido porque quiero buscarme la vida, porque he querido salir adelante, porque en mi país no puedo”* (E.A. 11. Guineana)
- *“Yo vine a España para cambiar mi estilo de vida, para mejorar mi estilo de vida.”* (E.A. 12 Nigeriana)
- *“La salud es lo principal, es el cuerpo mismo, que uno tiene que mantener sano para que él pueda proporcionar trabajo para comer... una no alcanza, los servicios, la comida la vestimenta...”*(E.A. 3 M. Peruana)

De ahí que la tendencia observada en los grupos y entrevistas realizados sea el focalizar el discurso en la propia situación personal respecto del trabajo (trabajo o paro, contrato estable o no, etc.) y la situación legal (con o sin papeles, permiso de residencia, etc.) fundamentalmente:

- *“¿Cuáles son los factores que determinan una buena o mala salud?”*
- *El ritmo de vida, el trabajo.*
- *Los papeles.*
- *La condición socioeconómica... cuando una persona tiene su situación reglamentada se siente mucho mejor y yo creo que esos es uno de los factores fundamentales para tener o no tener buena salud.” (G.D.2 H. Latinos)*

Es esta particular situación lo que nos impele a hablar de una –permítasenos la metáfora– nueva patología, la “enfermedad del inmigrante”, en la cual depresión y estrés aparecen como síntomas, y que pone en juego, con mayor o menor peso, cuatro circunstancias o variables comunes a todos los colectivos estudiados; a saber:

- el desarraigo cultural,
- la situación laboral,
- la situación legal,
- y las condiciones de vida.

Todas ellas aparecen interrelacionadas y repercutirán en mayor o menor medida en función de su concurrencia en cada sujeto.

a) La situación laboral:

La actividad en general y tener o no trabajo (a nivel personal o un cabeza de familia que asegure los ingresos) se muestra en el discurso como un factor determinante del estado de salud.

- *¿El tener un trabajo estable repercute en la salud?*
- *Para sentirse uno bien, si yo tuviera un trabajo estable me sentiría ahora mismo bien...” (E.A.2. H. Ecuatoriano)*

Ocurre que, aunque el trabajo sea más o menos estable, su posible pérdida también gene-

ra miedos que, a la larga, producirán estrés y situaciones más o menos límites:

- *“Para faltar un día al trabajo tengo que estar enferma de vomitar constantemente porque, en principio, peligra hasta tu puesto de trabajo...” (G.D.1. M. Latinas)*

Además, la picaresca empresarial hace que frecuentemente el trabajo al que pueden acceder determinados “irregulares” lo sea bajo situaciones de clara explotación; es decir, extensión excesiva de la jornada laboral, reducción de tiempos estipulados de descanso, sin tiempos mínimos para comer, etc.

- *“Los trabajos que tenemos, no somos ejecutivos, pala, pico y ladrillo y de ahí no salimos, 18 horas de pie, todo el día de pie, y algunos con el pie jodido y dices por lo menos tengo esto y sabes que si no vas a trabajar... no estás seguro en el trabajo.” (G.D. 4 H. Marroquíes)*

Será, por tanto, la carencia de trabajo, sea cual fuese su condición, la que aparezca en relación directa con episodios de depresión, puesto que, por una parte, no queda justificada la emigración desde el país de origen y, por otra, activa de forma inmediata el resto de variables:

- *“En el momento en que te falta trabajo la salud decae y no puedes hacer nada y como inmigrante eso se vuelve un obstáculo y un peso porque tienes muchas responsabilidades y tienes que mirar por los demás y encima con la enfermedad. Hubo un tiempo que estuve sin trabajar dos meses*
- (...)
- *El día a día, mientras no encuentras trabajo te va afectando mentalmente empiezas a tener miedo, algunos se refugian en el licor, es normal... nos afecta primero mentalmente luego ya enfermamos” (E.A. 4 M Latina)*

De la situación laboral irregular y/o inestable típica del inmigrante –quedarían excluidos, por tanto, quienes poseen un contrato fijo– se deriva una situación de estrés y tensión mental que otorga una gran relevancia al aspecto de la salud mental o psíquica.

Para aquellos que, como es el caso de los latinos, ya tenían incorporado el concepto de

enfermedad mental, se confirma su existencia y se incorpora la experiencia particular en la experiencia general; para aquellos, sin embargo, que no la consideraban se incorporan estos nuevos síntomas y, por lo tanto, comienzan a construir un concepto de salud mental.

En cualquier caso, los problemas de salud mental aparecen como algo intrínseco a la situación común que tiene todo inmigrante económico: *“El estrés es algo que no conocemos hasta que llegamos aquí”* (sic.)

b) La situación legal:

Aparece muy vinculada -en el discurso- al punto anterior, pues, como por todos es sabido, la regularización laboral (el contrato de trabajo) lleva aparejada una situación legal permeable para conseguir los “papeles”; y, a la inversa, el hecho de tener “papeles” facilita conseguir trabajo con mejores condiciones laborales.

Ahora bien, más allá del contexto laboral, se observa que la situación legal⁹ afecta de forma muy directa al comportamiento que los inmigrantes poseen frente al sistema sanitario: poseer o no papeles es indirectamente un freno para la posesión de la tarjeta sanitaria y, por lo tanto, para el acceso a él.

- “- Yo no la tengo.
- **¿Por qué?**
- *Porque no estoy empadronado*
- **¿Por qué no te empadronas?**
- *Mmm...*
- **Y el resto ¿tenéis tarjeta sanitaria?**
- *Yo no.*
- **Pero si para empadronarse basta sólo una dirección.**
- *Es que no es como usted dice.*
- *(risas)*

- *Eso es lo que pone la ley pero resulta que para que tu estés empadronado debes tener la tarjeta de residencia... porque si no, no te la admiten los de salud pública.”* (G.D. 6. H. Subsaharianos)

Las alternativas de atención sanitaria en el caso de los “indocumentados” que participaban en nuestros grupos, pasaban por la asistencia a urgencias, a ONGs o al sistema privado:

- *“Sí, sí por eso lo que hice para tener la salud es la salud privada donde tú tienes que pagar un poco más.*
- (...)
- *Voy a Karibú y Karibú es el que me da atención médica”* (G.D. 6 H. Subsaharianos)

La situación irregular de los inmigrantes conllevará, como es relativamente natural, una carga de estrés y tensión que proviene, fundamentalmente, del miedo a ser expulsados y que, en muchos casos, provoca indirectamente que ni siquiera asistan a las urgencias por temor a que se descubra su situación.

- *“Yo creo que la salud muchas veces, la salud mental sí te puedes deprimir mucho, te vas a poner psicológicamente enfermo, de ánimo, un bajón emocional, por la inseguridad de los papeles, por la policía, una redada”* (E.A. 1. H. Latino)

Estas situaciones de “miedo” podrían en parte explicar comportamientos que para el personal sanitario se muestran incomprensibles:

- *“... entonces, es trabajo perdido porque si tu le haces un análisis completo a una persona y al mes desaparece (...) no lo entiendo, a lo mejor como allí toda la medicina es privada lo hacen para ahorrarse un dinero”.* (E.A. 16. ATS)

c) El desarraigo:

Ya se ha comentado en el punto anterior cómo el desarraigo cultural es un proceso por el cual todo inmigrante se debe adaptar a nuevas for-

⁹ O el conocimiento que tengan de esa situación legal: en muchos casos se han observado, y la cita posterior es un buen ejemplo de ello, confusiones al respecto de las condiciones legales necesarias para acceder a la tarjeta sanitaria.

mas culturales que, siéndole ajenas, generan desajustes en sus comportamientos.

- *“Lo que pasa es que depende de dónde viene cada uno, el ritmo de vida de Madrid es muy vertiginoso.” (G.D.2. H. Latinos)*

Se detecta que la “depresión” y el desarraigo familiar aparecen muy asociados en el discurso, especialmente en el de los latinos. La explicación más plausible al fenómeno pone en juego dos variables:

- La primera se refiere al hecho de que la familia absorbe gran parte de la angustia que se produce al llegar a un país y a una cultura diferente.

En este caso se ve cómo, dado que el marroquí puede, por la cercanía geográfica, visitar a su familia con mayor asiduidad, libera gran parte de dicha angustia, sin que esto conlleve que esté del todo exento de ella:

- *“¿Qué otra cosa tendrías vosotras en común con un peruano por ejemplo?”*
- *“Sufrimiento al no tener aquí a la familia.” (G.D. 3.M. Marroquíes)*

- La segunda atiende a los motivos que provoca la emigración. Si ésta se produce con las expectativas de regreso o de reagrupación familiar en el país de acogida, como es usual en el caso de muchos latinos, la angustia será posiblemente mayor que en quienes no poseían tales expectativas, como sucede en parte de los subsaharianos, que emigraron, en muchas ocasiones, sin una idea clara de retorno.

- *“Después de que ella estuviera aquí tres meses (su esposa), me vine yo; desde aquel día hemos estado así pero la vida se hace más llevadera” (G.D. 2 Bis H. Latinos)*
- *“Nos deprimimos, muchas veces nos enfrentamos a la depresión, porque estar pensando, fíjate que pasa el tiempo y estás pensando que has dejado a tu familia allí... no tiene ganas de comer, te da anemia y dolores estomacales... cuando estás deprimido no vas al médico.”*

Reagrupamiento familiar que en algunas oca-

siones no pasa únicamente por la familia nuclear, como es el caso de este joven colombiano:

- *“En este momento las condiciones no se dan, si por mí fuera volvería, la falta que me hace mi padre, mi pueblo, no lo cambio por nada (...) Cuando estoy muy deprimido me hace falta mi papá, y en estas situaciones he hablado con él.” (E.A.1. H. Latino)*

d) Las condiciones de vida.

La mayoría de los participantes de los grupos y entrevistas hacen referencia a cuestiones que, sintiendo que afectan directamente a su salud, tienen que ver con el modo de vida en Madrid. Las prisas, el pluriempleo, la impresión de xenofobia (“*Te miran mal*”-sic), etc., atribuidos a los españoles propician en conjunto el estrés.

Más allá de todo ello -y aunque aparezca de forma tangencial en el discurso-, se observa que lo que sí interviene directamente en la salud es el hacinamiento que existe en muchas de las casas. Muchos de ellos nos cuentan con todo lujo de detalles cómo guardan en su casa turnos para el uso de la cocina, del servicio o, incluso, de la habitación donde duermen. Situación de la que da cuenta uno de nuestros agentes sanitarios entrevistados

- *“En cuanto uno coge una tuberculosis, pues si viven quince tienen que hacerles prueba a los quince (...) hemos tenido varios casos este año de niños en ese sentido” (E.A.16 ATS)*

En relación a esto, se ve cómo, de nuevo, el grupo de latinos es el que más padece este tipo de problemas y cómo, a su vez, será el motivo que originó la inmigración, el de acumular dinero para regresar, lo que principalmente hace que soporten tales condiciones de vida insalubres.

Sin poder llegar a afirmarlo con total rotundidad, cabría pensar que si bien el hacinamiento de los latinos se justifica en el primer periodo de estancia en el país de acogida por el deseo de “*vivir junto a alguien que no me es ajeno del todo*” (sic), una vez que ha pasado dicho periodo de transición, sólo lo justifica o

bien por falta de recursos, o bien por el deseo de ahorro para conseguir regresar lo antes posible.

Por tanto, el factor que impera en los latinos es el de vivir en un “*apartamento*” (sic.) hacinado, frente a marroquíes y subsaharianos que preferirán, como se comentó en el apartado anterior, sacrificar otros elementos de confort a cambio de una mayor disponibilidad de espacio.

En definitiva, no nos parece absurdo hablar de una “*patología propia del inmigrante*” derivada de las peculiares condiciones que la inmigración como tal posee. Dicha patología, aún siendo en muchos casos de origen psíquico, repercutirá con mucha probabilidad en enfermedades de orden somático.

Todos estos condicionamientos se reflejarán en el modo de actuar en consulta y, por lo tanto, en la relación que el inmigrante establezca con los agentes sanitarios de atención primaria, fundamentalmente, el/la médico/a y la/el enfermera/o:

- *“Claro, mucha gente no va a ir al médico a decirle estoy deprimido, por eso la gente no va. Yo pienso que todos los inmigrantes, antes de enfermarse físicamente, se enferman psicológicamente”* (E. A. 4. Con pareja. Desagrupada. Latina)

En efecto, la incapacidad de articular una demanda de curación individual (del cuerpo) a un problema cuyo origen es del orden de lo estructural, tal cual la situación psíquica o de desamparo producida por estar lejos de su tierra, trabajando en condiciones laborales precarias y en situación de hacinamiento, producirá que en el discurso de algunos de los inmigrantes aparezca la queja, argumentada bajo argumentos tales como la falta de comprensión y “*humanidad*” (sic.) que los agentes sanitarios manifiestan, frente a ellos, en consulta.

Esto nos señala un campo de trabajo muy importante para los servicios de educación para la salud en la ayuda a la integración del sujeto en espacios sociales (tal cual es el sistema sanitario) que mejoren su calidad de vida, en la

medida que la salud aparece intrínsecamente unida a ella.

Además, el propio proceso de educación para la salud, siendo un proceso interactivo, augura el conocimiento por parte de los inmigrantes de “*claves culturales*” que excediendo el ámbito de lo sanitario les permitan una mejor integración en el sistema social de acogida.

- *“Cuando llegas a conocer o a perder el miedo a ser rechazado, encuentras salud ahí”* (E. A. 4 Latina)

De ahí que en el discurso aparezca con escasa notoriedad la figura del psicólogo, aunque algunos inmigrantes la vean como necesaria para ayudar superar dicho proceso:

- *“Simplemente echas de menos a tu país, a tu gente y buscas refugiarte en la música, en la diversión para así eludirte de esa situación; en muchas ocasiones no lo logras y vienes aquí y tienes al psicólogo”* (G.D.6 H. Subsaharianos)

Así pues, cabría concluir que toda intervención sanitaria respecto del colectivo que nos ocupa debe contemplar lo siguiente:

- En el contexto de inmigración la salud se convierte en requisito fundamental para justificar la estancia en el país de acogida (si no se tiene salud, es absurdo pensar en obtener trabajo) Espacio, pues, muy proclive para reforzar y **comunicar** que la salud es un bien imprescindible.
- La acción sanitaria dirigida a favorecer la prevención de la enfermedad encuentra un campo abonado para trabajar, en la medida que su objeto está fundamentado en el objetivo mismo de la emigración: la enfermedad es un límite al que no se ha de llegar.
- La depresión y el estrés aparecen como “*patologías*” comunes a todo inmigrante, y que deben ser consideradas como la manifestación del desamparo derivado del proceso de adaptación a las nuevas condiciones de vida, el desarraigo familiar y cultural, y los problemas de tipo legal y laboral.

- El acercamiento del inmigrante al sistema sanitario, en general, y, en especial, a programas vinculados a la prevención y promoción de la salud puede lograrse siempre y cuando dicho sistema se proponga como un lugar en donde, conociendo la indefensión del inmigrante, se desea actuar frente a ella y posibilitar soluciones.

Lugar, pues, no sólo de asistencia para curar patologías físicas, sino también de reconocimiento de un sujeto que requiere, en tanto que inmigrante, establecer vínculos sociales en una “nueva” sociedad. La palabra y la conversación con los agentes sanitarios (especialmente médico y enfermera) actuarán posibilitando dicho vínculo.

A la par, cualquier programa de salud convocando a sujetos afines a una misma cultura, origen y problemática, hace patente el deseo de “acoplamiento” entre la cultura de la sociedad de procedencia y la de la sociedad de acogida, limando los posibles “roces” o desajustes existentes entre ambas, a través de la interacción personal de los que acuden a dicho programa.

- *“Yo creo que el inmigrante se siente más a gusto con charlas, una vez al mes por ejemplo, informar de todo esto sería muy beneficioso. Pero que no estuvieran españoles (receptores) , que los inmigrantes se sintieran más a gusto y que se animaran a hablar, porque el inmigrante se siente menos que el español” (E. A. 4. M. Latina Desagrupada)*

4.2. EL SISTEMA SANITARIO DE REFERENCIA.

Confirmando la hipótesis de partida, origen de esta investigación, la estructura del sistema sanitario del país de procedencia interviene de forma directa en las actitudes hacia el nuestro y en su valoración. En efecto, la precariedad y el “coste añadido” de dichos sistemas frente al español harán que éste último se valore muy positivamente.

- *“En Colombia ir a una clínica, ir a un medico, manda el dinero. Si tu vas a urgencias con una mano rota, medio desangrando, tienes*

que ir casi muerto para que te atiendan, si no tienes la pasta, puedes caer en la sala de espera que te puedes morir”. (E. A. 1.H. Latino)

- *“...Es un Hospital, pero para mí no es un Hospital, es una mierda (...) hay particulares para la gente rica que tiene dinero. Ahí quien no tenga dinero se muere, si no tienes suerte. Tú preguntas por un medicamento, hasta para darte sangre , es horrible, yo no he ido pero... sé todo lo que pasa ahí”.* (E. A. 11, Subsahariana)
- *“En Guinea a las madres se les mueren los hijos en los brazos, porque estás ahí esperando al médico y saldrán cuando quieran”(G.D.5. M. Subsaharianas)*
- *“En Marruecos no es igual... porque allí faltan médicos, laboratorios, hospitales, materiales. (...) Ahí si quieres médicos buenos tienes que irte a un médico privado y a un médico privado tienes que pagarle (...) un pobre no puede tiene que irse a un médico público y al médico público también tienes que pagar, aquí no.* (E. A.6, Hombre Marroquí)

Teniendo en cuenta ese contexto de precariedad en los sistemas sanitarios de los países de procedencia, casi todos los inmigrantes participantes en el estudio hacen referencia al uso más o menos habitual de recursos de la medicina tradicional en sus países, en tanto que más accesibles, más baratos y que, en alguna medida, se muestran lo suficientemente eficaces, más allá de su eventual riesgo para la salud, como para que se siga creyendo en ellos.

- **“- ¿Conoces alguna otra forma de abortar?”**
- *Sí. Con hierbas, se toman hierbas.*
- **¿Y dan resultado?**
- *Sí.*
- **¿Y eso no tiene ningún peligro añadido?**
- *No, creo que no.”* (E. A. 8. M. Marroquí)

De ahí que, antes de abordar la información relativa a los sistemas sanitarios de los diferentes países, se haga referencia a dichos recursos, si bien, parece observarse cómo ciertas prácticas tradicionales de este tipo tenderán a eliminarse al comprobar la eficacia de la medicina científica.

