



Migraciones y salud

Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: enero de 2010
ISBN: 978-84-8424-454-7
Depósito legal: T 850-2016
DOI: 10.17345/9788484244547

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

<http://www.marc.urv.cat>

Consejo editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Àngel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romani (URV)

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Els van Dongen (1946-2009) in memoriam

Sumario

La enfermedad de la doctora Pertíñez <i>Judit Pertíñez Mena</i>	8
1. TEORÍA Y POLÍTICAS	16
La atención sensible a la cultura <i>Antoine Gailly</i>	17
Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega? <i>Kàtia Lurbe i Puerto</i>	55
Epistemología y hermenéutica de la atención en salud mental a los inmigrantes. Retos para los profesionales S. Bermann, F. Collazos, S. Lahoz, E. Marxen, A. Qureshi, L. Sanjuan y C. Visiers	71
La comparación demográfica en estudios sobre inmigrantes, salud y diversidad cultural <i>M.ª Teresa Gijón Sánchez</i>	90
2. POLÍTICAS	107
Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos del Reino Unido, Francia y España <i>Fco. Javier Moreno Fuentes</i>	108
Ciudadanía plural e igualdad de derechos. La seguridad social y las necesidades de la población extracomunitaria <i>Pino Schirripa</i>	133

Mediación intercultural en el sistema de salud catalán <i>Montserrat Antonín</i>	153
Sacar a los peces del agua. La opacidad de la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes <i>Els van Dongen y Rob van Dijk</i>	167
3. PRÁCTICAS	184
El aprendizaje comunitario para combatir la discriminación en experiencias de cuidados sanitarios en el ámbito de proyectos participativos para la salud <i>Beth Maina Ahlberg, Ingela Krantz, Victoria Kawesa, Catrin Lundström</i>	185
Investigación y participación en trabajo con inmigrantes <i>Francesco Vacchiano</i>	201
La atención primaria de salud ante la inmigración <i>Ramón Castejón Bolea</i>	207
Salud mental y atención primaria <i>Yolanda Osorio</i>	222
La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario <i>Francisco Collazos y Adil Qureshi</i>	233
4. CASOS	250
Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos <i>Yolanda Aixelà</i>	251
«¿Has visto mi nuevo juego de cacerolas?» <i>Berta Mendiguren</i>	265
Mientras tanto en Ecuador... El contexto de origen en el estudio de salud y migraciones <i>Arantza Meñaca</i>	284
Culturas médicas y emigrantes en el casco antiguo de Génova <i>Serena Brigidi</i>	300
Autoatención y estructuras sanitarias en inmigrantes senegaleses en Cagliari <i>Rita Gungui</i>	316

Las dinámicas de la relación entre médico y paciente inmigrante: un estudio etnográfico en Umbría (Italia)	331
<i>Maria Pelliciarì</i>	
Reflexiones sobre una investigación precaria: la salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao) a finales del siglo xx	340
<i>Mari Luz Esteban</i>	
Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán	358
<i>M. Alonso</i>	
Norteafricanos en áreas rurales del centro de España	374
<i>Xavier Allué</i>	
La atención primaria de salud ante el reto en la asistencia de la extrajería: los ecuatorianos en un municipio murciano	390
<i>Juan Ignacio Rico Becerra</i>	
Sobre la construcción cultural de las emociones: Los <i>malestares</i> de las mujeres inmigrantes marroquíes de un municipio rural en Cataluña	405
<i>Lina Casadó</i>	
Sexualidad y sida en cuatro colectivos inmigrantes residentes en la comunidad de Madrid	421
<i>Pazos, A.; Martínez, M.; Castillo, S.; Alameda, A.; Mazarrasa, L.; Llácer, A.; Colomo, C.; Lago, M.</i>	
Fábricas de padecimientos. La salud laboral de los inmigrantes en los invernaderos del poniente almeriense	442
<i>Alejandro Goldberg</i>	
Penélope viaja a Ítaca: flujos migratorios y prostitución femenina	449
<i>Elvira Villa Camarma</i>	

La enfermedad de la doctora Pertíñez

Judit Pertíñez Mena

Institut Català de la Salut, Barcelona

Trabajar por la tarde no es agradable. El horario vespertino te obliga a organizar la mañana en función de la hora del almuerzo, que ha de ser temprano y rápido. Además muchos días tienes que salir corriendo, a veces con el postre en la mano, para poder llegar puntual a la sesión clínica de las dos. Por otra parte, yo siempre noto cierto gusanillo en el estómago, como el de los actores antes de empezar una función, al pensar cómo será la tarde, si tendré demasiados pacientes citados, si vendrá alguno difícil, si habrá muchas urgencias... Agradezco llegar y reunirme con mis compañeros en sesión durante una hora. Son gente extraordinaria con la que comparto mucho cariño y ratos de buen humor que lo compensan todo. A las tres subo a mi consulta y mi primera mirada se dirige a la mesa en busca de la lista que predecirá el transcurso de la tarde. Hoy en ella hay 42 personas citadas, algunas a la misma hora, y, por el nombre, diría que más de la mitad son inmigrantes. Respiro profundamente y me recuerdo a mí misma que el mes de octubre es el peor del año. Es aquel mes en el que algunos días piensas en estudiar otra especialidad donde no haya función asistencial, o en hacer de asesora, o de gestora, o de lo que sea, pero lejos de la consulta. Paso a saludar a la enfermera, enciendo el ordenador, preparo las recetas y, sin más dilación, me dirijo a la puerta y llamo al primero, o a alguno de los primeros.

Ali es un chico de origen pakistaní, de 23 años, que viene por un síndrome gripal. Como la mayor parte de inmigrantes que atiendo son de ese

mismo origen, he aprendido un interrogatorio en urdu con las preguntas más frecuentes, y acompañándome de algunos gestos, consigo con más o menos éxito delimitar el motivo de consulta: ¿fiebre, mocos, tos? Después me dice que no ha ido a trabajar y me dispongo a prepararle la baja laboral.

Le pregunto:

—¿Nombre de la empresa?

Y responde con decisión:

—Empresa Caballo.

Parece un nombre raro para una empresa, pero como no lleva ningún documento, escribo ese nombre en el comunicado de baja con algunas dudas.

Al día siguiente vuelve muy nervioso, sin cita, para decirme que su jefe quiere que le repita la baja:

—¿Nombre de la empresa?

—Antonio Cabello López.

Después entra Paula. Es argentina y la conocí hace un año cuando me contó que había emigrado por amor. Se había enamorado de un hombre español, mayor que ella, que le prometió una vida dichosa si se venía con él. A Paula no le ha ido bien, pues no se ha cumplido lo que le habían prometido. La pérdida de su amor le ha hecho perder también su trabajo... y sus papeles. Conmigo viene a hablar y a veces llora un poco, la escucho, me da las gracias y se va.

Ya voy con retraso y no veo a Chaudry en la sala de espera. Esperaba que viniera hoy porque esta mañana he recibido unos cultivos de esputo positivos de tuberculosis. Tendría que llamarlo, pero cuando vino no dejó ningún número de teléfono. Mañana iré a comunicárselo a su domicilio, pero mientras lo anoto en mi agenda no imagino lo que acabará pasando al día siguiente. En la dirección que dejó al darse de alta como paciente no le encontraré. Me abrirá el portal una vecina y, buscando su nombre en los buzones, reconoceré uno que pone: «Pakistán». En los 15 días siguientes dejaré hasta tres cartas en ese buzón, avisándole para que venga a mi consulta, pero no será hasta la cuarta visita en la que por fin un matrimonio de pakistaníes me abrirá la puerta. A mis preguntas negarán, con una mezcla de recelo y miedo, ser familiares de Chaudry, y me informarán de que estará en Pakistán durante los próximos cuatro meses. ¿Llamaré a Pakistán? Mejor no, que le digan que venga a verme en cuanto llegue. Según los protocolos de atención al inmigrante y al viajero, si está tantos meses en su país, cuando regrese

tendré que volver a solicitar todos los análisis y demás martirios en busca de eosinófilos, parásitos y otros seres. Confieso que con eso ya no podré.

La siguiente en la lista es Teresita, una chica de unos treinta años, de nacionalidad Filipina. Está esperando tranquilamente, con un brazo enyesado, y le hago un gesto con la mano para que entre. Trae un informe de urgencias hospitalarias y me comunica que se ha roto la mano. Viene a buscar una receta de un antiinflamatorio, «último modelo», de los carísimos, que ya le han facilitado en la farmacia. Se ha roto la mano cuando ha caído mientras limpiaba en una casa particular, donde trabaja como interina desde hace cuatro años. Le pregunto cómo quiere su baja laboral, por accidente o por enfermedad común, y no lo sabe. Me pide que ponga el nombre de la «señora». Al cabo de unos meses me daré cuenta de que no vino a recoger el alta médica, seguramente porque no está contratada y, si no trabaja, no cobra.

Ahmed viene con un sobre en la mano. Es el resultado de una espirometría que le pedí. Lo abro y me encuentro con la siguiente nota de la enfermera que las realiza:

«Al señor Ahmed se le ha citado tres veces, problema idiomático importante. Esta última vez, estando mediadora pakistani, hablando su idioma materno, es imposible realizar espirometría, no sabe soplar, mucha tos, técnica totalmente incorrecta. Ruego valoración».

No sé si reír o llorar. Ahmed espera su resultado. Como en la nota me ruegan valoración, me pongo a valorar: «Al señor Ahmed se le ha citado tres veces». Esto es culpa mía. Llevo tanto tiempo intentando definir su problema de malestar interior que le causa insomnio, que me he despistado y lo he mandado tres veces a hacerse la misma prueba. En cambio, lo de «problema idiomático importante» sí que lo había notado. Parece que ha intervenido una mediadora... claro, ella sabe soplar en urdu y en castellano. Pero respecto a lo de su «lengua materna», hay un error, ya que Ahmed es de Punjab y su lengua materna es el punjabi. Puede que la mediadora no sepa soplar en punjabi. «Es ¡imposible! realizar espirometría». Eso creo que significa que ya no lo quieren ver más por allí porque ¡no sabe soplar! ¿Me tendré que encargar yo de enseñarle? ¡Por algo soy su médica de cabecera! Aunque a veces me siento madre, hermana, confidente y hasta no gubernamental.

He visto como Carlos Andrés acababa de llegar, ha venido con media hora de retraso, pero como yo también llevo ese retraso, lo llamo y entra como si no hubiera pasado nada. Los cinco pacientes que hay en la sala de espera lo miran y resoplan. Ha llegado tarde y encima no tiene que esperar. Es la cuarta vez que Carlos Andrés viene para preguntar por qué no le han

llamado del hospital, después de un año en lista de espera para operarse de una piedra de cinco centímetros en la vejiga urinaria que le hace sangrar continuamente. Yo tampoco lo entiendo. La primera vez que me lo preguntó, le dije que esperara un poco más; la segunda, lo derivé al urólogo para que le preguntara a él; la tercera, le hice un informe para preguntar directamente al hospital, y hoy, la cuarta, cojo el teléfono y, superando mil barreras de accesibilidad, me dicen que lo llamaron hace cinco meses cuando Carlos Andrés estaba en Ecuador visitando a su familia. *Da capo* como dicen los músicos: vuelta a empezar con primera visita al urólogo para que lo vuelva a poner en lista de espera.

—Hombre, Masud. ¡Cuánto tiempo sin verte!

Masud sonríe.

Ha estado seis meses trabajando en Logroño, en casa de un primo. Me trae unos informes que le han mandado de Bangla Desh. Son de su madre y están escritos en bengalí, por supuesto. Su madre está muy enferma de los huesos, tiene las manos muy mal y allí no la curan. Por los resultados de unos análisis, deduzco que debe tratarse de artritis reumatoide, una enfermedad crónica de mala evolución. Tras consultar varios libros, me doy cuenta de que recibe un tratamiento muy fuerte, con inmunosupresores y cortisona, administrado por un especialista. En los siguientes 20 minutos intento explicar a Masud que yo no soy especialista, que un reumatólogo sabe más que yo, y que creo que su madre ya recibe el tratamiento adecuado; pero no hay forma de que me escuche. Cree que yo no le quiero hacer el favor de darle algo para su madre, yo que siempre le he solucionado sus problemas de salud, yo que soy de aquí y debo saber modernos y occidentales remedios que desconoce el especialista de allí. Al final, me rindo, le doy un antiinflamatorio suave, pero le advierto que no debe dejar el otro tratamiento, que todo junto le irá muy bien. Puro teatro. A mí me gustaría que Masud viniese para el control de su diabetes, ya que nunca se hace análisis ni viene a buscar sus recetas.

Irine Bugulashbili ya está por aquí otra vez; todas las semanas le ocurre algo. Hace un mes le hice la baja por dolor en las cervicales, y hoy me enseña su nómina porque, al parecer, no le han pagado ni la mitad de su sueldo. Yo no entiendo nada, no sé explicarle lo que ha podido ocurrir. Otro juegucito de algún empresario. Le aconsejo que vaya a ver a un abogado para asesorarse. ¡Ah! Y una receta de paracetamol «para tenerlo en casa».

Muy bien vestidos y correctísimos están esperando, al otro lado de la sala, Sukhdev y su mujer, Gurpreet. Son hijos de familias adineradas de la

India. Sukhdev se expresa alternativamente en castellano y en inglés, y muy educadamente me dice:

—Me falta la fuerza del hombre.

Y Gurpreet mira al suelo y no dice nada. Él sigue:

—Hace un año estamos casados y no hijos. ¿Puedo hacerme una prueba?

No necesito preguntar demasiado porque, antes de romperme el coco, descubro que durante el año que llevan casados ella ha estado viviendo en la India con la familia de él, y él la ha visitado sólo en tres ocasiones con lo cual las probabilidades de acierto eran pocas. Hablamos y nos entendemos con cuatro dibujos sobre el ciclo reproductivo de la mujer.

A estas alturas estoy mentalmente saturada de vidas y problemas, pero no me puedo tomar un descanso con tanta gente esperando ahí fuera. Le toca a Elbia. Al llegar no me he fijado si estaba en la sala. Muchas veces pide cita y luego no viene. Ojalá hoy fuera un día de esos, pero no, ahí está, con cara de angustiada.

—¿Cómo estás, Elbia?

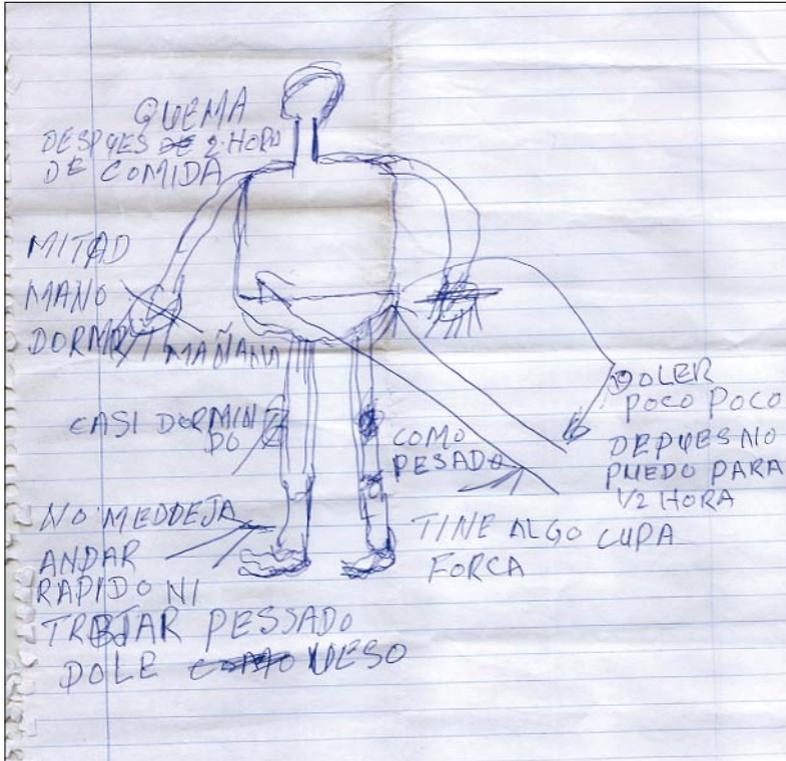
—Fatal doctorcita, vengo a decirle que me siento debilitada, con mareos, se me duermen las manos, tengo un dolor continuo en la cabeza, una «picazón» en el vientre y creo que no veo bien, además, deme algo para el pelo porque se me cae mucho.

Elbia es una chica separada, con dos hijos pequeños que dejó en Colombia a cargo de una hermana hace ya dos años. Trabaja de mujer de la limpieza en varias casas y manda casi todo el dinero que gana a su tierra, para pagar una deuda familiar y una casa que se están construyendo. Hasta que no esté todo resuelto no va a volver. Aquí vive con una amiga y no se relaciona con nadie más. Yo la conozco desde que llegó y cada vez que está mal de ánimo viene con múltiples motivos de consulta distintos y no me perdona ni uno, empezamos por la debilidad y acabamos con la caída del cabello.

Llamo al siguiente: Nadeem Iqbal. Se levanta un hombre de unos 45 años. Es la primera vez que le veo. Viene solo. Le invito a sentarse y le pregunto qué le ocurre:

—Doctora, please, muuucho problem.

Después de esa expresión se mete la mano en el bolsillo de la cazadora y saca un papel que desdobra ante mí. Es un dibujo de sí mismo que muestra varios síntomas y comentarios relacionados mediante flechas con distintas partes del cuerpo.



Por ejemplo, en la espalda: «doler poco, poco, después no puedo para media hora» y «tiene algo que cupa forza». Y en las piernas: «casi dormindo, no me deja andar rápido ni trabajar pesado, dole como uno vesu». No me río, más bien me preocupo porque ese dibujo es fruto de la angustia y la inquietud. Ese dibujo me pierde en un sinfín de diagnósticos raros, que me llevarán a pedir distintas pruebas y a consultar a especialistas, siempre sin éxito para Nadeem, ya que nada le curará ni le aliviará. Al cabo de unos meses, se cansará de todos nosotros y, desesperado, se irá a urgencias, donde le ingresarán por un hipotiroidismo de lo más común.

Detrás de mi puerta está Jaba llorando como para echarme en cara la hora que le he hecho esperar. Es un bebé de cuatro meses, hermanita de una niña de 18 meses, hija de Sadar, de 22 años, que habla muy poco castellano, y nieta de Sultana, de 60, que es la suegra de Sadar, y que cree saber castellano, aunque no se le entiende nada. Las cuatro entran en mi consulta sonriendo. Sadar tiene un retraso de su regla, pero han decidido, ella y su

marido, que en este momento no quieren tener otro bebé, y me pide que le dé una caja de anticonceptivos. Pido refuerzos, entra la enfermera y me ve con la cara desenchajada. Siento que necesito calma y apoyo para aclarar conceptos con ellas, para aconsejar, aunque no me guste. Al final, bajaremos las seis a hablar con la ginecóloga, pero antes, también se visitará Sultana, que es hipertensa. Como es habitual en ella su tensión no está demasiado bien. Hoy, al menos, no viene sola, y su nuera traduce mis recomendaciones como puede. De todas formas, los días que viene sola me divierto un poco porque siempre le pregunto cómo toma la medicación, y siempre me responde lo mismo: «buenos días, buenas tardes, buenas noches».

Ya tendría que haber acabado la lista de pacientes, pero todavía me quedan tres. Primero pasa María Elena, una dominicana muy simpática, que me dice, riéndose:

—Ya sabe que mi marido es muy mujeriego y quiero que me haga análisis de todo para ver si estoy bien.

Se la ve orgullosa de tener un marido tan deseado y no es la primera vez que me pide este tipo de revisión, aunque sabe que los análisis no la protegen de nada. En una ocasión le propuse que viniera con su marido y ella lo arrastró hasta mi consulta. La cosa quedó en que a él no le gusta ponerse «la goma», prefieren seguir como están, aceptando algunos riesgos, y ella seguirá viniendo cada año a hacerse la revisión.

Y, al fin, los últimos: Muhammad y Mohamed. Son dos pakistaníes jóvenes, que habitualmente vienen juntos para ayudarse mutuamente a comunicarse conmigo. Llama la atención que en su país se llamaban igual, pero cuando llegaron a España a cada uno le escribieron el nombre de manera distinta, y así han tenido que aprender, por ejemplo, que según cómo yo pronuncie el nombre cuando lo leo en la lista, le toca entrar a uno o al otro. A parte de eso, durante una época, en las primeras visitas, sólo se dio de alta Mohamed, y venían a visitarse los dos con una sola tarjeta sanitaria y el mismo número de historia, con lo que yo iba visitando a uno u otro indistintamente como si fueran una sola persona. Por suerte, tuvieron piedad, y antes de volverme loca me lo confesaron. A pesar de eso, a uno le diagnosticué un parásito en las heces y todavía no he aclarado cuál de ellos era. Hoy Muhammad me suelta una parrafada en urdu confiando en que algo entenderé, y Mohamed me ofrece una especie de traducción en un inglés un tanto macarrónico. Siento ganas de salir corriendo sin parar hasta llegar a mi casa, pero mi sentido de la responsabilidad me lo impide y acaban con mis pocas energías del día.

Antes de despedirme de la enfermera, de apagar el ordenador y de recoger las recetas, sentada en mi silla y con la estatua del «emigrante» Cristóbal Colón iluminada a mi espalda, me da por pensar que la tarde hubiera sido igual de densa si en vez de Ali hubiera venido Manuel, que es analfabeto, o si en vez de buscar a Chaudry hubiera buscado a Antonio, que es indigente. Que Sadar se hubiera podido llamar Jennifer, y Teresita, Rocío. Y a lo mejor Elbia sería diagnosticada de fibromialgia si se llamara Carmen. Llego a la conclusión, a las ocho y media de la noche, que lo que acaba con mi energía no es la diferencia, sino la desigualdad disfrazada de inmigración.

1. Teoría y políticas

La atención sensible a la cultura

Antoine Gailly

Los servicios: miedos e inseguridades

La experiencia de la cultura se evidencia con mayor claridad en el encuentro entre personas de diferentes culturas. Un individuo vive su propia identidad cultural y suele tender a confirmarla de manera negativa: «nosotros somos diferentes, no somos como ellos». Esto le permite, en el contexto del encuentro intercultural, proteger su propia identidad para que no sea reducida ni absorbida por lo culturalmente diferente. Afirmar la identidad hace que las diferencias con los otros sean incluso más obvias. Además, en ese encuentro, uno aprende que la seguridad no es automática, y que lo «absoluto» no existe, y uno se siente temeroso, inseguro y desestabilizado. Los aspectos poco familiares de la persona culturalmente diferente, la incapacidad para entender al otro y el miedo a no ser capaz de llegar al reconocimiento o al encuentro real pueden llevar a encerrarse en uno mismo.

Por tanto, volver a la propia identidad cultural o étnica puede ser tanto la razón como el medio de defensa ante este miedo: por una parte, asegura la propia identidad, de modo que uno no es absorbido por el otro; por otra, crea inseguridad. Esta dualidad obliga a reflexionar sobre las dudas presentes en cualquier encuentro intercultural, que experimenta también el proveedor de servicios en esas circunstancias. Se choca con algo «extraño», donde se desea conocer al otro en su individualidad cultural. Cualquier cosa que no pueda ser interpretada en términos de lo que ya conocemos conduce a

la fascinación y/o al miedo, temores profundos y, a menudo, inconscientes, que son importantes, decisivos para establecer la posibilidad y la calidad de un servicio culturalmente sensible.

La inseguridad que el proveedor experimenta en el encuentro con personas distintas es, para algunos, un argumento para no ofrecer servicios transculturales. Dicen: «como eres una persona diferente, no puedo ayudarte, pero te derivaré a un especialista cultural». Otros buscan resolver el problema mediante el conocimiento etnográfico para poder dominar lo desconocido de la cultura del cliente, y evitar la inseguridad que les provoca. En estos casos, la etnografía es vista como un medio para prevenir el fracaso de la relación terapéutica ante las diferencias. Una dinámica similar es la que conduce a buscar mediadores interculturales, traductores o profesionales de la misma cultura del paciente, con la esperanza de que sean especialistas en estas situaciones cuando el encuentro empiece a ser incómodo.

Un servicio con sensibilidad cultural sólo es posible cuando ambos, cliente y profesional, son capaces de relativizar no sólo sus orígenes culturales respectivos, sino también los sentimientos y los miedos comunes que acompañan al proceso de atención. Si logran superarlos, ambos pueden sentirse liberados, y sólo entonces existe la posibilidad de cierta apertura hacia el otro. El profesional debe, sin embargo, cuidar de no convertir a su cliente en un informante cultural, a partir de la fascinación, el miedo y la inseguridad que le provocan las diferencias. Esta actitud altera la relación terapéutica, ya que el profesional se convierte entonces en aquel que busca ayuda. Desde este punto de vista, la referencia a los «especialistas culturales» (nativos, mediadores culturales, antropólogos y otros) y la demanda de conocimiento etnográfico son procesos bastante complejos en una situación terapéutica transcultural. Como resultado, los factores culturales tienen un papel muy significativo en procesos de empatía, transferencia y contratransferencia (Gailly, 1998a, 1998b, 2000b).