4.2.1. Medicinas alternativas tradicionales.

Cabría afirmar, a partir de la investigación, que un rasgo común a los tres colectivos – aunque bajo diferentes modalidades- es el uso de la medicina alternativa como práctica relativamente habitual, sobre todo en el país de origen.

Ahora bien, conviene diferenciar lo que se podría denominar “práctica ocultista” de lo que de forma habitual se llama “remedio casero” o tradicional, ya que siendo ambas prácticas de curación, si la primera hace referencia a “un saber” que tradicional y socialmente se ha depositado en manos de un “curandero”, la segunda, habla de un saber popular que es, en la mayoría de los casos, un referente social muy normalizado; es decir, conocido y habitualmente utilizado por la mayoría de la población.

a) Las prácticas ocultistas.

Resulta difícil valorar a partir de las entrevistas y grupos realizados hasta qué punto los inmigrantes siguen acudiendo a “curanderos” al afincarse en nuestra Comunidad, puesto que se muestran muy reticentes a la hora de declararlo. Lo que sí es cierto es que, salvo los marroquíes que fueron muy herméticos en este tema, tanto los latinos como los subsaharianos nos transmiten abiertamente su existencia en el país de origen y su “popularidad”, sobre todo, en el ámbito rural.

- *“Ellos no son médicos, saben que tipo de hierba debes tomar cuando uno tiene dolor de estómago, qué te puede curar (...) Atienden bien y saben si uno tiene dolor de ojos, que tipo de hierba pueden mandar” (E.A.12. M. Subsaharianas)*

Dos son los factores que parecen sostener vigente la figura de estos “culebreros”, “hechiceros” o “chamanes”; a saber:

- La carencia de un sistema público o la irregularidad o precariedad del mismo que obliga a acudir a la medicina privada con el desembolso que ello conlleva:
 - *“Hay un médico pero si no tienes dinero es muy caro.*

- *También hay hierbas curativas*
- *Pero también se paga.*
- (...)
- *Hay veces que cuando estás llamado directamente a morir acudes a los hechiceros.” (G.D.6 H. Subsaharianos)*
- *“En mi pueblo hay sitios pequeños que tienen el médico a dos horas” (E.A. H. Latino)*

Al “culebrero” de los latinos o al “hechicero” nigeriano, como ocurre con el médico particular, se les ha de pagar; pero la diferencia de precio -siempre parece ser más barato el hechicero que el médico- es de suponer que opera como un fuerte aliciente para que siga existiendo esa figura alternativa. Por un lado, cobrar el servicio conlleva fiabilidad; por otro, ser más barato que el médico hace que sea más accesible.

- *“Lo que pasa es que los curanderos quieren dinero y así (ellos ,los que van) creen que lo pueden curar todo... y dado que el sistema sanitario es muy irregular y la gente no tiene mucho dinero para pagar la consulta, bueno, pues voy a probar ya que es más barato”(G.D.6. H. Subsaharianos)*
- El saber atribuido a dichas personas, cifrado sobre todo en la “experiencia” y en el halo de misterio que sobre ellos genera el imaginario social. Se habla de “viejas”, “solitarios”, etc.
 - *“En mi pueblo había como un centro de salud, y luego te llevaban a personas más antiguas que curaban en plan de hierbas cuando ya no tenías remedio” (G. D. 5. M. Subsaharianas)*
 - *“Culebreros es una persona que vive en medio de un monte y vive rodeados de plantas, tiene sus plantas medicinales, y en vez de perros tiene culebras. Entonces pues con sus culebras cuando va al pueblo tiene sus hierbas, y le dicen culebrero y hay muchas recetas médicas que vienen naturales de víbora y serpientes. Por ejemplo, los parásitos estos de los niños, dicen que le remedio de la culebra tal, le quita los parásitos a los niños, y efectivo. Son gente que tiene mucho mundo y se conocen muchas plantas. Muchos jarabes medicinales.” (E.A.1. Joven Colombiano)*

“Saber” el del curandero que, de alguna forma, se actualiza tanto por entrar en competencia “mercantilista” con los/las médicos/as privados, cuanto por el “aval” que el propio sistema sanitario del país les otorga, generando, de esta manera, mayor credibilidad a su capacidad para curar.

- *“Yo he visto en (...) que algunos médicos de la sanidad pública tiene una relación con los curanderos, hay casos que a una persona se la puede curar mejor de forma tradicional que en el médico y se les envía allí.” (G.D.6 H. Subsaharianos)*

Aparentemente, el fácil acceso a la medicina científica con que se encuentran los inmigrantes al llegar a nuestro país hace que se deje de recurrir a los curanderos. Llegan, incluso, a manifestar que les dan miedo dichas prácticas, que juzgan vinculadas a la falta de cultura imperante en su país:

- *“Hay gente que toma hierbas y animales muertos y todo eso, pero sabes una cosa en Marruecos tenemos un 80% de analfabetos y hay gente que no sabe lo que significa ir al médico” (E.A. 5. Marroquí Sin pareja)*
- *“Desde que estoy aquí no pido ni voy nunca a eso (...) pero aquí cuando me pasa algo voy directamente al médico” (E. A. 12. M. Subsahariana)*
- *“Yo me acuerdo que me lo daban de pequeña; ahora me imagino que lo hacen y son una hierbas que cuando empezabas con las fiebres se te quitaban.*
- *¿Y aquí lo sigues haciendo?*
- *No, ahora mismo yo no tomo eso ni loca, porque me daría miedo, no sea que me vaya a hacer algo.” (E.A.11. M. Subsahariana)*

No obstante, en la mayoría de las ocasiones los participantes eluden el tema, sobre todo, como ya se comentó anteriormente, los marroquíes. Considerando semejante ocultación, se nos hace difícil determinar hasta que punto todavía se sigue utilizando ese tipo de medicina en contexto del país de acogida. Lo que sí parece claro es que algunos inmigrantes no pueden sustraerse a ese “imaginario obscurantista” existente en sus países. El personal sanitario debe ser consciente de ello ya que,

en algunas ocasiones, puede interferir en la práctica médica habitual. El mediador social del SEMSI entrevistado se muestra muy explícito al respecto:

- *“- Si ellos están convencidos de que hay algo más que lo puramente físico, van a intentar por todo los medios conseguir dinero para ir a su país para resolver esa situación con la medicina tradicional.*
- *(...)*
- *Yo creo que sí (puede ser problemático para los médicos), con los africanos sí, porque va a generar un rechazo en determinadas prácticas, sobre todo en las analíticas, una persona que esta con estrés y considera que se le ha hecho un mal de ojo, la sangre es uno de los elementos que se utilizan para hacer brujería, parte de tus órganos para poder hacer magia negra, entre comillas, entonces esta persona se puede negar a que se les saque sangre.” (E.A. 18 Mediador Social)*

De hecho, en algunas zonas de Guinea este tipo de creencias están tan generalizadas que incluso estudiantes “de clases altas” las comparten. El mismo entrevistado nos cuenta esta anécdota, hablando de un guineano estudiante en Madrid que se llevaba mal con su compañero de piso, un pintor boliviano:

- *“En un momento dado acudió a nosotros pensando que esta persona le había echado mal de ojo, y que tenía una serie de problemas de salud, porque está persona le estaba echando mal de ojo, y nos solicitaba que nos pusiéramos en contacto con chamanes y personas que conocieran ese tipo de brujerías entre comillas, para que le pudiera deshacer lo que le había hecho esta persona.”*

Esta información obtenida del mediador social, queda corroborada en la entrevista realizada en la asociación Karibú:

- *“En África hay muchas cosas que tienen... ese submundo que a nosotros nos parece muy oscuro y muy raro; todo eso aparece aquí, aunque haya habido una evolución, aunque lo veas trajeado, con una cadena de oro, eso está, ese mundo... está aquí; por ejemplo, tienes ahora una mujer, una señora mayor, que su hijo está aquí, la ha traído, y la llevaron al Hospital para operarse y es una operación de nada, y ella ha dicho que a ella nadie la toca, que la lleven a su país natural.*

Y se va a morir, es una operación tonta, pero se ha negado, solo quiere curarse con la medicina tradicional. (E.A. Karibú)

En un contexto más alejado del que este entrevistado nos cuenta, se encuentra en el grupo de mujeres latinas una idea similar. Éstas fueron las más abiertas a contar determinadas prácticas, las cuales, aparentemente, siguen estando en vigor aquí y que actúan como obstáculo para la intervención de la medicina científica

- *“Los niños cuando son muy pequeñitos siempre toda la gente los miran y esto y lo otro y los ojean¹⁰, y si uno los lleva al médico y le meten un medicamento, porque si está ojeado ningún medicamento le hace bien” (G.D.1. M. Latinas)*

Intervenir en estos casos se hace necesario. En este sentido, la figura del mediador cultural se optimizará si es oriundo del país de referencia y, por tanto, conocedor del fundamento de dichas prácticas.

Cabría pensar que el mejor agente sanitario a la hora de “deslegitimizar” o desautorizar dichas prácticas es aquel que, participando de la cultura que las sustenta, es capaz de argumentar la escasa eficacia de las mismas.

b) Los remedios tradicionales:

A diferencia de lo expuesto en el apartado anterior, los remedios tradicionales aparecen como una práctica muy habitual en todos los colectivos de inmigrantes estudiados y, al contrario que ocurriera con las alternativas “oculistas”, son manifiestamente declarados en los grupos y entrevistas realizados:

- *“- Un corte te hiere mucho, nombre, échate una pizca de sal y una pizca de café, y ya sangre no va a salir”*
- (...)
- *Sí llegué aquí para el invierno y hacía un frío tremendo... uno se coge el medicamento criollo casero, se seca la rama de la cebolle-*

ta, se corta... también orégano con agua.” (E.A. 2 H. Latino Desagrupado)

- *“Yo tengo ahora un catarro, y ¿qué hice? En nuestro país venden un producto que se llama panela, es como un turrón de caramelo, dulce, muy duro, se hace de la caña de azúcar, y tú partes un pedacito lo pones a hervir y cuando eso está caliente y el agua está marrón por la canela, entonces le exprimes un buen limón, para que quede ácido, lo haces un par de noches seguidas, inhalas ese vapor varias noches seguidas y la congestión te la quita. (E.A.1. H. Colombiano)*

Múltiples son las prácticas que se podrían sumar a las ya mencionadas respecto de los remedios tradicionales: el limón con miel (usado por latinos y marroquíes), jarabe hecho con miel de abeja, etc.

Que estos remedios se sigan utilizando responde al hecho de tratarse de tradiciones muy arraigadas. Tienen, además, un extraordinario carácter local, lo cual hace difícil, incluso, el generalizar prácticas en el interior de una comunidad nacional concreta; se perciben, por ejemplo, grandes diferencias entre un ecuatoriano de Quito y uno de Guayaquil o entre un marroquí de Tetuán y uno de Marrakech

En cualquier caso, muchos de esos hábitos son aparentemente inocuos; lejos de interferir en la práctica médica científica, pueden llegar brindar la oportunidad a los agentes sanitarios de establecer un vínculo con los pacientes inmigrantes por la mediación de la pregunta sobre el tema:

- *“Cuando lo vio su madre y su abuela (que le lavaban los puntos del parto con agua y jabón) le hicieron las prácticas habituales de Guinea, agua muy caliente, con sal marina y masajes en el vientre. Hay toda una serie de prácticas, y, además, tenemos mucho personal sanitario de origen guineano, que podrían informar cuáles son las prácticas. Sobre todo escuchar un poco En ese sentido, los guineanos son una fuente de información sobre el África negra, muy interesante.” (E.A. 18. Mediador Social)*

La posibilidad de escuchar al inmigrante en el

¹⁰ Echar mal de ojo.

espacio de intersección entre su cultura de origen y la nuestra, está servida; tan sólo es necesario que los profesionales sanitarios estén dispuestos a realizar esa escucha, y prescribir o proscribir las prácticas según consideren oportuno:

- *“La manzanilla la tomo para el estómago, la valeriana para los nervios, a veces también menta... si no se me pasa voy al médico” (E.A. 4. Latina)*
- *“Hay algunas que dicen que después del sexo toman una bebida con limón para no quedarse embarazadas, pero yo creo que falla.” (E.A.12. M. Subsahariana)*
- *“Por ejemplo tómate un te con aguacate (para abortar)... allá hay muchísimas cosas que te las tomas y no es necesario ir al médico.*
- *Pero eso ¿no es peligroso?*
- *Bueno, tiene que serlo, yo no he tomado, digo lo que he oído... pero se recurre mucho a esos remedios caseros.” (G.D. 1. M. Latinas)*

Pues, tal y como en estas últimas citas se comenta, con el mero hecho de informar al extranjero, corroborando o desmintiendo la eficacia de los remedios utilizados, se podrían prevenir en muchos casos males mayores.

Conviene pues, comentar la interferencia que puede existir entre la medicina tradicional y la científica, porque cabría suponer que a pesar de la creencia en la inocuidad de algunas prácticas de las aquí denominadas tradicionales, éstas no son tal; la frontera con prácticas oscurantistas es a veces difícil de delimitar:

- *Hay gente, casa, familias que hacen eso todavía, cuando vienen del médico les ponen cosas en la cabeza para bajar la fiebre, saben que dan resultado (...) Aquí yo no le he visto, pero te digo que en Marruecos hay familias que hacen eso con plantas, hierbas y esas cosas.” (E.A. 7 M. Marroquí)*

4.2.2. Sistemas Sanitarios de los países de origen.

La variable que más incidencia tiene respecto de la valoración del sistema sanitario español la

constituye la experiencia elaborada con el sistema sanitario del país de origen. Dicha experiencia, en muchos casos y refiriéndonos al sistema público, es muy escasa y, en el caso de los subsaharianos, puede ser prácticamente nula:

- *“Yo he salido de Nigeria con 22 o 23 años y mi madre sólo ha ido al médico cuando tiene que dar a luz.*
- *Porque su mamá no tener dinero.” (E. A.12 pareada. Nigeria)*

Evidentemente, esta experiencia está condicionada por las situaciones particulares de cada sujeto que, en la mayoría de los casos, se nos manifiestan como bastante precarias.

Es muy usual observar la tendencia a reproducir hábitos de uso de los servicios de salud adquiridos en el país de referencia. Por ejemplo, el insistir en la costumbre de acudir a clínicas privadas buscando un especialista –típicamente el ginecólogo- o determinadas analíticas que están cubiertas por nuestro sistema sanitario es relativamente habitual. Por el contrario, también es frecuente demandar algunos servicios que nuestro sistema no cubre pero que sí lo hace el del país de referencia, como es el caso de los latinos con el odontólogo.

- *“Una cosa muy importante que aquí no se da es la odontología, pero para todo el mundo. En Colombia la sanidad es muy mala, pero cuando una madre se embaraza lo primero que te mandan es al odontólogo, porque te descalcificas mucho y te duelen los dientes; tenemos prioridad las madres embarazadas. Y, aquí para todo el mundo es carísima (...)*
- *Sí allí en Colombia no te sacan el diente, te lo tratan hasta que no pueden hacer más. Aquí si vas, aunque sea particular, lo primero que te dicen es que hay que sacarlo*
- *(...)*
- *...a mi hija en el colegio nunca la mandaron al odontólogo, iban a mirarle los ojos, iba el cloro y esas cosas pero al odontólogo nunca, en nuestros países van a los niños y les llevan gratis...*
- *En Ecuador si uno va con un diente mal se lo tratan de curar y en el hospital es gratis” G.D.1. M. Latinas)*

A los latinos, el comprobar la falta de cobertura de determinados servicios que son gratuitos o accesibles para la mayoría de la población en su país les genera perplejidad, pues resulta difícil entender que un sistema que perciben inicialmente como superior al suyo carezca de servicios que para él son habituales.

Esto les brinda la oportunidad de desplegar todo un discurso que señala los “fallos” o “fisuras” de nuestro sistema. Oportunidad para instalarse en la queja y en la reivindicación los valores de su país frente al nuestro:

- *“En Colombia, si tu tienes un problema de ese tipo no te mandan al especialista, no sé, ayer mismo me ocurrió que alguien tenía un “moco” en el oído y lo mandaron al otorrino; por lo menos en Colombia esos casos los hace el médico general” (G.D.1. M. Latinas)*

Discurso que –interpretamos– se repite en múltiples ocasiones como efecto indirecto derivado de la propia técnica utilizada para la investigación¹¹, y que en este caso supone un desplazamiento al ámbito sanitario de un problema que excede al mismo, cual es el de la hostilidad que perciben en el entorno social. La crítica a los españoles surge, entonces, rápidamente:

- *“Piensan que vivimos en la selva y que nos dan un paracetamol o una pastilla de estas calmantes y es la panacea, pero yo te puedo decir que en muchos casos nuestro sistema médico está muy por encima del español.*
- (...)
- *Mira en España la gente es muy conformista, está muy estructurada y venimos nosotros con otra perspectiva y nos salimos de la estructura que tienen ellos.” (G.D. 2. H. Latinos)*

Ahora bien, no se sería fiel a la realidad si se afirmara que el servicio¹² sanitario español no resulta valorado, en términos generales, como mucho mejor que el suyo. De hecho, todos los colectivos de inmigrantes del estudio aseguraban que, independientemente de las causas

(políticas, económicas o de desarrollo cultural), los sistemas sanitarios de sus países son precarios, escasos, poco accesibles y, en consecuencia, caros y de uso puntual, y que la sanidad privada se muestra como única alternativa viable en casos de patologías críticas o de urgencias, teniendo que pagar, evidentemente, por ello:

- *“Se mueren muchos niños... En vez de atender al niño, lo único que te van a dar es calmantes. No van a ver si tienen anemia o qué. En Guinea a las madres se les mueren los hijos en brazos porque estás esperando al médico y saldrán cuando quieran.” (G.D. 5. M. Subsaharianas)*
- *“Cuando yo he estado en Colombia ir a una clínica, ir a un médico, manda el dinero. Si tu vas a urgencias con una mano rota, medio desangrando, tienes que ir casi muerto para que te atiendan. Si no tienes la pasta, puedes caer en la sala de espera, que te puedes morir”. (E. A. 1.Colombia)*
- *“Y se me abrió la bolsa, y yo me quedé llorando y con dolores... al final los enfermeros dando propina me atendieron (E. A. 7.M. Marroquí)*

La atención sanitaria pública del país de origen se asociará siempre a sistemas muy desestructurados, de escasa calidad e incluso integrados en la red mercantilista, donde el poder adquisitivo es el que manda y donde la figura del profesional médico en muchas ocasiones no escapa a la sospecha de obtener grandes beneficios

- *“Allí, la seguridad social es sólo para el que trabaja, no le cubre ni a su mujer ni a sus niños” (E. A. 4. Ecuatoriana)*
- *“Había muchas dificultades en la seguridad social, yo perdí mi segundo niño allá en Perú porque tenía un doctor que no me revisaba (...) cuando empecé a sangrar y con cólicos. Y los médicos que no me querían hacer la ecografía porque ya habían acabado el horario, venga usted mañana... luego cuando me internaron, el bebé se va a morir. Claro que era la seguridad, si hubiera sido la particular*

¹¹ El grupo de discusión tiende a señalar cuestiones que exceden el marco de la discusión en la medida que el tema permite establecer una complicidad entre los participantes.