Devereux (1980), Kracke (1987), Gailly (1998a, 1998b, 2000b) y Meurs y Gailly (1998) prestan mucha atención, en el encuentro intercultural, a la fascinación y el miedo profundos, frecuentemente inconscientes, que siente el profesional, porque tienen una gran influencia en el enfoque, los modelos y los métodos con los que se enfrenta a la clínica. Como ésta es extremadamente compleja y difícil de objetivizar, el profesional, como individuo, en su subjetividad, suele ser requerido para dar significado a la relación clínica en la que está inmerso. Esta situación supone un gran esfuerzo personal, pero es también un desafío fascinante, porque le estimula a alcanzar un verdade-

ro entendimiento de la realidad existente tras la complejidad de la terapia transcultural.

Estos autores se aproximan al problema mediante un enfoque psicológico. Según ellos, el encuentro con la persona culturalmente diferente tiene lugar en torno a dos polos. El primero plantea un punto de vista etnocéntrico. Se acepta que las ideas propias son correctas, mientras que el otro debería adaptarse, asimilarse, integrarse. Esta actitud muestra falta de comprensión hacia la persona diferente, que se siente abordada a partir de prejuicios y discriminaciones. Como resultado, un encuentro mutuo verdadero, llega a ser extremadamente difícil, aunque no imposible. El otro extremo es una forma de relativismo cultural de largo alcance. Todo es descartable por perteneciente a otra cultura, lo que imposibilita el contacto real. Entre ambos extremos deben hallarse posiciones menos radicales.

En la diada «profesional intercultural y cliente», un ejemplo posible de encuentro intercultural, nos centramos principalmente en procesos de transferencia y contratransferencia. Prestamos especial atención a la imagen que ambos tienen de sus culturas respectivas y a los mitos que cada uno proyecta en el otro. Llama la atención que estos procesos no sólo tengan lugar en situaciones de terapia intercultural, sino también en encuentros culturales en la vida social, económica y política diaria. Estos procesos son también importantes para las fases que preceden a la terapéutica, como la motivación para pedir ayuda, la equidad en el acceso a la salud o la cooperación.

En el contacto inicial, las reacciones del profesional occidental cara a cara con su cliente de distinta cultura pueden reducirse a tres tipos, según qué diferencias se evalúen y cuáles se tomen en consideración. Estos tipos resultan de una deducción teórica y son meramente un instrumento analítico. En la práctica raramente se dan de manera aislada, ya que las reacciones del profesional sanitario generalmente se encuentran combinadas con el predominio de uno u otro tipo. Por otra parte, las reacciones del cliente diferente hacia el profesional también deben estudiarse.

«No entiendo a quienes tienen una cultura diferente»

Una primera reacción del profesional, posiblemente inconsciente, es el rechazo. Suele expresarse como «no entiendo a mi cliente porque pertenece a otra cultura». Según esta visión de la realidad, las diferencias culturales son

insalvables y el rechazo se expresa en forma de antónimos: moderno, racionalmente científico y biomédico *versus* tradicional, religioso y etnomédico, a partir de una visión racionalista y materialista de los seres humanos y del mundo. De forma sutil, inconsciente, el rechazo consiste en proveer un cuidado impersonal, médico-técnico, basado en medicamentos. En el mejor de los casos, al cliente se le deriva a un experto que comparte su misma lengua y cultura, mediante una correspondencia cultural, en la cual la cultura étnica del profesional y la del cliente congenian lo más posible para que las diferencias culturales o lingüísticas no obstaculicen la atención sanitaria. Para resolver el problema se desarrollan un modelo, una estrategia y una forma cultural de cuidado, en los cuales el problema del cliente ya no desempeña un papel central. En el parte de derivación se diría: «mediante la presente, derivó a un cliente (turco) para recibir psicoterapia intercultural por problemas psíquicos derivados de diferencias culturales. El cliente reside en España desde los dos años y vive entre dos culturas».

Esta forma de derivación es interesante. En primer lugar, se informa al profesional al que se deriva que el cliente vive entre dos culturas. Éste es un diagnóstico muy común entre adolescentes, aunque lo que realmente ocurre raramente se especifica. En nuestra opinión, este diagnóstico es el resultado de la reificación del concepto de cultura. Con harta frecuencia, ésta es vista como una entidad monolítica. La definición de lo cultural de Tylor (1871) como «un todo complejo de conocimiento, creencias religiosas, arte, morales, leyes, costumbres y otras habilidades que una persona desarrolla como miembro de una sociedad» es paradigmática. Las culturas se reducen a una especie de mosaico —limitado o no por fronteras geográficas— y el comportamiento individual debe ser un molde del contenido cultural, los valores y las normas. Los individuos se clasifican según si su comportamiento se ajusta o no al modelo cultural.

La afirmación de estar entre dos culturas recuerda el concepto antropológico de marginalidad (Turner, 1967, 1974; Douglas, 1966; Ching Lin Pang, 1999). Turner (1967) destacó el aspecto dinámico de la estructura social, de la cultura, de la comunidad y de la sociedad. A pesar de que estos mundos suelen considerarse estáticos y atemporales, no son ontológicos; están situados en el proceso de llegar a ser aquello que constantemente debe ser alcanzado, porque el ser humano y la sociedad siempre tienden a romper lo estático, y Turner (1974, 1975) afirma que solemos reificar abstracciones como si los individuos se moviesen a través de posiciones estructurales dentro de un todo jerárquico (lo que ayuda a la comprensión de las diferentes interconexiones

sociales). La cultura como una identidad monolítica, reificada, o como un dato estático, según Turner, existe solamente en la mente del obsesivo y del paranoide. Así se distancia de la teoría funcional estructuralista, defendida por Radcliffe-Brown, que ve la estructura social como una organización estática de posiciones claramente delineadas en una sociedad dada.

Una identidad —o sociedad— multicultural implica una transformación o una alteración del ser y no la mera adquisición de conocimiento. Esta noción resulta apropiada para organizar celebraciones o festivales, pero, en este contexto, es falsa, es una forma de posmodernismo multicultural escasamente crítico. En palabras de Turner, los acontecimientos festivos son una especie de fase liminal, tipificada por una situación de comunidad, pero en la cual el paso a la sociedad, a la estructura social, nunca tiene lugar. Además, aunque son una fuente de alegría y placer para algunas personas, en otras pueden producir miedo y rechazo. Por eso, acontecimientos interculturales y/o multiculturales rara vez alcanzan los objetivos para los cuales han sido organizados.

El segundo punto de interés en el parte de la derivación del paciente es que el profesional que lo ha redactado asume que el cliente tiene un problema, cuando, de hecho, es él quien tiene un problema con el cliente. Este último suele interpretar la derivación como signo de incompetencia del profesional, como un rechazo de su compromiso en la relación terapéutica, lo que puede conducir a una situación crónica, cuando el cliente, inconscientemente, causa rechazo. En esta situación, el cliente busca suprimir la ansiedad ligada a la nueva relación terapéutica y a la posibilidad de otro rechazo. Por otra parte, la mayoría de los inmigrantes han abandonado su país de origen porque, de un modo u otro, se han sentido rechazados.

En la derivación, el nuevo profesional se convierte en el especialista cultural y debe construir una nueva relación terapéutica con el cliente. Esto es muy difícil. El cliente percibe al «experto cultural» no sólo como alguien que, en última instancia, tiene que resolver su problema, sino también como aquel que de alguna manera pertenece a su comunidad cultural. Todo ello induce a una transferencia positiva y crea unas expectativas demasiado grandes e irreales.

Es difícil empezar una terapia cuando ninguno de los participantes logra satisfacer las expectativas del otro. Las frustraciones experimentadas por ambos suelen dar lugar a que los problemas se culturalicen innecesariamente, junto a comentarios u observaciones racistas y discriminatorias procedentes de ambas partes. Son habituales las discusiones sobre si algo

está o no prohibido en el Corán —con las sospechas mutuas sobre si el otro lo ha leído—, sobre el conocimiento de la cultura de origen, o acusaciones de racismo abierto, con lo que un diálogo más extenso llega a ser imposible. El nuevo profesional pasa a ser visto como alguien de otra cultura que, como el que había derivado previamente, fracasa a la hora de comprender el problema.

Negación de las diferencias culturales

El tercer tipo de reacción es el rechazo de las diferencias. El profesional se comporta como si no existieran y asume una equidad cultural entre él y la persona «diferente». La negación de la singularidad cultural es una forma desconocida y sutil de racismo, porque no permite a la persona culturalmente distinta expresar su diferencia.

No permitir la diversidad cultural en la relación terapéutica es a menudo una forma de etnocentrismo, discriminación y racismo disimulados. Es también una expresión de la actitud protectora del profesional para que el cliente no exponga el problema de las diferencias en la terapia. De este modo, el profesional evita afrontar las diferencias culturales y no se siente amenazado en su identidad cultural. La postura protectora hacia el cliente, en el fondo, es una autodefensa del profesional. No se permite que aparezca la singularidad cultural probablemente porque se sobreestima el miedo que puede despertar el encuentro con el otro, o porque este temor es impensable o insoportable.

Un profesional que no permite al cliente definirse culturalmente dentro de la relación terapéutica suele trabajar desde el proteccionismo y el paternalismo, desde una posición de poder. Su cliente debe adaptarse culturalmente a él. Esta postura puede interpretarse como arrogante y condescendiente, y puede enojar al cliente, si éste es sensible a la ansiedad provocada por la diferencia cultural en el profesional. Puede ponerse a la defensiva, cesar la exploración y la introspección, y evitar las experiencias de racismo para no ofenderle. Muchos de los problemas psicológicos y psicosociales de las personas distintas desde un punto de vista cultural no deberían atribuirse a su cultura de origen, sino al hecho de que a menudo estas personas se encuentran inmersas en problemas, como el paro, en la sociedad receptora. Sin

embargo, como el cliente no puede introducir su singularidad en la relación con el profesional, la terapia parece desarrollarse de manera apacible.

Por todo esto, el profesional puede asumir un amplio rango de actitudes en relación con el cliente de otra cultura. Puede suprimir la agresividad y la asertividad para evitar el autoritarismo; puede disculparse, negando la competencia, los privilegios y el poder occidentales, o evitar tópicos que puedan ser dolorosos para el cliente y limiten cualquier espontaneidad sobre los miedos que sus prejuicios puedan revelar. Ante tales inhibiciones, sus intervenciones verbales suelen estar más dirigidas a obtener información, mediante preguntas abiertas y cerradas, que a construir una relación terapéutica. El polo opuesto de la negación consiste en la «sobreidentificación»; en ella el profesional justifica todos los problemas del cliente por su situación de inmigrante, aunque éste no siempre comparta esa opinión.

Formación reactiva con el cliente

Los esfuerzos del profesional para gestionar el racismo y los prejuicios pueden expresarse en forma de una excesiva simpatía hacia el cliente. Todas las dificultades de éste se asume que son el fruto de la migración, el racismo, la discriminación y la opresión, de las que el profesional se siente culpable. Estos sentimientos pueden llevarle a adoptar una actitud sobredefensiva, a una tolerancia excesiva, o a la interpretación errónea del enojo y la agresión del cliente. En este caso, ambos pueden experimentar disgusto y hostilidad al examinar la posición del cliente en la sociedad. Una manera de evitar perder el control emocional es esquivar el tema cultural, pero hacerlo puede ser contraproducente. Visto desde un punto de vista global, los clientes que pertenecen a otras culturas prestan más atención y reaccionan más ante las señales que revelan las actitudes étnicas y culturales del profesional. Un cliente es sensible —y, frecuentemente, inconsciente— a los esfuerzos del profesional por evitar tópicos étnicos y culturales, lo que puede ser antiterapéutico.

Otro tipo de reacciones ante estos clientes son la fascinación y el temor. El profesional puede reaccionar intentando identificarse con ellos mediante un conocimiento etnográfico, pero cuidando de no convertirlos en informantes culturales; si fuese así, alteraría la relación terapéutica, convirtiéndose él mismo en cliente, y esto no es lo que el cliente busca del profesional.

Etnografía y modelos culturales

Etnografía

Siempre que un profesional está preparado para aceptar y reconocer diferencias culturales, topa con la inseguridad que produce la vaguedad del concepto *cultura*. La atención culturalmente sensible trabajaría con información etnográfica sobre el país de origen, en la que se incluiría la aculturación del cliente, y el conocimiento médico-antropológico de su sistema etnomédico y etnopsiquiátrico en un contexto sociocultural amplio. Todo esto se considera necesario para que la relación terapéutica se reduzca en su dimensión cultural. Podemos buscar dimensiones básicas, definibles y reconocibles, que pueden ser operativas para reducir los problemas culturales, y ligar las variables psicológicas a la cultura. El conocimiento etnográfico se convierte en el camino hacia la eficiencia terapéutica, mientras que su falta se considera una coartada o una excusa ante el fracaso terapéutico.

Según Roosens (1984), la etnografía es el estudio empírico de un grupo definido y limitado cuyos miembros tienen su propia cultura, subcultura o estilo de vida objetiva, mediante la cual se puede reconstruir su sistema sociocultural particular. La cultura objetiva se deduce de manera empírica y se construye teóricamente como un sistema de símbolos intersubjetivos —pues la cultura provee significados—, que facilita a las personas una orientación directa de los otros, de las cosas, de ellos mismos y de lo extrahumano. Este sistema de símbolos se utiliza y se transforma de generación en generación, y tiene una dimensión cognitiva y evaluadora.

Modelos culturales

La antropología puede definirse como el estudio empírico y diferencial de los sistemas socioculturales en un momento determinado, aunque en el marco de la historia y la aculturación (Roosens, *ibid.*: 33). Este paradigma diferencial se distingue de la aproximación etnográfica y aborda el estudio de los modelos culturales. Busca dimensiones definibles, reconocibles y operativas en las culturas para disminuir las variaciones interculturales. Intenta acercar entre sí a aquellas culturas que muestran ciertas similitudes en comparación con otros grupos culturales. Se hace especial hincapié en la descripción y la comparación de las características psicológicas y socioculturales de las culturas en términos de sistemas de valores, normas u otras características. La identificación del paciente, de su cosmovisión, de su cultura y su estructura

familiar, de sus valores y sus normas, de sus capacidades lingüísticas, la medida en que los elementos culturales tradicionales quedan reflejados en la sintomatología, y el nivel de aculturación —que suele ser considerado más determinante que otras dimensiones— son las bases sobre las que se desarrolla el plan terapéutico.

Lucas y Barret (1995) han expuesto una serie de modelos culturales que desempeñan un papel activo en el conocimiento, la prestación de la atención sanitaria y la sociedad. Describen el contraste entre las culturas «yo frente a nosotros», culturas orientadas al individuo o a lo colectivo (al grupo), o culturas egocéntricas y sociocéntricas; entre culturas orientadas al presente, al pasado y al futuro; entre culturas orientadas a lo tradicional y lo religioso, y las orientadas a lo moderno y lo científico; o entre culturas que somatizan el estrés y culturas que lo asimilan desde un punto de vista psicológico.

Desde la década de 1980, el paradigma del individualismo frente al colectivismo y las culturas orientadas al yo frente al nosotros (Hofstede, 1980; Eppink, 1981; Kim *et alii*, 1994) se han hecho muy populares desde que se pudieron utilizar los polos opuestos de un hipotético continuo para explicar las diferencias interculturales. Las sociedades en las que se han perdido los vínculos entre individuos y en las que se espera que cada uno se cuide a sí mismo y cuide a su familia más cercana se consideran individualistas: enfatizan la conciencia del yo, la autonomía, la independencia emocional, la iniciativa individualista, el derecho a la privacidad, el hedonismo, la seguridad financiera y el universalismo. En contraposición, las sociedades colectivistas son aquellas en las que los individuos, desde la infancia, se integran en grupos cohesionados que les ofrecen protección vitalicia a cambio de lealtad incondicional. Enfatizan la conciencia de grupo, la identidad colectiva, la dependencia emocional, la solidaridad grupal, el cumplimiento de las obligaciones, el sentido de comunidad, y una necesidad de amistades estables y demostradas, la toma de decisiones en grupo y el particularismo social.

El «nosotros» fascina a los occidentales, porque pertenecer a una comunidad ha perdido importancia en Occidente. Sin embargo, este modelo se torna problemático cuando otras culturas sólo se pueden entender desde el colectivismo. La dicotomía parece intolerable. Individualismo y colectivismo son polos de un continuo, donde, como demuestra la investigación, cada cultura incorpora, en cierta medida, elementos de ambos. Por eso, estos modelos son reduccionistas. El continuo se vuelve aún más problemático cuando se le añade la suposición, es decir, el hecho de que en una sociedad

individualista cada individuo desarrolla una personalidad individualista y viceversa.

Otra imagen reduccionista para comprender las diferencias culturales es la distinción entre culturas somatizadoras y culturas psicologizadoras. Según esta visión algunas culturas transforman las quejas fisiológicas en un idioma de malestar, mientras que otras potencian el trabajo psicológico de las emociones. Tendría lugar entonces una descompensación de carácter psicológico, ante una situación de transformación cultural que se considera una creación de la modernidad y que afecta a las clases altas de las sociedades no occidentales, mientras que la somatización es la manifestación de las culturas más tradicionales, de las clases bajas y del campesinado occidental. Por eso, los profesionales sanitarios en Occidente suelen considerar la somatización como una respuesta primitiva e infantil, asociada a un nivel cultural bajo, a una fe religiosa activa y tradicional, y a una situación socioeconómica pobre con antecedentes rurales.

Otra imagen reduccionista consiste en comparar a las personas que pertenecen a una cultura distinta a la nuestra con la gente del «cuarto mundo». Aunque muchos individuos pertenecientes a otras culturas no son emigrantes económicos, se encuentran en una posición socioeconómica limitada por distintas razones. Los profesionales de la salud sugieren cierto parecido entre inmigrantes y población local más desfavorecida. Sin embargo, el hecho de que esas similitudes puedan ser significativas suele restar importancia a la influencia del arraigo a una cultura distinta. La cuestión básica es si los conceptos *culturalmente diferente* y *desfavorecido local* (del cuarto mundo) significan lo mismo. La población local más desfavorecida suele vivir en una situación de pobreza social y económica heredada de generaciones anteriores y, con frecuencia, suelen verse a sí mismos como destinados a seguir siendo desfavorecidos (o al menos así es como los considera la sociedad). Esta situación no se puede generalizar a la población inmigrante. No sólo no se sienten desfavorecidos muchos recién llegados, sino que además perciben su situación de privación de manera positiva, al creer que sus hijos deben tener y tendrán una vida mejor que la suya. Afortunadamente para estas personas, todavía conservan su pasado idealizado, en el que ven la emigración como una vía de escape a la pobreza, sin por ello perder el orgullo cultural de su pertenencia étnica. Gailly (1991) demuestra que la cultura emigrante, a pesar de tener ciertas similitudes, es muy diferente de la cultura o subcultura de la pobreza. Cada vez más se plantea la cuestión de si esta perspectiva de futuro es realista en Occidente.

Con el pretexto de un enfoque universal – como si esas familias tuvieran las mismas preocupaciones e intereses que las de Occidente – se suele olvidar que las personas tienden, implícita e inconscientemente, a transformar sus propios valores culturales en normas universales. Así pues, nos enfrentamos a una comprensión incorrecta de lo que es el universalismo. Reducir a la persona culturalmente diferente a identificarla con el autóctono pobre o del cuarto mundo tiene implicaciones graves y lleva a suposiciones erróneas. No todas las personas que pertenecen a otra cultura son necesariamente pobres. La cultura del emigrante, a pesar de ciertas similitudes, muestra enormes diferencias con la «cultura o subcultura de la pobreza» (Gailly, 1991). Aunque no pretendemos negar la importancia de la pobreza, las diferencias culturales y los problemas psíquicos no pueden ser meramente reducidos a diferencias entre clases. Resulta peligroso trabajar con el paradigma de que la opresión social y cultural tiene inevitables consecuencias psicológicas que pueden producir trastornos mentales y de personalidad. Las diferencias socioculturales nunca tienen consecuencias generales siempre negativas o positivas, sino que se determinan de manera individual. Además, la persona que pertenece a otra cultura diferente de la nuestra raramente recibe la atención a la que tiene derecho por culpa de creencias reduccionistas como éstas.

Comentarios críticos

Los modelos culturales son reduccionistas

Las imágenes (antinómicas) de otras culturas minimizan la complejidad de la diferencia cultural. La simplificación de un fenómeno complejo no es en sí misma un problema, sino que resulta indispensable para poder comprender el mundo. Sin embargo, aunque el deseo de esquematizar pueda estar justificado, éste no es necesariamente el caso del reduccionismo, que es un instrumento y sigue siendo útil mientras sea reconocido como tal y no se le confunda con la realidad. El reduccionismo es un problema cuando hace que la riqueza del fenómeno (clínico) sea incomprensible. Además, las visiones reduccionistas suelen ser inventadas por investigadores occidentales, porque son ellos quienes ostentan el poder de hablar sobre las personas culturalmente diferentes.

Suponer que las variables psicológicas pueden tener relación con dimensiones culturales

Las diferencias culturales no ofrecen ningún medio para integrar los distintos modelos de cultura (valores, normas y otros) en un marco de referencia que pueda facilitar el desarrollo de una teoría sobre la relación entre la cultura por una parte y el paciente y el sistema al que pertenece por otra. Este discurso, en sí mismo, suele ser reduccionista, puesto que los rasgos que se ven en personas que pertenecen a otras culturas están contaminados. Las representaciones suelen mostrarnos más cómo la cultura occidental ve a las demás en su imaginario y en sus fantasías. Por ello, lo que Occidente puede envidiar o aquello que le puede causar problemas y prefiere no reconocer como perteneciente a su cultura lo adscribe a personas de diferente cultura¹.

El estudio de las diferencias en los modelos culturales o del contraste de las características diferenciales entre culturas es mucho más eficaz que la etnografía, según algunos autores, para prestar servicios sensibles a la diferencia cultural. Este enfoque ofrece la posibilidad de observar el efecto que los valores culturales pueden tener en la interacción terapéutica, y de identificar los conflictos culturales en el proceso de atención. Estos últimos pueden aparecer cuando existen distintos valores entre profesional y paciente, entre el profesional como individuo y como profesional, y entre el paciente y los valores relacionados con las técnicas de atención. Sobre esta base se puede decidir qué técnicas son más o menos efectivas. Por lo tanto, el estudio de modelos culturales ha inspirado adaptaciones de los métodos convencionales.

El interés en el concepto de cultura nace de trabajar con familias exóticas y de la fascinación y el temor ante las personas de una cultura distinta a la propia. Por eso se asocia con todo lo que no es familiar, mientras que lo que sí lo es se considera parte de la naturaleza y se naturaliza. Estas suposiciones obligan al profesional a objetivar el concepto de cultura y a interpretar el comportamiento como la expresión de las reglas y las normas (culturales) del grupo étnico con el que se identifica un individuo o una familia. Así la persona inmigrante queda reducida a una mera representación de la estructura cultural, como en música sería una interpretación mecánica de la partitura.

1 Por ejemplo, el *buen salvaje* de Sartre o el *salvaje primitivo* de Lévi-Strauss, frente al *ser humano civilizado*.

Con estas ideas es muy difícil explicar procesos de cambio y de variabilidad cultural. Estos conceptos objetivados niegan, además, todo tipo de diferencias internas en términos de clase, estratificación social y estilo de vida. Sin embargo, resulta fundamental llevar a cabo una redefinición étnica cuando se trabaja con inmigrantes que se enfrentan a problemas relacionados con su estado migratorio. El esfuerzo por construir cierta continuidad entre el aquí y ahora en el nuevo país, y el allí y entonces en el país de origen, significa que no pueden encajar su cultura de origen en un concepto materializado de cultura —el pueblo, el tradicionalismo— o un concepto nuevo —la ciudad, Occidente, la modernidad. Este reduccionismo coincide con la visión clásica de aculturación, según la cual los grupos étnicos son portadores pasivos de culturas diferentes. Se da por supuesto que, en las distintas regiones del mundo, las personas han desarrollado sus culturas de manera aislada. En consecuencia, cada una encarna a un grupo étnico, persona o raza. Con el rápido crecimiento de las comunicaciones y los contactos, las diferentes culturas se encuentran e interaccionan, dando lugar a fusiones.

Esta visión de la aculturación no es correcta. Parece que cuanto más entran en contacto grupos étnicos entre sí, más se alejan unos de otros para evitar ser absorbidos y acabar desapareciendo. Barth (1969) fue uno de los primeros en señalar que las culturas no se corresponden necesariamente con la comunidad o el grupo étnico que se les atribuye, y que no se debe confundir una cosa con la otra. Roosens (1984, 1989, 1998) distingue entre cultura objetiva y cultura subjetiva. Define la *cultura objetiva* como «un sistema de símbolos intersubjetivos de base empírica y de estructura teórica que proporciona a la persona una orientación ante los demás, las cosas, sí misma y, finalmente, ante lo que es externo al ser humano; un sistema de símbolos que se transmite y se transforma generación tras generación. Este sistema de símbolos tiene una dimensión cognitiva y es evaluativo» (1984: 34). El sistema de símbolos es intersubjetivo pues la cultura da sentido y es significativa para una serie de personas o para un grupo. Tanto si se define como un sistema de símbolos o no, la cultura es una construcción teórica de base empírica que no se debe deificar. Una construcción que no existe de manera independiente, al margen del investigador o del grupo objeto de estudio.