¹² Nos referimos al servicio como sistema no como atención médica.

seguro que no es así. La pasé muy mal.”(E.A.3. M. Latina)

- *“Hay particulares para la gente rica que tiene dinero, ahí quién no tenga dinero o te mueres o si no tienes suerte... hasta para darte sangre es horrible... Ahí nos criamos por la gracia de Dios, yo de pequeña tuve suerte” (E. A.12.M. subsahariana).*
- *“La salud funciona bien para la gente rica” (E.A. 12. M. Subsahariana)*
- *“En Marruecos no es igual... allí faltan médicos, laboratorios, hospitales, materiales. (...) Ahí si quieres médicos buenos tienes que irte a un médico privado y a un médico privado tienes que pagarle (...) un pobre no puede tiene que irse a un médico público y al médico público también tienes que pagar, aquí no. Tienes que pagar una cita (...) el 30 o el 33% del salario mínimo”.* (E. A.6. H. Marroquí)

Así, ante la ausencia de garantías y, por supuesto, ante la falta de políticas de prevención en la sanidad pública del país, en muchos casos es habitual que los inmigrantes hayan tenido contacto con clínicas privadas, siempre en casos de urgencia (partos, cólicos, accidentes, etc.).

Esto puede explicar -en cierta medida y sólo parcialmente- la costumbre de que el primer contacto con el sistema médico de nuestro país sea a través de las urgencias de los hospitales, ya que es preciso entender que, en términos generales, el hospital es el espacio de las urgencias y el hábito de ir al médico/a que tienen estos grupos tiende a estar muy asociado a casos de extrema necesidad.

✓ La farmacia

También puede decirse -y es importante que ello se tenga en cuenta- que la farmacia es para muchos emigrantes el primer contacto que tienen con el sistema sanitario español.

La farmacia es un lugar al que los inmigrantes acuden con cierta asiduidad en los países de origen por cuanto representa una “alternativa de curación” -de enfermedades o síntomas conocidos- que requiere de un menor desembolso que el médico particular.

- *“Yo soy de familia intermedia... y cuando he tenido que ir al médico, iba y cuando no tengo no iba (...) cuando tienes que hacer una vacuna a la fuerza se tiene que ir, pero si te duelen los ojos o tienes una enfermedad o los tienes hinchados, se va a la farmacia, es más fácil, más económico.” (E.A.7. M. Marroquí)*

Este hecho podría también explicar la propensión a la “automedicación” o a la medicación prescrita por el farmacéutico que se observa en los inmigrantes estudiados:

- *“Yo allí en mi país, tomaba un medicamento y lo sigo tomando aquí.”*
- **¿Medicamento a qué le llamas?**
- *A la pastilla anticonceptiva. La microbión... me indicaron otra que me daba muchas náuseas y mucha cosa y entonces esta yo la compro igual...” (G.D.1. M. Latinas)*
- *“Yo voy a la farmacia.”*
- *Uno se automedica porque si uno va al médico le dice, tómese estos calmante.*
- *Más o menos uno se imagina.*
- *Es lo que venimos conversando que le falta al médico... carisma para que vuelva otra vez” (G.D.2. H. Latinos)*

En este sentido, bástenos decir que cualquier acción encaminada a promover la prevención de la enfermedad en el colectivo de inmigrantes deberá considerar al menos a la farmacia (establecimiento) como un lugar muy adecuado a la hora de promover, publicitar o informar de determinadas pautas saludables o de promoción de la salud.

✓ Las diferencias en función del origen

Aún someramente, se hace necesario en este punto hacer referencia a las situaciones específicas de cada uno de los colectivos de inmigrantes respecto a los recursos que la institución sanitaria (privada o pública) de cada país o zona concreta poseen, ya que influirán de manera muy notoria, si no en la valoración de nuestro sistema, sí en el comportamiento (demandas, fundamentalmente) que frente a nuestro sistema sanitario poseen los diversos colectivos de inmigrantes.

Será el uso de la tecnología médica y, por tanto, el conocimiento de la misma, la variable que discrimina los tipos de colectivos: los latinos por un lado -con gran distancia frente a los otros dos-, los marroquíes y los subsaharianos, por otro.

- El caso de los latinos

Independientemente de su zona concreta de origen, el latino establece una asociación clara entre avance tecnológico y medicina científica. Dicha asociación le permite diferenciar meridianamente tres espacios distintos en lo que concierne a la curación y prevención de la enfermedad:

- La medicina científica: Aquella que se apoya en el uso de la tecnología como base del saber. El diagnóstico se basa en análisis y pruebas diagnósticas, y se valora positivamente frente al resto de las prácticas señaladas por cuanto que brinda la posibilidad de abordar patologías que no se manifiestan a través de síntomas evidentes.

La farmacología, como remedio¹³, y los hospitales, como lugar de investigación, serán los máximos exponentes de dicha medicina. Se concibe como la medicina más eficaz y más relevante, pero se percibe desde su experiencia anterior a su llegada a España como poco asequible.

- La medicina “tradicional”: basada en un “saber ancestral”, y a la que recurren, como ya se ha comentado en el punto anterior, como alternativa “más económica” frente a la anterior en el país de procedencia.
- La medicina -permítasenos la redundancia- “médica”, que hace referencia al profesional médico como “sujeto” que, dominando un “saber práctico”, es capaz de establecer relaciones entre síntomas físicos y enfermedad. Esta medi-

cina se encarna en el “médico de cabecera” o “médico general” existente en su país, un referente relevante para la mayoría de ellos.

Es la alternativa más valorada, por cuanto su uso es el más frecuente y en la medida que el “saber médico” siempre otorga un espacio muy significativo al paciente: éste explica los síntomas y el médico los interpreta, tras inspeccionar el cuerpo mismo; puro acto de transferencia entre el médico (espacio de saber) y enfermo (objeto de estudio)

- La confluencia de la “medicina científica” y la “medicina-médica”, se muestra como la responsable de la tendencia a manifestar posturas y actitudes críticas frente a las prácticas médicas de nuestro sistema sanitario, como se verá más adelante.

- El caso de los marroquíes

En este caso hay que diferenciar entre el origen urbano o rural del inmigrante. Mientras que los marroquíes de origen urbano están más cercanos a la medicina científica (fármacos y analíticas) y muy familiarizados con lo que anteriormente se ha denominado “medicina-médica”, los de origen rural en escasas ocasiones podrán acceder a la segunda y sólo puntualmente podrán acceder a la primera. Existe, pues, el referente de lo médico tecnológico, pero, cabría conjeturar, tan sólo como referente, pues nadie en nuestros grupos y entrevistas parece haber podido acceder a sus servicios.

Dicho referente encuentra una manifestación en el pasado, cuando los franceses ocupaban un lugar muy relevante en el espacio sanitario:

- “- Antes, en los años 80, en los hospitales públicos había más atención porque todavía había franceses y te miraban bien y te daban la medicina incluida” (G.D.4. H. Marroquíes)

En cualquier caso, lo que mayor relevancia

¹³ Los términos “remedio” y “droga” aparecen muy extendidos para denominar a los medicamentos o fármacos.

adquiere al análisis es el hecho de que la calidad atribuida a la atención médica recibida aparece en relación directa con el coste de la misma.

La precariedad del sistema sanitario público de Marruecos reside fundamentalmente en dos aspectos:

- Primero, la falta de cobertura para la mayoría de la población:
 - *“-Hay un 15% que tienen derecho a la seguridad social porque están trabajando para el gobierno.*
 - *No menos, en mi ciudad no hay.*
 - *Hablamos del territorio de Marruecos.” (G.D.4. H. Marroquíes)*
- Segundo, la seguridad social solo cubre la atención del médico/a pero no los gastos derivados de ella. El paciente debe pagar por todos los gastos derivados de cualquier tipo de intervención. Incluso, debido a la masificación, se llegará a pagar para ser atendido prontamente:
 - *“- Tienes que llevar, los medicamentos,*
 - *Y las mantas y las sábanas.”” (G. D.3 M Marroquíes)*
 - *“- Y también hay, cómo se llama eso, para pagar a un médico, para que pases tú primero, él se porta bien pero tienes que pagar.”(E. A. 6. H. Marroquí)*

A la par, el sistema médico privado funciona de manera muy similar al público

Esta situación hará que la diferencia entre medicina privada y pública se perciba como casi inexistente, pues, todo, en definitiva, presenta la apariencia de un negocio. El paciente adquiere la categoría de cliente tanto en la medicina privada como en la pública:

- *“-Si no tienes dinero, te mueres y ya está” (G.D. 3. M.. Marroquíes)*

La percepción de la calidad de la medicina recibida se hace paralela al coste de la atención: *el médico de pago es mejor que el médico público (sic.)*

- *“Allí por ejemplo, si quieres médicos buenos tienes que irte a un médico privado ” (E.A.6. H. Marroquí)*

Esta idea funcionará tanto para los/las médicos/as especialistas como para los generalistas. La ausencia, pues, de diferencia entre los distintos tipos (privado/público, especializada/generalista) permitirá que:

- Por un lado, se establezca una jerarquía de los/las médicos/as, no basada en su función, sino en la “categoría social” que poseen.
 - Por otro lado, el “saber médico” se agota, en gran medida, en el saber técnico específico del profesional, siendo el paciente un mero depositario de él. No se detecta el espacio de “transferencia médico-paciente” que aparecía en el caso de los latinos. La intervención de otro de los participantes del grupo citado anteriormente da clara cuenta de ello:
- *“...No hablamos de los médicos, de las personas, hablamos de la política; los médicos en todo el mundo están como un profeta... la política de salud en Marruecos no existe” (G.D.4. H. Marroquíes)*
 - Si la ausencia de “transferencia de saber” propicia una actitud sumisa del marroquí frente al médico/a, la carencia de políticas sanitarias públicas y la falta de acceso gratuito a los “avances tecnológicos” harán que, al llegar aquí, se le dé mucho valor tanto a la figura del médico generalista como a la del especialista. No están en ese lugar sus frenos para asistir a los centros de salud:

- *“En Marruecos una vez que estás en la puerta del Hospital, te miran, es distinto que aquí, un paciente va allí, pero tiene que ser consciente de si tiene dinero para meterse al quirófano.*

- *Si no te operan sin anestesia. (E.A. 5 H. Marroquí)*

- El caso de los subsaharianos

Mientras que en Guinea -o al menos en aquellas zonas representadas en nuestro estudio- la situación es más similar a la de los marroquíes,

en el caso de los nigerianos, y siempre refiriéndonos al sistema de salud de su país, lo que determina fundamentalmente la diferencia con el resto de los colectivos en estudio es la clase social de pertenencia¹⁴. La escasa presencia de una clase media en Nigeria (y, posiblemente, en muchas áreas de Guinea), determinará el débil y, a veces, nulo acceso al conocimiento de los avances de la medicina científica.

El sistema médico español (gratuito o no) resulta en sí mismo una alternativa de salud muchas veces extraña para este inmigrante que llega a nuestro país escapando de la más absoluta pobreza en que vivían.

“Los niños sobreviven por la gracia de Dios”. “Yo nunca estuve enfermo salvo cuando tuve malaria” (sic.), son frases que se repiten en las entrevistas y grupos realizados en este colectivo que reflejan cómo la antinomia vida/muerte es muchas veces lo habitual, sin que la intervención médica (eficaz) se conciba como un estadio intermedio entre ambos términos. El tratamiento médico no es un referente, por norma general, en este colectivo; cuando se habla del tema tan solo algunos fármacos (por ej. : Gelocatil) se toman de forma relativamente habitual, los cuales no necesariamente son expedidos en farmacias.

- *“- Allí cuando estás enfermo estás llamado a morir” (G.D. 6. H. Subsaharianos)*
- *“- En mi país tomaba dos pastillas (paracetamol) aquí solo una para la fiebre” (E.A. 9 H. Nigeriano)*

Por encima, la credibilidad de la medicina científica de alguna manera queda en entredicho, al imputársele cierta dependencia de las prácticas ocultistas. Conviene recordar el caso de la cita, anteriormente comentada, donde eran los “médicos-científicos” de hospitales los que remitían en muchas ocasiones al curandero.

Ahora bien, sorprende en este colectivo la di-

ferente notoriedad que alcanzan en unas zonas y otras las campañas del uso de preservativo (que incluirían el regalo de *condones*); en ciertas zonas se recuerdan, mientras que en otras parece incluso desconocerse qué es y para qué sirve el preservativo.

- *“- En Nigeria yo no conozco qué es el preservativo*
- *¿Cómo se cuidan?*
- *(...) sí, son caras, pero toman las pastillas” (E.A.12. Nigeriana)*
- *“- En mi país, dan condón gratis” (E.A. 9 H. Nigeriano)*

En este sentido, también cabe destacar cómo, curiosamente, la farmacia aparece en muchos casos como el referente más cercano (e, incluso, a veces el único) vinculado a la medicina científica. Tal y como la siguiente cita refleja, la farmacia se muestra en el mismo orden simbólico que los remedios de curandería.

- *“Cuando uno está enfermo va a la farmacia o a la herbolaria” (E.A. 12. Nigeriana)*

Dadas estas condiciones, se observan varias tendencias:

- La actitud de agradecimiento ante el cuidado sanitario que se recibe en España, que bien pudiera considerarse en determinadas ocasiones como desmesurado:
 - *“Aquí te tratan bien, se preocupan, te sacan sangre en la camilla” (G.D. 6 H. Subsaharianos)*
- La actitud permanente de negación de enfermedad. Pareciera como si nunca estuvieran enfermos.
- La elevada propensión a la automedicación. La farmacia vendrá a sustituir a los herbolarios tradicionales.

¹⁴ No tratamos de decir que esta variable no opere en el resto de los colectivos sino que aquí se hace muy notoria.

ACTITUDES Y VALORACIONES DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Hasta ahora se ha estudiado el bagaje con el que el inmigrante llega a nuestro país y las áreas que adquieren para él significación respecto de la salud y la enfermedad: los aspectos culturales y la experiencia previa del sistema sanitario del país de origen.

Se abordarán en este capítulo los comportamientos, las actitudes y las valoraciones del sistema sanitario español una vez que se produce el conocimiento y uso del mismo.

La exposición de resultados tenderá a respetar el orden cronológico que configura el proceso de aprendizaje del inmigrante en el uso del sistema sanitario español.

5.1. CONDICIONANTES EXTERNOS PARA EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO.

Todos los inmigrantes participantes en nuestro estudio otorgan un alto valor al Sistema Sanitario Español, en tanto que universal y gratuito, puesto que al tener solucionado el tema de la atención sanitaria se soslaya uno de los escollos fundamentales que podrían llegar a cuestionar la emigración desde su país.

En efecto, independientemente de los objetivos particulares que cada inmigrante se proponga cumplir, siempre la salud, o la carencia de enfermedad, será un prerrequisito fundamental para el cumplimiento de los mismos.

Ahora bien, en referencia a las diferentes vías de acceso al Sistema Sanitario, aparece en el discurso del inmigrante de forma generalizada el problema de su situación legal; situación que determina radicalmente la asistencia al centro de salud y, como consecuencia, la integración en el sistema sanitario.

Así, mientras que los que poseen la tarjeta centran su discurso sobre el sistema sobre la base de su experiencia en los centros de salud, los que no la poseen lo centran sobre las urgencias y/o los hospitales. Diferente contexto que, como es lógico, determina la perspectiva que se posee referente a la valoración del sistema sanitario.

Siendo la tarjeta el elemento que discrimina el acceso al sistema sanitario, se hace imprescindible abordar en un primer momento lo que la tarjeta sanitaria significa, así como las dificultades que condicionan el acceso a ella.

5.1.1. La tarjeta sanitaria: significado.

El requisito básico para la obtención de la tarjeta es el empadronamiento, que a su vez exige de la presentación de otra documentación previa. En este sentido, la tarjeta sanitaria pone en juego la cuestión la situación legal del inmigrante.

Evidentemente, esta explícita vinculación con los “papeles legales” en general es la que realmente funciona en los inmigrantes, pues pocos hacen referencia a las instituciones a las que ambos documentos competen. Por lo tanto –y siempre hablando de aquellos que no poseen una situación regularizada o que están en trámite de regularizarla-, toda institución pública será percibida como potencial amenaza en relación con una posible expulsión.

Ahora bien, conviene señalar que la tarjeta sanitaria no se valora como un “papel” con valor legal; no obstante, poseerla genera una seguridad al inmigrante, ya que las ventajas que a ella asocian permiten que algo, en principio percibido como costoso tal cual es la asistencia sanitaria y la compra de medicamentos, quede cubierto sin desembolso aparente:

- *“Si tienes tarjeta sanitaria estás siempre cerca de los médicos, no tienes que pensar que tienes que pagar algo para la consulta ni nada, sin compromiso, sin nada” (G.D. 4. H. Marroquíes)*

Esta cita expresa la vertiente práctica de la tarjeta en el contexto de inmigración, ya que un menor desembolso de cualquier tipo de servicio siempre será muy valorado en los colectivos de inmigrantes económicos. Pero, más allá de esto, la cita manifiesta de forma muy clara que la tarjeta permite evitar la angustia intrínseca, pues, *“Estar cerca de los médicos”* y *“No tienes que pensar que...”* remiten a esa liberación del estrés y de la depresión comentada ya en el anterior capítulo.

Si la idea de “no tener que pensar” habla de la tranquilidad posible de asegurar la salud – requisito básico para trabajar –, la idea del “médico que está cerca” nos lleva a pensar en una figura

que se muestra, en principio, capaz de suturar, en algo, la herida que todo desarraigo conlleva.