La *cultura subjetiva* consiste en una elección de formas culturales de comportamiento que los miembros de un grupo étnico utilizan para diferenciarse, la mayoría de las veces de manera negativa, de otros grupos étnicos: nosotros no somos como ellos; no comemos cerdo, ellos lo hacen y, salvo que haya un cambio, no podemos comer juntos, así que somos distintos. La

cultura subjetiva sólo hace referencia a un limitado número de formas de comportamiento cultural, que también se utilizan para incitar al racismo y la discriminación, como el lenguaje, la religión, la comida y los hábitos alimentarios, el sexo, los modelos familiares y los aspectos que la cultura objetiva deja de lado y sirven para diferenciar a las personas procedentes de otros grupos étnicos, los factores económicos, por ejemplo, que exigen equidad y actuar como si no fueran culturales (como somos turcos no queremos el mismo salario).

Si bien la cultura subjetiva —lo que las personas consideran su cultura— y la etnicidad son conceptos funcionalmente independientes, ambos están entrelazados, puesto que las personas suelen construir su identidad étnica sobre tópicos culturales subjetivos. La persona que pertenece a otra cultura casi siempre vincula su identidad a la cultura subjetiva (lo que para ella es su cultura). Los individuos utilizan la cultura subjetiva en el contexto intercultural como un medio para afirmar su identidad mediante la búsqueda de contrastes. En este contexto, la identidad también significa seguir siendo lo que se era (como seguir siendo turco, no cambiar con el tiempo). Se trata de una cuestión de ser y no de tener. Si alguien desea definir y mantener su identidad, cualquier solicitud de cambio se recibe como un no reconocimiento, como una represión o un rechazo. Alguien que pretenda asimilar a un individuo que viene de fuera luchará contra una pared. Si, además, la persona implicada insiste en vincular su identidad con un origen y una relación biológicos, con la sangre, con su gente como una gran familia, entonces la fuerza a la que nos enfrentamos es tremenda.

La relación entre cultura objetiva, cultura subjetiva y etnicidad puede no entenderse como lineal. La cultura no necesariamente es válida para un grupo determinado, sino para un grupo bien definido. Los grupos que se declaran como unidades establecen una frontera social entre ellos y las personas de otras culturas. En nuestra opinión, este tipo de definiciones no es suficientemente específico para definir un grupo étnico. Muchos grupos —religiosos, profesionales, deportivos o de edad—, clases socioeconómicas o comunidades idiomáticas son también cuerpos sociales que recurren a un determinado número de atributos autoimpuestos, y también crean una frontera cultural a su alrededor. Por tanto, lo que convierte a un grupo en específicamente étnico es, sobre todo, la dimensión genealógica, la referencia a sus orígenes. En otras palabras, la identidad étnica se puede describir mejor como un sentido de continuidad, individual o de cualquier otro tipo. Es una existencia, a través de los años, que deriva de un sentido de autoasignación o

atribución por otros, a un grupo de personas determinado que remite a unos antepasados y una tradición cultural común. La identidad étnica extrae su fuerza y su forma de la interacción o la oposición con las personas de fuera, pero normalmente combina su fuente externa de diferenciación con la fuente interna de identificación. De ahí que cada grupo étnico se defina a través de metáforas familiares que hacen similares a los miembros mediante referencias a orígenes comunes, como miembros de una misma familia, creando un sentido de pertenencia, así como con metáforas fronterizas que hacen que las personas se diferencien entre sí, y se creen divisiones entre grupos y se mantenga la diversidad entre varios grupos. De esta forma, la identidad étnica es una respuesta a un sentido étnico individual de pertenencia. La etnicidad y la cultura subjetiva tienen una doble función: la afirmación de grupo (cohesión) frente al relativismo (diferenciación). La identidad étnica ofrece protección, un individuo se siente seguro al no ser absorbido por una cultura diferente de la suya.

La etnicidad puede convertirse también en algo tan fuerte que dificulte o incluso imposibilite la comprensión de lo culturalmente distinto. Por eso, la cultura subjetiva y la etnicidad pueden ser al mismo tiempo causa y remedio contra la ansiedad, que es un aspecto crucial de la terapia intercultural y de cualquier encuentro intercultural en general. Se podría discutir si la identidad étnica está relacionada con la aculturación y la respuesta a otro grupo que sea culturalmente diferente. Ambos aspectos se pueden considerar desde el punto de vista de una dinámica de apertura y cierre. Lo que vemos es que la etnicidad, a pesar de las diferencias idiomáticas y culturales, no necesariamente tiene que dar lugar a conflictos.

Esta visión de la diversidad cultural no coincide con la perspectiva clásica de aculturación. Es una visión diametralmente opuesta, que podría representar una amenaza para los que conservan cierta ilusión sobre una sociedad multicultural. Las observaciones confirman el movimiento real hacia una globalización (económica) en contra de la identidad, con su dialéctica de una fusión frente a la incorporación de culturas. Así pues, no es de extrañar que, a medida que se abren las fronteras internacionales, un número cada vez mayor de grupos étnicos esté pidiendo su independencia (véase Devisch, 1997; Leman, 1998). Por eso, Roosens dice: «Las personas reclaman sus derechos como un participante igualitario, que difiere en origen y cultura y en consecuencia es incomparablemente diferente, con una característica individual inalienable y que merece respeto como cualquier otra persona de cualquier otro origen. Ello da lugar a la paradoja según la cual, a partir del

principio democrático general que rechaza cualquier distinción entre personas, y sostiene que todos somos iguales ante la ley, y garantiza la libertad del individuo, debemos llegar a garantizar la identidad única de cada individuo incluyendo las características que lo diferencian. Así, parece ser que lo culturalmente diferente depende de que las personas puedan demostrar constantemente que su identidad cultural es total e incomparablemente distinta para conseguir derechos igualitarios. De esta manera, la coexistencia en una sociedad multicultural democrática se convierte en un serio problema» (1998: 212).

Lo verdaderamente importante es cómo los inmigrantes pueden desarrollar un sentido de pertenencia étnica, una identidad étnica en un país extranjero. La etnicidad, como aspecto de la identidad social, está relacionada con el vínculo crucial entre pertenecer, a través del propio linaje, y la conexión con la tierra, el mantenimiento de los vínculos con el país de origen. Los principios de indigenidad primaria, autoctonía e indigenidad primordial de la etnogénesis (Roosens, 1998) dotan a los individuos y los grupos de una conexión especial con un territorio determinado, porque son descendientes de padres y antepasados que fueron los primeros en vivir en esa tierra. Por esa razón, los pueblos indígenas tienen un mayor derecho de ocupación de la tierra que los recién llegados. En términos lógicos, los que llegan más tarde son los que no pertenecen, gentes cuya *chtoon*² está en otro lugar (*allos* en griego), y que, respecto al nuevo territorio, son extranjeros no aborígenes, no indígenas³. Esto plantea el problema del significado de ser culturalmente diferente, en suelo, en país extranjero. ¿Está obligada una persona de otra cultura a referirse constantemente a su país de origen? ¿Puede alguien pertenecer a un grupo que carece de referencia territorial? ¿Cuál es la cultura subjetiva, la etnicidad de una cultura transnacional? ¿Se consideran las personas en la diáspora o en una situación de emigración vinculadas a un área delimitada concreta? ¿Cuál es la conciencia sociocultural común en una situación de desplazamiento o desarraigo permanente? ¿Qué significa pertenecer a un grupo que carece de diferencia territorial? Tal vez investigaciones realizadas sobre grupos gitanos y nómadas, cuya cosmovisión es la de estar en constante movimiento, puedan arrojar alguna luz sobre estas cuestiones.

2 *Chtoon, chtonos*: el término griego para «tierra, suelo, terreno, región, área».

3 El término griego *autochthon* significa «nacido en la tierra, nativo, indígena».

La cultura como estructura y proceso

Todo lo dicho hasta aquí nos conduce a interpretar la cultura como una estructura y un proceso. Con frecuencia, se olvida que la cultura en sí misma no existe, sino que es un concepto empírico construido por el científico sobre la base de una investigación de campo. El concepto de cultura como sistema de símbolos intersubjetivos de base empírica y de estructura teórica evita la objetivación de la cultura, puesto que no se considera una realidad que exista de modo independiente, al margen del investigador o del grupo objeto de estudio.

Todo ello reafirma la importancia de explicitar los paradigmas que definen cada cultura; de lo contrario, se llega a una confusión sin puntos de referencia. Además, el paradigma utilizado se puede reformular en términos de crear significado ¿a qué nivel? Dependiendo del paradigma subyacente, los datos pueden tener otro significado, por eso un mismo rasgo puede ser interpretado de forma diferente por personas pertenecientes a una cultura, los especialistas y los antropólogos. Así, se puede explicar una costumbre según el tipo de experiencia a la que se asocia —siempre lo hemos hecho así, o siempre ha sido así—, o se puede explicar desde la perspectiva de la practicidad o la funcionalidad. Aquí, el significado de las cosas es la forma cómo se usan, o su aplicación o racionalización práctica, lo que las legitima: el cerdo, por ejemplo, está prohibido porque no se puede cocinar de manera adecuada y causa enfermedades, o así es como se hace y, si no, se hace de este otro modo.

Otro nivel de significado procede de la perspectiva del difusionismo. Se hace algo porque a través del contacto cultural se ha adoptado el comportamiento de un grupo culturalmente diferente, o se actúa de un determinado modo en base al papel atribuido a determinadas posiciones o estatus sociales. Basta leer las introducciones a la antropología para tener un resumen de los distintos niveles de significado a los que llegan los antropólogos tras analizar sus notas de campo⁴.

Hasta ahora, la tradición francesa en asistencia intercultural parece más orientada hacia la clínica mientras que la americana lo está a la investigación. En esta última perspectiva, las culturas se suelen analizar y describir en términos de valores y normas que los pacientes traen consigo cuando solicitan

4 Véanse entre otros Roosens (1984), Harris (1988), Keesing y Strathern (1988).

asistencia o ayuda. Dejando a un lado las críticas mencionadas, un enfoque en el que la cultura se considera sólo un factor dentro del análisis de factores es extremadamente reduccionista, pues el comportamiento se considera al margen de su contexto ecosociocultural y de la realidad diaria. Estos enfoques dan lugar a formas de tratamiento extremadamente categóricas desde un punto de vista étnico. Los manuales americanos sobre salud mental multicultural, terapia y orientación (*counseling*) tienden a ofrecer índices de contenidos divididos desde una perspectiva étnica. Muchos capítulos tratan de la asistencia a *aboriginal americans*, americanos, *aleuts*, *asian-americans*, *afro-americans*, *spanish*, etc. El vínculo implícito entre territorio, orígenes e identidad tiene su más clara expresión en la atribución de una identidad híbrida a individuos de origen mixto, como los americanos asiáticos. Para cada grupo, los valores y las normas culturales, utilizados para desarrollar un sistema de atención más sensible a la cultura del paciente, se presentan como el motivo por el cual la atención a estos grupos acaba fracasando. Una vez entendido este punto, se pueden evitar los fracasos.

Todo ello ha dado lugar a múltiples modelos de asistencia culturalmente sensibles. El supuesto ha sido que sería más fácil formar a profesionales de la salud a partir de un modelo étnico, basado en patrones culturales, que podría capacitarlos para ofrecer una atención sanitaria sensible a la cultura del paciente. A pesar de lo atractivo de la idea, no hay pruebas de que la formación de profesionales en conocimiento etnográfico haga más eficiente su atención. Por el contrario, existe evidencia de que los profesionales con esa formación tienden a objetivar la cultura y a adoptar actitudes estereotipadas sobre los valores y las normas culturales que esperan de sus pacientes.

Implicación de los profesionales étnicos, intérpretes y mediadores

La expectativa de que la prestación sanitaria a personas pertenecientes a otras culturas mediante coincidencia cultural o étnica, en la que el profesional y el paciente, en la medida de lo posible, compartan la misma etnicidad y la misma cultura de origen, será más eficaz está basada en una visión estática

de la cultura, en la que no se tiene en cuenta la diversidad cultural y la experiencia individual de la cultura.

Las diferencias idiomáticas y culturales no deberían constituir un motivo para no prestar una buena asistencia sanitaria a personas de otras culturas. Se espera que los profesionales encuentren vías creativas para resolver su fascinación o su miedo ante ellas. Una solución podría ser una especie de coterapia en la que participaran sanitarios interculturales especializados, traductores, mediadores interculturales y profesionales sanitarios étnicos. Éstos últimos también desempeñarían el papel de traductores, y proporcionarían información sobre la cultura del paciente. Los pacientes que pertenecen a otras culturas, no obstante, no consideran a alguien que conoce su idioma sólo como un intérprete, tanto si pertenece o no a su misma etnia, sino que le suponen un conocimiento de la cultura. Tienden a considerar al intérprete como perteneciente a su grupo étnico, con las consecuencias que ello tiene para los procesos de transferencia de respuestas. Además, los profesionales que trabajan con intérprete tienen menor acceso y control sobre los aspectos emocionales de la comunicación, suelen pedir una traducción simple que suele ser muy difícil si no imposible, y así las principales dimensiones terapéuticas pueden escapar al profesional sanitario, que no sabe si está tratando con el intérprete o con el paciente. De ahí las frustraciones de los profesionales cuando trabajan con intérprete. Es urgente desarrollar métodos de asistencia a través de intérprete.

En la mayoría de los casos, la coincidencia cultural significa que el profesional tiene que ser especialista en inmigración de la misma etnicidad y sexo, y originario de la misma región cultural y geográfica que el paciente. La coincidencia genera una especie de sentimiento de «nosotros» y un lenguaje común, por parte del paciente, y tiende a convertirse en una situación intracultural en la que el profesional trabaja con pacientes cuya etnografía conoce. Algunos afirman que entonces los problemas idiomáticos y culturales tienen menos influencia en el proceso de asistencia, porque profesional y paciente comparten un idioma y una cultura comunes, además de experiencias de emigración y discriminación. Como no se han estudiado estos profesionales, no hay forma de comprobarlo. Incluso aquellos con los mismos antecedentes étnicos, muestran diferencias en conocimientos idiomáticos y culturales —normalmente experimentados pero no estudiados— y en sus experiencias con la emigración y su implicación con la cultura de origen. Todo ello tendría un papel en asistencia sanitaria.

Se sabe que, en iguales circunstancias, los pacientes muestran preferencia por profesionales sanitarios étnicos. No obstante, la etnicidad no es el único criterio. La mayoría prefieren a ello un profesional que comparta sus valores y normas, que tenga mayor nivel de formación, que sea mayor y tenga una personalidad parecida a la suya. Existen muchas diferencias individuales en un mismo grupo étnico con respecto a las características del profesional sanitario. La aculturación, la implicación cultural y el desarrollo de una identidad étnica podrían tener una fuerte correlación con la preferencia de un profesional sanitario étnico. También parece que a éstos les resulta más fácil ganarse la confianza del paciente y, a su vez, son considerados más dignos de confianza. Pero algunos estudios indican que tienen más éxito sólo con determinado tipo de pacientes. Estos resultados pueden estar influenciados por el nivel de aculturación y la emigración-generación de los pacientes. Además, parece que la escasez de profesionales sanitarios étnicos como motivo para no solicitar asistencia está correlacionada con el grado de identificación con la propia cultura de origen.

Estos resultados apuntan a la necesidad de investigar los efectos de la coincidencia étnica y cultural entre paciente y profesional para profundizar en la investigación de las variables intragrupalas. Los sondeos bibliográficos no proporcionan las bases necesarias para suponer que un profesional de la salud del mismo origen cultural y étnico pueda resolver los problemas idiomáticos y culturales hallados en la asistencia intercultural. El supuesto de que la asistencia será más eficiente con un profesional que comparta los mismos antecedentes culturales y étnicos de su paciente parece prematuro y se basa en varios supuestos erróneos. Debido a su formación (incluso en el país de origen), los profesionales étnicos suelen convertirse en sanitarios de cultura occidental y adoptar normas y valores occidentales, lo que puede complicar su identificación con pacientes culturalmente diferentes, en casos extremos, ya que suelen ser considerados como occidentales.

La hipótesis según la cual la coincidencia cultural puede dar lugar a una mayor eficacia terapéutica se basa en una visión estática y no realista de la cultura. No tiene en cuenta la diversidad cultural y la experiencia individual de la cultura dentro de un grupo. Por ello, no cabe esperar que los profesionales étnicos resuelvan los problemas inherentes a la terapia intercultural sino que experimenten los mismos problemas que los no étnicos. Además, los primeros suelen ser vistos como antropólogos y la experiencia personal y el estudio científico de cultura se reducen el uno al otro. En consecuencia, los profesionales sanitarios étnicos suelen reexperimentar un despliegue de

sensaciones no asimiladas de su pasado y de su propia emigración, y esta recurrencia es algo para lo que, normalmente, no están preparados.

Otro aspecto importante es la relación del profesional sanitario étnico, el mediador intercultural y otros con su propia cultura del entonces y allí y la cultura del aquí y ahora. Los profesionales sanitarios étnicos deben aprender a expresar sus sentimientos ante las personas culturalmente diferentes, ante la emigración, el racismo y la discriminación.

La asistencia de la mano de un profesional étnico o de un experto cultural esconde otras trampas. Siempre se espera que entienda al paciente a causa de su idioma y su cultura comunes y se da por supuesto que está acostumbrado a trabajar con personas de diferentes culturas. Al mismo tiempo, reduce la ansiedad de los pacientes culturalmente diferentes y del profesional occidental en su encuentro con ellos, y de la persona de una cultura distinta en su encuentro con el sistema de atención sanitaria occidental. En consecuencia, el profesional intercultural se encuentra a medio camino entre el sistema occidental y el paciente inmigrante.

Los profesionales interculturales suelen verse como meros informantes etnográficos, función que suele convertirlos en guías para el paciente, como un «buen padre» o una «buena madre». Raramente se considera que también tienen una formación terapéutica más allá de sus conocimientos idiomáticos y culturales, y que hay coincidencia entre las técnicas terapéuticas occidentales y las suyas. Por ello, surgen conflictos cuando estos profesionales no permiten que se las utilice como herramientas debido a su propia formación terapéutica y/o sus diferencias culturales, lo que da lugar a la marginalización del profesional y del paciente.

Solicitar un profesional étnico puede indicar que el paciente desea emprender un viaje de autodescubrimiento con el objetivo concreto de valorar, en un contexto protector, su diferencia. Este contexto protector, una especie de «sentimiento de nosotros» o de «ser un compañero», viene determinado por un dato corporal preverbal, el hecho de hablar un idioma común que se pierde a través del lenguaje o la traducción, y por las dimensiones relacionales compartidas. Este mundo genera, por así decirlo, una realidad subyacente más profunda que se expresa en un lenguaje común.

Rechazar a un profesional étnico puede ser consecuencia de negar un deseo de distanciarse, de ser alguien culturalmente diferente. También puede que el paciente sienta que el profesional étnico, aunque formado en Occidente, no está tan cualificado como los occidentales, lo que puede indicar

problemas relacionados con el ego, como suponer que ser culturalmente distinto es, por definición, algo negativo.

El profesional étnico, formado en Occidente, representa a alguien con aspiraciones de conseguir un estatus profesional, que, a pesar de ser cultural y étnicamente diferente y del racismo y la discriminación existentes en la sociedad, ha conseguido dicho estatus. Su profesionalidad se equipara a la de ser occidental, con las ventajas económicas y sociales relacionadas que se suelen negar a las personas cultural y étnicamente diferentes, que, por lo general, pertenecen a una clase socioeconómica más depauperada. El paciente idealiza y envidia a estos profesionales que han experimentado y superado con éxito los obstáculos y la opresión relacionados con el hecho de pertenecer a otra cultura. Se convierten en un ideal. El paciente envidia al que ha conseguido escapar de la opresión asociada con el estatus de inmigrante. Pero niega la envidia y los celos que siente, no sólo por vergüenza, sino porque éstos están relacionados, según su experiencia de la sociedad dominante, con discriminación, diferencias culturales y étnicas, falta de oportunidades y fracaso. La vergüenza y otros sentimientos relacionados como el honor y la culpa suelen tener una fuerte carga cultural, sobre todo en las culturas mediterráneas. Si no aparecen nunca durante la atención sanitaria, la baja y negativa autoimagen del paciente constituirá un obstáculo para avanzar en su orientación, su terapia o su vida diaria.

El paciente culturalmente diferente identifica al profesional étnico con todo lo moderno y racional (Gailly, 1998a, 1998b) y clasifica al profesional de la salud con los mismos antónimos que éste utiliza para identificar a los individuos de otras culturas. Por eso, a menudo, se convierte en fuente de todo tipo de fantasías en las que se le asocia con un determinado universo cultural occidental, se transforma en el doctor que todo lo sabe, que ofrece una curación inmediata, o que puede ofrecer el bienestar a través, por ejemplo, de un matrimonio arreglado: «si todavía no está casado, pronto le encontraré una esposa turca». La imagen que el paciente tiene de la sociedad del profesional refleja las principales tendencias de esa sociedad. Los pacientes culturalmente diferentes suelen entrar en los centros sanitarios con reservas procedentes de sus antecedentes culturales: verbalizan menos, están menos preparados para mostrarse a sí mismos y temen ser rechazados o castigados por lo que son. Perciben al profesional como casi incapaz de sentir empatía con la experiencia de ser emigrante.

Generalmente, el paciente que pertenece a otra cultura tiene una afiliación paradójica con la modernidad y con una ideología que afirma la au-

tenticidad de su cultura de origen. De ahí que un profesional formado en la cultura occidental resulte atractivo al tiempo que despierta cierto resentimiento. De manera inconsciente, estos pacientes ven al profesional como un individuo moderno y racional, como alguien que no puede entender su cultura de origen y mucho menos valorarla. Preguntas como «¿Cree usted que un curandero tradicional podría ayudar?» indican y representan un esfuerzo por situar al profesional occidentalizado en un contexto en el que el paciente que pertenece a otra cultura se siente como en casa. Por otra parte, esa transferencia también puede reactivar traumas personales más antiguos y estimular el proceso terapéutico. Así, un paciente inmigrante puede decir que no se siente comprendido por el profesional, porque es más fácil proyectar en él la figura de su padre incomprensivo.

Esta afiliación paradójica es más pronunciada entre los jóvenes culturalmente diferentes que tienden a considerar al profesional sanitario occidentalizado en antinomias. Éste siempre es visto como el mediador ideal para el paciente cuando se trata de las aspiraciones de este último en relación con la modernidad. Es como si el profesional reflejase el éxito y el progreso del paciente y su posibilidad de integrarse en el espacio culturalmente distinto. Al mismo tiempo, la integración en una forma de ser adversa, a menudo hostil y distinta desde un punto de vista cultural es difícil. Suele implicar traicionar los valores y las normas ancestrales, así como también la figura del padre, para vincularse a uno nuevo prometedor que exige adoptar nuevos valores y normas: «Sus preguntas tienen que ver con nuestros padres; nosotros somos de aquí». A pesar de todos sus esfuerzos por pertenecer a la cultura del país, el paciente se siente traicionado. El sentimiento de atracción y repulsión con respecto a la imagen idílica, que se experimenta como una bienvenida y al mismo tiempo como un rechazo, es nefasto y no ayuda.

Es habitual que un paciente que pertenece a otra cultura inicie una relación terapéutica desplegando todo tipo de mecanismos de defensa sobre sus antecedentes culturales y étnicos. Con respecto al profesional, puede albergar sentimientos de culpa y de miedo por no pertenecer a su misma cultura. El profesional puede sentir miedo de la posibilidad de que el paciente tenga ideas paranoides culturalmente condicionadas respecto a su sentimiento de diferencia cultural. Estos miedos contaminan la ansiedad que acompaña el inicio de una relación y dan lugar a una limitación de la implicación en el proceso de atención sanitaria y a una actitud negativa hacia el profesional. Subyacentes a estos sentimientos de culpa entre pacientes diferentes, también puede haber sentimientos de culpa, de resentimiento, de odio y de ani-

mosidad contra sí mismos y contra el terapeuta. En tales casos, la terapia se interrumpirá de manera prematura o llegará a su fin sin ningún alivio de los síntomas.

Las posibilidades de llevar a cabo una atención sanitaria sensible desde un punto de vista cultural están determinadas por la conciencia de cómo nosotros mismos percibimos a las personas que proceden de otras culturas y de cómo ellas nos perciben para que terapeuta y paciente puedan afrontar, en la consulta, todo tipo de expectativas y miedos inconscientes con respecto a la cultura y a las diferencias culturales y étnicas. En la atención sanitaria culturalmente sensible es muy importante poner de manifiesto los elementos culturales en los procesos de transferencia y contratransferencia. Negarlos conduce a una dinámica antiterapéutica.