La posesión de tarjeta sanitaria no resuelve, como es obvio, los problemas psíquicos del inmigrante pero los alivia en gran medida, ya que la anticipación de que alguien se va a hacer cargo de ti en los momentos difíciles siempre ayuda a seguir adelante

- *“Si yo tuviera trabajo estable me sentiría ahora mismo bien porque te dan la oportunidad de tener los papeles y la seguridad social.” (E.A. 2 H. Latino)*
- *“Te dicen, mira tú saca la tarjeta, porque eso te sirve, existe la esperanza como quién dice...”*
- *Estar sano que no te pase nada es lo mejor que puedes hacer en tu vida, porque si te sucede algo...*
- *(...) Con esta herida (...) aquí en el mismo hospital te dan pollo, pescado, patatas (...) incluso te preguntan qué quieres comer.” (G.D.2 bis. H. Latinos)*

5.1.2. El acceso a la tarjeta sanitaria.

Ante semejante descripción del valor que posee para todo inmigrante la tarjeta sanitaria, habría que deducir que ésta debería de ser un objetivo a conseguir nada más llegar al país. Sin embargo, se observa cómo la falta de información institucionalizada al respecto hace que en algunas ocasiones el inmigrante no dé por supuesta la existencia de un sistema de salud universal:

- *“Tú no me vas a creer, cuando llegué aquí me hice empadronar, pero no me llegó nada (...) y ya te digo desde que estoy aquí solamente la necesité cuando me atracaron y al ir a poner la denuncia de pérdida de pasaporte me dijeron que necesitaba un parte médico (...) y ahí en el San Carlos me atendieron gratis.” (E.A.1. H. Colombiano)*

Incluso, aún llevando el inmigrante cierto tiempo residiendo en el país, puede no llegar a conocer su derecho a acceder a la tarjeta sanitaria, ya que podrían asociarlo a la disposición de un contrato, como ocurre en el caso de esta boliviana¹⁵.

¹⁵ Lo que nos lleva a pensar que semejante desorientación es más fácil que se produzca en aquellos que no poseen referentes de ningún tipo (familia, ONG o colonias establecidas)

- *“Porque la verdad que no sabía, porque después de nueve meses recién ya me hice de la seguridad; es que a veces cuando una trabaja en casas no le pagan la seguridad social, entonces cuando empecé a trabajar empecé a aportar.” (E.A. M. Latina)*

Un dato muy significativo aportado por la investigación -que podría hacerse extensivo al conjunto de la población¹⁶- respecto a los canales de información de la existencia y la forma de conseguir la tarjeta sanitaria es el siguiente:

- En el caso de ecuatorianos (colonia más numerosa en nuestra comunidad)¹⁷ y de marroquíes, el canal más frecuente son los amigos y los familiares; por el contrario, las ONGs (Karibú, Médicos del Mundo, Cruz Roja...) son el canal más habitual en el caso de los subsaharianos
 - *“Cuando yo llegué aquí no sabía que era la seguridad social¹⁸ ni que había que inscribirse ni empadronarse ni nada...”*
 - Yo tampoco-
 - Yo tampoco.
 - (Risas)
 - *... entonces una amiga me dijo, tengo que ir a la seguridad social, como así, como si nada y yo le dije aquí hay seguridad social gratis, lo tienes gratuito pero tienes que empadronarte...*
 - *A mí me informó mi hermana.” (G.D.1. M. Latinas)*
 - *“Por mis compañeros porque tengo compañeros aquí en España y me dijeron que sí lo puedo hacer (...) busque información en el Centro de Salud.” (E.A.7 M. Marroquí)*
 - *“Como mi marido echó los papeles y tuvo residencia para trabajar, con su trabajo yo tuve la tarjeta”(E.A. 11. M. Subsahariana)*
- Sin embargo, aquellos inmigrantes que no poseen la residencia en regla, bien porque

les ha caducado el visado (aún con pasaporte) o la propia residencia temporal, tienden a pensar que su “irregularidad” es una traba a la hora de acudir a un centro sanitario. De hecho, ha aparecido algún caso de subsahariano que desconocía el derecho de asistencia (desconocía la ley); en estos casos Karibú, Cruz Roja o Médicos del Mundo se muestran como las referencias sanitarias más usadas. Esta falta de información hará que, incluso, aquellos que posean capacidad para asistir a los centros de salud sigan yendo a las asociaciones para recibir atención sanitaria, como es el caso de este entrevistado nigeriano que estaba en posesión del pasaporte:

- *“¿Tienes tarjeta sanitaria?”*
- No
- *¿Por qué?*
- *Porque yo estoy esperando mis papeles*
- *¿Has ido al médico aquí en España?*
- *Sí a Karibú.” (E. A. 10 Subsahariano)*

Ahora bien, más allá de la falta de información de los derechos del inmigrante al acceso a las prestaciones que brinda el sistema sanitario español, se detecta en todos los colectivos que el requisito del empadronamiento opera como una traba en dos vertientes:

- ✓ **Problemas legales:** Refiere a la imposibilidad de empadronarse que muchos de los inmigrantes tienen al vivir en domicilios en los que ya se hayan empadronadas cierto número personas no familiares, puesto que el Padrón Municipal, según se dice, impone restricciones al respecto.
 - *“¿Qué pasa con el tema del empadronamiento?”*
 - *Además, el dueño del piso no quiere que metas mucha gente con él en el empadronamiento, no quiere.*

¹⁶ Somos conscientes de los límites de la metodología cualitativa, pero este dato se muestra muy significativo en la investigación.

¹⁷ Según fuentes estadísticas de la Comunidad de Madrid en el año 2001.

¹⁸ Confunde Seguridad Social con tarjeta sanitaria ya que no tiene contrato de trabajo fijo. Sí tiene actualmente tarjeta sanitaria.

- *Hay un control también ahora, porque si tienes más de ocho personas empadronadas, no te dejan. (G. D. 3 Mujeres Marroquíes)*

Por otro lado, se detecta que múltiples latinas no son empadronadas en las casas que residen realizando funciones de servicio doméstico.

- *“Hace poco vino una peruana que vivía con una señor en su domicilio y se puso a llorar en la consulta porque ella se quería empadronar con la dirección de la señora y esta no dejaba que la chica se empadronara (...) le pone excusas como que ha estado en un abogado...” (E.A. 15 Enfermera)*

En este mismo orden de cosas, conviene señalar la existencia práctica de otras vías de conseguir atención sin tarjeta que, a la larga, lo que impiden es un seguimiento del paciente. El personal de enfermería se muestra como una muy buena fuente de información al respecto:

- *“¿Pero tú ves a gente sin tarjeta sanitaria?*
- *Sin cartilla sanitaria.*
- *¿Y no la pueden sacar*
- *No, porque hay muchos requisitos, empadronamiento, papeles.*
- *¿Y los ves cómo que?*
- *Como desplazados. (E.A. 15 Enfermera)*

✓ **Temor o miedo a ser expulsados.** Se detecta en personas que presentan diversas irregularidades –por ejemplo, porque no poseen los papeles en regla (caducidad del permiso de residencia), porque realizan trabajos sin contrato (bastante frecuente en todos los colectivos), etc.- que desarrollan un temor sobre la posible utilización que las autoridades puedan dar a los datos exigidos para la obtención de la tarjeta. Esto les retrae e impide, como consecuencia, el acceso habitual a los servicios sanitarios.

- *“Muchos inmigrantes consideran esa situación de empadronamiento como peligro para ellos, sobre todo si no tienen papeles por-*

que consideran que mediante esa información se los puede localizar, se le puede expulsar, puede actuar contra ellos, eso es un limitante importante del derecho de asistencia que tienen los pacientes.” (E.A.20. Médico)

- *A mí no me dio miedo*
- *Cuando estás ilegal a mí me daba miedo, decías, de pronto, no sé... los datos que tengan de ti, porque cuando vas al médico te piden tus datos, donde vives...*
- *A veces la misma gente se encarga de meter el terror (...)*

La gente con la que tu vives, que a lo mejor te dicen, no te empadrones, que de pronto hay una redada, esas cosas que son mentiras. Pero yo conozco mucha gente que llega y le da miedo ir al médico. (G. D.1. M. Latinas)

Este miedo en ocasiones repercute directamente en el comportamiento de los pacientes, que aparecen y desaparecen de consulta, lo cual interfiere en el seguimiento que con ellos establecen los profesionales de la salud.

Evidentemente, esto opera no solo como freno frente a la asistencia a los centros de salud, sino también como “descontrol” del propio personal sanitario, que nos informa cómo muchos inmigrantes desaparecen una vez que se ha podido hacer un mínimo seguimiento, puesto que se cambian constantemente de domicilio¹⁹.

Conseguir el empadronamiento, tema que excede con mucho el ámbito sanitario, incide directamente en la relación del inmigrante con el centro de salud y, por lo tanto, con el sistema sanitario en general. También debe verse afectada la participación en programas de salud, en la medida que gran parte de éstos descansan sobre la base del establecimiento de una relación con garantías de estabilidad.

Además, como se sabe, no en todas las Comunidades Autónomas establecen el requisito del empadronamiento para la concesión

¹⁹ Este cambio frecuente de domicilio puede tener, evidentemente, más razones que la expuesta: mejora de vivienda, movilidad laboral, etc.

de la tarjeta, como son los casos de Andalucía, Navarra y Valencia.

- *“Eso finalmente lo que persigue es que no tengan asistencia sanitaria pública. Quiero decir con esto, el tema del padrón es importante (...) Por ejemplo en Andalucía simplemente consiste en que cualquier inmigrante asista a una institución, una ONG, un sindicato, y con esa certificación, aunque no tenga DNI, con ese papel ya le emiten la tarjeta sanitaria para el sistema sanitario público. O sea, que el desarrollo de estas cuestiones es diferente en cada comunidad...” (E. A.20. Médicos del Mundo)*

Queda claro por dónde pasa el miedo de los inmigrantes a presentar a los organismos oficiales sus datos de domiciliación. En principio, la falta de información sobre el destino de esos datos es lo que inquieta a muchas personas que están “sin papeles” y que ya han superado el periodo de tres meses del visado.

Toda información avalada por la institución sanitaria al respecto favorecerá la afluencia de los inmigrantes en situación irregular a los centros de salud. Se podrán evitar, además, las “argucias” del inmigrante para acceder a la consulta médica, y se permitirá, al menos, la posibilidad de su seguimiento y la posterior captación e inscripción en programas de prevención y promoción de la salud.

- *“(Cambiaría del sistema sanitario) que tuvieran mucho interés en darnos información de nuestras... que gasten cinco minutos aunque sea en nuestra visita para decirnos los beneficios a los que tenemos derecho.” (E.A.. 4. Latina Desagrupada)*

Ahora bien, la otra traba con la que nos encontramos, la imposibilidad de acceder al empadronamiento, es aún más compleja ya que no se solucionaría exclusivamente con el acceso a la información, como es el caso del problema anterior. La eliminación de esta traba compete al conjunto de la sociedad, pero también, en muchos casos, a los propietarios de los pisos de alquiler, que son los encargados de conceder la autorización previa necesaria para realizar el empadronamiento.

En este tema sí que los inmigrantes especifi-

can claramente su situación frente al problema:

- *“Muchas veces no te dejan empadronarte (...) Porque no quieren dar el gusto de cómo ellos viven en cierto lugar que otra persona también esté ahí, no lo sé. Es un cierto egoísmo, como una persona no tuviera derecho a enfermarse. (E. A. 4 M. Latina)*
- *“Pero eso de empadronarse vino hace poco, porque tú antes llegabas y decías necesito asistencia médica, le dabas todos los datos vives en tal parte y listo, te salía.” (G.D. 2bis. H. Latinos)*

Además, los cambios de criterios y normativas no hacen más que acentuar los miedos.

5.1.3. La Tarjeta sanitaria: Ventajas para el sistema sanitario.

Se quiere apuntar en este último apartado que el facilitar al inmigrante las vías de acceso al sistema sanitario se hace imprescindible no sólo porque sea un derecho universal que les asiste -más allá de posibles actitudes “altruistas” o “solidarias”-, sino también porque tal acceso es el prerequisite para poder intervenir de forma organizada en sus problemas de salud.

Poder intervenir conlleva aportaciones nada desdeñables a la función que el Sistema Sanitario cumple en el ámbito social y de salud pública, ya que procurará:

- ✓ Un control de ciertas patologías particulares de cada colectivo que eventualmente pueden afectar a toda la población. Algunos de los inmigrantes son conscientes de ello y lo manifiestan
 - *“Es que yo creo que la sanidad no tiene que cerrar la puerta a cualquier persona que esté en España, por el bien de todos, porque puede ser que una enfermedad que ha traído un inmigrante, por el miedo a no ir, se puede tener una enfermedad contagiosa y se puede contagiar a un montón de gente. La primera puerta que tienen que abrir aquí es la sanidad... no sé hay que tener un control, no tiene que tener límites, yo sé que cuesta pero tienes que protegerlo.” (G.D.4. H. Marroquíes)*

- ✓ La posibilidad de mejorar el conocimiento de los problemas de salud que más afectan a los inmigrantes. A la par, la intervención con los inmigrantes puede brindar a la institución sanitaria la posibilidad de analizar y abordar problemáticas sanitarias que aunque planteadas por los inmigrantes, no son sino la actualización de “patologías sociales” intrínsecas a nuestra sociedad. Pues, en definitiva, el concepto de “salud social” encuentra su operatividad en la medida que remite a situaciones de marginación o a cualquier otra situación de exclusión social de las que, en gran medida, el inmigrante no es ajeno.

5.2. COMPORTAMIENTO DEL INMIGRANTE FRENTE AL SISTEMA SANITARIO

Tres son las variables relevantes -a excepción de la ya comentada relacionada con la posesión o no de la tarjeta sanitaria- que explican y que repercuten directamente en la actitud que frente al sistema sanitario tienen los inmigrantes: a saber: *el origen, el sexo y los hijos.*

5.2.1. El origen del inmigrante.

El origen del inmigrante se muestra como la variable que mayor importancia tiene de las tres puesto que, aún pudiendo parecer que es más “específica” o “particular”, pone en juego la percepción del sistema sanitario español a partir del acervo cultural y la experiencia del sistema sanitario de referencia de cada colectivo.

De hecho, los agentes sanitarios entrevistados corroboran aquello que aparece con claridad en el discurso de los inmigrantes, pues establecen una meridiana distinción de actitudes y comportamientos entre los tres grupos según su origen.

Ahora bien, tal y como se ha señalado en el primer capítulo de este informe, el origen del inmigrante aparece siempre como barrera frente al sistema sanitario en la medida que implica un “choque de culturas”, entre la de origen y la española. Lo que nos parece de in-

terés exponer en este apartado son las barreras que operan de forma más significativa frente al sistema sanitario en función de la procedencia de cada colectivo estudiado.

5.2.1.1. La barrera común: la comunicación y el trato:

- *“Cuando llegué por ejemplo no sabía expresarme claramente, y tenía anginas y tenía que ir al médico de cabecera y tenía que buscar en un diccionario y escribir frases para que pueda comunicarme con mi médico y, aunque escribía había una falta de comunicación y tal que me preguntaba cuánto tiempo hacía que tenía anginas...”*
- *Y te pregunta que si eres alérgico y no sabes lo que es alérgico.*
- *Claro y tienes que contestar.” (G.D.4. H. Marroquíes)*

Más allá de la obvia referencia de la barrera idiomática a la que hacen referencia tanto los inmigrantes como los agentes sanitarios entrevistados por ser la más limitante en la consulta, habría que centrarse aquí en otra que, sin embargo, se muestra altamente significativa, fundamentalmente para los inmigrantes, cual es la gran diferencia existente entre los “códigos de relación” entre países o culturas distintas.

Dicha barrera implica situaciones que, lejos de entenderse en clave de “diferencia cultural”, son percibidas por muchos inmigrantes como “actitudes xenófobas” del personal que configura el sistema sanitario, desde administrativos a médicos especialistas.

- *“Sientes como un desprecio.” (G.D.1. M. Latinas)*
- *“Yo te voy a decir una cosa nuestra fama es muy mala... (G.D. 4. H. Marroquíes)*
- *“Tiene que ser más humano.*
- *Tratar con cariño*
- *El médico tiene que hablar al paciente como amigo. (G.D.4. H. Marroquíes)*
- *“- No me ha dicho pues, repose este día o ni tan siquiera me ha dicho que tal se siente*

- (...)
 - *Más comprensión.*

Que te expliquen todo mejor. (G.D.1. M. Latinas)

¿Notan la discriminación en los Centros de Salud-

- Sí
- Sí!!!

¿En qué?

- *Los amigos, la gente que ha ido, como le tratan y te hablan, cuando viene a visitar les dicen que no, pero a otros sí pueden estar con sus familias. “ (E.A. 12 Subsaharianas)*

La “humanidad”, “la simpatía”, etc., que son reclamadas por todos los inmigrantes no sólo al médico/a, sino también al resto de las figuras que tienen relación con ellos en cualquier espacio sanitario, permite señalar:

- Por un lado, el deseo, generalizado en todos los colectivos, de aceptación y protección consecuente a sentirse indefensos frente a comportamientos que les resultan extraños:
 - *“No, porque los que tenemos que adaptarnos somos nosotros.” (G.D. 3. M. Marroquíes)*
 - *“Una va al médico y quieres que te traten bien, porque ante cualquier cosita te sientes vulnerable.” (G. D. 1 M. Latinas)*
- Por otro, se detecta que no todos los colectivos reaccionan de la misma manera. De nuevo, la apuntada gran distancia existente entre las diversas culturas se hace manifiesta.

Es difícil, por tanto, establecer paralelismos²⁰, si de actitudes se habla, entre un marroquí cuya reacción es tranquila frente a algo que, en principio, le resulta hostil, y un latino que reac-

cionará más típicamente de forma defensiva, llegando, incluso a veces, a confundir los gestos y tonos de voz de los agentes del sistema sanitario con una actitud despótica de los mismos:

- *“Deberían cambiar la forma de atención hacia una y no ser tan déspotas, empezando por las admisiones; es muy raro que un enfermero o la persona de admisión sea cordial o amable (G.D.1. Latinas)*

No obstante, el problema de falta de entendimiento y de confusión en la relación es recíproco, ya que algunos médicos entrevistados manifiestan las dificultades que poseen para entenderles:

- *“Es que te cuentan los síntomas de una forma muy rara “(E.A. 13. Médico)*

Ahora bien, si la problemática reclama para su resolución una mayor cantidad de recursos - como el uso de mediadores socioculturales que solventen no sólo los problemas directos de traducción, sino también los relacionados con los “códigos comunicativos” particulares en cada caso²¹-, un cambio de actitudes y comportamientos del personal sanitario resultaría también necesario.

Es cierto que el cambio de actitud y conducta que reclaman los inmigrantes a los agentes sanitarios es, en determinado límite, irresoluble ya que, estando situada la demanda en el orden de lo personal, será difícil abordarla a escala colectiva. Sin embargo, sí nos parece necesario, al menos, que los agentes sean conscientes de que esto ocurre, pues la tendencia del inmigrante será, en el mejor de los casos, a asentir a las indicaciones que se le den en consultas o en oficinas, aún cuando no se haya enterado de cuales son; o, en los peores casos, a evitar la consulta, recurrir a la automedicación o acceder únicamente a urgencias.

- *“Prefiero aguantarme mis dolores y no voy, cuando me duelen los riñones o el corazón,*

²⁰ Nos resulta difícil con la muestra realizada analizar con más profundidad el comportamiento de la población subsahariana, tanto en este punto en concreto como, en general, en todo el capítulo.

²¹ De nuevo indicar que los latinos poseen distintas acepciones y significados en palabras que siéndonos comunes se muestran con diferente carga semántica: por ejemplo, remedio y droga por fármaco, etc.

tomo un poco de agua con azúcar o voy a la farmacia para que me vendan alguna pastilla.” (G.D.1. M. Latinas)

5.2.1.2. La forma de diagnosticar del médico/a de Atención Primaria: Una barrera para los latinos

Se trata de un tema muy vinculado al punto anterior y que aparece particularmente en el discurso de los latinos. La forma de observación típica con que el médico español establece su diagnóstico lleva con frecuencia parejo un cuestionamiento de su “capacidad profesional”.

Por tanto, la “calidad” profesional de los/las médicos/as españoles queda, tras ese modo típico de diagnóstico, en entredicho, calidad cuyo referente es en todas estas ocasiones el modo de diagnóstico del médico/a del país de origen.

- *“Allí te ayudan a subir a la camita, son más humanitarios.*
- *A una la revisan bien, por acá por allá. En Colombia te toman la presión, y toman el pulso.” (G.D.1. M. Latinas)*

Se puede decir, en un primer momento, que la crítica se centra en la forma de “auscultar”, de “revisar”, de “preguntar”, etc., al paciente, pero sí nos quedáramos con ese único sentido de “lo dicho” el problema aparecería como irresoluble ya que es imposible pensar en la existencia de una forma “universal” capaz de adaptarse a las especificidades propias de cada cultura y, además, nos mantendríamos en la superficie del problema.

Lo que realmente llama la atención en el análisis es, precisamente, la contraposición constante entre el “mal médico español” y el “buen médico del país”, establecida en función de los métodos utilizados para realizar el diagnóstico.

- *“Yo comento esto porque me siento culpable y a la vez no porque gracias a ello mi hija está sana y salva: le sacamos una copia de la ficha al médico de Ecuador, nos dijo tiene infección urinaria ¿qué les estás dando? ; pues dale esto... esas cosa dan que pensar si merece la pena creer al médico de cabecera.” (G.D.2. H. Latinos)*

Se podría pensar que de lo que se trata es de una “reivindicación cultural” de los valores del inmigrante; sin embargo, puede suponerse que lo que está operando en esta actitud hacia los/las médicos/as españoles obedece a algo que si bien se ha comentado anteriormente, conviene de nuevo retomar: la diferente forma en que el saber médico está articulado en las sociedades avanzadas.

En aquellos países en los que la sanidad se muestra altamente precaria, cual es el caso de los latinos²², los métodos diagnósticos surgen de la observación directa del médico/a en el “cuerpo” del enfermo, pues no cabe imaginar la aplicación de una tecnología inexistente. En las medicinas más avanzadas, el saber del médico/a se inscribe en la tecnología, como una forma de asegurar el diagnóstico, pero, al mismo tiempo, se interrumpe muchas veces con este proceder un tipo de relación en la cual el cuerpo observado media entre el médico y el paciente.

En efecto, la carencia de saber atribuida al médico/a generalista por los latinos proviene, en última instancia, de la escasa o desconocida diferencia entre éste y el especialista. Si a ambos se les demanda curar, es cierto que cada uno de ellos lo logra de diferente manera.

Así, para el inmigrante latino, el poder de curación que posee el médico generalista se basa en la “interacción” entre el médico y el paciente, interacción que no siempre se produce en consulta.

La falta de interacción para establecer el diag-

²² Esporádicamente, algunos marroquíes reproducen este discurso, pero son aquellos que, viviendo en un medio urbano, han estado, además, afiliados a la seguridad social del país y que, como consecuencia, tenían contacto constante con los/las médicos/as. Por lo tanto, no lo podemos hacer extensivo el tema a todo el colectivo

nóstico, unida en ocasiones al hábito del médico/a generalista de corroborar dicho diagnóstico por el especialista, hará que el paciente perciba que el “auténtico saber” y, por lo tanto, la capacidad de curación reside en éste último.

Al especialista no se le atribuye la necesidad de conocer al enfermo sino la necesidad de conocer la enfermedad. No es requisito para la curación que éste interactúe con el paciente, sino sólo que intervenga sobre su cuerpo. Saber objetivable, pues apunta a la curación como efecto de la intervención (tecnológica) sobre el cuerpo enfermo, no sobre el enfermo mismo.

Así, en la medida en que el inmigrante percibe la estructura del sistema sanitario español como de delegación del médico/a generalista en el especialista, se establece la posibilidad de desplazar el saber del médico/a de atención primaria al especialista, ambulatorio u hospitalario, por cuanto se ubica en el ámbito de la tecnología. De ahí que nunca se critique a estos últimos.

Esto, a su vez, podría explicar por qué los latinos hablan más de los especialistas, centrandos sus quejas tan sólo en la tardanza de la cita y no en su atención, y también la constante demanda de analíticas en la consulta de atención primaria y su marcada tendencia a ir a urgencias saltándose pasos intermedios.

Creemos, pues, que la modificación de esta percepción incorrecta sobre el médico de familia, implicaría:

- Que el médico hiciese más manifiesto su interés: preguntando, explicando, mirando, etc.
- Que se facilitase al inmigrante la asimilación de la lógica del sistema sanitario en su conjunto, pues sólo así se podrá ubicar de forma correcta el lugar y la función que ocupan en el sistema los centros de salud, el médico de familia y el resto de figuras profesionales de atención primaria.

5.2.1.3. Los marroquíes: críticos frente al sistema, discriminados por su religión.

Por oposición a los latinos, los marroquíes muestran una actitud muy positiva frente al sistema sanitario español y son el único colectivo que habla de él estableciendo una clara diferencia entre “el sistema” y la atención sanitaria recibida.

Las críticas específicas al sistema que realizan como colectivo se centran, fundamentalmente, en la escasa capacidad que éste posee para atender a la gran cantidad de beneficiarios, lo cual indirectamente repercute en la atención sanitaria de las consultas. El tema, en cualquier caso, nunca adquiere la dimensión de operar como un rasgo discriminatorio frente al inmigrante.

- *“Pero el médico es que tiene muchos pacientes detrás de ti.*
- *Pero que no les den tantas citas*
- *Es un problema del sistema. (G.D.3. M. Marroquíes)*
- *“Lo que pasa que es el médico como persona, es agradable pero es que tiene una política cuando está trabajando por la Seguridad Social... tiene unas instrucciones... como persona te trata bien pero su deber.*
- *Menos colas, y se lo pedimos para los españoles también.” (G. D. 4. H. Marroquíes)*

Tal y como dan cuenta estas citas, incluso se tiende a “justificar” la actuación del médico/a sobre la base de que realiza un trabajo y debe ceñirse a unas normas.

Las críticas al sistema no adquieren siquiera matices diferentes a las que cualquier usuario español haría; ellos son conscientes de las limitaciones y también manifiestan abiertamente sus críticas: todos han de esperar su turno, las citas con especialistas tardan mucho, etc. Ahora bien, los marroquíes señalan un aspecto que, al igual que ocurriera con los latinos, tiende a interpretarse como un rasgo “xenóforo” por parte de algunos agentes sanitarios: la falta de respeto a sus costumbres religiosas, especialmente del Ramadán, y de la atención

médica por hombres a las mujeres, sobre todo en ginecología.

- *“He llevado al niño al Hospital porque es un poco grueso y me dice el médico nada más verle ¿por qué lo has traído? Es muy sano y le digo es que lo que necesito es que haga un régimen y tal porque un niño así a los ocho años y me dice en el pasillo, gente delante, quítale los bollos, la comida marroquí y la coca-cola*
- *(Risas)*
- *Gracias a Dios era un hombre también grueso y pensé a usted que también le quiten la comida española y otras cosas.” (G.D.3. M. Marroquíes)*
- *“Es la realidad.*
- *Pero de las mujeres depende. Hay mujeres liberales también, como los hombres*
- *Psicológicamente es verdad, es un tabú.*
- *(...)*
- *A cualquier hombre le gusta que a su mujer le atienda otra mujer, por muy liberales que estemos, siempre teniendo tu propia mujer te gusta que le mirara otra mujer.*
- *Sea español o marroquí ¿o no? (G.D.4. H. Marroquíes)*

El prejuicio que hacia a ellos creen detectar los musulmanes no es percibido claramente como una amenaza, ya que asumen como un derecho la asistencia sanitaria; lo califican más bien como una falta de “formación cultural” de los agentes, que debería de ser subsanada. De ahí que se deposite la responsabilidad de que esto ocurra en el propio sistema sanitario, en la medida en que no forma adecuadamente a sus “trabajadores”.

- *“Un poquito más de información de cómo somos los marroquíes es, lo que necesitan.*
- *Conocer nuestra cultura” (G.D.3 M. Marroquíes)*

La demanda se centrará, por tanto, en generar espacios u oportunidades que permitan una expresión más libre de sus costumbres y, así, evitar el posible sentimiento de vergüenza que conlleva el sentirse “diferente”:

- *“Pues la vergüenza, si te miran la parte de abajo a cualquier marroquí.*
- *Yo no tengo vergüenza en decirle a mi médico que estoy en Ramadán.-*
- *Pero si has cogido una enfermedad con un tía, bueno con una puta, lo siento por la palabra, le da vergüenza explicárselo al médico.(...)*
- *Eso de la dieta quería comentarlo porque en el Hospital San Carlos entra un árabe y antes de prepararle la comida llega con un papel ¿comes jamón? , No comes, tal y tal, mucho, un poco esa pregunta.” (G.D.4. H. Marroquíes)*

El manejo del concepto “institución pública” permitirá a este colectivo señalar algunas contradicciones que se dan en el sistema sanitario español. Mientras que los medios de comunicación constantemente incitan a que se deben hacer revisiones periódicas de salud, los/las médicos/as de los centros de salud, se llega a decir, no se hacen eco de esa información

- *“Eso dicen los periódicos y las revistas sanitarias te indican que aunque no te sientas mal te tienes que hacer un chequeo anual.*
- *Hay médicos que lo aceptan y hay médicos que no.*
- *Y mi médico me ha dicho que no.*
- *Bueno hay gente a la que no le gusta ir al médico” (G.D. 3. Mujeres Marroquíes)*

Independientemente de las críticas, en términos generales, el marroquí se siente muy satisfecho y agradecido con el sistema sanitario en su conjunto y con los centros de salud en particular, viendo en ellos un lugar de referencia para resolver cualquier tema vinculado a la salud, ya sea administrativo o sanitario.

5.2.1.4. Los subsaharianos: los más alejados e inhibidos frente al sistema.

En el caso de los subsaharianos, el problema se complica desde dos perspectivas.

- Por una parte, la diversidad entre ellos es tan grande en función de su origen

local y nacional²³ que, salvo cuestiones muy generales, la investigación se muestra con dificultades para encontrar ejes comunes a todos ellos.

- Por otra parte, la escasa asistencia y conocimiento del sistema sanitario que poseían los participantes en el estudio hace imposible abordar el tema con cierto rigor; así pues, se señalarán solo los aspectos más diferenciales respecto de los otros colectivos de la población nigeriana, y haciendo la salvedad de que se trata de una perspectiva muy sesgada

El nigeriano -en especial el de sexo masculino- aparece como el colectivo que más se inhibe al acceso al Sistema Sanitario, prefiriendo la mayoría de las veces utilizar ONGs y/o las urgencias frente a cualquier problema puntual. Esto, unido a las obvias dificultades que poseen en el manejo de nuestro idioma, dificulta que se detecten actitudes o comportamientos que den pistas de cómo atraerlos.

Que utilicen ONGs para cubrir sus necesidades de salud parece estar relacionado, entre otros factores, con su condición legal y, por lo tanto, con la posesión o no de tarjeta sanitaria.

- *“¿Por qué vas a Karibú?”*
- *“Porque no tengo papeles” (E.A. 10 H. Nigeriano. Cristiano)*

Pero, en cualquier caso, conviene indicar la necesidad de cooperar con dichas asociaciones u ONGs a la hora de plantear cualquier programa de integración dirigido a ellos, ya que lo que sí se puede afirmar es que Karibú, Cruz Roja o Médicos del Mundo son referentes comunes para todos, independientemente de su situación legal, zona de origen, sexo o religión.

Las mujeres nigerianas tienden a tomar contacto con el sistema sanitario y a mantener cierta continuidad con el mismo en el momen-

to en que tienen hijos, comportamiento común con las guineanas. La percepción que del sistema tienen descansa sobre ese hecho, siendo el servicio que se recibe altamente valorado en relación al que recibían en su país:

- *“En Guinea en el hospital te tiran por ahí y encima tu marido no puede entrar, te dejan ahí... por ejemplo aquí te cogen de la mano, te dicen cosas, te cogen del pelo. Allí te preguntan primero que si es su hijo (el de que la atiende en Guinea) el que te ha embarazado, te gritan y te sientes peor.” (G.D. 5 Mujeres subsaharianas)*

Tras el nacimiento de sus hijos se muestran con tendencia a establecer una relación estable con el sistema, mostrándose más receptivas frente a las prescripciones de los/las médicos/as, si bien, paradójicamente, tienden a justificar a veces la escasa asistencia al médico/a por problemas menos trascendentes, pero que, en cualquier caso, apuntan a deficiencias del sistema que afectan a toda la población:

- *“¿Por que no vas al Centro de Salud?”*
- *“Cuando llamo para pedir cita está comunicando y me canso” (G.D. 5. Mujeres Subsaharianas)*

En la medida en que suelen desconocer las competencias de los centros de salud, cualquier tipo de intervención deberá ser promovida inicialmente desde otros espacios: ayuntamiento, asociaciones u ONGs.

En el caso de las solteras, se muestran muy poco críticas frente al sistema; sin embargo, se manifiestan muy proclives a acceder a todas aquellas áreas relacionadas con temas sexuales y de protección de embarazos.

5.2.2. Manera en que opera el género en la relación con el sistema sanitario.

La perspectiva de género debe ser considerada a la hora de plantear cualquier acción encaminada a la integración del inmigrante en el sistema, en la medida que el sexo se muestra

²³ Pues nada tiene que ver un nigeriano con un guineano y ni tan siquiera se pueden establecer “rasgos” comunes entre los mismos guineanos.

como una variable con que discrimina los comportamientos y actitudes frente al sistema sanitario. Veamos los motivos que llevan a realizar dicha afirmación.

Lo manifiestamente detectado en el discurso es que los hombres acuden menos a consulta que las mujeres y que, cuando lo hacen, fundamentalmente se trata de “accidentes” laborales o patologías que les impiden trabajar, lo que provoca que, en muchas ocasiones, el contacto con el sistema tan sólo se produzca a través de urgencias. Los/las médicos/as consultados corroboran dicho hecho.

En efecto, independientemente del origen, casi todos los hombres inmigrantes consultados, aparentemente en mayor medida que las mujeres, acuden a los centros de atención primaria a solicitar partes de baja que, según ellos, son frecuentemente denegados, lo cual se achaca con relativa frecuencia al “racismo” (sic.). Ello justifica en determinados casos la resistencia a acudir a la consulta de forma más habitual.

- *“- Yo lo he vivido casos que vas al médico y te sientes malo y no puedes explicar lo que te pasa y necesitas realmente una baja y el te insiste para que vayas a currar.*
- *Depende del médico*
- (...)
- *Yo lo llevo fatal, eso.*
- *Me siento como inmigrante, no tengo ningún sitio... (...)... yo estoy seguro que si tú vas a ese médico le vas a sacar la baja quiera o no quiera si le sabes hablar y sabes como llevarlo*
- (...)
- *Depende de cada uno, la verdad, a lo mejor aquí te pueden rechazar porque eres extranjero, porque eres moro, a veces les dan mucho miedo a los médicos los moros. (G.D. 4. H. Marroquíes)*
- *¿Tú has ido alguna vez al médico?*
- *Sólo cuando me hice la Tarjeta.*
- *¿Por qué?*

- *Porque no le he necesitado si me duele la cabeza tomo un Gelocatil. (G.D. 4. H. Marroquíes)*

El dato merece ser considerado a la hora de establecer cualquier programa de prevención o de promoción de la salud, en la medida en que señala el punto en el que los inmigrantes masculinos pueden mostrar más o menos interés a participar. Aquellas “patologías” que directa o indirectamente se asocien a la salud/enfermedad laboral resultarán presumiblemente las que mayor interés generen.

Al hilo de lo señalado anteriormente, se observa cómo por norma general la mujer asiste más a las consultas y, además, lo hace de forma más continua; lo cual, como se sabe, es también norma en el caso de las españolas. En algunas ocasiones, incluso, se han encontrado mujeres que habían participado en programas de salud específicos.

Otra diferencia observada es que las mujeres se muestran más demandantes que los hombres respecto de las mejoras que pudieran realizarse en el sistema. Así, no se ciñen solamente a los problemas que el sistema como organización tiene que solventar, tales como la mejora de la atención, la reducción de las listas de espera, la disminución del número de pacientes por médico, etc., sino que surgen, de forma espontánea, aunque no muy frecuentemente, demandas sobre cursos formativos de atención a niños, de educación sexual, de pautas dietéticas, etc.