La comparación, en la atención sanitaria culturalmente sensible, entre la relación clínica que se establece entre un profesional y un paciente que pertenecen a distintas culturas y aquella en la que intervienen un profesional y un paciente de la misma procedencia étnica muestra que ambos trabajan desde puntos de partida totalmente distintos. La díada profesional y paciente con igual procedencia étnica muestra, desde el principio, una especie de cohesión, un «sentimiento de nosotros» que no se encuentra en la díada formada por profesionales de una cultura diferente a la del paciente. En ambas situaciones, es difícil iniciar una entrada real de la asistencia en un proceso de atención psicoterapéutica o psicosocial porque ninguna de ellas ofrece un espacio de transición en el que se puedan integrar la cohesión y la diferenciación. La cohesión en una díada donde el profesional y el cliente tienen las mismas raíces étnicas puede hacerse asfixiante y se debe romper para generar una cierta diferencia. Por otra parte, en la díada con el paciente de otra cultura, las diferencias iniciales se tienen que reducir para generar una cierta cohesión.

Continúa pendiente averiguar cómo un profesional sanitario puede manejar tantas divisiones. Con ello no nos estamos refiriendo al mecanismo de defensa de la división, ni tampoco a ningún tipo de mecanismo primitivo. Con demasiada frecuencia, también en psicoanálisis, se introduce un orden jerárquico de mecanismos de defensa que pretende cubrir todo el espectro de, por ejemplo, el primitivo derecho a los patrones neuróticos y normales. Aquí, utilizamos el término división en su sentido puramente descriptivo para denotar la frecuencia con que la identidad de las personas de una etnia diferente se compone de varios aspectos del «aquí y ahora» y del «enton-

ces y allí», que son totalmente incompatibles⁵. Una persona con una identidad multiétnica manifestará uno u otro aspecto. Algunos autores, como Littlewood (1991), también hablan de *identidad multiétnica*. Dependiendo de la situación (casa o escuela, por ejemplo), una persona con una identidad multiétnica manifestará uno u otro aspecto.

Reconciliar estas identidades diferentes continúa siendo el problema más importante. La división —aunque en algunos casos puede ser patológica— indica una falta de integración de estas identidades parciales (Yo-ideal). Desde el punto de vista psicodinámico, también podemos hablar de una perspectiva intrasistémica. Esta división se expresa en la identidad del Yo, como en las preguntas: ¿Quién soy yo realmente? ¿Se pueden reconciliar las diferentes identidades? ¿Existe alguna coherencia —de identidad, de los Yo-ideales— que señale hacia el futuro, una dinámica que tiene una correlación con las demasiado frecuentes perspectivas a corto plazo de las personas culturalmente diferentes? Todo ello suele dar lugar a situaciones muy extrañas, como el comportamiento alternado de aferrarse primero a una y luego a otra identidad. Otros idealizan el aquí y ahora, es decir, Occidente. Otros pueden enfatizar su diferencia cultural a través del aislamiento y una idealización del pasado, y expulsándose a sí mismos de la otra identidad mediante la negación y una estrategia de evitación del aquí y ahora, factores que se refuerzan constantemente uno a otro de manera recíproca. Este fenómeno se puede observar no sólo entre los llamados *tradicionalistas* o *fundamentalistas*, sino también entre quienes se sienten decepcionados con el aquí y ahora (por ejemplo, padres que sienten que sus hijos se hayan integrado demasiado deprisa). También hay personas que intentan adoptar el método de «hazlo tú mismo» con respecto al allí y entonces y el aquí y ahora. En estos casos, algo falla en sus intentos de crear una identidad realista, el Yo-ideal, y se pierden en un Yo-ideal narcisista y omnipotente que a menudo se acompaña de un comportamiento antisocial o hedonista que los conduce a la autodestrucción.

En este sentido podemos aportar contenido al vago término cultural de la *crisis de identidad*. El proceso descrito anteriormente se puede ver en todos y cada uno de los encuentros interculturales, y, en consecuencia, también en

5 Luyten (1999) hace un comentario muy interesante sobre la tendencia a hablar del «Yo-ideal» en lugar de la identidad (étnica). Yo-ideal refleja mucho mejor que estamos tratando con objetivos —con la dimensión motivacional del individuo, con lo que le atrae hacia el futuro—, que tiene que ver con los valores, normas e ideales mutuamente conflictivos del entonces y allí y el aquí y ahora, de la cultura del país de acogida y de la sociedad de origen.

la asistencia sanitaria intercultural. Tomemos la idealización, por ejemplo. Los profesionales sanitarios étnicos suelen aceptar demasiado fácilmente la idealización que les adjudican algunos pacientes; con ello, a menudo olvidan que la idealización suele ocultar agresión, celos y odio. La idealización suele ser reactiva. Salvo que se pueda hablar de ello, la atención sanitaria corre el riesgo de encallarse en una situación en la que se continúe la idealización, de manera que el otro Yo-ideal, la otra cultura, nunca se esponga, o por el contrario, se genere un conflicto en el que el profesional sanitario sea visto como un traidor, un parásito o un renegado.

Adaptación cultural de métodos de atención sanitaria de la cultura occidental

En la búsqueda de una atención sanitaria más sensible con las diferencias culturales, las teorías y los métodos de asistencia occidentales han sido criticados desde los años sesenta por su insensibilidad ante la diversidad cultural. Los métodos asistenciales han sido, históricamente, desarrollados para europeos y americanos de clase media y alta. Las divergencias en cuanto a los valores y las normas de esta praxis se consideraban desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Por el contrario, con demasiada frecuencia se culpabilizaba a la víctima: el paciente carecía de las habilidades y la cultura necesarias y no estaba preparado para la asistencia sanitaria occidental. Los pacientes provenientes de otras culturas tenían que adaptarse al sistema en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adaptados a sus normas y valores. Hoy en día, muchos opinan que la asistencia sanitaria occidental debe abordar las diferencias culturales o tiene que desarrollar modelos terapéuticos específicos para grupos étnicos concretos (Cuellar y Piangua, 2000).

La idea de que la asistencia tiene que adaptarse a las personas pertenecientes a otras culturas se desarrolló en tres fases. El reconocimiento del racismo, la opresión racial y la discriminación, como experiencias psicológicamente significativas, dio lugar a los primeros esfuerzos para desarrollar una sensibilidad cultural en atención sanitaria. Estas experiencias se consideraron intrapsíquicas; el individuo era visto (de modo erróneo) como alguien culturalmente temeroso y culturalmente paranoide. El choque cultural tras la emigración, o la suposición de una segunda identidad cultural se

vio, en ocasiones, por analogía, como una incapacidad para adaptarse a la sociedad dominante. En ese contexto, las personas culturalmente diferentes se identificaban a menudo como individuos que carecían de las habilidades personales y sociales necesarias para participar en una psicoterapia. De ahí que el paciente y su cultura se identificasen como la causa de la ineficacia de la asistencia sanitaria occidental. A pesar de la debilidad obvia de esta perspectiva, no se desarrollaron enfoques alternativos.

En una segunda fase, el fracaso asistencial con las personas procedentes de otras culturas se interpretó como un fallo del profesional. Éste, se dijo, no era suficientemente consciente de su sensibilidad cultural, su racismo y sus prejuicios. Además, la formación sanitaria occidental enfatiza valores y normas, como la separación frente al apego, la autonomía frente a la independencia, hablar con un extranjero como un proceso terapéutico, que están o pueden estar en contra de los valores y las normas de los pacientes procedentes de otras culturas.

Algunos profesionales de la salud son conscientes de las contratransferencias sesgadas desde un punto de vista cultural, pero las utilizan como excusa para no tener que —o no ser capaces de—, trabajar con personas culturalmente distintas. Otros afirman que los profesionales deberían motivar a los pacientes de otras culturas que no entienden cómo funciona la asistencia occidental, proporcionándoles un proceso psicoterapéutico mediante el cual pudiesen entrar en un marco de objetivos, estrategias y técnicas de la psicología occidental convencional. Estos programas de formación suelen estar desarrollados para grupos de personas étnica y culturalmente diferentes (minoría). En nuestra opinión, este enfoque se acerca mucho al de culpar a la víctima. En él, el profesional transfiere su responsabilidad al paciente, y éste está obligado a adaptarse a la cosmovisión del profesional. La presión que supone adaptarse explica, probablemente, por qué los profesionales prefieren trabajar con pacientes jóvenes, cultos, inteligentes, de éxito y atractivos (es decir, modernos). Este prototipo de paciente es comparable a un europeo o un americano blanco, culto y procedente de las clases media y alta.

En una tercera fase del desarrollo teórico, el paciente y el profesional dejan de ser considerados como la causa del fracaso de la asistencia culturalmente sensible. En esta fase, la eficacia de la psicoterapia y la orientación mejoran al adaptar paradigmas y métodos a las expectativas y necesidades de las personas procedentes de otras culturas (Antokoletz *et alii*, 1993; Ibrahim, 1984; Ivey, Ivey y Simek-Morgan, 1997; Renfrey, 1992). La revisión de modelos convencionales y el desarrollo de nuevos modelos multiculturales se

ha basado, hasta ahora, en dos principios (si bien contrarios): el enfoque universal (*ético*) en contraposición al enfoque culturalmente específico (*émico*) (Berry, 1989; Berry *et alii*, 1992; Segall *et alii*, 1990). Refleja la contradicción básica entre lo que, sin orientación, reconocen los procesos universales que trascienden a las diferencias culturales. El enfoque ético ofrece una perspectiva amplia e inclusiva para entender la influencia de la cultura en los procesos de orientación, e implica un enfoque transcultural de las experiencias comunes existentes entre las culturas y un intento de integrarlas en las teorías y los procesos terapéuticos y de orientación existentes. En el enfoque émico se afirma que las culturas sólo se pueden entender desde un enfoque émico y ético al mismo tiempo, aunque el conocimiento etnográfico sea indispensable para conseguir un enfoque universal y una comprensión de los aspectos culturales.

Este debate continúa vigente todavía, y resulta duro y amargo. No abordamos este tema de manera más explícita porque la dicotomía entre los paradigmas universales y los específicos desde un punto de vista cultural no basta para comprender los procesos que tienen lugar entre culturas distintas. La asistencia sanitaria culturalmente sensible es más compleja que el mero hecho de entender las características universales y las específicas de las distintas culturas. En nuestra opinión, equilibrar las ventajas y las desventajas de los elementos universales y culturalmente específicos es más adecuado que establecer una división metodológica y el debate que conlleva sobre cuál de los dos es más importante.

Adaptación cultural de los métodos de asistencia sanitaria

El desarrollo de una asistencia sanitaria occidental más sensible desde una perspectiva cultural todavía se está construyendo. La sensibilidad cultural implica —cuando se trata de identificar el problema y en la solicitud de asistencia— que el profesional disponga de ciertos conocimientos y muestre interés y estima por los valores y normas étnicos y culturales del paciente culturalmente diferente.

Gailly (1987) y Leman y Gailly (1991) analizaron el proceso de asistencia sanitaria en términos de un número de factores intermedios intrínsecos y extrínsecos que influyen en la eficacia de una situación intercultural, y que, a su vez, pueden determinarse socioculturalmente. De modo indirecto,

estos factores, mediante variables intrínsecas y extrínsecas, determinan la asistencia sanitaria y su éxito o fracaso relativos en una situación intercultural. Los factores extrínsecos influyen en el resultado de la asistencia independientemente del propio proceso de asistencia. Varios de estos factores, como la edad y el sexo, no están relacionados con la cultura. Otros, como la atribución causal y la interpretación de las quejas (idiomas de dificultad), y su curación, y las actitudes frente a las quejas y los tipos de atención, y sus actores procedentes de una sociedad en concreto, así como los aspectos funcionales de la asistencia están, sin lugar a dudas, culturalmente definidos. Los factores intrínsecos tienen una influencia directa en el proceso de atención y están relacionados con los medios mediante los cuales se consiguen los objetivos de la asistencia (los aspectos formales). Estos factores son, entre otros: la creación de una relación paciente-profesional, el diagnóstico, la presentación, la motivación y los métodos utilizados en la asistencia sanitaria. Además, algunas formas o sistemas de asistencia —analizados en términos de variables intrínsecas y extrínsecas— están correlacionados con el contexto sociocultural en el que se encuentran. En otras palabras, los valores y las normas dentro de una sociedad en concreto se reflejan, como cabría esperar, en su sistema étnico-médico. La asistencia sanitaria sólo será eficaz cuando sus valores y normas no estén en contradicción con los de la sociedad. Así, el profesional de la salud puede diagnosticar la autorrealización, la separación y otros valores de la cultura occidental como carencias del cliente y estimularlos cuando en realidad el paciente culturalmente diferente los considera una traición a su familia.

Sobre la base de los estudios culturales y de personalidad (Meurs y Gailly, 1998) se propone un proceso de asistencia sanitaria con un cierto estilo, valores y normas, correlacionado con los valores y normas de un contexto sociocultural más amplio. De esta manera, las personas que no concuerdan con estas fórmulas metapsicológicas aceptadas no se consideran adecuadas para recibir asistencia sanitaria porque no pueden ser «analizadas», tienen un ego insuficiente, son incapaces de construir relaciones objetivas significativas o sus capacidades introspectivas son limitadas.

No existen, sin embargo, pruebas sobre el hecho de que un estilo (directivo frente a no directivo, por ejemplo) o un método concreto de asistencia sea más eficaz para las personas cuya cultura subyacente pueda ser más susceptible a un estilo (directivo en contraposición a no directivo, por ejemplo) o método en concreto basado en su patrón de valores y normas que sean los mismos que los subyacentes al proceso de asistencia sanitaria. Existen

indicios de que la sensibilidad cultural conduce a establecer una relación de confianza entre el profesional y el paciente culturalmente diferente, lo que contribuye a bajar el umbral: el paciente no abandona, sino que está mejor preparado para continuar con el proceso de asistencia sanitaria y está más satisfecho y predispuesto a implicarse más en el proceso de asistencia. Cabe señalar que, hasta ahora, no se ha llevado a cabo ninguna investigación sobre la identificación de factores significativos para la eficacia de una asistencia sanitaria culturalmente sensible.

Metodología multicultural y asistencia sanitaria metacultural

Las estrategias mencionadas más arriba han dado lugar a numerosas ideas sobre cómo se podría desarrollar una asistencia sanitaria culturalmente sensible que fuese más eficaz. En nuestra opinión, conduce a la necesidad de una metateoría —o una teoría de distintas teorías— para proporcionar un marco organizativo que permita el estudio de la relevancia de cada uno de los modelos de asistencia sanitaria culturalmente sensible. Una metateoría compensa el potencial de una «crisis de relativismo» cuando el profesional dispone de una superabundancia de teorías y se trivializa la notabilidad del multiculturalismo. La metateoría pretende unificar enfoques dispares de la asistencia sanitaria culturalmente sensible al poner de relieve las características comunes de los distintos modelos o enfoques.

Si la persona que pertenece a otra cultura se aborda desde un punto de vista puramente etnográfico, el proceso de asistencia sanitaria se vuelve muy reduccionista y se pierde la oportunidad de trabajar con el resultado del encuentro, o lo que el encuentro puede aportar al profesional y al paciente. Si, por el contrario, prestamos nuestra atención a este aspecto, entonces nos enfrentamos a preguntas mucho más relevantes, como, por ejemplo, ¿qué es la cultura? y ¿en qué estado se encuentra el conocimiento etnográfico en la asistencia sanitaria culturalmente sensible?

La asistencia sanitaria desarrolla un discurso dialéctico íntimo y único entre las partes implicadas (profesional sanitario, paciente, intérprete y, en ocasiones, otras personas) en la situación (intercultural). Cada parte implicada debe desarrollar una metapsicología con un cierto nivel de abstracción y complejidad. Este aspecto del pensamiento —la metapsicología interpretativa— tiene su origen en los supuestos, valores, normas y expectativas de

cada individuo con su propia personalidad y su contexto social y cultural. Resulta obvio, entonces, que, cuanto más dispar sean los entornos vitales de cada una de las partes implicadas de la relación bidireccional, más difícil será crear empatía y encontrar una razón para implicarse en la búsqueda común de una comprensión mutua. El profesional de la salud es quien principalmente debe evitar el uso de supuestos personales y conceptos metapsicológicos de la cultura occidental con respecto a la psique para comprender el comportamiento de las personas culturalmente diferentes.

El alcance del trabajo con el conocimiento etnográfico alcanzado por Nathan (1986 y 1994) es sorprendente. En primer lugar, tenemos la impresión de que la cultura está etnográficamente sesgada. Además, su uso del concepto de *etnopsicoterapia* refuerza esta impresión. Al leer a Nathan, no queda claro cómo y en qué medida utiliza este conocimiento con respecto a la cultura. Como norma, la impresión general es que en las primeras fases utiliza la etnoterapia, y luego, a través del concepto de terapia «adecuada», trabaja de una forma más individual. La cuestión es cómo tiene lugar la transición desde el trabajo etnoterapéutico original con respecto a la cultura hasta el posterior trabajo psicoterapéutico con aspectos más personales. Sólo más adelante, al leer a Réal (1995), queda claro que la cultura y el individuo están incluidos en el trabajo. La separación de la terapia en diferentes fases y la cuestión sobre cómo tiene lugar la transición pasan a ser irrelevantes. El paciente, en el encuentro con el profesional sanitario, menciona los aspectos de su cultura de origen que corresponden con su problema personal. La cultura y la persona están implicadas al mismo tiempo en cada una de las fases de la asistencia sanitaria. Este modelo parece justificar más la complejidad de la asistencia sanitaria intercultural.

Sue, Ivey y Pederson (1996: 23-29) han desarrollado una interpretación de la terapia metacultural (MCT) (Gailly, 2000a; Gailly, 2000b; Meurs y Gailly, 1998) en línea con Devereux (1970). Estos autores definen la orientación y la psicoterapia multicultural bajo cuatro características:

- La identidad del paciente y la del profesional están arraigadas en múltiples niveles de experiencia.
- El desarrollo de la identidad cultural determina, en mayor medida, las actitudes del paciente y de los profesionales frente a sí mismos, frente a otros del mismo grupo o de grupos diferentes y frente a la cultura dominante.

- La eficacia de la teoría MCT aumenta en la medida en que los objetivos y los métodos del profesional son coherentes con las experiencias vitales y los valores y normas culturales del paciente.
- La teoría MCT hace especial hincapié en la importancia de los múltiples patrones de asistencia en función de los «otros» implicados culturalmente diferentes.

La liberación de la conciencia es un objetivo básico de la teoría MCT

Se puede examinar en qué medida la mayoría de los métodos de asistencia sanitaria culturalmente sensibles son coherentes con estos supuestos y en qué medida están correlacionados con la teoría de la MCT. La mayoría de los métodos asistenciales culturalmente sensibles mantienen el equilibrio entre lo universal y lo específico desde un punto de vista cultural. Reconocen la unicidad (la dimensión émica), la especificidad de cada cultura y las características universales (ética). La asistencia toma prestados los métodos de diferentes tradiciones teóricas y es multidimensional y ecléctica con respecto a las funciones, estrategias y medios de intervención para conseguir sus objetivos interculturales.

Devereux hace referencia a las terapias basadas en el conocimiento etnográfico de la cultura del paciente de origen como una *terapia intercultural*, mientras que la terapia que considera la cultura como un fenómeno, centrada en las funciones que la cultura desempeña universalmente, se refiere a la *terapia metacultural*. La cultura posibilita y estimula a las personas, con relación a su grupo de referencia, a darse cuenta de sus propias posibilidades. Para conocer la posible contribución de la asistencia sanitaria metacultural tenemos que entender la función universal de la cultura que se torna problemática como consecuencia de la emigración. Como se ha dicho antes, la cultura, como sistema intersubjetivo de símbolos, proporciona a las personas una orientación con respecto a sí mismas, su entorno social y su mundo metafísico. En consecuencia, la cultura aporta significado sin realmente determinar el grupo o el individuo. Además, la cultura se aprende, se transmite y se transforma de generación en generación. En este sentido, la cultura es facilitadora y no restrictiva ni patógena.

Para el individuo, la cultura, como la construcción cognitiva de la esfera vital, es un sistema de significado intersubjetivo, que, en un contexto concreto, supera un cierto grado de inseguridad. Sin embargo, en un contexto distinto (para los emigrantes el «aquí y ahora» en comparación con el «allí y entonces», por ejemplo), las personas continúan buscando ese sistema de significado, pero, dado que se encuentran en otro ámbito, no es evidente que la cultura del «allí y entonces» pueda superar, en la misma medida, sus inseguridades.

La mayoría de los emigrantes consiguen sobrellevar esta situación construyendo un sistema de significado que les ofrece una cierta continuidad. De esta manera, se sienten seguros y pueden asumir aspectos de otra cultura. Sin embargo, para algunos emigrantes, esta misma inseguridad tiene un efecto debilitante. En este último caso, las relaciones entre el grupo o la familia y el individuo, entre padres e hijos, se alteran y son estas familias las que nos encontramos en las consultas. Tampoco es inusual desarrollar la cultura del país de origen en una construcción social, puesto que los emigrantes la perciben desde su situación de emigrantes. La cultura que apoyan y a menudo aplican ante los demás se convierte, en casos extremos, en algo tan incomparablemente diferente a la cultura de su país de origen y a la del país de acogida que la intercomunicación se hace muy difícil sino imposible (Gailly 1997a y b; 1999).

Aunque la cultura en sí misma (Devereux: *culture-en-soi*) no es patógena, una cultura específica (*culture spécifique*) puede convertirse en patógena siempre que un grupo o un individuo la utilice de forma restrictiva. Si es así, las relaciones entre el grupo/familia y el individuo, entre padres e hijos se suelen alterar. La asistencia sanitaria metacultural para estas familias estará dirigida hacia el problema común de padres e hijos, el de la inseguridad que conlleva la emigración y el encuentro con personas de otra cultura. El conocimiento etnográfico de la cultura de origen puede ayudar a comprender qué tipo de solución esperan encontrar los miembros de la familia, los padres. También ayuda comprender si la solución propuesta («bueno, entre nosotros, en el pasado, había al menos la costumbre...»), casi de manera inconsciente, tiene una gran influencia en los demás miembros de la familia incluso si los hijos rechazan conscientemente la solución. El conocimiento etnográfico también nos permite entender qué se dice y qué se hace —o qué no se dice y qué no se hace— y qué ayuda a entrar en contacto con las personas que hacen una referencia explícita a la cultura de origen. También ayuda

a tener en cuenta la parcialidad con que se juzga y se trata a la cultura de origen en relaciones de poder con los demás (Tennekes, 1990).

El conocimiento etnográfico no se debe utilizar como criterio o estándar con el que valorar el grado de diferencia cultural de un paciente. Tampoco se debe utilizar para buscar una solución al problema dentro de la lógica de la cultura de origen: «él o ella sabe lo que se tiene que hacer, según la tradición, para resolver bien las cosas». Sería una ilusión que ignoraría el problema en lugar de reconocerlo, y correría el riesgo de empujar al paciente a un aislamiento todavía mayor. En tal caso, la asistencia sanitaria sería imposible, porque la inseguridad que experimenta el paciente, derivada del hecho de que las soluciones presentadas ya no son algo automático en otro contexto cultural, nunca se plantea abiertamente.

En consecuencia, la cuestión fundamental para llevar a cabo una asistencia sanitaria culturalmente sensible es, en mi opinión, saber por qué se expresan, en un momento dado del proceso de asistencia, la cultura y/o las diferencias culturales, y cómo se expresan para indicar un problema o resolverlo (por ejemplo, la cultura expresada como el padre siempre presente o ausente). Esta pregunta no se puede responder desde una comprensión puramente etnográfica cognitiva de la diversidad cultural. Los elementos afectivos, como la pertenencia étnica, la cultura subjetiva y los procesos —los elementos culturales en su interior— de transferencia y contratransferencia son igualmente importantes. La respuesta a la pregunta que se acaba de plantear, cuando se formula sobre la base de todos estos elementos, con toda seguridad ayudará a avanzar en el proceso de asistencia.

Conclusión

Los profesionales de la salud no siempre son suficientemente conscientes —a veces exageran el peligro de su falta de conciencia cultural— de sus propias limitaciones culturales y de sus teorías y métodos culturalmente limitados. Muchos son incapaces de situar de manera adecuada la cultura en el proceso de la asistencia sanitaria. En nuestra opinión, los patrones, valores y normas culturales son tan importantes como los elementos culturales en procesos de transferencia y contratransferencia y estos procesos no están exclusivamente determinados por los factores culturales. Cuando un profesional de la salud

malinterpreta las diferencias culturales, los procesos de transferencia y contratransferencia pueden verse obstaculizados por estas diferencias.

El conocimiento etnográfico puede contribuir a la comprensión mutua entre el profesional y el paciente, y su significado recíproco. Obviamente, es insuficiente para entender a las personas de otras culturas y ofrecerles una asistencia adecuada, culturalmente sensible. Además, los profesionales se ven enfrentados a tanta diversidad cultural que llegar a tener un conocimiento fundamental del idioma y la cultura de todos sus pacientes les resulta imposible. El conocimiento etnográfico ayuda al profesional de la salud en su trabajo en un marco de asistencia culturalmente sensible a entender mejor al paciente como un individuo diferente. Además, el conocimiento etnográfico es importante porque nos presenta una imagen reflejada de nuestros propios valores y normas culturales, de manera que podemos ser conscientes de ellos en el momento de tratar con personas que pertenecen a otras culturas. Así, el conocimiento etnográfico nos ayuda a descentralizar: en el encuentro con sistemas de significados distintos al nuestro, nos hacemos más conscientes de la relatividad de nuestra propia posición cultural. El cuestionamiento de las propias evidencias culturales —incluidas las relacionadas con las enfermedades mentales, los problemas mentales y la asistencia sanitaria— ayuda a evitar que el conocimiento etnográfico se utilice como un mero libro de recetas.

Como profesionales de la salud, sentimos en nuestro interior una identidad cultural, y nos relacionamos de forma dinámica con esa cultura. Los pacientes culturalmente diferentes también mantienen una relación dinámica con su cultura. El conocimiento etnográfico puede ser un refuerzo importante siempre y cuando no se utilice en la relación terapéutica para «definir» al paciente e ignorar su diversidad. En nuestra opinión, la asistencia sanitaria culturalmente sensible se puede mejorar todavía más si el conocimiento etnográfico se contrarresta con un buen conocimiento de la vida psíquica y la forma de abordar psicológicamente aspectos como el cambio, la pérdida, la discontinuidad y la añoranza de continuidad y generacional, así como las diferencias de poder.

Finalmente, la perspectiva metacultural nos induce a entender la cultura como un pivote y un marco significativos. A través de la multiculturalidad, se ponen en duda las propias bases culturales. La asistencia culturalmente sensible suele consistir en la recuperación de ese afianzamiento cultural. El reconocimiento de la añoranza de restablecer los cimientos culturales es la base para aportar posibles cambios en la identidad cultural y, con ello, per-

mitir que la crisis, el motivo de la demanda de asistencia, pueda avanzar hacia una solución creativa.

Bibliografía

- ANTOKOLETZ, J. C. (1993). «A psychoanalytic view of cross-cultural passage». *The American Journal of Psychoanalysis*, 53, 35-54.
- BARTH, F. (ed.) (1969). *Ethnic groups and boundaries. The social organization of cultural differences*. Boston: Little Brown.
- BERRY, J. W. (1989). «Imposed etics-emics-derived etics: the operationalization of a compelling idea». *International Journal of Psychology*, 24, 721-735.
- BERRY, J. W., Y. H. POORTINGA, M. H. SEGALL y P. R. DASEN (1992). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CHING LIN PANG (1999). «Japanese identity in flow. The case of the Kikokushijo». En: FOLETS, M. C y C. L. PANG (red.). *Cultuur, etniciteit en migratie*. Liber Amicorum Prof. Dr. E. Roosens. Leuven: Acco.
- CUÉLLAR, I. y F. A. PANIAGUA. (2000). *Handbook of multicultural mental health*. San Diego: Academic Press.
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'une ethnopsychiatrie générale*. París: Gallimard.
- DEVEREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. París: Flammarion.
- DEVISCH, R. (1997). *Culturele bemiddeling en economische mondialisering*. Berchem-Antwerpen: Uitgeverij EPO.
- DOUGLAS, M. (1966). *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- EPPINK, A. (1981). *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. Alphen aan de Rijn: Samson.
- GAILLY, A. (1991). «De gecekondú's en Brusselse Turkse migrantenwijken: allebei "Arabesk"». *Opbouwwerk-Brussel*, 32, 3-9.
- GAILLY, A. (1997a). «Turkish immigrants in Belgium». En: L-ISSA, I. y TOUSIGNANT, M. (eds.). *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- GAILLY, A. (1997b). *Platform voor Cultuur en Geestelijke Gezondheidszorg*. Bruselas: CW-Laken, Intern Werkrapport.

- GAILLY, A. (1998a). «Culture as expressed in transference and countertransference processes in across-cultures therapy». En: BÄÄRNHJELM, S. y R. AL-BALDAWI (eds.). *Fördjupningskurs I Tvärkulturell Psykiatri*. Estocolmo: Västra Stockholms psykiatriska sektor.
- GAILLY, A. (1998b). «Cultuur en communicatie». En: DE MUYNCK, A. *et alii*. (red.). *Interculturele communicatie in de gezondheidszorg*. Leuven: Acco.
- GAILLY, A. (1999). «Een houding die ons niet van onszelf vervreemdt en die tegelijk rekening houdt met de vreemdheid van de "Andere" als voorwaarde tot participatie». En: FOBLETS, M-C. y PANG CHING LIN (red.). *Cultuur, etniciteit en migratie. Huldeboek E. Roosens*. Leuven: Acco.
- GAILLY, A. (2000a). «Cultuur en geestelijke gezondheid: de "andere" op consultatie». En: DE HERT, M., VAN DEN BROUCKE, S. y VAN NUFFEL, R. (red.). *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer.
- GAILLY, A. (2000b). «The role of anthropological knowledge, subjective culture, and ethnicity in an across cultures therapy». Ponencia presentada en el XV Congreso de la International Association for Cross-Cultural Psychology, Pultusk, Polonia.
- HARRIS, M. (1988). *Culture, people, nature. An introduction to general anthropology*. Nueva York: Harper & Row, Publishers.
- HOFSTEDE, G. (1980). *Culture's consequences: international differences in work-related values*. Beverly Hills: Sage.
- IBRAHIM, F. A. (1984). «Cross-cultural counseling and psychotherapy. An existential-psychological approach». *International Journal for the Advancement of Counseling*, 7, 159-169.
- IVEY, A. E., IVEY, M. B. y L. SIMEK-MORGAN (1997). *Counseling and psychotherapy: a multicultural perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
- KEESING, R. y A. STRATHERN (1988). *Cultural anthropology. A contemporary perspective*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- KIM, U., TRIANDIS, H. C., C. KAGITÇIBASI, CHOI, S. y G. YOON (1994). *Individualism and collectivism. Theory, method, and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- KRACKE, W. (1987). «Encounter with other cultures: psychological and epistemological aspects». *Ethos*, 15, 58-81.
- LEMAN J. (1998). *The dynamics of emerging ethnicities. Immigrant and indigenous ethnogenesis in confrontation*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- LEMAN, J. y A. GAILLY (red.) (1991). *Thérapies interculturelles*. Bruselas: Editions De Boeck-Wesmael.

- LITTLEWOOD, R. (1991). «Artichokes and entities: or, how new is the new cross-cultural psychiatry?». *Transcultural Psychiatric Research Review*.
- LUCAS, R. y R. BARRETT (1995). «Interpreting culture and psychopathology: primitivist themes in cross-cultural debate». *Culture, Medecine and Psychiatry*, 19, 287-326.
- LUYTEN, P. (1999). Comunicación personal.
- MEURS, P. y A. GAILLY (red.).(1998). *Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil*. Leuven: Acco.
- NATHAN, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. París: Dunod.
- NATHAN, T. (1994). *L'influence qui guérit*. París: Odile Jacob.
- RÉAL, I. (1995). «Soigner les enfants de migrants: mémoire culturelle et guérison». *Champ Psychosomatique: Médecine, Psychanalyse, Anthropologie*, 42-43, 55-66.
- RENFREY, G. S. (1992). «Cognitive-behavior therapy and the Native American client». *Behavior Therapy*, 23, 321-340.
- ROOSENS, E. (1984). *Sociale en culturele antropologie. Een kritische belichting van enkele hoogtepunten*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- ROOSENS, E. (1989). *Creating ethnicity. The process of ethnogenesis*. Londres: Sage Publications.
- ROOSENS, E. (1998). *Eigen grond eerst? Primordiale autochtonie. Dilemma van de multiculturele samenleving*. Leuven: Acco.
- SEGALL, M. H., DASEN, P. R., BERRY, J. W. y Y. H. POORTINGA (1990). *Human behavior in global perspective. An introduction to cross-cultural psychology*. Londres: Allyn and Bacon.
- SUE, D. W., IVEY, A. E. y P. B. PEDERSEN (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- TENNEKES, J. (1990). *De onbekende dimensie. Over cultuur, cultuurverschillen en macht*. Leuven: Garant.
- TURNER, V. (1967). *The forest of symbols. Aspects of Ndembu ritual*. Londres: Cornell University Press.
- TURNER, V. (1974). *The ritual process*. Harmondsworth: Pelican Books.
- TURNER, V. (1975). *Drama's, fields, and metaphors. Symbolic action in human society*. Ithaca: Cornell Paperbacks.

Inmigrantes como grupo de riesgo sanitario: instrumentalizar el riesgo ¿inserta o segrega?

Kàtia Lurbe i Puerto

El riesgo aparece en nuestro vocabulario al crecer la confianza en la factibilidad del ser humano para generar circunstancias que maximicen la disminución de las pérdidas hasta alcanzar la plenitud de su desarrollo¹. Se trata de un instrumento conceptual que establece conexiones causales probables entre acciones (o eventos y atributos) y sus efectos. Siendo la reducción de la complejidad y la distribución selectiva de los recursos escasos funciones esenciales de los sistemas sociales, las estimaciones probabilísticas del riesgo proveen de un método sistemático para plantear prioridades y asignar medios en el diseño de políticas sociales (Renn, 1992), dada una estructura de posibilidades. Su utilidad en la gestión de recursos radica en que desarrolla una métrica común que promueve continuidad e introduce mayor transparencia y capacidad de justificación (*accountability*) en los procesos de toma de

1 Los cambios sociales más relevantes que han incidido en la generalización de la percepción social del riesgo pueden resumirse en: 1) la mayor inseguridad engendrada por la creciente dislocación socio-tecnológica (Beck, 1992; Giddens, 1990, 1991); 2) el incremento de la reflexión individual, que incide en erosionar la confianza en el conocimiento experto (Wynne, 1996); 3) el paulatino abandono de la creencia en la predestinación por la convicción de que el futuro de las sociedades depende cada vez más de procesos de toma de decisiones, de ahí que la innovación tecnológica y la confianza en la capacidad de la acción vayan conquistando el terreno de las fuerzas naturales como principales moldeadoras de los escenarios presentes (Luhmann, 1993; Renn, 1993); 4) la radicalización de las dinámicas de individualización, que definen al ser humano como la unidad centro de la acción y el responsable último de la planificación de su propia trayectoria (Beck, 1992; Beck-Gernsheim, 2000), 5) la expansión de las posibilidades de la investigación y del conocimiento que, paralelamente, acrecienta la conciencia sobre la propia ignorancia humana (Luhmann, 1993), 6) la naturaleza *glocal* de los peligros medioambientales, que se propagan por el aire, el viento, el agua y las cadenas alimenticias, y 7) las limitaciones de los mecanismos de protección social por parte del Estado social y de Derecho como respuesta colectiva frente a las adversidades (Taylor-Gooby, 2000; Castel, 2003).

decisión, al tiempo que permite diseñar advertencias revestidas de un objetivismo tecnológico, para el conjunto de una población (Jasanoff, 1986).

Consecuencia de la aplicación de la gestión del riesgo en la salud pública, el conocimiento médico pasa a ser un instrumento para la gestión selectiva y diferencial de las poblaciones que no se asienta en la segregación espacial (instituciones totalitarias), sino en unas tecnologías altamente sofisticadas y en una administración de la acción social orientadas hacia la prevención sistemática de los riesgos (Castel, 1981). Prevenir es, en primera instancia, vigilar; es decir, anticipar la aparición de circunstancias indeseables (enfermedades, anomalías, comportamientos desviados, delitos). La identificación de los factores de riesgo y la construcción de grupos de riesgo —como resultado de la ejecución del principio de precaución— resultan de gran atractivo a la hora de administrar los recursos sanitarios: 1) al cribar los individuos en función de criterios *itemizados*, se descontextualiza el riesgo de su relación con el medio. Esta abstracción del riesgo economiza la intervención y concuerda con el principio de eficiencia de la gestión administrativa imperante; 2) la categorización de los factores de riesgo produce un fichero de anomalías que, al ser precisamente identificadas y verificadas técnicamente, pueden inmediatamente traducirse en un lenguaje administrativo, como sucede con los objetivos concretos de intervención. Esto se aviene con los programas de gestión racional de las poblaciones desarrollados por las actuales políticas sanitarias, puesto que del fenómeno objetivado por la medición epidemiológica subyace el supuesto de que la epidemiología se limita a nombrar la realidad que la sociedad ha generado (la administración de la prueba; Fassin, 2001); y 3) con ello se adquiere una concepción atomista de los problemas sociales, lo cual conduce a atribuir a los individuos portadores de la anomalía la responsabilidad de su disfunción (la ideología del *Victim Blaming*: Crawford, 1977, 1990; Beck-Gernsheim, 2000).

1. La economía moral del riesgo epidemiológico

Renn (1992) formula cuatro críticas que tener en cuenta con respecto al análisis técnico del riesgo: 1) no toma en consideración que las causas del daño

y la magnitud de las consecuencias están mediatizadas por la experiencia y la interacción social; 2) la relación entre las actividades humanas y sus consecuencias son más complejas y singulares de lo que el cálculo de probabilidades sintetiza; 3) la estructura institucional de control del riesgo es susceptible de fallos de organización que pueden incidir en el aumento de la propia la magnitud del riesgo; y 4) al proporcionar sólo datos agregados para una población, no considera que cada individuo puede experimentar diferentes grados de riesgo².

Estas críticas apuntan a una fabricación del riesgo no sólo mediante la sensibilidad tecnológica sobre un daño, peligro o amenaza potencial, sino también al dotarlo de significado. El conocimiento sobre el riesgo está mediatizado y depende de interpretaciones, las cuales forman parte inherente de una perspectiva y se vinculan inevitablemente al lugar concreto en el que se construye. Todos estamos comprometidos por un conocimiento situado. Diferentes grupos sociales otorgan distinta importancia a los riesgos y desarrollan actitudes y comportamientos que se corresponden con estas formas de pensamiento (Douglas, 1992). Los riesgos se definen para controlar la incertidumbre de la conducta humana, al tiempo que contribuyen a reforzar las normas y a facilitar la coordinación interna del grupo, lo cual permite mantener unos modelos de relaciones hegemónicos (Douglas, 1996). Los comportamientos, acontecimientos o aspectos que pueden afectar en mayor medida la manera de entender y de vivir las relaciones sociales que comparten un grupo social concreto son el motivo de mayor preocupación y la diana de la ingeniería social. Los riesgos son construcciones sociales acordes con el grado de amenaza percibida para las relaciones sociales y prácticas cotidianas, y no en función de la magnitud del daño, ni según atributos universales de riesgo (Wynne, 1992).

El riesgo es, por tanto, un concepto a la vez descriptivo y normativo: incluye el análisis de relaciones causa-efecto que pueden ser científicas, anecdóticas, religiosas o mágicas (Douglas, 1996), al tiempo que aporta un mensaje implícito de reducción de los efectos indeseables modificando oportunamente las causas o mitigando sus consecuencias (Renn, 1992). Beck (2000: 215) resalta la moralidad subyacente: «los riesgos son al mismo tiempo algo intermedio a una afirmación fáctica y una afirmación de valor; consisten en “una moralidad matemática”». Si bien los estudios epidemiológicos aportan objetivaciones de patologías, el surgimiento de estas patologías en el espacio

2 Wynne (1996): «la ciencia obtiene su imagen de universalidad intelectual al tratar de controlar la estandarización de lo que son situaciones diferentes».

público y su introducción en la agenda política responde principalmente a la movilización de actores que han buscado atribuirle existencia social (Fassin, 2000). No basta con que la patología exista para que constituya un problema sanitario. La asignación de la etiqueta «problema sanitario» deriva de los juegos de poder a la hora de imponer una visión sobre las demás, sobre lo que social y políticamente ha de tratarse como «problema de salud».

La identificación de grupos de riesgo en salud pública es una estrategia de higienismo contemporáneo; es decir, la intersección entre una tecnología de intervención sobre las poblaciones, basada en la estadística social, y una conciencia enfocada sobre la cuestión social (Fassin, 2001). En su doble vertiente de método y política, en el higienismo subyace tanto una ambición científica como un proyecto moral para aliviar el sufrimiento y corregir las desviaciones. Así se explica que las enfermedades detectadas, vinculadas a unos grupos de población concretos, no destaquen simplemente por su incidencia o su gravedad, sino por sobrepasar el umbral del desastre (Luhmann, 1993). El principio de precaución que anima el higienismo contemporáneo es, además, una manifestación de la compasión que emerge a partir de la percepción social de un incremento de las desigualdades sociales (Fassin, 1996) en las sociedades de riesgo (Beck, 1992).

2. Los generadores de riesgo para la salud de los cuerpos enajenados³

La constatación de que la percepción social de los riesgos depende de las características de la estructura social y de que éstos están en función de los objetivos culturales de una determinada sociedad (Douglas y Wildavsky, 1992) encuentra un ejemplo paradigmático en el caso de los cuerpos enajenados, que encarnan las cualidades de intruso, extraño y amenazador. Se suele estar más atento a los riesgos de mayor discordancia con los valores del grupo de

3 Con «los cuerpos enajenados» no sólo me remito al estudio de los trastornos mentales, sino que también pongo énfasis en el proceso de extrañamiento que experimenta un sujeto al ser socialmente categorizado en clave de alteridad. El concepto de *enajenación* evoca la idea de sacar a uno fuera de sí, turbarle el uso de la razón o de los sentidos. De igual forma, también denota el proceso de construir un sujeto como «ajeno», convertirlo en un extraño y, por ende, requeridor de un trato especial, con respecto al grupo dominante desde el cual se define su alteridad. Son la personificación de los cuerpos considerados socialmente como los «impropios»; los que caen en una categoría social diferenciada de la del *nosotros*; apartados hacia los márgenes del escenario sociopolítico en el que se decide el reparto de los recursos materiales y simbólicos.

referencia. Históricamente, aunque el riesgo tiene raíces en la naturaleza, está inevitablemente sujeto a procesos socioculturales y a las luchas políticas por la creación de metáforas, el control de su uso y de su interpretación. De hecho, la identificación de «los inmigrantes» como un grupo de riesgo en salud mental no es resultado, ni en Francia ni en España, de estudios epidemiológicos, hoy por hoy inexistentes. La inquietud por la enajenación mental de «los inmigrantes» responde fundamentalmente al interés en mantener una fuerza de trabajo sana, salvaguardar el orden público y por sensibilidad social a las desgracias ajenas.

Presencia del «paciente inmigrante», ausencia de una patología de la inmigración

Al reflexionar sobre las causas del sufrimiento psíquico de los inmigrantes junto con los profesionales de los centros de atención a la salud mental específicos para inmigrantes y exiliados en Barcelona y París en los que tuve la suerte de llevar a cabo sendos trabajos de campo (Lurbe, 2006), identificamos como procesos que deterioran la salud la experiencia del proceso migratorio y la elaboración de su significado en la trayectoria de vida, la endoculturación que acompaña el asentamiento en una sociedad de códigos socioculturales distintos y las condiciones materiales de vida en la sociedad de instalación⁴.

Si bien se admite la influencia que, ante una adversidad, ejerce la estructura psicológica de los sujetos en cuanto a su predisposición a padecer un trastorno o descompensación, los profesionales con los que reflexioné suelen asociar la imagen del «inmigrante» con personas de fuerte estructura psicológica. Tal constatación coincide con las teorías de la inmigración selectiva: aquellos que emigran suelen ser la población más sana y resistente psicológicamente al infortunio⁵. Los profesionales no suelen incluir las secuelas de una inadecuada elaboración psicológica de las pérdidas y eventos traumáticos anterior al viaje migratorio entre los riesgos para la salud mental asociados a la condición de inmigrante. Alegan que, si bien influye en la manera en que reaccionan frente a adversidades posteriores, no puede ser considerada una especificidad de la experiencia migratoria.

4 Por motivos de constricciones en la escritura del capítulo, puede verse Lurbe (2006) para mayor detalle sobre la metodología y el trabajo de campo realizado.

5 Esta afirmación no obvia que, entre la población inmigrada y exiliada, se dan casos de trastornos de naturaleza neurofisiológica.

Salvo en los centros que atienden exclusivamente a exiliados, los profesionales coinciden en que la especificidad de sus centros no radica en un tipo de patología atribuida exclusivamente a su población, sino que de su condición de inmigrante se deriva una mayor propensión a descompensaciones psicológicas y una dificultad añadida a la hora de tratar los síntomas. Es menester hacer notar que estos profesionales reconocen que la experiencia de la migración amplifica las posibilidades de padecer un trastorno mental. La migración no constituye *per se* la etiología de estos trastornos, sino que actúa como factor catalizador. Esto se da en la medida en que la emigración conlleva la pérdida de una serie de objetos significativos: 1) la distancia con respecto a familiares y amistades supone la privación de la red de apoyo social con la que contar en caso de adversidad: de la separación entre padres e hijos (en particular, cuando los hijos pequeños se quedan bajo la tutoría de familiares o amistades en la sociedad de origen o cuando se produce una distancia respecto a unos padres ancianos y enfermos) y del distanciamiento respecto al grupo familiar extenso con el que, anteriormente a la emigración, existía un vínculo intenso, emana el sentimiento de aislamiento social y lejanía de los seres queridos, lo cual entraña ansiedad, soledad y temor a un futuro incierto; 2) la emigración implica distanciarse de la lengua, los códigos culturales y los referentes geográficos que constituyeron el embrión de la identidad social del sujeto; y 3) ser inmigrante implica un cambio de estatus social y en su constelación identitaria, al serle recordado de manera constante su condición de extranjería.

Aunque los profesionales mencionan el asentamiento en una sociedad de códigos socioculturales distintos como un factor potencialmente generador de descompensaciones psicopatológicas, esta cuestión recibe un tratamiento diferente según los modelos teórico-terapéuticos. La práctica totalidad de estos centros apunta hacia el sufrimiento que provoca la constante desubicación y extrañamiento en relación con las normas propias de la sociedad de instalación. El punto de divergencia lo encontramos en uno de los centros que practica la etnopsicoterapia clínica, donde prevalece un discurso patologizante del encuentro entre culturas: la cultura se concibe en términos de cierre social hereditario, por lo que el mestizaje cultural constituye un peligro en cuanto aboca a la desintegración social y se emplaza como el origen primordial de los desórdenes psíquicos de los inmigrantes.

Finalmente, los procesos destructivos que resultan citados y mencionados con mayor énfasis son las precarias e insalubres condiciones materiales de existencia: la irregularidad administrativa; la accidentalidad laboral y las

enfermedades laborales derivadas de unas condiciones de trabajo precarias, sin regularización y extenuantes; la falta de una vivienda digna (en caso de tener una residencia, el hacinamiento y la carencia de condiciones higiénicas básicas); la carencia de apoyo social; la inadecuada alimentación y la vulnerabilidad social que los hace susceptibles de padecer en mayor medida violencia (abusos sexuales, agresiones físicas favorecidas por las condiciones de hacinamiento y marginalidad, acciones racistas).

El tema de los exiliados políticos requiere una mención aparte. La experiencia de la violencia en la diversidad de sus formas (tortura, persecución física, hostigamiento moral) por razones de divergencia con el *establishment* político del gobierno del país de origen incide en la generación de secuelas psicológicas que pueden derivar en trastornos mentales. Además, el proceso de reelaboración de la experiencia traumática de la tortura y de la violencia política se ve dificultado por la inhospitalidad de las políticas de acogida en España y Francia (véase el procedimiento burocrático requerido hasta la consecución del estatus de asilo político y la escasa infraestructura de acogida, así como las condiciones de existencia en las que malviven una vez, supuestamente, a salvo en un país democrático).

Por último, y como factor específico de los centros de etnopsicoterapia, la revelación de un significado mágico-religioso (la posesión de un genio, el embrujamiento, el mal de ojo) se considera como elemento etiológico del sufrimiento psíquico. A pesar de que en los dos centros estudiados se practica la etnopsicoterapia clínica, se da una diferencia clave en el método terapéutico: en uno, los profesionales se valen de la magia para «curar» tal sufrimiento, mientras que en el otro se trabajan las manifestaciones mágico-religiosas como elementos reveladores de conflictos familiares. Aunque en los demás centros algunos de sus profesionales afirman haberse encontrado con la verbalización de elementos esotéricos en las narraciones etiológicas de sus pacientes, matizan que no es una situación generalizada. Al aparecer no suele ser difícil diferenciar si revelan un trastorno psiquiátrico de mayor importancia (por ejemplo, una psicosis de tipo paranoico) o si se trata de un *idiom of distress* (Kleinman, 1988).