- *“Lo ideal sería eso, pero eso...”*
- *No estaría mal que nos lo explicaran porque en un folleto o en carteles pues uno encuentra lo primordial, todo lo que una ya sabe pero debe saber, pero debe haber cosas que por ejemplo gente especializada que la pueden tener a una al tanto...” (G.D.1. M. Latinas)*

Ahora bien, yendo más allá de la dimensión puramente testimonial de este hecho, cabría pensar que la mayor asistencia de la mujer a los centros de salud es debida a:

- La precariedad de los sistemas sanitarios de origen, que hace que el referente de “salud pública” se asocie exclusivamente a la asistencia sanitaria. Prácticamente no existe para el inmigrante el concepto de salud vinculado a la prevención de enfermedades (salvo las vacunas y la odontología en los latinos) y menos aún a la promoción de la salud.
- En ese orden de cosas, la salud está muy asociada al ámbito endo-hogar, teniendo la mujer un lugar de responsabilidad frente a dicha salud que no tiene el hombre. Esta cuestión es de suponer que todavía sigue muy arraigada incluso en nuestro propio país.

Por tanto, cabría deducir que la mujer inmigrante se muestra más proclive a participar de forma activa y continua en programas de educación para salud

5.2.3. Los hijos de inmigrantes

Lo que sí aparece claramente en el discurso de madres y padres inmigrantes es que la presencia de un hijo o hija en el hogar intensifica la visita a los centros de salud. De hecho, la asistencia sanitaria de los hijos es una referencia importantísima para los inmigrantes, centrandose en múltiples ocasiones el discurso que sobre el centro de salud hacen.

El pediatra nunca será criticado abiertamente por la manera en que trata al niño. Lejos de ello, cuando surge aparece casi como una figura al margen de las que conforman el sistema sanitario –aunque es cierto que se tiende a no centrar el discurso sobre el sistema en ella. El “calendario de vacunas” y la “cartilla de seguimiento” son elementos que aparecen muy bien valorados en tanto que manifestación del lado positivo del interés que nuestro sistema posee en relación a la salud de los infantes:

- *“La vacuna es para proteger a los niños.*
- *Protege de las enfermedades que hay aquí.”* (G.D.3. M. Marroquíes)

En este punto, cabe señalar cómo los profesionales de enfermería participantes en nuestro estudio diferencian el comportamiento, tanto de los niños como de las madres, en función del país.

De nuevo, el sesgo cultural se propone, por parte de los informantes consultados, como división entre culturas. Por ejemplo, se dice:

- ✓ Las madres musulmanas (marroquíes y subsaharianas), suelen manifestar un celo muy especial en la educación y el cuidado de los hijos.
- ✓ Las latinas comparten más con sus parejas, cuando las tienen, las responsabilidades que un hijo conlleva y, como consecuencia, tenderán ambos progenitores a ir juntos a la consulta de pediatría.

Ahora bien, que la salud del niño preocupe no parece evitar, especialmente a las madres latinas y a las subsaharianas, el recurso a los remedios caseros, aunque sin hacer interferencia con la asistencia sanitaria.

Tampoco se puede hacer caso omiso al interés que muestran las madres respecto a sus hijos adolescentes en todo lo relativo a sus hábitos sociales que tienen repercusión en su salud: la ingestión de alcohol, las drogas, incluso la “liberalidad” (sic.) sexual que se tiene en este país son temas suficientemente relevantes para que se genere un interés hacia la prevención.

En ese sentido, parece oportuno señalar que los programas de educación para la salud dirigidos a adultos, en especial a mujeres, sobre la problemática infantil y juvenil pueden resultar de interés tanto para ellas como para el propio sistema sanitario, ya que:

- Aparece como un tópico de interés para las madres, tanto en el ámbito informativo como en el educativo, pues son conscientes de las ventajas que ese saber les reporta en el cuidado de la salud de sus hijos/as.
- Las diferencias culturales entre ellos y

sus hijos/as jóvenes no les permiten tener una perspectiva clara de la manera en que han de abordar dichos problemas.

- Y por último, se podría afirmar que los programas dedicados al niño/a son un instrumento que puede vehiculizar la afluencia sistemática a los centros de salud por parte de los adultos.

5.3. VALORACIÓN DE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA.

Se han comentado hasta ahora los frenos y aquellas variables que inciden directamente en el comportamiento y la actitud hacia el sistema sanitario; nos queda, pues, por analizar la valoración de los servicios recibidos desde los distintos niveles de atención: primaria, especializada (ambulatoria y hospitalaria) y de educación y promoción de la salud.

Antes de dar paso a la valoración que recibe cada área en concreto, conviene señalar ciertos aspectos generales en relación con este tema:

- En general, los inmigrantes estudiados perciben en los agentes sanitarios, independientemente del área o nivel en que ejerzan, un comportamiento hacia ellos basado en prejuicios o, al menos, que dista mucho de ser semejante al que se le otorga a los españoles.

La idea de discriminación, estando latente en su discurso, se manifiesta no sólo globalmente frente a ellos, en tanto que inmigrantes, sino también, de forma diferencial, entre ellos, en tanto que representantes de distintas nacionalidades. Tanto es así que, por ejemplo, no es difícil escuchar a los marroquíes protestar del trato de favor que reciben, supuestamente, los latinos por la costumbre que, según ellos, tienen de quejarse mucho o del supuesto trato diferenciado y preferencial que reciben los subsaharianos. A la vez, el subsahariano puede sentirse discriminado frente a los otros dos colectivos por el color de su piel.

- *“Nosotros tenemos que trabajar todo, luchar por todo, los marroquíes estamos menos tratados que el resto de los colectivos. Tienes que luchar si no, no llegas a ningún lado.*
- (...)
- *Cogen a un subsahariano, lo cogen, le dan la mantita. No sólo en la sanidad, lo lleves donde los lleves siempre lo mismo” (G.D. 4. H. Marroquíes)*
- *“¿Les parece que es con ustedes sólo o que esa discriminación existe con todos los inmigrantes?”*
- *Yo sólo sé que pasa con las morenas.*
- *Hay mucha gente que lo que le molesta es ver este color.” (E. A. 12. M. Nigerianas)*

Ya se ha hablado en epígrafes anteriores acerca de los motivos que promueven estas ideas; sin embargo, conviene apuntar en ese mismo sentido que nunca aparece el sistema sanitario, en tanto que organización, tildado de xenófobo. Lejos de ello, los inmigrantes se muestran muy complacidos de su experiencia en él, por más que sean muy críticos respecto del trato que reciben, pues, como ya se dijo anteriormente, tales críticas traducen una queja que les permite señalar el desamparo, fruto del desarraigo, que cualquier inmigrante soporta.

Lo que confirma la idea de que el sistema no es xenófobo es, por un lado, la evidencia que todos poseen de que los médicos no todos son iguales, y, por otro, la experiencia de que en “urgencias” tratan a todo el mundo igual, sean españoles o extranjeros:

- *“En urgencias no hay diferencias, allí sí que somos todos igual, te atienden cuando te toca y te hacen lo que te tienen que hacer” (G.D. 4. H. Marroquíes)*

Por otro lado, el hecho que creemos que exige al sistema sanitario de ser percibido como xenófobo se encuentra en que el discurso de los inmigrantes centra dicha percepción en aquellos agentes sanitarios que en el contexto de una relación profesional pueden potencialmente introducir en la misma elementos del orden de lo personal. Dichos agentes son el/la médico/a generalista, la/el enfermera/o y el

personal administrativo, todos ellos agentes cercanos y “cotidianos”.

Será la falta de cercanía (afectiva, emocional) atribuida a dichos agentes lo que permite que se explique su comportamiento de forma similar a la atribuida a determinados ciudadanos con prejuicios. Perspectiva que apunta más a señalar la xenofobia a nivel personal que como agentes inscritos en un sistema:

- *“Yo cuando voy a bailar si quiero ligar digo que soy extremeño...” (G.D.4. H. Marroquíes)*

La queja de nuevo aparece en el discurso, pero esta vez no como señal de un desamparo, sino reclamando la necesidad de hacer explícita la diferencia y el valor personal que posee cada sujeto que conforma el colectivo de inmigrantes:

- *“Y aquí hay gente con estudios, con carrera incluso y a pesar que ha estudiado ha venido aquí ... y un chico que nunca ha trabajado y solamente ha estudiado le dicen toma hijo, la pala y el pico...” (G.D. 4. H. Marroquíes)*

Cuestión, pues, que no siendo ajena al ámbito de lo sanitario, no pone en juego al sistema, sino a las personas que en él trabajan.

- Otro punto que cabría señalar, antes de abordar la valoración concreta de los servicios sanitarios, es el de que no se entra a considerar con especial interés aquellos problemas que, siendo considerados como “fallos” del sistema, son comunes a toda la población. Nos referimos a problemas tales como los que acarrear las listas de espera en caso de intervención hospitalaria, la dilación para las citas con especialistas o el tiempo de espera en la consulta de atención primaria, ya que, si bien es cierto que se traducen en demandas explícitas al funcionamiento del sistema sanitario por parte de los inmigrantes, éstos son muy conscientes de que se trata de deficiencias que todo usuario padece.

5.3.1. Atención Primaria.

A pesar de ser el área en la que, como ya se

ha señalado en diversas ocasiones, se centran la mayoría de las críticas al sistema sanitario, será, sin embargo, la que se muestre con mayor potencial para emprender en ella iniciativas encaminadas a fomentar, desde cualquier perspectiva, la educación para la salud de estos colectivos, ya sea de información o de formación. Ello se debe a que:

- La Atención Primaria es el referente más estable del sistema sanitario. A las urgencias hospitalarias y a las hospitalizaciones se acude de forma puntual. Incluso en el caso de aquellos inmigrantes irregulares que aún teniendo la tarjeta sanitaria tengan hábito de acudir preferentemente a urgencias, semejante acceso no deja de ser también ocasional.
- En la Atención Primaria concurren varias figuras sanitarias: médicos/as de familia, pediatras, enfermeras/os, matronas, administrativos/as y trabajadores/as sociales. Dichas figuras son más cercanas al inmigrante, puesto que, si bien es cierto que su saber se cuestiona de alguna manera, se trata de un saber accesible, al contrario que el del especialista ambulatorio u hospitalario.
- Su cercanía física transfiere una dimensión de seguridad: el barrio es un lugar en el que el inmigrante “se sabe mover”; además, promueve el acercamiento a los vecinos.
- Es en la consulta médica donde el inmigrante deposita mayores expectativas, puesto que es el “espacio de curación” por excelencia. En ese sentido, se debe considerar que el/la médico/a de familia es quien tiene mayor posibilidad de romper los frenos del inmigrante al sistema sanitario y de posibilitar, de esa manera, la reconversión de los inmigrantes de simples “pacientes” (dolencias concretas) a “usuarios activos” del sistema de salud.
- Por lo tanto, es muy importante que el personal del centro de salud esté asisti-

do y apoyado en su labor con los inmigrantes de recursos materiales²⁴ que le permitan, en definitiva, una mayor posibilidad de interacción con ellos. Por otro lado y fuera de lo que es el ámbito de la consulta, debería recibir formación específica acerca de determinados rasgos culturales característicos de sus pacientes. El recurrir a figuras mediadoras, como traductores y mediadores interculturales, posiblemente agilizaría la resolución de problemas.

- La consulta de enfermería ocupa un lugar nada desdeñable, puesto que potencialmente posee mucha capacidad para lograr un acercamiento del inmigrante a los diversos programas de salud.

El profesional de enfermería es una figura que, al contrario que ocurriera con el/la médico/a, parece poseer más capacidad de lograr satisfacer la “demanda afectiva” que el inmigrante hace.

La visita programada aseguraría un “tiempo” de conversación que absorbería en gran medida el estrés y la angustia del inmigrante. Al igual que en el caso del médico/a de familia, resulta imprescindible para asegurar una buena intervención dotar al profesional de enfermería de recursos que aseguren la interacción positiva con el inmigrante.

Las demandas a los centros de salud, más allá de las ya señaladas al respecto de la atención individual, aluden sobre todo a la presencia de mediadores interculturales que permitan limar los desajustes culturales existentes en la actualidad.

- *“Que el médico sea extranjero, o que te pueda entender o que haya mediadora en los Centros de médicos (...) si no entiendes no se puede y, la mediadora está ahí para explicar lo que la chica quiere y lo que el médico explica” (E.A.12. M. Subsahariana)*

La figura del mediador intercultural en salud adquiere, además de su función como interlocutor, una especial importancia en la medida que, pudiendo estar trabajando en varias ubicaciones dentro del sistema y/o estando conectado con otros servicios de otras instituciones públicas, podría permitir hacer extensiva la utilidad de sus experiencias apuntadas en los centros sanitarios implicados.

5.3.2. Las Especialidades

No se detecta ninguna valoración negativa que resulte significativa en relación con las especialidades, salvo las mencionadas con anterioridad en este mismo apartado y que, como se dijo, no eran esencialmente distintas a las que el español tiene respecto del funcionamiento de estos mismos servicios; fundamentalmente, los largos periodos de espera para la consulta.

Sin embargo, conviene mencionar que en el caso del inmigrante esos mismos problemas adquieren un matiz diferente que puede repercutir en la continuidad de la asistencia y en el seguimiento del propio paciente. Veamos:

- La inestabilidad laboral (trabajos temporales, etc.) a la que están sometidos muchos de ellos hace que no puedan planificar y garantizar la asistencia a la cita programada con tan largos periodos de tiempo.
- La falta efectiva de tiempo durante horario laboral en contextos habituales de pluriempleo.

Evidentemente, estos casos se ciñen, casi en su totalidad, a aquellos inmigrantes más recientes y que no han establecido su residencia de forma estable en el país.

En relación con las especialidades que promueven un flujo de asistencia más habitual cabe destacar la de ginecología, no observándose

²⁴ Instrumentos que le permitan establecer contacto manejando códigos no lingüísticos, tales como: mapas para ubicar el lugar de procedencia, tarjetas que le permitan indicar cuando el paciente ha de ingerir un medicamento con códigos gráficos y no de palabra, etc.

se al respecto diferencias significativas según el país de origen.

Las revisiones periódicas ginecológicas se muestran prácticamente como el único espacio de intersección entre la medicina preventiva y la curativa; así, los métodos de anticoncepción y el seguimiento de los mismos, los controles ginecológicos, el seguimiento del embarazo y la atención al parto apuntan a ser temas que, siendo de interés para la mujer, la movilizarían para asistir a cursos de formación. La consulta ginecológica y las charlas de enfermería al respecto se muestran como lugares de información adecuados.

5.3.3. Urgencias.

Las urgencias son un recurso común para aquellos que no teniendo tarjeta sanitaria, precisan del servicio médico-sanitario por cualquier motivo.

En ese sentido, es un referente para todos los colectivos, siendo usado con frecuencia durante el periodo de tramitación del empadronamiento, del visado o del permiso de residencia.

Más allá de esto, particularmente en el caso de los inmigrantes con tarjeta sanitaria, dos factores parecen ser los que hacen que el servicio de urgencias adquiera una gran notoriedad en el discurso. Independientemente de su función específica dentro del sistema sanitario (accidentes y/o patologías críticas), la conexión unívoca existente entre urgencias y el hospital nos da la clave de la causa de este hecho:

- Concibiéndose las urgencias, al igual que se hiciera con el hospital, como el espacio médico en el que concurren la tecnología y los médicos especialistas, permite que la asistencia del inmigrante se base en la expectativa de conseguir un “chequeo” que permita comprobar el estado general de su de salud.

Esta idea, en definitiva, no esta lejos del concepto de prevención que posee el inmigrante, la cual gira más en torno a un conocimiento puntual del propio estado de salud que la ad-

hesión a prácticas que garanticen la conservación de la misma o la evitación de enfermedad.

- *“A mí me gusta urgencias porque te hacen muchísimas cosa que no te hace el médico de cabecera” (G.D. 3 Mujeres marroquíes)*
- Por otro lado, pero en el mismo orden de cosas, la afluencia a urgencias aparece como efecto derivado de la lentitud del sistema respecto de la consulta del especialista. En definitiva, se va a urgencias como un “atajo” para visitar al médico/a.
- *“Por ejemplo ayer me mandaron al otorrino (...)”*
- *“Pero eso está bien porque así te está atendiendo una persona del oído.”*
- *“Sí pero te mandan de un lado para otro. Nosotros fuimos a Urgencias, al Gregorio Marañón.” (G.D.1. M. Latinas)*

Sin embargo, se observa que, una vez instaurado el conocimiento de la estructura del sistema sanitario, existe una tendencia a abandonar el uso de este servicio y a regularizar la asistencia a los servicios de Atención Primaria. Por ello, para derivar el flujo de las urgencias al centro de salud es fundamental tanto facilitar la entrada al mismo, evitando las trabas que existen para conseguir la tarjeta sanitaria, como dotar a los centros de atención primaria y a los agentes que allí trabajan -en especial al médico/a de familia y a la/el enfermera/o- de elementos que permitan garantizar el establecimiento del vínculo con el inmigrante sobre la base de la restauración de ese “saber” que actualmente está relativamente en entredicho. Desvinculación que se debe al desconocimiento que el inmigrante posee en lo relativo a las funciones propias de un centro de salud.

5.3.4. Los Programas Educativos: Prevención y Promoción de Salud.

Tal y como se deduce del apartado anterior, lo más cercano actualmente al concepto de prevención se pone de manifiesto en el ámbito de la atención ginecológica y no tanto desde el interés por conocer y participar en programas

específicos, como desde la necesidad de atender necesidades básicas.

Así pues, poca información se puede dar acerca de la valoración que dicha área posee para el inmigrante. Lo que sí se intenta realizar es una enumeración de los aspectos relacionados que adquieren importancia para ellos, bien porque son explicitados en el discurso, bien como fruto del análisis.

- a) Con independencia del sexo, en todos los colectivos de inmigrantes estudiados la alimentación se muestra como un área con especial potencial, dado que se le otorga gran importancia en relación a la salud y se considera que la llegada al país conlleva inevitablemente un cambio brusco de hábitos alimenticios.
- b) Los hombres son, en términos generales, poco permeables a incorporarse a programas específicos. Sólo cabría asignar cierto potencial a aquellas áreas relativas a la **salud laboral** y a la **salud mental**. A partir de ahí cabría ir aproximándoles a otras actividades de promoción de la salud.

c) Las mujeres, por el contrario, son claramente más permeables a la de educación para la salud. Cabría trabajar con ellas áreas como las siguientes:

- La salud en los hijos: cuidado y crecimiento
- La salud en el ámbito escolar.
- La “patologías” juveniles (atención a la problemática emergente de la “segunda generación”).
- Las dietas: maneras de comer saludablemente manteniendo la cultura de origen.
- Cuidado del cuerpo: hábitos higiénicos y alimenticios
- Salud reproductiva: conocimiento y uso métodos anticonceptivos. Planificación familiar
- Embarazo y parto.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES COMUNICACIONALES

A modo de recapitulación del informe y respondiendo a la demanda de operatividad requerida a la investigación, se intenta plasmar en este último capítulo las diferentes reflexiones producto del análisis en lo que respecta a la forma de actuar para optimizar la relación del inmigrante con el sistema sanitario, en general, y el planteamiento de programas, en particular.

Se ha partido de la base de que dichas actuaciones no favorecerán solamente al inmigrante, sino que repercutirán positivamente en la sociedad en su conjunto. Teniendo como finalidad promover la integración de los inmigrantes en un espacio público, cual es el sistema sanitario, los cambios en comportamientos y hábitos saludables que de ello se deriven, previsiblemente, evitarán la potencial marginación a que este colectivo se ve expuesto y las consecuencias concomitantes en los diversos ámbitos sociales, tales como el trabajo, la escuela, las relaciones sociales, etc.

Como final de esta introducción, tan solo apuntar que, debido a los propios límites que la investigación tiene -lo suficientemente “extensa” para enmarcar la problemática en un contexto general, pero lo escasamente “inten-

sa” para profundizar en las particularidades de cada colectivo-, nuestra propuesta se acerca más a ser una guía abierta al debate entre los agentes implicados que a un planteamiento cerrado. No se perfiló el estudio como un test de acciones a realizar sino como una investigación de carácter exploratorio.

Las acciones que a continuación se plantean se fundamentan en la consecución de dos objetivos con una doble vertiente.

- Por un lado, promover la educación para la salud de un colectivo muy desfavorecido (en condiciones, en general, precarias y con escasa formación en el tema).
- Por otro lado, evitar el desarrollo de determinadas patologías (psíquicas fundamentalmente) que el propio fenómeno social de la inmigración conlleva.

Tres acciones diferenciadas son sobre las que, a partir de la investigación, se considera necesario actuar a la hora de plantear cualquier intervención en relación con el inmigrante; a saber:

- **atraerles** al sistema sanitario,
- **mantenerles** en el sistema sanitario

- y **formarles** en el funcionamiento del mismo.

Estas acciones deben ir encaminadas a crear y fomentar mecanismos capaces de generar un comportamiento que, integrando todas las áreas del sistema, conciba a éste no solamente como espacio de curación, sino también de prevención de enfermedad y mantenimiento de salud.

Ahora bien, si las dos primeras acciones competen claramente a la dimensión asistencial del sistema sanitario, puesto que en él recae la responsabilidad de conocer, para así controlar las posibles “patologías” concretas que desarrollen los inmigrantes; la tercera también apunta a salud pública, ya se trata de fomentar tanto el conocimiento del funcionamiento del sistema, como la adquisición de pautas de salud que, mejorando sus condiciones de vida, eviten la posible marginación a la que este colectivo se muestra tan propenso.

Sin embargo, es preciso puntualizar que no se trata de acciones/actuaciones aisladas y discontinuas; por el contrario, se deben entender como convergentes y con vocación de continuidad, pues no se debe olvidar que el fenómeno de la inmigración en nuestra comunidad no posee visos de ser algo puntual, sino una situación a la que la sociedad en general y el sistema sanitario, en particular, deben adaptarse.

Veamos, pues, los objetivos concretos de cada área señalada, los motivos que la fundamentan y los ejes de actuación a seguir en cada una de ellas para la consecución del objetivo final.

6.1. ATRAER AL SISTEMA SANITARIO: LA ACCIÓN COMUNICACIONAL COMO VÍA DE ACTUACIÓN.

6.1.1. Justificación.

Si se entiende por “atraer” la captación de aquellos que actualmente están fuera del sis-

tema sanitario, parecería que tales acciones se supeditarían totalmente a la resolución de cuestiones puramente políticas; bastaría con suprimir los mecanismos administrativos que, a modo de traba, funcionan en ese aspecto a la hora de obtener la tarjeta sanitaria, etc.

Sin embargo, se ha visto cómo la posesión de la tarjeta sanitaria no garantiza, salvo en algunos casos (madres con hijos, por ejemplo), la integración plena en el sistema sanitario. Tal y como se comentó en el capítulo anterior, el valor de tal posesión estriba fundamentalmente en la seguridad que proporciona, pero no exime de los miedos al control que a ella se asocian.

Entendemos, pues, por “atraer” tanto captar a aquellos que no tienen una relación regular y pautada con el sistema, como acercar a aquellos que teniéndola, ésta es puntual y se constriñe, en la mayoría de las ocasiones, a una relación médico-paciente de carácter exclusivamente funcional, como, por ejemplo, la de asistir a la consulta para un parte de baja, una receta, etc., sin que se de una interacción plena entre médico y paciente.

En la primera situación se detectó en nuestro estudio fundamentalmente a un segmento relevante de nigerianos, aunque es obvio que atraviesa como problemática más o menos extensa a todos los colectivos; la segunda aludiría a la mayoría de los colectivos de inmigrantes, aunque cargarían las tintas en el segmento masculino.

La investigación es meridiana al respecto, pues da cuenta de que nuestro sistema sanitario es percibido por los inmigrantes fundamentalmente en clave de ayuda o auxilio. Dicha percepción, si bien promueve el agradecimiento del inmigrante, no incorpora **la idea de equidad** frente al resto de la sociedad: se les atiende porque la sociedad requiere de su mano de obra, que –entre otros beneficios– exime a los oriundos de los trabajos menos valorados.

“Y la gente debería quejarse más, tenemos derecho a quejarnos.

Estamos levantando este país, y también tenemos derecho.

No es un favor que te están haciendo.

Favor te hacen, pero tú también estás pagando.

Ya nos hemos desahogado.” (G.D.1. M. Latinas)

En efecto, la idea de trato discriminatorio, inevitablemente, aparece asociada al sistema sanitario, en tanto que inserto en una sociedad que globalmente trasmite la impresión de que prejuzga y discrimina al inmigrante. Se hace necesario, pues, promover el acercamiento del inmigrante al sistema sanitario desde otra perspectiva diferente a la que actualmente percibe, y que se consiga que el inmigrante advierta en nuestra sociedad intereses no espurios al respecto de su salud.

En este sentido, la intervención a través de acciones de comunicación dirigidas específicamente a los emigrantes se muestra como una herramienta con bastante potencial, dado que tales acciones permiten manifestar “públicamente” la voluntad del sistema sanitario de atender en condiciones de igualdad a una población desfavorecida socialmente. Además, el sistema sanitario es la institución pública que más **credibilidad** puede dotar a mensajes emitidos en la dirección de la equidad y de la igualdad, en la medida que la salud es reconocida en cualquier cultura como valor esencial del sujeto: fuente de la vida misma.

Creemos, por tanto, que las acciones comunicacionales se muestran como un excelente vehículo para atraer al inmigrante al sistema sanitario, para, indirectamente, evitar, entre otras cosas, la asistencia indiscriminada a urgencias y para promover, en última instancia, un nuevo concepto de asistencia sanitaria que les permita planificar su proyecto migratorio evitando, más que solucionando, problemas de salud.

6.1.2. Estilo de comunicación. Soportes y lugares.

Lo que se desarrollará en este apartado debe entenderse más como deducciones derivadas de la experiencia adquirida en el proceso de investigación, que como demandas expresas

de los inmigrantes, ya que en ningún momento se habló en grupos y entrevistas de estilo de comunicación.

a) Estilo Comunicacional

Desde nuestro punto de vista, dos aspectos adquieren especial interés respecto de la manera en que los mensajes pueden llegar más eficazmente a los inmigrantes, independientemente de su origen:

- **Estilo sencillo y directo:** Sea cual sea el soporte utilizado, el mensaje escrito tendría que recurrir a palabras sencillas que, prestando atención a la posible “polisemia” de los vocablos utilizados; asegurare un perfecto entendimiento.

Los mensajes cortos y concisos asegurarían tanto el entendimiento como el recuerdo.

- **Los elementos gráficos:** El uso de figuras se muestra idóneo, puesto que, al no precisar de traducción, asegura un mejor entendimiento. Los elementos gráficos también poseen mayor capacidad que los mensajes escritos a la hora de lograr la identificación de los inmigrantes con el mensaje. Por ejemplo, semejantes materiales podrían connotar:

- **Una dimensión universal:** obviando las diferencias de lengua, procedencia etc. entre los diversos colectivos se acentúa indirectamente la idea de que la salud es un bien universal.
- **Una dimensión de igualdad.** Un mismo material para los distintos colectivos trasmite indirectamente la idea de que en este país todo el mundo tiene derecho a la salud.

Se considera adecuado el uso de fotografías por su realismo y, a su vez, por su alto potencial para la evocación y la identificación. Mostrar fotografías de inmigrantes por separado o de diversos colectivos juntos (contraste entre ellos y diferencia en su conjunto frente a los oriundos) puede resultar de gran valor,

puesto que, haciendo alusión a colectivos concretos, connota y denota **una nueva realidad social** cual es la de la inmigración.

Al igual que cualquier otro elemento gráfico, la fotografía puede expresar mucho de manera universal puesto que no siempre necesita el apoyo del texto escrito para comunicar el mensaje.

b) Soportes y lugares

Se exponen a continuación los soportes que a nuestro parecer aportan mayor valor para el colectivo de inmigrantes:

- Las vallas y marquesinas: Se muestran pertinentes por cuanto que, al formar parte del “paisaje urbano”, la comunicación operaría indirectamente favoreciendo que los inmigrantes se sientan “integrados” de algún modo en el país.

■ A la vez, este tipo de soporte -frente a otros- parece adecuado a un público que habita la calle, que pasea, que utiliza transporte público etc.; tales son, como se sabe, las costumbres de los inmigrantes, que al respecto presentan sensibles diferencias –siempre hablando en términos muy generales- frente a los españoles.

- La televisión. Más allá del poder indiscutible que este soporte intrínsecamente tiene, la televisión en nuestro caso concreto adquiere especial relevancia, puesto que aparece a ojos del inmigrante -según nos lo señalan en los grupos y entrevistas- como el medio de información por excelencia de temas vinculados a la salud y la prevención de enfermedades. No se debe olvidar que existe la idea generalizada, entre la población que se ha estudiado, de que muchas de las enfermedades de este país son diferentes a las que existen en los suyos, y que de ello se desprende una necesidad de sa-

ber que prácticamente no tiene, por ahora, otra vía de satisfacción que la información que se recibe del medio televisivo.

- Prensa: Ni los periódicos “normales” (de quiosco) ni las revistas son soportes a los que hayan hecho referencia con asiduidad los colectivos estudiados. Sin embargo, esporádicamente, sí hacen referencia a la prensa gratuita (Metro y 20 Minutos), como medio informativo diario. Aparentemente, los inmigrantes son muy permeables a la lectura de esta prensa, puesto que es asequible (gratuita), entretenida (cubre un hueco en el desplazamiento al trabajo) y con proyección general (integradora). A la par tiene la misma dimensión “pública” que la valla, lo que supuestamente permitiría connotar voluntad de atención al inmigrante por parte de las instituciones sanitarias; muestra de deferencia que podría repercutir favorablemente en el acercamiento de éste al sistema sanitario. Por lo tanto, se piensa que es un soporte idóneo al cual valdría la pena recurrir.
- Folletos y cartelería: De ámbito mucho más restringido, ya que su distribución idónea sería en los centros de salud²⁵, fundamentalmente, poseen, sin embargo, el valor de ser directos, informativos, y con una “vida” posiblemente más larga y activa (si son de interés se guardan, se comentan, etc.), que el resto de soportes, lo que resulta no sólo importante, sino también- cabría aventurar, fundamental a la hora de que el inmigrante se sienta motivado sobre temas de salud.

■ En efecto, los folletos y cartelería son los únicos soportes que en algunos casos surgen en los grupos como un medio informativo habitual. Además, se puede focalizar la información en un tema específico que resultaría muy útil en aquellos casos en los que el objetivo de comunicación así lo requiera; por ejemplo anunciar un seminario, taller, o char-

²⁵ No habría que descartar su distribución en los típicos locutorios, y en servicios –sanitarios o no- articulados desde ONGs, asociaciones de inmigrantes, etc. Evidentemente, si de lo que se trata es de atraer al inmigrante al sistema sanitario cuando se encuentra fuera de él, habrá que encontrar lugares fuera del sistema sanitario para efectuar las intervenciones. Considerando este tipo de inmigrantes, las urgencias hospitalarias son el lugar dentro del sistema más oportuno para la distribución de folletos y cartelería que incidan en la dirección de atraer al inmigrante a la atención sanitaria pública.

la sobre un asunto o bien, centros de planificación familiar, etc.

- La farmacia²⁶ aparece como un lugar muy apropiado de distribución de los folletos y cartelería, ya que es frecuentemente visitado, como se ha visto, por los inmigrantes, incluso como sistema de curación alternativo –automedicación-. Se podría, además, vía institucional²⁷, comprometer activamente a los propios farmacéuticos en acciones destinadas a atraer a los inmigrantes al sistema sanitario.

c) Mensajes.

Los mensajes deben tener en consideración los soportes en los que se incluyan. En ese sentido se distinguirá entre los dos espacios hasta ahora mencionados:

- Los mensajes ubicados en soportes que ocupan espacios públicos generales:

Los mensajes en estos soportes (televisión, vallas, marquesinas, etc.) tienen que ser **abiertos y genéricos**. Deben invitar, nunca exigir; no se debe olvidar que lo ideal es conseguir atraer voluntariamente al inmigrante al uso del sistema sanitario. Cualquier connotación al **deber u obligación** que deben tener en lo concerniente a los temas de salud podría puede ser percibido en clave de intención xenófoba.

Así pues, se sugieren mensajes genéricos, que aborden la perspectiva más universal y estructural de la salud; como por ejemplo:

“La salud es....

... Esencial. (para todos)

... Universal (seas de donde seas)

... Cosa de todos (integradora)

... Cosa de ti (implicativa)”

- Los mensajes incluidos en soportes ubicados en espacios sanitarios

Al contrario que ocurriera con los espacios públicos, los mensajes en los espacios sanitarios (folletos y cartelería en centros de salud, centros de especialidades, hospitales, farmacias, etc.) admiten tonos más serios y rigurosos –lo cual no implica, por supuesto, que no se deban utilizar elementos gráficos o diseños “divertidos”-. Deben ser siempre informativos, pero nunca “morales”, en el sentido de prescribir deberes o de conminar a efectuar determinados comportamientos.

El mensaje principal, dado que lo que se trata es de acercar al inmigrante al sistema sanitario, es, lógicamente, el de comunicarle sus derechos, invitarle a acceder al sistema, anticiparle que va a ser bien recibido e informarle de los trámites administrativos necesarios para regularizar su situación sanitaria. Bien es cierto que los lugares del sistema sanitario (a excepción de urgencias) no son los más idóneos para atraer, puesto que se supone que acceden a ellos los que ya han sido atraídos previamente. No obstante, hay que confiar en la existencia de una posiblemente eficaz transmisión posterior en el interior de la comunidad inmigrante de tales materiales. Al fin y al cabo se está tratando con sociedades, sea por origen, sea por situación vital muy poco individualistas y altamente solidarias.

Secundariamente, pueden tener eficacia de cara a atraer al sistema mensajes concretos y orientados a informar de hábitos saludables y de conductas contraproducentes para la salud. La preocupación del sistema por la salud del inmigrante, en la medida en que se interprete como desinteresada, indirectamente puede favorecer la reducción de frenos e inhibiciones. Cabría destacar como de potencial interés para el inmigrante los siguientes temas:

- Uso de medicamentos.
- Salud sexual y reproductiva.

²⁶ Posiblemente habría que considerar también algunos herbolarios.

²⁷ Por ejemplo, vía Colegio de Farmacéuticos.

- Salud en los niños.
- Salud laboral.

Se debe considerar siempre que la información no sólo debe ceñirse a la exposición simple del problema que se plantea. Ha de ser, también, resolutoria; es decir, a la vez que informar del problema, debe indicar las soluciones concretas para abordarlo, considerando, además, específicamente los contextos cultural y vital de los inmigrantes.

Ni que decir tiene este tipo de comunicaciones siempre serán más eficaces si aparecen en los idiomas de referencia respectivos, incluso si se adaptan a ciertas diferencias idiomáticas (en el caso de los inmigrantes latinos). No sólo está en juego en ello la comprensión de la literalidad del mensaje, sino también su eventual fortaleza de cara a integrar la información en la propia experiencia. Además, el esfuerzo (de la Administración Sanitaria) al respecto es también un mensaje que el inmigrante debe de interpretar en clave de reconocimiento de la diferencia y de sincero interés por invitarle a participar.

6.2. MANTENER EN EL SISTEMA SANITARIO: ESTABLECIMIENTO DE UN VÍNCULO.

Se entiende por “mantener” al inmigrante en el sistema sanitario el dotar a la relación que con él se establezca del vigor suficiente para que resulte permanente.

Mantener al inmigrante en el sistema pasa necesariamente por solventar uno de los mayores frenos de permanencia en el mismo que se detecta en el discurso de los inmigrantes, sea cual fuere su procedencia: los problemas en la consulta del médico/a de atención primaria. En efecto, de nada serviría atraer al sistema sanitario al inmigrante si el referente más importante que tienen, el médico de familia, no es percibido con suficiente valor.

La tesis, reiterada a lo largo del informe, es la de que los inmigrantes se muestran estructu-

ralmente incapaces de **articular una demanda** que, actuando a modo de vínculo entre médico y enfermo, favorezca la relación de cura. En efecto, el resultado de la consulta siempre aparece en boca del inmigrante, independientemente de la intensidad con que sea expresada, a modo de **encuentro fallido** con el médico. El inmigrante tenderá a acusar, por ejemplo, de “falta de humanismo” al médico/a, sin advertir que, posiblemente, el verdadero problema derive de las interferencias resultantes del choque cultural que se establece entre cualquier inmigrante y cualquier oriundo del país de acogida.

Como resultado de esta situación, la credibilidad y la profesionalidad del médico/a, incapaz a ojos del inmigrante de dar solución a sus problemas, quedarán en entredicho.

- *“Eso lo debería saber él (el médico) ¿no?; si tiene un poco de paciencia cuando viene un árabe, se puede preguntar cosas, conocer culturas, conocer costumbres, es que no me digas que cualquier médico no ha tenido un árabe” (G .D. 4. H. Marroquíes)*

Difícilmente se podrá educar en salud si previamente no se resuelve este conflicto que surge reiteradamente en la consulta. Actuar en este sentido se muestra imprescindible no sólo en la dirección de intentar solucionar los problemas de comunicación del paciente-médico “in situ”, sino que también es necesario actuar en la dirección de intentar restañar la legitimidad perdida del médico/a de atención primaria, resultado de la acumulación, por la reiteración y la difusión en el interior de los colectivos, de actos fallidos de esta naturaleza.