De «pacientes inmigrantes» a actores sociales

En las narraciones del propio sufrimiento, la explicación de su génesis y desarrollo se construye a partir de la combinación de una variedad de proce-

sos degenerativos de la salud, dados de manera acumulativa: la situación de inestabilidad legal-administrativa por estar su permanencia en la Unión Europea (UE) supeditada a la posesión de documentos de residencia regularizada y permiso de trabajo en vigencia; el bajo nivel socioeconómico, principalmente por ocupar los estratos más bajos de la estructura ocupacional, no acordes con sus competencias laborales y nivel de formación; el aislamiento social al carecer de sus redes sólidas de apoyos familiares y de amistades; el desequilibrio entre las expectativas del proyecto migratorio y las restringidas oportunidades que ofrece el contexto de segregación, etnoestratificación y precariedad laboral, y los conflictos intrafamiliares.

Las entrevistas sociobiográficas realizadas a los pacientes evidencian claramente la posición central del trabajo en su malestar. El discurso suele expresar la frustración que sufren al haber emigrado con la expectativa de lograr mayores oportunidades laborales para ofrecer a sus hijos perspectivas de futuro más alentadoras en comparación con la sociedad de procedencia. Las expresiones más intensas de esta frustración las encontramos en las mujeres latinoamericanas que, contando con un nivel educativo alto y una anterior experiencia profesional en la administración pública o en el sistema de enseñanza, ven restringida su inserción laboral a los servicios de proximidad (servicio doméstico, tareas de limpieza y cuidados de personas dependientes). A la experiencia de un desclasamiento socioprofesional y el sentimiento de desprotección por no poder contar con el apoyo de «los suyos», se añade el hecho de atender a una familia ajena, mientras hijos, marido, madre y padre están al otro lado del océano⁶. La posición central del trabajo como fuente de realización y satisfacción personal es también expresada, con vehemencia, por los entrevistados con trastornos mentales severos.

Un segundo tema de gran recurrencia en los discursos de los pacientes es la situación de desarraigo, desubicación y extrañamiento del mundo que los acompaña en su cotidianidad. Más que experimentar racismo, mencionan la discriminación que perciben a diario: reiteradamente se les recuerda su condición de extranjero en la sociedad de instalación. Expresan una intensa aflicción ante el proceso de enajenación por el que se les conduce: las largas colas que han de hacer para solucionar cuestiones administrativas, las desiguales oportunidades laborales y las discriminaciones al buscar una vivienda, así como la dificultad de diluirse en la masa y adquirir una cómoda invisibilidad cuando deambulan por los espacios públicos. No sólo evocan

6 Ver también el Informe financiado por la CONC sobre la percepción de riesgo laboral en los trabajadores inmigrantes (Lurbe, 2007).

la falta de discreción o anormalidad de sus rasgos fenotípicos, sino también la diferencia idiomática y de acento.

Como cuestión específica de las mujeres, los conflictos intrafamiliares aparecen como una fuente intensa de aflicción, lo que señala, por una parte, el efecto desintegrador y de desgaste de las relaciones amorosas que entrañan las separaciones-reagrupaciones que experimenta la unidad familiar y, por otra, los cambios en las formas de estructuración de la familia que comporta la endoculturación al modo de organización de los tiempos y los espacios propios de la sociedad de instalación (o su reverso: las dificultades para conciliar la vida laboral, familiar y personal). De las mujeres entrevistadas, aquellas con responsabilidades familiares señalan las constricciones de la política estatal de inmigración sobre la reagrupación familiar como principales responsables del sufrimiento que padecen ante la fractura del núcleo familiar y los tiempos de separación/distancia⁷.

3. La tensa articulación entre especializar la atención sanitaria y segregar-estigmatizar-discriminar los cuerpos supuestamente portadores de riesgo

El trabajo de campo realizado en los centros específicos para la atención de la salud mental de los inmigrantes revela que la instauración de estos centros no radica en un tipo de patología que les pueda ser atribuida de forma exclusiva. La mayor parte de estos servicios surgen tras la toma de conciencia de un grupo de profesionales sobre la existencia de necesidades sanitarias no cubiertas por el sistema sanitario, debido principalmente a las restricciones sobre la utilización de los recursos sanitarios públicos que el marco jurídico-administrativo impone a los que no considera parte de la comunidad de usuarios por derecho común; también, por qué no decirlo, como una forma de réplica al etnocentrismo y sociocentrismo imperante en los sistemas sanitarios francés y español. En concreto, la crítica del etnocentrismo presente en los discursos sobre la atención sanitaria a los cuerpos enajenados señala dos obstáculos principales a la hora de la atención sanitaria a los usuarios extracomunitarios: las barreras lingüísticas y las diferencias culturales vinculadas a la percepción del cuerpo, las concepciones de la salud y el tratamiento de la

7 Ver el informe sobre reagrupación familiar (Lurbe i Puerto, 2007b).

enfermedad. Este principio de clasificación constituye un intento de ofrecer una aproximación alternativa a la clínica psiquiátrica hegemónica.

Dedicarse a los cuerpos enajenados tiene también una tercera razón de ser, no explicitada en los discursos de los profesionales: labrarse su propio espacio de poder en el mercado de la atención sanitaria y en el reparto de los recursos. Téngase en cuenta aquí que la práctica totalidad de estos centros se financia con subvenciones privadas renovables anualmente. No obstante, aun en el caso de los servicios especializados que forman parte de la red sanitaria ordinaria, esta especialidad ha contribuido a dotar de prestigio profesional, mediante la consiguiente etiqueta de «experto en salud mental e inmigración», a los responsables del servicio. Como un caso extremo, la producción de metáforas que patologizan a la figura del inmigrante, como la del «Síndrome de Ulises», ha demostrado ser un buen reclamo para que su inventor aparezca en los medios de comunicación.

En cuanto a la atención a las víctimas de tortura y violencia política, los profesionales destacan la singularidad del sufrimiento psíquico que acarrearán las experiencias traumáticas del exilio y, por ende, reivindican la especialidad de su actividad clínica. La justificación de la especificidad de sus centros radica en un criterio clínico y se concibe como un dispositivo de carácter transitorio, sin la finalidad de sustituir la red ordinaria de salud mental.

Para los usuarios, la percepción de acudir a centros «sólo para inmigrantes» se valora como positiva. Comparado con las anteriores experiencias que han vivido en la red ordinaria de atención sanitaria, definen el trato que se les brinda como de mayor calidad humana: resaltan el mayor tiempo de escucha y de consejo, el trato más respetuoso por parte de los profesionales de estos centros y la comodidad de poder expresarse en su lengua propia. Por lo que respecta de manera específica a España, los pacientes suelen señalar el menor tiempo de espera para acceder a una primera visita y la mayor regularidad en el seguimiento del tratamiento. No obstante, coinciden en que la condición de inmigrante no es razón suficiente para crear servicios de atención a la salud que sustituyan la red ordinaria de los recursos sanitarios públicos. Afirman que deberían poder ser atendidos en el centro de salud mental más próximo a su domicilio familiar o puesto de trabajo, de la misma manera que se los atiende en estos servicios específicos. Si bien la mayor parte de los entrevistados percibe una cierta lógica de segregación (se sienten estigmatizados por el hecho de ser reconocidos bajo el prisma de su alteridad), reconocen en última instancia el efecto sanador de un escenario

más acogedor, con menos probabilidades de salir rebotado por la doble enajenación que encarnan.

La existencia de un malestar no implica automáticamente su reconocimiento por parte de la institución sanitaria, ya que se dan claras diferencias socioculturales en la percepción de la enfermedad y en el valor y significado que se le otorga (Esplugas, 2002). Extrapolando estas reflexiones al creciente reconocimiento institucional de los centros de atención a la salud mental dirigidos a los «inmigrantes», se constata una convergencia de intereses entre: *a*) el conocimiento experto, por el poder de curar que otorga la legitimación de los grupos reconocidos como competentes para intervenir sobre un ámbito específico; *b*) la estrategia política de salud pública basada en la gobernabilidad, el control y la regulación de los cuerpos extraños; y *c*) el saber lego de unos sujetos que hallan en la enajenación de la que son objeto una brecha por la que hacer patente su sufrimiento y adquirir cuidados.

Conclusiones. La biopolítica del riesgo: del control de los cuerpos extracomunitarios al *zoé*-poder de los cuerpos enajenados

La salud actúa como reveladora de las relaciones sociales propias de una sociedad. Limitar el acceso a la atención sanitaria introduciendo un criterio de criba supone una ruptura entre quien merece vivir y quien puede dejarse morir; fragmenta el campo de lo biológico que el poder toma a su cargo; entrecorta el continuo biológico al que se dirige la biopolítica (Foucault, 1976). Al trasladar esta cuestión a los cuerpos enajenados se superpone un segundo elemento: la continuidad entre nacimiento y ciudadanía como fundamento del Estado-nación se plantea sobre la base de un aislamiento previo de «la vida desnuda». Sin embargo, a nadie se le escapa sus dos excepciones: las figuras del exiliado y del inmigrante extracomunitario. Si estas figuras son tan importantes hoy día es porque evidencian el carácter ilusorio de esta identidad entre nacimiento y nacionalidad en los Estados-nación. Sobre estas dos figuras recae actualmente la decisión sobre «la vida que no merece ser vivida [en igualdad de condiciones que la de otro grupo]» (Aspe y Combes, 2000).

La obra *Homo Sacer*, del filósofo italiano Giorgio Agamben (1997), es sumamente lúcida porque discierne la manera en que la existencia cívica y la vida desnuda se articulan entre sí. El autor se inspira en la distinción entre los dos términos del griego clásico que designan la vida: *zoé* (el simple

hecho de vivir común a todos los seres vivos) y *bios* (el estilo de vida propio de un grupo social), a fin de delimitar los confines entre la vida desnuda y la existencia política y, posteriormente, discernir la vinculación entre el ser humano como simple viviente, cuyo lugar de manifestación es el *oikos* (el espacio doméstico), y el ser humano como sujeto político, cuyo lugar de expresión es la *polis* (el espacio público). *Zoé*, el espacio de la vida desnuda, está convirtiéndose de manera paulatina en uno de los retos de las estrategias de gobierno, incorporándose, en concomitancia, al espacio político. El desarrollo de la biopolítica desplaza la frontera entre *zoé* y *bios* en favor de la extensión de las biológicas.

El trabajo de campo en centros de atención a la salud mental de los inmigrantes y los exiliados demuestra que «la vida desnuda» tiene un poder en sí misma, de ahí que hablemos de *zoé*-legitimidad. El cuerpo, y más concretamente el sometido a un sufrimiento, se convierte en el lugar del reconocimiento supremo del individuo en la *polis*. El cuerpo enfermo, necesitado de cuidados profesionales, se impone en el espacio público como justificación última para la acción social. En efecto, la introducción de la vida en el espacio político posibilita una ontología alternativa del cuerpo y de su potencial para pensar el sujeto político también como un sujeto ético, contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma de sujeto de derecho (Lazzareto, 2000).

Al definir los cuerpos enajenados como un grupo de riesgo se activa un doble mecanismo de vigilancia epidemiológica de las desviaciones sociales y de perfeccionamiento biopolítico de la condición humana. Sin embargo, detenerse en la dimensión de dominación por parte del *establishment* político-social significa no parar mientes en la otra parte de la historia, por mucho que sea minoritaria. Beck (2000: 215) afirma que «la dramatización pública del riesgo por medio de los medios de comunicación es en un sentido un antídoto, pues al concebir a la sociedad como una sociedad de riesgo, utilizando la metáfora católica, adopta la posición del pecador que confiesa sus pecados a fin de ser capaz de contemplar la posibilidad y la deseabilidad de una mejor vida en armonía con la naturaleza y la experiencia de la conciencia del mundo». De modo similar, el riesgo sanitario puede ser utilizado como un potente instrumento que aporte fuerza argumentativa a los discursos de la *zoé*-legitimidad y, en concomitancia, contribuya a armar la acción social en su lucha contra las diferenciaciones que discriminan y las desigualdades en salud. El lenguaje del riesgo puede ser un instrumento para la justicia social.

No obstante, para concebir esta brecha que confiere un poder transgresor es menester distinguir entre las relaciones de poder como juegos estratégicos entre libertades y los estados de dominación, así como repensar la acción ética (Lazzarato, 2000). Cabe partir de una definición del poder como la capacidad de estructurar el campo de acción del otro y de intervenir en el dominio de sus acciones posibles. Considerar que los cuerpos son libres significa que tienen siempre la posibilidad de cambiar la situación en la que se encuentran. Los estados de dominación se caracterizan por el hecho de que la relación estratégica se ha estabilizado en las instituciones y que la movilidad, la reversibilidad y la inestabilidad de una acción sobre otra se hallan limitadas. A través de las tecnologías gubernamentales, los juegos estratégicos se fijan en relaciones asimétricas institucionalizadas o en las relaciones fluidas y reversibles, abiertas ambas a la creación de subjetivismos. La acción ética se preocupa por el vínculo entre relaciones estratégicas y tecnológicas de gobierno con dos propósitos: permitir que las relaciones estratégicas se desenvuelvan con el mínimo posible de dominación y aumentar la libertad, la movilidad y la reversibilidad de los juegos de poder. Los riesgos que atañen a la salud de las poblaciones más desfavorecidas social, económica y políticamente constituyen un catalizador para alcanzar mejoras en las condiciones de vida. El paso previo consiste en apoderarse de la carta ganadora en el juego establecido para definir social y políticamente qué ha de tratarse como problema de salud.

Así mismo, difícilmente podrá revertirse el estigma de pertenecer a un grupo de riesgo, y la consecuente intromisión de la medicina en la vida cotidiana de los identificados en él, con el modelo de determinación del sufrimiento humano propugnado por la epidemiología biomédica. Basándose en un análisis técnico del riesgo, centrado en la cuestión de los factores y su noción objetiva de vínculo externo entre factores de salud, y en una visión estática y fragmentaria de los procesos degenerativos de la salud, la epidemiología biomédica se rige por una definición negativa de la salud, que, por ende, únicamente puede aportar a la intervención en salud pública mediciones para controlar las desviaciones y poner bajo vigilancia sanitaria los individuos clasificados en grupos de riesgo. A este enfoque corresponde la lógica de los mínimos tolerables (Breihl, 2003: 33), según la cual es la estructura de poder la base de la desigual distribución de los bienes, apoyos o protectores que promocionan la salud y, a la inversa, la base de las agresiones y procesos destructivos que deterioran la salud. No cabe focalizar

las explicaciones e intervenciones bajo la forma de problemas «dividuales» (Deleuze, 1990:244).

Por esta razón, coincido con Breihl (2003): se ha de partir de una concepción de la salud que articule las siguientes dimensiones: *a)* los aspectos singulares empíricamente observables; *b)* los procesos determinantes particulares derivados de la posición social; y *c)* los procesos determinantes macroestructurales. De ahí la preferencia por discernir perfiles epidemiológicos en contraposición a construir grupos de riesgo. Siguiendo esta línea argumentativa, el raciocinio de las investigaciones epidemiológicas debe integrar en la comprensión de la producción de la salud condicionantes socioestructurales, procesos generativos y procesos específicos. Interesan en igual medida tanto los procesos destructivos o degenerativos de la calidad de vida, como los procesos protectores o benéficos que contribuyen al desarrollo de la salud. Desde esta perspectiva, no se prescinde de la selección, medición y correlación entre variables, sino que se aboga por la triangulación de los procesos metodológicos, de los razonamientos y estrategias de explicación y de los recursos para la intervención social.

Bibliografía

- AGAMBEN, G. (1997): *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil, Paris (1ª edición, 1995).
- BECK, U. (1992): *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- BECK, U. (2000): «Risk Society Revisited: Theory, Politics and Research Programmes». en ADAM, B.; BECK, U. y VAN LOON, J. (eds.): *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 210-229.
- BECK-GERNSHEIM, E. (2000): «Health and Responsibility: From Social Change to Technological Change and Vice Versa», en ADAM, B.; BECK, U. y VAN LOON, J. (eds.): *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 122-135.
- BREIL, J. (2003): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CASTLE, R. (1981): *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après psychiatrie*. Paris: Editions de Minuit.

- CASTLE, R. (2003): *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris: La République des idées.
- CRAWFORD, R. (1977): «You Are Dangerous To Your health: The Ideology and Politics of Victim Blaming». *International Journal of Health Services*, 7: 663-680.
- DELEUZE, G. (1990) : *Pour Parler 1972-1990*. Paris: Éditions de Minuit.
- DOUGLAS, M. (1992): *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- DOUGLAS, M. y WILDAVSKY, A. (1982): *Risk and Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University California Press.
- ESPLUGAS, J. (2004): «Conflictes socioambientals i l'estudi de la percepció social del risc», *Papers. Revista de Sociologia*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, en prensa.
- FASSIN, D. (2000): «Politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé», *Anthropologie et Sociétés*, número especial: «Terrains d'avenir», 24 (1), 95-116.
- FASSIN, D. (2001): «Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile, une bio-politique à la française», en *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*, P. BOURDELAIS (ed.), Belin, Paris, p. 447-465.
- GIDDENS, A. (1990): *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, A. (1991): *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modernity Age*. Cambridge: Polity Press.
- JASANOFF, S. (1986): *Risk Management and Political Culture. A Comparative Study of Science in the Policy Context*. New York: Russell Sage Foundation, Social Research Perspectives. Occasional Reports on Current Topics, vol. 12.
- FOUCAULT, M. (1976): *Histoire de la sexualité, tome 1 : La volonté de savoir*. Gallimard, Paris.
- FOUCAULT, M. (1991): «Hacer vivir y dejar morir: la guerra como racismo» en *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la Cultura*, 7, Barcelona: 75-93.
- FOUCAULT, M. (2001): *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Quarto Gallimard.
- KLEINMAN, A. (1988): *The Illness Narratives. Suffering and Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.
- KRIMSKY, S. (1992): «The Role of Theory in Risk Studies» en Krinsky, S. y Golding, D. (eds.) *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger: 3-22.

- LAZZARATO, M. (2000): «Du biopouvoir à la biopolitique» en *Multitudes, 1, Paris, section majeure: biopolitique et biopouvoir*.
- LUHMANN, N. (1993): *Risk: A Sociological Theory*. Berlin y New York: Walter de Gruyter.
- LURBE, K. (2007): «Estudio sobre las experiencias y las percepciones sobre salud laboral de los trabajadores y las trabajadoras de origen extracomunitario en Cataluña». *Informe de recerca, CONC Fundació Altedia-Creade*. Resumen en http://www.convenis.org/salutlaboral/docs/Calaix%20Sindical/informe_Estudio_Todo.pdf.
- LURBE I PUERTO, K. (Coord.) (2007b): «La influència del procés de reagrupament familiar sobre les relacions intrafamiliars i el seu benestar biopsicosocial». *Informe de recerca ICD-U-14/6*, 260 pp.
- LURBE I PUERTO, K. (2006): *La enajenación de los otros. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris*. <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0718106-135329/index.html>.
- RENN, O. (1992): «Concepts of Risk: A Classification» en KRIMSKY, S. y GOLDING, D. (eds.): *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger: 53-79.
- TAYLOR-GOOPY, P. (2000): «Risk and Welfare», en Taylor-Gooby, P. (ed.): *Risk, Trust and Welfare*. London, New York: Mcmillán, pp.1-18.
- WYNNE, B. (1992): «Risk and Social Learning: Reification to Engagement» en KRIMSKY, S. y GOLDING, D. (eds.): *Social Theories of Risk*. Westport, London: Praeger: 275-299.
- WYNNE, B. (1996): «May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide» en LASH, SCOTT; SZERSZYNSKY, B. y WYNNE, B. (eds.): *Risk, Environment & Modernity. Towards a New Ecology*. London, thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 44-83.

Epistemología y hermenéutica de la atención en salud mental a los inmigrantes. Retos para los profesionales

S. Bermann, F. Collazos, S. Lahoz, E. Marxen, A. Qureshi, L. Sanjuan y C. Visiers

La atención eficaz en salud mental con inmigrantes requiere que los servicios asistenciales afronten y resuelvan una serie de aspectos que afectan, de manera esencial —aunque a menudo poco percibida— a la comunicación y relación terapéutica, al diagnóstico, a los planes de tratamiento, al proceso terapéutico y a los resultados del tratamiento. Estos aspectos son, fundamentalmente, de dos tipos: los epistemológicos, relacionados con el modo en que se estructura el conocimiento, y los hermenéuticos, relacionados con los filtros interpretativos empleados en la comprensión del otro en un contexto relacional. En este sentido, intentaremos explorar las diferencias en relación con diversos conceptos con las que los profesionales deben enfrentarse en su práctica cotidiana, como por ejemplo: la idea de persona, las relaciones entre realidad interna/realidad externa, la universalidad de los presupuestos de la psiquiatría, y el uso y efectos de la medicación en el contexto de la enfermedad. Así mismo, en cualquier interacción terapéutica se deben afrontar y analizar los filtros generados por los prejuicios raciales, por las explicaciones culturales y las preconcepciones acerca de un «adecuado» proceso de aculturación.

Estas nociones no suelen encontrar su reflejo en el seno de la terapia, sino que se consideran verdades incuestionables, a pesar de que poseen notables connotaciones culturales y pueden ocasionar considerables diferen-

cias entre el clínico y el paciente. Por ello, en este trabajo nos proponemos revisar la influencia que tienen estos elementos de distorsión en la práctica profesional.

La supuesta alteridad cultural

Es imprescindible examinar de una manera crítica la idea que de la alteridad cultural se hace el profesional, para evitar así clasificar demasiado rápidamente ciertos fenómenos clínicos como «culturales». En este sentido, conviene entender la cultura como una estructura dinámica y heterogénea en interacción constante con otras culturas. Entre las más de doscientas definiciones existentes, la de Jenkins (1996) coincide con lo anteriormente dicho, puesto que considera la cultura como algo emergente, disputado y temporal, evitando por lo tanto nociones de cultura como algo estático, homogéneo y necesariamente compartido o incluso coherente.

El terapeuta debe evitar, por tanto, la simplificación que supone encasillar al paciente en la idea que tiene acerca de su cultura, obviando el carácter heterogéneo de la cultura, la influencia de los procesos de aculturación y la importancia de factores individuales significativos. De hecho, es imprescindible reflexionar acerca del carácter real de la cultura del paciente, porque «la cultura también evoluciona en el contexto del trasplante territorial. La cultura a la que el paciente emigrante se refiere ya no es la que él ha conocido ni la que en la actualidad prevalece en su país [...] La referencia a la cultura debe, por tanto, ser plural a fin de englobar el conjunto de mutaciones que afectan a las concepciones, valores y (posibles) prácticas tradicionales» (Rechtman, 2001). Obviamente, la cultura del país de origen del paciente ha evolucionado desde el momento de su emigración y el paciente también suele adoptar e incorporar elementos de la cultura del país de acogida. El profesional debe valorar la extensión de la aculturación de una persona, tanto en la terapia como en el diagnóstico, sin olvidar la distinción necesaria entre un sistema de creencias colectivas (en sí ya dinámicos) y una adhesión subjetiva del paciente a este sistema (Rechtman, 2001; Kirmayer, 2000).

Además, influyen ya no sólo la cultura del país de origen y la del país de acogida, sino también lo que se considera un espacio social transnacional entre estos dos extremos, para superar la dicotomía entre la sociedad de ori-

gen y la sociedad de llegada, ya que la trayectoria migratoria lleva cada vez menos a los individuos directamente de su país/región de origen a su lugar de destino.

Una vez llegados, los emigrantes pueden orientar su vida en dos ámbitos geográficamente distantes, lo que da lugar a estos espacios y comunidades transnacionales en los que también se desarrollan culturas específicas (Pedone, 2002).

La identidad cultural de los individuos se construye a través de la mediación de otros factores de posición social además del propiamente étnico, tales como la clase social, el sexo, la edad, el nivel educativo y la trayectoria biográfica (Lurbe i Puerto, 2002). En no pocas ocasiones existen más similitudes en el modo de pensar y funcionar entre dos personas de culturas aparentemente diferentes pero con identificadores (clase social, trabajo, nivel educativo, etc.) similares (Pérez Sales, 2004). Es preciso tener en cuenta, por tanto, estos identificadores, procurando que la diferencia cultural no se convierta en el único argumento tanto del paciente en su relación con el mundo como del terapeuta en su interpretación acerca de la problemática del paciente y de la relación que establece con él.

En consecuencia, tomar en consideración las diferentes percepciones del mundo no ha de suponer una *fetichización* de la diferencia (Kareem/Littlewood, 1992), ni la culturalización de los problemas, en numerosas ocasiones condicionados no tanto por causas culturales sino más bien por cuestiones sociales, en la medida en que los seres humanos no difieren tanto entre ellos en lo que respecta a sus necesidades básicas individuales, a su tendencia a vivir en grupos o comunidades y a relacionarse entre ellos mismos a través del lenguaje (Fernando, 2002). No se puede negar que los factores sociopolíticos y económicos producen efectos sobre la salud mental del individuo, aún más si cobran la forma de graves carencias, desventajas y situaciones de discriminación que se reflejan en una (psico)patología de exclusión social.

El filtro de los prejuicios raciales

Las preconcepciones son inherentes a la interpretación y, en tanto que necesarias para dar sentido al mundo, también distorsionan la realidad, tal y como muestra la teoría hermenéutica (Gadamer, 1997; Weinsheimer, 1985).