Con este fin, cabría sugerir las siguientes acciones:

a) *La figura del mediador intercultural.*

El mediador intercultural o intercultural-sanitario se muestra, en relación con el problema anteriormente apuntado, potencialmente como una figura fundamental. De hecho, la demanda al respecto de la existencia de una figura semejante ha aparecido, de forma más o menos explícita, en todos los grupos de inmigrantes

estudiados, con independencia, por tanto, del origen o del sexo:

- *“El dice (traduciendo a un compañero) que una de las cosas más cruciales y que a veces se debería solucionar, es más o menos la comprensión de los médicos al paciente, transmitir bien el mensaje de lo que le pasa”.*(G.D. 6. Hombres subsaharianos)
- *“ Sí más comprensión que te expliquen.”* (G.D. 1. M. Latinas)
- *“Tener en cuenta que esa gente que ha venido a España con todo nuevo, entonces el médico tiene que rebajarse un poquito al nivel de esa persona.*

Explicar las enfermedades.

Para prevenir

Un intérprete.

Sí un interprete o una traductora” (G.D. 3. Mujeres Marroquíes)

Esta última cita da cuenta de las dos funciones básicas que todo mediador intercultural debe ejercer: “intérprete” cultural y “traductor de lenguas”.

- En tanto que “intérprete cultural” facilitaría la comprensión por parte del profesional sanitario de las claves culturales que maneja el paciente, aportando datos para el diagnóstico (inputs de información) o la intervención concreta a realizar.

Ideal sería, por tanto que tales mediadores fuesen a su vez nativos de los lugares de donde provienen los inmigrantes, que tuvieran experiencia propia –eventualmente ya superada– del conflicto cultural de la inmigración, e incluso que poseyeran algún tipo de formación en cuestiones sanitarias y en el conocimiento en profundidad tanto de nuestro sistema sanitario como del sistema sanitario de referencia²⁸.

Se trataría, por tanto, de dotar al profesional sanitario de una herramienta fundamental de cara a clarificar su intervención y adecuarla a

la situación concreta del paciente. Podría intervenir de forma puntual en citas programadas y atender a la demanda de varios centros sanitarios a la vez.

Su labor podría extenderse, más allá de la consulta médica propiamente dicha, a la actuación del resto de profesionales sanitarios e, incluso, administrativos, asegurando y facilitando el conocimiento de la burocracia intrínseca al sistema por parte de los extranjeros.

- En tanto que “traductor”, una de las tareas fundamentales sería la de asegurar que las prescripciones del médico/a o la/el enfermera/o fuesen entendidas correctamente, evitando, entre otras cosas, la frustración con la que el propio médico/a o enfermera/o suelen encontrarse al comprobar que no se ha hecho caso del tratamiento por falta de entendimiento con el paciente.
 - *“Yo he visto pediatras que se iban de la consulta seriamente preocupados por no saber si esa familia chiva o nigeriana había entendido cómo tenía que preparar el biberón o la comida”*(E.A.18)

El mediador intercultural podría evitar situaciones críticas o tensas que, en muchos casos, impiden que se establezca un vínculo con el médico, fundamentalmente, pero también con el resto del personal sanitario.

b) La actuación en consulta: materiales de apoyo.

Con independencia de la presencia o no de la figura del mediador intercultural, los profesionales sanitarios de atención primaria deberían proveerse de materiales de apoyo en consulta que facilitasen establecer un diálogo con el inmigrante. No se debe olvidar que “preguntar al paciente” será percibido siempre por el inmigrante como interés hacia él.

En efecto, la pregunta del sanitario al paciente (demandante) insta y permite que éste hable, rompiendo, así, la aludida imaginada “ofensa”

²⁸ Somos conscientes que el ideal nunca se adecuará a la realidad, pero creemos que es interesante proponerlo para que los esfuerzos se encaminen en conseguir la mejor aproximación posible a él.

que el médico hace al inmigrante a través de su “silencio”, lo cual operará de forma positiva de cara establecer el vínculo entre ambos.

En esa dirección, se podrían considerar las siguientes acciones concretas:

- Sería recomendable que en la historia clínica se introdujeran determinados aspectos, que pueden ser relevantes en relación con la salud, relacionados con el proceso migratorio (itinerario migratorio, hábitos culturales, modos de alimentación, etc.)
- Materiales de apoyo al sanitario. Redundando en el mismo tema, se piensa que es necesario en la consulta (del médico/a y de la/el enfermera/o) disponer de diversos materiales que faciliten el diálogo y que permitan restablecer la confianza (o obviar recelos) entre paciente y sanitario. En ese sentido podrían ser de utilidad:
 - Mapas que permitan situar el lugar de procedencia del inmigrante, en caso de que este no se maneje bien con el idioma.
 - Materiales gráficos que, como complemento a la comunicación verbal, permitan asegurar al médico/a la comprensión de sus prescripciones: por ejemplo, relojes marcando una hora u otros modos sencillos de indicar los momentos del día para fijar la ingesta de los medicamentos, etc.

6.3. FORMAR AL INMIGRANTE: UNA NUEVA CULTURA SANITARIA

A lo largo de todo el informe se ha visto cómo la relación que el inmigrante tiende inicialmente a mantener con nuestro sistema sanitario reproduce, casi fielmente, la relación previa con el sistema de referencia. Esto hace que la integración en nuestro sistema sanitario se realice, en el mejor de los casos, de forma parcial y desde conductas y demandas que escapan al funcionamiento aparentemente lógico

del mismo, tales como, por ejemplo, asistir a urgencias de forma sistemática.

Formar e informar en el sistema sanitario se demuestra como una tarea fundamental, ya que:

- Ayudaría a la integración en el sistema sanitario y, por lo tanto, se conseguiría que se hiciera un uso racional de sus recursos.
- Tendría una repercusión sanitaria y social importante, dado que reforzaría comportamientos preventivos.

Dos son los espacios de actuación que cabe identificar para resolver el problema de integración en el sistema sanitario: El informativo y el formativo. Ambos aparecen, en mayor o menor grado, y de forma latente en muchos casos, en el discurso de los inmigrantes.

La demanda explícita de los hombres se ciñe fundamentalmente a la necesidad de informarse de aspectos “legales” del funcionamiento del sistema (derechos y obligaciones). Serán las mujeres quienes, más allá de esa dimensión, se muestren más interesadas en aspectos formativos vinculados a la salud.

- *“Yo siempre pregunto, me gustaría saber muchas cosas de muchas enfermedades y eso, pero de verdad que siempre que voy a un médico pregunto por mí.(...) pero yo no voy a preguntar todo porque hay gente detrás.” (E. A. 7. M. Marroquí)*

Se tratará de delimitar en este punto del informe las acciones específicas de cada área o espacio concreto. La perspectiva que nos ha guiado ha sido la de asegurar, en la medida de lo posible, que toda acción a desarrollar se convierta en un proceso sinérgico: el sistema sanitario y sus agentes ganan en información sobre el colectivo extranjero y éste gana en conocimientos prácticos para desarrollar estilos de vida saludables.

6.3.1. Las acciones informativas

Se entiende por tal tipo de acciones aquellas que, encaminadas a un aprendizaje del funcio-

namiento del sistema sanitario, se muestran básicas para que el inmigrante pueda manejarse en él.

Se distinguirán dos tipos de acciones informativas que explícitamente se señalan en los grupos y entrevistas realizadas:

a) El funcionamiento legal

Se trataría de dar a conocer a los inmigrantes el marco legal tanto del sistema sanitario, como de aspectos más concretos vinculados a la salud; por ejemplo, la manera de conseguir la tarjeta sanitaria en el primer caso, o los requisitos legales en lo referente al aborto en el segundo.

b) En relación con el sistema

Se trataría de conseguir el aprendizaje de la organización y del funcionamiento del sistema sanitario, así como de las funciones que desempeña cada agente sanitario que lo compone.

Abordar esta temática conlleva elaborar todo un “argumentario” que permita rebatir las conductas inapropiadas que el inmigrante lleva a cabo, fundamentalmente en el plano asistencial del sistema: por ejemplo, razones de por qué la asistencia sistemática a urgencias no es un método adecuado, o por qué se debe realizar un consumo racional de medicamentos, etc.

Ámbito muy oportuno para inculcar la idea de que el sistema posee los recursos suficientes para que el proyecto migratorio se realice sin costes para la salud del inmigrante.

6.3.2. Las acciones formativas: cursos y talleres.

Se entienden por acciones formativas aquellas que fomentan el autocuidado y la incorporación de hábitos saludables en la estrategia personal de salud.

La técnica que se mostraría como más idónea en este caso serían los seminarios o las charlas.

Cinco son los grandes temas que el análisis

muestra como necesarios de abordar en el espacio formativo en cualquier colectivo de inmigrantes.

- **Higiene y alimentación**, respetando en todo momento las peculiaridades culturales propias de cada colectivo. Especial atención a las situaciones de riesgo debidas a las malas condiciones producidas por el hacinamiento en viviendas.
- **Planificación familiar.**
- **Salud laboral.** Maneras de evitar accidentes laborales y patologías psíquicas derivadas del estrés del trabajo
- **Revisión de prácticas sanitarias pre-científicas y remedios caseros culturalmente instalados**, siempre manteniendo el respecto por la propia cultura, y atendiendo sólo a la modificación de pautas claramente no saludables.
- **Promover el uso racional de medicamentos**, para contrarrestar la costumbre arraigada de la automedicación.

Estos temas deberán ser tratados, de manera más o menos profunda, siempre que se tenga ocasión para hacerlo, pues, tal y como se apuntó anteriormente, se vinculan muy intrínsecamente con comportamientos que, siendo problemáticos, están muy consolidados en el inmigrante.

Para la eficacia de la acción formativa es importante considerar las siguientes variables:

- **Las diferencias culturales de origen:** el agrupamiento de los inmigrantes en función de su origen o bien por áreas geográficas que guarden cierta similitud puede ser recomendable en ciertos casos, por razones obvias (mayor poder de convocatoria, adaptación de la comunicación al modo particular de comprensión, etc.); no obstante, tampoco deberían descartarse las convocatorias multiculturales, que contrarrestarían

la conocida tendencia a la auto-marginalización grupal, y crearían ambientes favorables a la integración, reduciendo, además, los problemas de incomunicación y conflicto entre grupos de inmigrantes. En cada caso habría que sopesar en concreto las ventajas y los inconvenientes de ambas alternativas.

- **Las diferencias de género.** Como ya se ha indicado varias veces, las mujeres se muestran más permeables a la educación sanitaria en general, fundamentalmente cuando son madres. Parecería razonable, por tanto, que se concentraran inicialmente los esfuerzos sobre las mujeres, sin por ello olvidar la meta de la necesaria inclusión los hombres en los respectivos programas de educación sanitaria.

Pasemos, ahora, a ver la manera concreta para articular de forma óptima los proyectos encaminados a la formación del inmigrante.

✓ **El lugar de formación: El Centro de Salud.**

El Centro de salud se muestra como punto de referencia adecuado a la hora de plantear cualquier intervención específica para inmigrantes, por los motivos siguientes:

- Es el espacio en que confluyen y son reconocidas distintas figuras profesionales: pediatría, medicina general, enfermería, etc. Confluencia de figuras a las que el inmigrante hace la misma demanda: **un saber articulado sobre la base de la relación personal.**

El Centro de salud recrea, pues, un espacio imaginario en el que cabe la posibilidad de restablecer la relación médico-paciente de forma similar a la que se establecía en su cultura de referencia.

- Es también un espacio emocionalmente cercano, y que dota de seguridad al inmigrante al estar ubicado en el barrio, junto a sus vecinos, etc.

Realizar acciones en otros centros, tales como asociaciones o agrupaciones de inmigrantes, son una buena opción, tratando de vincularlas con la asistencia primaria, que es, en última instancia, lo que se pretende conseguir.

✓ **Formas idóneas de formar: Talleres y cursos**

Se piensa que los talleres, cursos y charlas son las metodologías más correctas a la hora de formar al inmigrante ya que, basándose en la palabra hablada y en el coloquio, posibilitan, al menos, la pregunta y la interacción entre el agente sanitario y el inmigrante.

Hay que considerar siempre que toda acción concreta deberá adaptar el horario de los talleres al del colectivo receptor, ya que se trata de poblaciones, en muchos casos, en situación de pluriempleo y, por tanto, con poca disponibilidad de tiempo.

Los temas que se propongan deberán adaptarse a la demanda latente o manifiesta de los inmigrantes; es decir, deberán estar asociados fundamentalmente a:

✓ **Temáticas de interés**

Aunque se hayan comentado anteriormente los temas que podrían abordarse desde una perspectiva más cercana a la oferta, se señalarán en este apartado aquellos temas que surgen de forma espontánea en los grupos y entrevistas realizados como de interés manifiesto para el inmigrante.

- Alimentación: alimentos y salud; cocina y salud; tradiciones culinarias de países concretos y su repercusión en la salud; pautas de comer saludablemente manteniendo los hábitos de la propia cultura, etc.
- Anorexia y bulimia en los jóvenes.
- Hábitos higiénicos: prácticas saludables para la salud del cuerpo, hábitos nocivos (tabaco, drogas, alcohol)

- El cuidado de los niños.
- Planificación familiar.
- Salud sexual: comportamientos saludables frente al sexo, reconocimientos ginecólogos, etc.
- Patologías laborales.
- Salud mental: cómo combatir el estrés y la depresión, etc.

✓ **Agentes implicados**

En relación al objetivo de establecer un vínculo con el sistema sanitario que permita la inscripción del inmigrante como usuario en condiciones de igualdad con el autóctono, cabe deducir que la presencia de agentes sanitarios “cercaños” al inmigrante redundaría en el éxito y en la eficacia de las acciones formativas; en ese sentido se recomienda la participación, al menos parcial (recomendando, dirigiendo o participando activamente en las intervenciones), de las siguientes figuras:

- Los agentes sanitarios de referencia: médicos, enfermeras, pediatras, matronas, trabajadores sociales del centro de salud.
- Especial atención a la figura del mediador intercultural en salud, en la medida en que esta figura se establezca como interlocutor válido entre los agentes sanitarios y el inmigrante.
- Representantes de ONGs: Médicos del Mundo, Karibú, Cruz Roja, etc., ya que son referentes muy importantes, sobre todo para el colectivo de subsaharianos.

✓ **Promoción y difusión.**

Cualquier tipo de publicidad o promoción sobre las acciones a desarrollar debería considerar:

- Que aporten garantía al inmigrante. Las acciones deberían difundirse preferentemente en aquellos espacios que posean un reconocimiento en el ámbito institucional: centros de salud, hospitales, etc. El aval de la institución médica dotaría de seriedad y fiabilidad a cualquier campaña. Del mismo modo, el que sea una iniciativa del Sistema Sanitario Público trasmite indirectamente la voluntad de dicha institución de hacer público el interés que dicho colectivo tiene para la sociedad.
- En la difusión deberían de considerarse también otros espacios que connoten seriedad y que estén también vinculados, aunque sea indirectamente, a la salud. Entre ellos, cabría destacar:
 - La farmacia: lugar habitual de consulta del inmigrante y que, en muchas ocasiones, suple a aquél
 - El colegio: lugar reconocido como el espacio social donde se produce una integración real.
 - Los Ayuntamientos: lugar de información habitual en temas administrativos y legales del inmigrante.
- La necesidad de captar inmigrantes con débil acceso al sistema, por las razones que sean, hace recomendable, en cualquier caso, utilizar otros canales, como puedan ser los típicos locutorios, las ONGs o las asociaciones de inmigrantes.

DOCUMENTOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS

- Nº 1** Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
- Nº 2** Sida y Escuela.
- Nº 3** La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.
- Nº 4** El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.
- Nº 5** Alcohol y Salud.
- Nº 6** Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.
- Nº 7** Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
- Nº 8** Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
- Nº 9** La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 10** Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 11** Discurso del personal sanitario de la Comunidad.
- Nº 12** Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
- Nº 13** Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 14** Manual de Inmunizaciones.
- Nº 15** Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
- Nº 16** La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 17** Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.
- Nº 18** Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
- Nº 19** La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 20** Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
- Nº 21** Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
- Nº 22** Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
- Nº 23** Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
- Nº 24** Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
- Nº 25** Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
- Nº 26** Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 27** La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
- Nº 28** Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
- Nº 29** II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Nº 30** Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
- Nº 31** Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
- Nº 32** Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
- Nº 33** El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
- Nº 34** La actividad física en la población adulta de Madrid.
- Nº 35** Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
- Nº 36** Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
- Nº 37** La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
- Nº 38** Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
- Nº 39** La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
- Nº 40** Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
- Nº 41** La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios.
- Nº 42** Dietas mágicas.
- Nº 43** Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
- Nº 44** Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
- Nº 45** Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
- Nº 46** Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 47** Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
- Nº 48** Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 49** Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
- Nº 50** Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
- Nº 51** Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.

- Nº 52** La infestación por piojos.
- Nº 53** Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
- Nº 54** Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
- Nº 55** La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
- Nº 56** Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
- Nº 57** La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
- Nº 58** Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
- Nº 59** Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
- Nº 60** Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
- Nº 61** La enfermedad celíaca
- Nº 62** Programas de Salud Pública 2.000
- Nº 63** Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
- Nº 64** Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
- Nº 65** Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 66** Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid
- Nº 67** Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid
- Nº 68** Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid
- Nº 69** Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria
- Nº 70** Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid
- Nº 71** El farmacéutico agente de salud
- Nº 72** Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres
- Nº 73** Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid
- Nº 74** Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal
- Nº 75** Tratamiento de la pediculosis de la cabeza
- Nº 76** Programas de Salud Pública 2.002
- Nº 77** Mortalidad en Vallecas
- Nº 78** Planes y Programas de Salud Pública 2.003
- Nº 79** Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerequisites en las empresas alimentarias
- Nº 80** Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3
- Nº 81** Control sanitario del Transporte de Alimentos
- Nº 82** Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid
- Nº 83** Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid
- Nº 84** Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid.
- Nº 85** Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 86** La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas.
- Nº 87** Memoria 2002. Programas de Salud Pública.
- Nº 88** La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades y demandas expresadas por las mujeres.
- Nº 89** Las concepciones de salud de las mujeres. Informes 2000. Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural.
- Nº 90** Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid.

Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios



La perspectiva de la
población inmigrante