Los prejuicios raciales y étnicos actúan, por una parte, reduciendo la complejidad y así facilitando el entendimiento y, por otra, debido a su condición de productos derivados de estereotipos negativos muy presentes en la sociedad, no sólo resultan imprecisos sino que, en el contexto terapéutico, pueden llegar a ser peligrosos. Al mismo tiempo, en ocasiones los prejuicios raciales operan a un nivel inconsciente, por lo que el clínico debe desarrollar habilidades específicas para identificar, entender y corregir sus propios prejuicios.

Los prejuicios raciales o étnicos por parte del profesional en la atención en salud mental pueden afectar negativamente la relación terapéutica, el diagnóstico y el tratamiento. Evidentemente, el peligro principal es que el profesional interprete al paciente a través de sus prejuicios. La respuesta al paciente estará basada en un idea negativa y estereotípica, lo que significa que el diagnóstico será impreciso o erróneo, el tratamiento estará mal planificado y, por supuesto, no habrá ninguna posibilidad de desarrollar una buena relación terapéutica (Blue y Gonzalez, 1992; Carter, 1995; Franklin, Carter y Grace, 1993). La respuesta del paciente frente a un terapeuta con prejuicios será, probablemente, retirar (aún más) su confianza en el profesional y en el proceso terapéutico.

Los preconceptos o prejuicios son tan elementales en el proceso interpretativo que normalmente no somos conscientes de que están presentes (Gadamer, 1997; Weinsheimer, 1985). Pensamos que interaccionamos con el mundo directamente, y no desde nuestra ubicación cultural a través de nuestras lentes interpretativas; pensamos que experimentamos el mundo como realmente lo es, objetivamente. Según la perspectiva hermenéutica, los prejuicios están siempre presentes, aunque intentemos identificarlos y corregirlos.

La cuestión de los prejuicios raciales o étnicos es todavía más complicada dada la dificultad de reconocer las propias actitudes racistas, especialmente en el caso de profesionales de la salud mental que trabajan en el campo de la inmigración. El prejuicio racial tradicional —lo que asociamos con la expresión abierta de actitudes racistas— es bastante raro en la sociedad moderna y en los profesionales de la salud mental, y cuando está presente es obvio. Por otro lado, el llamado racismo *aversivo* «representa un sutil, frecuentemente no-intencional tipo de prejuicio que caracteriza a muchos [...] blancos que tienen fuertes valores igualitarios y creen que no tienen prejuicios» (J. Dovidio, 2001).

Mientras que el racismo tradicional es explícito, el racismo *aversivo* es implícito; no se ve directamente. El racista *aversivo* piensa que no es racista, y lo cree así porque su conducta explícita —lo que comunica directamente— es consistente con esta perspectiva. Su conducta implícita, por otro lado, muestra algo diferente. Indirectamente (Dovidio, Kawakami y Gaertner, 2002), o cuando pueden justificarlo (Bonilla Silva y Forman, 2000; Dovidio, 2001; Molero, Navas y Morales, 2001), blancos que niegan ser racistas tienen actitudes de discriminación contra negros y otros grupos minoritarios.

Según Dovidio (Dovidio, 2001; Dovidio *et alii* 2002), las actitudes implícitas gobiernan la conducta que no está bajo el control directo. Podemos controlar, sin embargo, nuestras actitudes explícitas. Las actitudes implícitas normalmente no son conscientes, y son resultado de años de aprendizaje social. Cambiar o desplazar estas actitudes —hacer lo explícito implícito— es un proceso largo y complejo.

Que tenemos prejuicios raciales y/o étnicos está ya bastante bien establecido, como lo está que estos prejuicios afectan a nuestros pacientes inmigrantes. El reto consiste en aceptar y afrontar esta realidad, e intentar corregir los prejuicios erróneos. El reconocimiento de los prejuicios raciales y étnicos implica que no se debe orientar los esfuerzos en negar su presencia, de tal forma que el terapeuta pueda concentrarse en identificar cómo afectan los prejuicios al proceso terapéutico y en trabajar para minimizar sus efectos negativos. De esta manera es posible reducir la distancia entre las actitudes explícitas e implícitas.

El autoconocimiento es imprescindible en este proceso, que debe empezar con una exploración de la herencia étnica y racial de uno mismo, así como de las actitudes y creencias sobre los diferentes grupos étnicos. El reconocimiento de que todos somos racistas hasta cierto punto proporciona la libertad para explorar nuestras actitudes más inaceptables. Las reacciones racistas pueden ser tan incómodas para una persona que se autoidentifica como no racista que se utiliza como defensa la reacción formativa (Gailly, 2003) para evitar afrontar los sentimientos agresivos contra diferentes grupos étnicos. Lo que es evidente es que este proceso no es fácil, y requiere de la humildad cultural (Tervalon y Murray-Garcia, 1998), es decir, el reconocimiento de que realmente dar un tratamiento igualitario a minorías étnicas supone el trabajo de toda una vida.

El choque cultural

Las interacciones transculturales constituyen el núcleo de las intervenciones en los servicios asistenciales que atienden a población inmigrante. Las diferencias culturales y las distintas concepciones teóricas pueden influir sobre estas interacciones. No ver las diferencias culturales supone correr el mismo riesgo que el de realizar generalizaciones sobre ciertos grupos culturales. Lo mismo puede decirse de los presupuestos teóricos. No tenerlos en cuenta implica un riesgo similar al de tomarlos como verdades absolutas que guían nuestro quehacer en la práctica clínica.

Concepciones como choque cultural, aculturación y estrés aculturativo, integración e identidad bicultural o estrategias de aculturación, nos pueden servir como heurísticos a la hora de analizar la relación entre la persona inmigrante y la sociedad, así como nuestra propia relación terapéutica. Sin embargo, sin una visión crítica de estos conceptos se puede fácilmente caer en el simplismo interpretativo, sin tener en cuenta muchos otros factores explicativos.

El término «choque cultural» se refiere a los síntomas de inestabilidad emocional, impaciencia, pérdida de apetito, insomnio y leves alteraciones psicósomáticas que se manifiestan cuando existen dificultades para afrontar el proceso de aculturación. Berry y Kim (1988) definen aculturación como los cambios conductuales y psicológicos resultantes del contacto con personas pertenecientes a otro grupo cultural. El estrés resultante de esta interacción podría, según los autores, explicar la presencia, en algunos inmigrantes, de trastornos ansiosos y depresivos, así como de sentimientos de marginalidad, aumento de los niveles de trastornos psicósomáticos y confusión de identidad.

El estrés por aculturación podría, sin embargo, no darse y, por tanto, no ocurrir una alteración de la salud mental. Según estos autores, las posibilidades de desarrollar el estrés por choque cultural dependen de las características de la sociedad de acogida, las estrategias de aculturación y las características sociodemográficas y psicológicas del individuo.

Siguiendo el modelo, las estrategias de aculturación se refieren a las estrategias empleadas por las personas para afrontar el estrés inducido por los nuevos contextos culturales. Se basan tanto en la intención hacia el mantenimiento de la cultura de origen como en su actitud hacia la cultura receptora. Considerando estas dos dimensiones simultáneamente, se obtienen cuatro

estrategias de aculturación: asimilación, integración, separación y marginación. La estrategia de asimilación ocurre cuando el individuo decide no mantener su identidad cultural y asume como propia la de la nueva cultura. Cuando los individuos se aferran a su cultura original y rechazan el contacto con la cultura de acogida, están siguiendo la estrategia de separación. Si los individuos mantienen la cultura de origen, a la vez que son capaces de adoptar la cultura de acogida, se está optando por la estrategia de integración. La de marginación, por último, es aquella en la que los individuos pierden el contacto cultural y psicológico con su cultura de origen y con la de acogida (Berry, 1998).

De todas las estrategias, la que según los autores parece tener una mejor repercusión en la salud, es la de integración. Es decir, se espera que la persona asuma una identidad bicultural para afrontar el estrés aculturativo.

Todos los conceptos expuestos hasta ahora deberán tenerse en cuenta en el momento de abordar el estrés por aculturación y de cara a facilitar la relación intercultural. Pero una adscripción ciega al modelo teórico, a éste o a cualquier otro, podría, como hemos dicho, descuidar otros factores explicativos de la realidad del proceso de aculturación.

En este sentido, se hace necesario remarcar el presupuesto de universalidad subyacente a las estrategias de aculturación. Se presupone que los procesos psicológicos que actúan durante la aculturación son esencialmente los mismos para todos los grupos, pese a las variaciones sustanciales en las circunstancias vitales de los grupos culturales que experimentan la aculturación (Berry y Sam, 1997). ¿Es realmente posible que no haya variaciones culturales en las estrategias de aculturación? ¿Y en cuanto a los factores situacionales? Las historias de los propios inmigrantes ¿no están influyendo en la elección de estas estrategias?

Otro presupuesto implícito es el de la elección. Se entiende que la persona puede elegir su estrategia de aculturación. Sin embargo, la integración bicultural y la aculturación, ¿son realmente una cuestión de estrategia individual en la que uno disfruta de la opción libre de integrar sin problemas los valores de la cultura de acogida y los del propio grupo del inmigrante? (Radhakrishnan, 1996). Parece ser, más bien, que la formación de identidades inmigrantes implica un proceso constante de negociación, intervención y mediación, porque está compuesto por cuestiones como etnia, sexo o poder.

Por último, el modelo de Berry postula la estrategia de integración como la mejor posible. Como hemos dicho, la integración pone énfasis en

una relación dinámica entre el inmigrante o los grupos de inmigrantes y la sociedad de acogida. Supone el reconocimiento de valores de cada grupo así como la puesta en marcha de condiciones para que éstos puedan enriquecerse mutuamente. Centrarse en los valores, sean tanto los de la sociedad de acogida como los del grupo de personas inmigrantes, ¿puede servir como criterio para medir la integración? En una sociedad que conoce, acepta y permite el trabajo ilegal, el hecho de trabajar ilegalmente ¿se puede considerar un indicador de integración?

Las respuestas a estas preguntas, aunque quizá contradigan el modelo de referencia, también han de tenerse en cuenta en el marco de las interacciones culturales, de tal manera que evitaremos generalizaciones y estereotipos debidos tanto a las diferencias culturales como a la adscripción a un modelo teórico determinado.

La idea de persona

El concepto de persona, en referencia al individuo entendido como ser biopsicosocial, permite una comparación intercultural razonable, ya que la concepción de la persona en una determinada sociedad se puede relacionar con sus diferentes formas de organización social, y porque las maneras de anatomizar las ideas sobre el cuerpo, la mente y su funcionamiento pueden ser profundamente diferentes a las que consideramos obvias. Diferentes sociedades y en diversas épocas han manejado conceptos distintos respecto a las posibilidades de cada individuo a la hora de adquirir plena conciencia y personalidad completa.

El término «persona» deriva del latín «persona», que significa «máscara del actor», en referencia a la máscara que portaban en el teatro los actores griegos y romanos, y que reflejaba su rol en la obra. Etimológicamente, pues, el término «persona» remite a los diferentes roles sociales (personajes) de los individuos (personas).

A lo largo de la historia de la tradición cultural occidental, la concepción sobre las relaciones entre persona y personaje, el concepto de persona, han ido modificándose. Así, tras la Edad Media, con la tendencia a la secularización del pensamiento, el Yo comienza a identificarse con la individualidad. Durante el Renacimiento se consideraba a la persona como un individuo capaz de actuar sobre su entorno. A raíz del surgimiento del psicoanálisis, el

objetivo pasa a ser conocer, no de qué forma la persona actúa sobre el mundo, sino de qué forma el mundo influye en ella.

La antropología ha prestado interés al concepto de persona en tanto que objeto de investigación fundamentalmente por dos razones: por la evidencia de que se dan diferentes modos de entender la individualidad en las diferentes sociedades, lo que permite la comparación intercultural, y por la relación e influencia que las distintas concepciones pudieran tener respecto a las formas de organización social.

Desde la antropología y la psicología actuales se defiende la existencia de dos grandes paradigmas a la hora de conceptualizar las relaciones entre el individuo y la sociedad: una concepción sociocéntrica, que subordina los intereses individuales a los de la comunidad, y una egocéntrica, en la que la sociedad está al servicio del individuo y éste se coloca en el centro (Shweder, 1984). Ahora bien, en ningún caso se pretende considerar estas premisas como categorías científicas, sino más bien como los extremos de un continuo en los que tienen lugar la interpretación o la definición de la persona y su papel en la sociedad.

1) *Concepción sociocéntrica*

La posición sociocéntrica se caracterizaría por la tendencia a minimizar la distinción entre el individuo y el estatus social que ocupa. La persona posee sentido y valor en la medida en que pertenece a una sociedad y desempeña en ella un determinado rol, pero no como una unidad autónoma.

2) *Concepción egocéntrica*

La concepción egocéntrica, propia de la sociedad occidental, coloca al individuo en sí mismo como valor supremo. El individuo, el *self* se convierte en un objeto de interés *per se*.

Los diagnósticos y tratamientos fundamentados en un concepto individualista de la persona y en una noción interna del *self* serán probablemente inadecuados cuando se trate de un paciente procedente de una cultura sociocéntrica, que posee una noción externa del *self*.

Las instituciones (formales o no) de que dispone cada cultura para ocuparse de la salud también responden necesariamente a las ideas que maneja sobre la persona. Así, la interpretación de las emociones, de las conductas, su ajuste o no a los modelos de corrección establecidos, las causas y modos de tratamiento aceptables para la enfermedad, dependen en buena medida de la visión que cada cultura maneja del mundo, de las personas y de la vida en

sociedad, y pueden situarse en un ámbito meramente físico (biomedicina) o externo al individuo (posesión por espíritus, males inflingidos por terceras personas, consecuencias de la perturbación de las relaciones sociales, etc.).

Así pues, no puede negarse el papel de la tradición cultural en la que se inscriben el paciente y el profesional como elementos constitutivos de primer orden, que se deben tener en cuenta a la hora del abordaje de la enfermedad psiquiátrica; aunque, como veremos más adelante, sin caer en la culturización de los procesos ni olvidar el papel que pueden desempeñar factores de índole social, política o económica. El inmigrante llega a la consulta con un bagaje cultural que matiza sus ideas respecto a sí mismo y a los demás, respecto a las causas o a la propia existencia de su enfermedad, y respecto al modo adecuado de tratarla. Estas concepciones influirán en la relación terapéutica. Así, en sociedades con una concepción sociocéntrica, la enfermedad, mental o no, puede interpretarse como un signo o una consecuencia de un conflicto en el ámbito social y, por tanto, se entenderá que es en este mismo ámbito donde debe establecerse la terapia que restaure el orden. El tratamiento deberá resolver los conflictos que están causando la enfermedad y devolver al paciente al cuerpo social, por lo que todo él puede estar implicado en el tratamiento.

Para la interpretación de la patología psiquiátrica de pacientes ajenos a la tradición cultural del terapeuta debería tenerse en cuenta que las concepciones respecto a la persona, la salud y la enfermedad pueden ser diferentes de las que maneja el propio profesional. Hay que tener en cuenta que, además de las diferencias culturales sobre conceptos centrales como la persona, los prejuicios también afectan a la relación, tanto desde el punto de vista del paciente como del profesional.

Cuestiones sobre realidad interna/realidad externa

En la actualidad son diversas las orientaciones psicológicas que, bajo la influencia originaria del psicoanálisis, manejan la idea de realidad interna en el contexto de sus actuaciones psicoterapéuticas. Entendida como un hecho psicológico de existencia observable, dicha idea pertenece al ámbito de aquellas entidades teóricas y clínicas que se hallan presentes en la mente del profesional, condicionan su observación y posterior análisis de la pro-

blemática del paciente, así como el estilo de trabajo que se desarrolla y las posibilidades terapéuticas.

La realidad interna designaría el conjunto de representaciones mentales conscientes e inconscientes, fruto de experiencias pasadas y presentes, a través de las cuales la persona se representa el mundo y a sí misma. Estas representaciones se construyen a partir de la interacción entre deseos, fantasías y realidad externa, que incluye personas y hechos biográficos significativos (Tizón, 1988). Se trata de un proceso de continuo intercambio que también genera transformaciones en las realidades interna y externa, en la percepción de ambas, en nuestros actos y pensamientos. La diferenciación entre realidad interna y externa se lleva a cabo progresivamente, a través de un proceso que se inicia en las fases tempranas de la vida. Este reconocimiento es de suma importancia, porque siendo constitutivo de la identidad, permite a su vez disminuir la intensidad de las proyecciones sobre el mundo externo, favoreciendo la comprensión de la responsabilidad individual ante las diversas situaciones vitales. El carácter psicológico de este proceso no excluye la importancia que en la conformación, expresión y expectativas sobre el desarrollo individual tienen, en cada sociedad, el conjunto de ideas sobre la persona, la responsabilidad psíquica, los roles y funciones sociales, así como el tipo de explicaciones causales utilizadas en diversos acontecimientos vitales.

De hecho, todas las culturas proveen de construcciones simbólicas heterogéneas sobre las que se desplazan malestares internos, y a las que se atribuye un valor etiopatogénico prioritario (brujería, mal de ojo, el destino, la voluntad de Dios, los otros, etc.). Se trata de un tipo de funcionamiento mediante el cual el individuo tiende a proyectar hacia el mundo externo la causalidad psíquica originaria de su malestar, con el objeto más o menos inconsciente de liberarse de él. Constituye un mecanismo harto frecuente que, utilizado de forma masiva y patológica, caracteriza determinadas estructuras de personalidad. Esto es importante en el contexto de la psicoterapia porque precisamente uno de sus objetivos es desplazar el foco de trabajo hacia la persona, entendiendo que su forma de aprehender el mundo, su estilo de funcionamiento, condicionan su estado mental, la relación con los otros y lo que en definitiva le ocurre, y que es la asunción de este reconocimiento de forma adulta el que, como contrapartida, genera la posibilidad de producir cambios de forma activa, tanto en el mundo interno como externo.

En el caso de pacientes procedentes de otras culturas es necesario valorar cuidadosamente la concurrencia de dichos procesos y la interpretación

que de ellos se hace, con el objeto de no formular hipótesis apriorísticas y estereotipadas sobre su funcionamiento mental. Las vías de expresión del malestar son muy diversas y suelen estar preñadas de elementos que poseen fuertes connotaciones culturales. En efecto, «la lógica exige y la clínica confirma cotidianamente que cuando un paciente habla de sí mismo, cuando expresa sus sufrimientos y problemas, lo hace preferentemente en su propia lengua y utilizando las imágenes, metáforas y explicaciones propias de su cultura» (Rechtman, 2001). Si bien a menudo el ser social presta expresiones y palabras al malestar interno, ello no implica que la adhesión del sujeto a determinadas creencias sea inmovible, sino que el sentido de una problemática puramente individual o familiar de la que el individuo puede ser parcial o totalmente consciente aparece encubierta por estas formas culturalmente determinadas. Por tanto, para el profesional, «el reto fundamental [...] consiste en evaluar si un paciente que comparte con el conjunto de su grupo de origen tal o cual creencia se adhiere a ella plenamente, de forma parcial o de ningún modo» (Rechtman, 2001), así como es tarea del terapeuta esforzarse en extraer el sentido personal y único que dicha creencia tiene para el paciente en ese momento dado. Una exploración cuidadosa y libre de prejuicios hará posible que se abstenga de atribuirle demasiado rápidamente determinadas características de personalidad que generen actuaciones terapéuticas ad hoc. Es decir, lo que en un paciente autóctono puede ser considerado como un uso excesivo de determinados mecanismos de defensa, o un funcionamiento más primitivo que merma la capacidad de mentalización (de, por ejemplo, síntomas somáticos que el paciente experimenta como desconectados de procesos psicológicos subyacentes), con un paciente de un universo cultural diferente pero en el que suponemos cierta universalidad psíquica, es necesario que el terapeuta se interrogue acerca de la existencia de un posible sentido simbólico que probablemente desconoce.

En pacientes cuya cultura les provee de elementos que con fuerza sitúan la responsabilidad en entidades externas al individuo, es doblemente necesario realizar esta labor de descodificación, aproximarnos conscientes de nuestra ignorancia y con la mente abierta, no pretender que esta persona simplemente desconoce la existencia de la psique, de una realidad propia y personal, o que funciona de forma concreta u operatoria. Tampoco deberíamos forzar o desear con demasiada intensidad que en el curso de la terapia verbalice «a la occidental» sus emociones y fantasías, para que así el terapeuta se sienta aliviado y gratificado. Esto plantea también la cuestión de si es posible trabajar de la misma manera, de si los indicadores de progreso son

similares y, en cualquier caso, debería impulsar al terapeuta a enfrentarse al riesgo que implica el descubrimiento constante, a detectar y pensar los equivalentes que el mundo interno del paciente tiene en el nuestro, en vez de intentar cambiar unos por otros, lo que sería irrespetuoso y, en última instancia, ineficaz.

La supuesta universalidad de la psiquiatría

La posmodernidad abre un debate en el mundo occidental que pone en duda la universalidad de la ciencia; en realidad, el concepto mismo de universalidad, cuestionando la posibilidad de construir una ciencia universal para todas las épocas y culturas. Que ello haya de llevarnos o no al relativismo ya es otra cuestión (Hernández, 2004), pero lo que sí es cierto es que zarandea nuestra manera de ver el mundo e incluso la misma realidad (Bracken, 2003). Supone dudar de que la verdad que se descubre con el método científico (que se consideraba infalible) sea una verdad objetiva y que nos lleva hacia el progreso (Lewis, 2000). Ello puede llevar a dudar de los mismos fundamentos de la psiquiatría e, incluso, en un extremo, puede resultar paralizante (en la forma de relativismo radical). Sin embargo, el reconocimiento de la psiquiatría occidental como una construcción cultural y del contexto cultural en el que se inserta no debe suponer necesariamente renunciar a atender y ayudar a pacientes de cualquier origen. No se trata de renegar o dudar de forma radical de los propios planteamientos, lo que impediría trabajar. Sin embargo, reconocer que esa manera de trabajar y de pensar es simplemente la propia, no necesariamente la válida siempre y para todos, puede verse como una oportunidad para el desarrollo de una nueva sensibilidad, humildad y flexibilidad a la hora de trabajar con pacientes. Esta humildad que significa reconocer su particularidad y sus limitaciones abre la posibilidad para una aproximación a la diversidad aparentemente más modesta, cuyo rigor se basa en parámetros científicos occidentales, pero que, al reconocerlo, queda más legitimada en su aspiración a comprender y tratar los trastornos que afectan a la población mundial.

Para el profesional, aceptar que el modo de entender la enfermedad, el paciente y la curación no es necesariamente el único posible tiene implicaciones en su manera de estar ante el paciente, especialmente en situación transcultural. Los instrumentos occidentales de diagnóstico, por ejemplo,

elaborados a partir de criterios «objetivos y universales» adquieren desde esta perspectiva un color local que no los convierte en inútiles, pero sí obliga a ser más cautelosos. Es decir, son instrumentos occidentales que describen los síntomas desde la visión occidental, y que por tanto no pueden ser aplicados como un patrón infalible en cualquier contexto. Como sucede en general con el debate sobre la posmodernidad, ello puede crear inseguridad, pero también facilitar una actitud modesta y, sobre todo, puede ayudar a que el paciente participe más en su propio tratamiento y nos ayude en aquello que desconocemos. No significa, en ningún caso, que el paciente tenga que hacer su propio diagnóstico ni que deba interpretar sus síntomas, pero sí puede ayudar a escuchar al paciente más que a los libros de diagnóstico, a plantearse los límites de su actuación, y a enfrentarse a la decisión del paciente que acude a terapias tradicionales para completar, confirmar o como alternativa al tratamiento biológico o psicoterapéutico.

Medicación

Si algo ha definido históricamente a la profesión médica ha sido la capacidad de proporcionar alivio al malestar ajeno. Para conseguirlo, los sanadores han sabido aprovechar las propiedades terapéuticas de ciertas sustancias. En la actualidad, y desde una perspectiva biomédica occidental, el tratamiento de los trastornos mentales encuentra en el empleo de los psicofármacos su piedra angular. La psiquiatría no ha querido desmarcarse del resto de las especialidades médicas y también ha hecho de la prescripción de fármacos la intervención médica más habitual, con el riesgo de sobremedicación que esto implica. Tanto es así, que hasta la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales se ha visto influida por el desarrollo paralelo de la psicofarmacología. Recientemente, la evolución de las sociedades occidentales hacia la multiculturalidad, como consecuencia de la inversión de los flujos migratorios desde los países colonizados hacia las antiguas metrópolis, ha puesto en duda los planteamientos universales más tradicionales respecto al empleo de los psicofármacos. Sin embargo, históricamente no se ha prestado demasiado interés a la posible influencia de los aspectos culturales sobre estas sustancias (Shorter, 1997).

Aspectos íntimamente ligados a la medicación, como la influencia del efecto placebo, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, las espec-

tativas depositadas en el mismo o la interpretación de sus efectos no disfrutan de un carácter universal, sino que están sujetos a importantes variables culturales del individuo. Del mismo modo, elementos tan vinculados a la cultura como pueden ser los componentes de la dieta o el uso simultáneo de sustancias psicoactivas empleadas por la medicina más tradicional, pueden interferir marcadamente con los psicofármacos utilizados por la psiquiatría occidental (Lange, 1981).

En algunos sistemas culturales más tradicionales, el tratamiento de los trastornos mentales se realiza, muy frecuentemente, fuera del circuito sanitario convencional. Son entonces los «sanadores tradicionales» los encargados de buscar alivio a esos trastornos, recurriendo a intervenciones puntuales que pueden conjugar aspectos religiosos, mágicos y médicos (Kirmayer, 2001). La pertenencia a uno de estos sistemas culturales puede dificultar, pues, la aceptación de un tratamiento exclusivamente psicofarmacológico, que, a veces, es necesario tomar durante meses, cuando no indefinidamente, y que tampoco está exento de efectos secundarios. Tampoco es excepcional que, desde esa misma perspectiva, se considere la medicina occidental como una panacea que dispone de remedios para cualquier dolencia. En estos casos, resulta especialmente pertinente la comunicación con el paciente (Cruz y Pincus, 2002; McDonagh, 2000), ya que así se le podrá ofrecer una información adecuada que redundará, sin duda, en una mejor aceptación del tratamiento y, por tanto, en un mayor grado de adherencia al mismo y un mejor resultado final. Por medio de esta comunicación se podrá, igualmente, conocer el posible empleo simultáneo de sustancias pautadas por otro tipo de sanador, o de elementos de la dieta que puedan estar interfiriendo con la medicación (Lin y Smith, 2000). Además, la pertenencia a un determinado grupo étnico o cultural puede asociarse a una mayor probabilidad de presentar una dotación genética concreta, con repercusión directa sobre la eficacia de los psicofármacos o la posible aparición de efectos indeseables. Esta variabilidad genética, ligada a la multiculturalidad, es otro de los campos de interés de lo que se ha denominado etnopsicofarmacología o psicofarmacología cultural (Ruiz, 2000).

Pero sería un error considerar que los aspectos culturales que pueden influir en el resultado del tratamiento psicofarmacológico son exclusivos del sistema cultural del paciente. El propio terapeuta está inmerso en sus propios referentes culturales y, como consecuencia de ellos, puede estar condicionado en el momento de elaborar un diagnóstico o pautar un tratamiento psicofarmacológico. Está comprobado que el psiquiatra que atiende a pa-

cientes de un origen cultural diferente al suyo tiende a incurrir en sesgos diagnósticos y terapéuticos. Así, por ejemplo, se ha comprobado que los psiquiatras caucásicos diagnostican a los afroamericanos con más frecuencia de esquizofrenia que los psiquiatras negros que atienden a este mismo grupo étnico. En cuanto a la asignación de tratamientos, los negros tienden a recibir más neurolépticos *depot* que los blancos. También los blancos son tratados con ISRS con mayor frecuencia que los afroamericanos, que reciben más antidepresivos tricíclicos (Delbello, 2002).

En su legítimo afán por encontrarse con el resto de las disciplinas médicas, justificado por los avatares históricos por los que ha atravesado, la psiquiatría se ha ido tecnificando progresivamente y se ha distanciado de los aspectos socioculturales y personales del individuo, en busca de esa medicina basada en la evidencia que le permitiera establecer postulados universales. En este afán, ha encontrado en la psicofarmacología uno de los campos más fructíferos de conocimiento que le ha permitido bascular hacia el método científico y, por tanto, hacia el anhelado universalismo. Sin embargo, como hemos visto, la psicofarmacología no puede, ni debe, someterse a principios universales, sino que debe tener en cuenta los aspectos personales, muchos de ellos ligados a la pertenencia a un determinado sistema cultural. De lo contrario, se corre el riesgo de deshumanizar cada vez más la psiquiatría.

En este artículo, varios profesionales que trabajan en el campo de la inmigración y la salud mental han intentado transformar su perspectiva de trabajo con pacientes de otras culturas, poniendo el acento no tanto en la observación de «ese otro» como en el análisis y reflexión sobre el propio contexto cultural y en el cuestionamiento de los implícitos culturales presentes en la práctica, con el objetivo de desmitificar ideas preconcebidas e identificar y describir elementos que favorezcan la atención de calidad en una sociedad culturalmente compleja.

Bibliografía

- BERRY, J.W. (1998). «Acculturative stress». En P. B. ORGANISTA, K.M. CREN y G. MARIN (eds.), *Readings in ethnic psychology*. New York: Routledge.
- BERRY, J.W., KIM, U. (1988). «Acculturation and mental health». En P. R. DASEN, J.W. BERRY y N. SARTORIUS (eds.), *Health and cross-cultural psychology: Towards applications*. Newbury Park, CA: Sage.

- BERRY, J.W. y SAM, D. (1997). «Acculturation and adaptation». En J.W. BERRY, M.H. SEAGULL y C. KAGITÇIBASI (eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Social behavior and applications*, Vol. 3. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- BLUE, H. C. y GONZALEZ, C. A. (1992). «The meaning of ethnocultural difference: Its impact on and use in the psychotherapeutic process». En D. GREENFELD (ed.), *Treating diverse disorders with psychotherapy. New directions for mental health services*, Vol. 55. New York: Jossey-Bass.
- BONILLA SILVA, E. y FORMAN, T. A. (2000). «I am not a racist but...»: mapping White college students' racial ideology in the USA. *Discourse and Society*, 11(1), 50-85.
- BRACKEN, P.J. (2003). «Postmodernism and psychiatry. Current Opinion», en *Psychiatry*, 16, 673-677.
- CARTER, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Toward a racially inclusive model*. New York: Wiley.
- CRUZ, M. y PINCUS, H. A. (2002). «Research on the influence that communication in psychiatric has on treatment». *Psychiatric Services*, 53, 1253-1265.
- DELBELLO, M.P. (2002). «Effects of ethnicity on psychiatric diagnosis: a developmental perspective». *Psychiatric Time*, 19 (3).
- DOVIDIO, J. (2001). «On the nature of contemporary prejudice: The third wave». *Journal of Social Issues*, 57(4), 829-849.
- DOVIDIO, J. F.; KAWAKAMI, K. y GAERTNER, S. L. (2002). «Implicit and explicit prejudice and interracial interaction». *J Pers Soc Psychol*, 82(1), 62-68.
- FERNANDO, S. (2002). *Mental Health, Race and Culture*, Basingstoke: Palgrave.
- FRANKLIN, A. J.; CARTER, R. T. C. y GRACE, C. (1993). «An integrative approach to psychotherapy with Black/ African Americans: The relevance of race and culture». En G. Stricker y J. R. Gold (eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum Press.
- GADAMER, H. G. (1997). *Truth and method* (J. Weinsheimer y D. G. Marshall, Trans. 2 ed.). New York: Crossroad.
- GAILLY, A. (2003). *Multicultural care providing: cultural elements in transference and countertransference processes*. Brussels.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, M. (2004). *El tercer dogma. Interpretación, metáfora e inconmensurabilidad*, Madrid: Antonio Machado.
- JENKINS, J.H. (1996). «Culture, emotion, and psychiatric disorder». En SARGENT, C.F. y THOMAS, M. (eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. Westport: Praeger.

- KAREEM, J. y LITTLEWOOD, R. (1992). *Intercultural Therapy, Themes, Interpretations and Practice*, Londres: Blackwell Science.
- KIRMAYER, L. y MINAS, H. (2000). «The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective». *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 438-447
- KIRMAYER, L. (2001). «Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment». *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl 13), 22-28.
- LANGE, H. U. (1981). «[The status of placebo treatment in a psychiatric hospital (author's transl)]». *Psychiatr Prax*, 8(4), 147-151.
- LEWIS, B. (2000). «Psychiatry and Postmodern Theory», *Journal of Medical Humanities*, 21.
- LIN, K.-M., y SMITH, W. M. (2000). «Psychopharmacotherapy in the context of culture and ethnicity». En P. RUIZ (ed.), *Ethnicity and Psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LURBE I PUERTO, K. (2002). Transcripción de la conferencia «Aspectos socioeconómicos de la inmigración y su impacto en el acceso a la salud», impartida en el Taller de Formación Intercultural para Profesionales Sanitarios, Barcelona.
- MCDONAGH, M. S. (2000). «Cross-cultural communication and pharmaceutical care». *Drugtopics*, 95-104.
- MOLERO, F.; NAVAS, M. y MORALES, J. M. (2001). «Inmigración, prejuicio y exclusión social: reflexiones en torno a algunos datos de la realidad española». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 11-32.
- PEDONE, C. (2002). «El potencial del análisis de las cadenas y redes migratorias en las migraciones internacionales contemporáneas». En F. GARCIA CASTAÑO y C. MURIEL LÓPEZ (eds.), *La inmigración en España 3. Contextos y alternativas*. Vol.II. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (Universidad de Granada).
- PEREZ SALES, P. (2004). *Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la acción*, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- RADHAKRISHNAN, R. (1996). *Diasporic mediations; Between home and location*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- RECHTMAN, R. (2001). Transcripción de la conferencia «El Enfoque Multicultural en Salud Mental: Una Mirada Crítica», impartida en la Conferencia Europea sobre Estrategias de Promoción de la Salud e Inmigración, Barcelona.

- RUIZ, P. (2000). «Ethnicity and Psychopharmacology». En P. RUIZ (Ed.), *Ethnicity and Psychopharmacology*, Vol. 19. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- SHORTER, E. (1997). *Historia de la psiquiatría* (F. CONTRERAS, trad.). Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- SHWEDER, R. A. y LEVINE, R. A. (eds.) (1984). *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*. Cambridge: CUP.
- TERVALON, M. y MURRAY-GARCIA, J. (1998). «Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125.
- TIZÓN GARCÍA, J. (1988). *Apuntes para una psicología basada en la relación*, 2ª edición. Barcelona: Hogar del Libro.
- WEINSHEIMER, J. C. (1985). *Gadamer's hermeneutics: A reading of Truth and Method*. New Haven, CT: Yale University Press.

La comparación demográfica en estudios sobre inmigrantes, salud y diversidad cultural

M.^a Teresa Gijón Sánchez
Universidad de Granada

«Pero las cosas existían,
se fugaban
del número.
Enloquecían en sus cantidades,
se evaporaban
dejando
su olor o su recuerdo
y quedaban los números vacíos»
(Pablo Neruda 1954, *Odas Elementales*)

A principios de 2002 inicié un estudio sobre la salud de los inmigrantes¹, y con el entusiasmo propio de los comienzos me afané en la búsqueda de un ansiado número. Quería averiguar cuántas personas inmigrantes residían en un contexto local. Más de seis meses estuve navegando entre datos y cifras, con la ingenua intención de conseguir una muestra representativa de población inmigrante extranjera a la que entrevistar a partir de un único registro fiable de información que, por supuesto, no hallé. En ese momento el número, vacío de contenido, lo era todo. Hoy, más preocupada en quiénes son y no tanto en cuántos están presentes, sí puedo decir que la demografía

1 Este trabajo ha sido posible gracias a becas de la Fundación Ramón Areces y FPU del MECD. La versión aquí presentada fue realizada en 2004.

constituye una útil herramienta metodológica de aproximación al estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención en contextos con presencia de personas de culturas muy diferentes.

Demografía y salud

En todo estudio sobre salud y diversidad cultural, los cambios en el orden demográfico se presentan como objeto novedoso de estudio y debate. Sin embargo, los desplazamientos poblacionales no son acontecimientos nuevos y las transformaciones sociales ocurren en todas las sociedades y no sólo en las de acogida. En España es evidente que las migraciones están repercutiendo en la estructura de la población y que, hoy en día, se han convertido en un fenómeno social que las sitúa en la más candente actualidad. En este contexto, el estudio científico de las poblaciones humanas, en especial en lo que atañe al tamaño, crecimiento, estructura, distribución y movilidad de las poblaciones, la demografía (Giner *et. al.*, 1998: 182) es una importante herramienta metodológica de apoyo.

En España es, precisamente, la demografía la que evidencia que a mediados de los años setenta del pasado siglo se invierte el saldo migratorio, cuando pasamos de ser un país emisor de emigrantes a recibir población inmigrante extranjera. La inmigración ha ido contribuyendo de forma paulatina al aumento de la población total radicada en España, aunque sólo con un mayor volumen en la entrada de inmigrantes y su permanencia estable podríamos percibir cambios en la dinámica demográfica y en la estructura por edades (León, 2005: 143). Además del estudio de los flujos de entrada, la demografía también nos informa de datos *stock* sobre el volumen de población inmigrante extranjera residente en España en un momento dado. En este capítulo reflexionaremos sobre las peculiaridades que ofrece el cálculo comparativo de este tipo de datos y sobre el objeto de estudio que pretendemos abordar a partir de ellos: los movimientos de población o la supuesta presencia de población extranjera en un determinado contexto social y sanitario².

2 Los términos «inmigrantes» o «población inmigrante» hacen referencia a personas de origen o nacionalidad extranjera (y designan a personas procedentes de países menos desarrollados para el imaginario social del colectivo poblacional autóctono). En este texto, estos términos se contraponen con los de «extranjeros» o «población extranjera» por diversas razones. Una de ellas viene dada porque existe la constancia en los datos del padrón y del censo consultados de que una parte de esta población, aunque minoritaria, ya ha nacido en España y no ha sido

Las fuentes de datos y el concepto de «inmigrante»

Existen diferentes fuentes de información sobre población extranjera³. Pueden localizarse datos en organismos como la Organización de Naciones Unidas (ONU) y su Informe sobre Desarrollo Humano, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y su informe anual SOPEMI (Sistema de Observación Permanente de las Migraciones), la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT), la Organización Internacional de Migraciones (IOM) y la Organización Mundial de la Salud y su Sistema de Información Estadística (WHOSIS).

En España también existen fuentes en organismos como el Instituto Nacional de Estadística y similares institutos de las Comunidades Autónomas (datos de Censos y Padrones locales y encuestas específicas, como la Encuesta de Migraciones), la Dirección General de la Policía del Ministerio del Interior (datos de la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor, Anuario de Extranjería), la Seguridad Social (datos de trabajadores extranjeros dados de alta), el Ministerio de Educación y las correspondientes Consejerías de Educación de cada Comunidad Autónoma (datos de estudiantes extranjeros, universitarios y no universitarios), el Ministerio de Sanidad, las correspondientes Consejerías de Salud en cada Comunidad Autónoma y los Distritos Sanitarios en cada provincia (datos procedentes de la cobertura sanitaria pública y consultas realizadas).

Una vez que conocemos qué fuentes de información podemos consultar, surge una nueva dificultad: la ausencia de un aparato conceptual consensuado que defina con claridad aquello que estamos estudiando. El Cuadro 1 clarifica algunos conceptos.

protagonista de ningún desplazamiento migratorio [así, de cada diez extranjeros de entre 0 y 4 años en España, más de cinco han nacido en este país, siendo algo más de cuatro de cada diez quienes han nacido en Andalucía, según los datos del Padrón de 2001 (en años anteriores las cifras eran algo superiores)]. Las fuentes de datos utilizadas ofrecen datos tipo *stock* y no hablan de «movimiento», de manera que el que una persona sea incluida en estos registros no implica que se haya desplazado en la fecha indicada en la fuente, ni que esté presente en el contexto de registro indicado en cada caso. De esta manera, se observará que mi intención no es presentar con detalle los movimientos de población, sino estudiar procesos de construcción de la diferencia en torno al cálculo de datos *stock*.

3 Parte de este apartado puede encontrarse en García, Capellán, Gijón y Bolívar (2003), y en García, Gijón, Sánchez y Bolívar (2005).

Cuadro 1. Condición de nacional o extranjero en relación con su posible posición como emigrante

		Nacionalidad	
		Nacionales	Extranjeros
Lugar de nacimiento	Nativos	Nacionales no emigrantes (se agrupan aquí las personas emigrantes nacionales retornadas del extranjero y las personas emigrantes internas)	Población extranjera no emigrante (han nacido en el país y sus padres son extranjeros)
	No nativos	Emigrantes nacionales a) Segunda generación de emigrantes nacionales b) Población emigrante extranjera nacionalizada	Población emigrante extranjera

Fuente: elaboración propia a partir de Diego López en *Inmigración extranjera en Andalucía 1991-2001*.

Existe gran variedad y heterogeneidad de atribuciones posibles en la construcción de la categoría «emigrante» asignada a determinadas personas extranjeras. A simple vista se apreciaría una discrepancia entre el concepto del discurso social con aquel otro construido bajo los cánones de la ciencia jurídica y la demográfica. Todo ello da lugar a confusiones que deben aclararse en todo estudio.

¿Por qué la comparación demográfica?

En este estudio se presentan comparativamente datos de tres fuentes de información: el Censo de población (INE), el Padrón Municipal de Habitantes (INE) y la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor (Anuario de Extranjería, Dirección General de Policía). Los datos se emplean para estudiar el volumen, el asentamiento y la procedencia extranjera de la población inmigrante presente en España, Andalucía y Granada. Se opta por el contraste para mostrar con claridad que en función de la fuente de información elegida, el número y el perfil demográfico que podemos

construir sobre la población extranjera varía. El uso de una metodología comparativa puede paliar este sesgo.

Se seleccionan estas tres fuentes porque, aunque cada una aporta datos de acuerdo a una metodología, un plan de explotación y una finalidad específica, constituyen los documentos por excelencia para el estudio demográfico de las migraciones en España. Además, son de fácil acceso general a través de soporte electrónico. Una tercera causa de elección es el año de consulta de los datos. Las tres fuentes elegidas cumplen el precepto de máxima proximidad temporal que hace posible la comparación para el año 2001. La elección de esta fecha viene dada por ser este el año en el que tuvo lugar la realización oficial de la estadística censal, fuente de mayor riqueza de información demográfica en España.

Esta cuestión enlaza con la causa explicativa de elección de los contextos de estudio. Las tres fuentes ofrecen información sobre el conjunto nacional, las diversas comunidades autónomas y sus correspondientes provincias. Se elige la comparación de tres contextos porque el estudio aislado de un solo ámbito territorial resta comprensión al estudio de la presencia de población extranjera en un determinado contexto y momento.

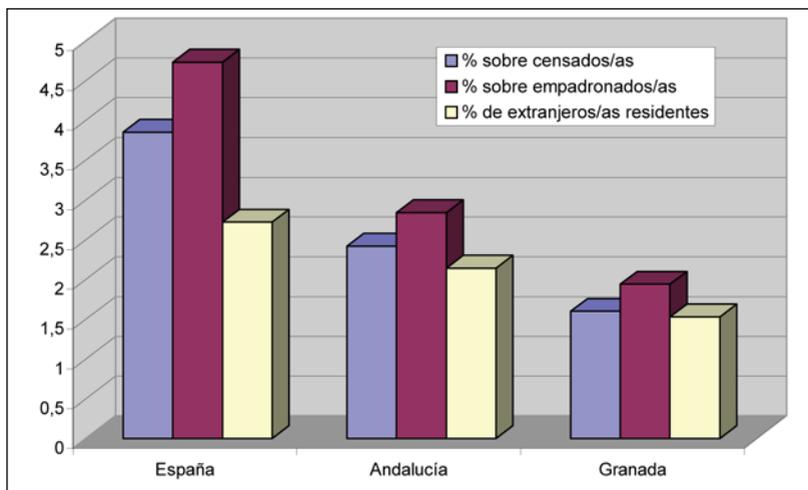
Construcción de números y porcentajes

El volumen de población extranjera presente en España en noviembre de 2001, según el Censo de Población, era de 1.572.013 personas (3,85% de la población total) (Gráfico 1). Dos meses después, la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor señalaba que había 1.109.060 personas extranjeras (2,72% de la población total) con permiso de residencia en vigor, y el Padrón Municipal contabilizaba a 1.977.946 (4,73% del total) – algo más de cuatrocientas mil personas extranjeras respecto al Censo, y muchas más de ochocientas mil respecto a la Estadística de población extranjera –. Por tanto, el Padrón se sitúa como la fuente de datos que contabiliza a un mayor número de población extranjera en España. Apreciamos la misma diferencia entre fuentes si observamos los datos de Andalucía y Granada.

Las diferencias entre datos podrían resolverse a través de un promedio global, afirmando que en 2001 la proporción de población extranjera en España era de aproximadamente el 4%, en Andalucía del 2,5% y en Granada del 2% (véase Gráfico 1). Sin embargo, estos datos responden a una determi-

nada manera de contar que limita la comparación cuantitativa y cualitativa entre fuentes. Esta contabilización dificulta el balance del volumen de población extranjera en un territorio determinado a partir de varias fuentes.

Gráfico 1. Comparación del porcentaje de población extranjera sobre el conjunto de población general* según diferentes fuentes (2001)



*El porcentaje de población extranjera residente se calcula tomando como referencia los datos poblacionales del Censo de 2001

Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario de Extranjería (31/12/2001), el Padrón Municipal de Habitantes (01/01/2002) y el Censo de Población (01/11/2001)

Aunque a simple vista el Padrón es la fuente que ofrece las mayores cifras de población extranjera, desde una perspectiva cualitativa no puede obviarse que puede presentar limitaciones de omisión en población extranjera por diferencias culturales, miedo o rechazo en el proceso de registro.

Dejando a un lado el debate acerca de qué fuente es más veraz o cuenta mejor, esta primera comparación podría llevarnos a construir diferentes perfiles demográficos en un territorio concreto. Este hecho podría dar lugar a importantes incidencias relacionadas con la planificación de prestaciones y programas sanitarios y, también, con el establecimiento de medidas de actuación sanitaria intercultural, que pueden estar directamente relacionadas

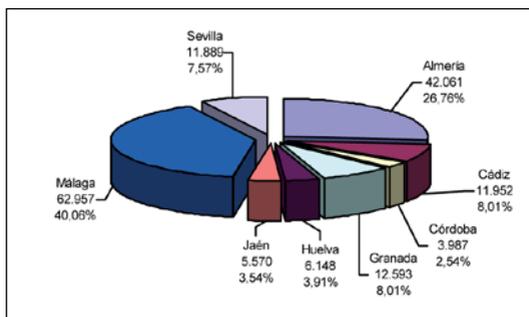
con el tamaño y las características asignadas al colectivo al que se dirijan (como suele ocurrir con la variable «nacionalidad»).

Otra variable que estudiar hace referencia a cómo se distribuye el asentamiento⁴ de población extranjera en los diferentes contextos territoriales estudiados. Centrándonos en Andalucía, observamos que las diferencias entre datos se mantienen según sean facilitados por un organismo u otro (Gráfico 2) y presentan cambios en un sentido diferente según el contexto de asentamiento estudiado en cada caso.

Por ejemplo, se observa que en la provincia de Málaga la fuente que más personas extranjeras estima es el Padrón, seguida del Censo y a mayor distancia del Registro de población extranjera residente. Mientras, en Almería, la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor es la fuente que mayor número de población extranjera contabiliza, seguida de Padrón y Censo, cuyas cifras están muy próximas.

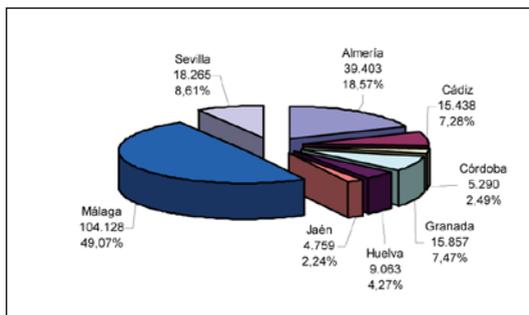
Gráfico 2. Comparación de datos de población extranjera residente, empadronada y censada en las provincias andaluzas (año 2001)

Población extranjera residente

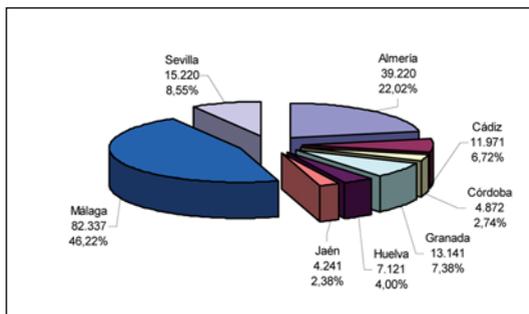


4 Señalo el término «asentamiento» porque, tal y como se ha detectado tras la realización del trabajo de campo, el que una persona conste como residente en un determinado territorio no implica constancia certera de que efectivamente habite en él, sin olvidar a quienes realizan traslados temporales a diversos ámbitos territoriales por motivos de trabajo, y cuyo asentamiento temporal no queda reflejado en ningún registro. Todo ello no añade sino más incertidumbre a la hora de hablar de inmigrantes en España: ¿realmente conocemos dónde vive la población inmigrante extranjera?

Población extranjera empadronada



Población extranjera censada



Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario de Extranjería (31/12/2001), el Padrón Municipal de Habitantes (01/01/2002) y el Censo de Población (01/11/2001).

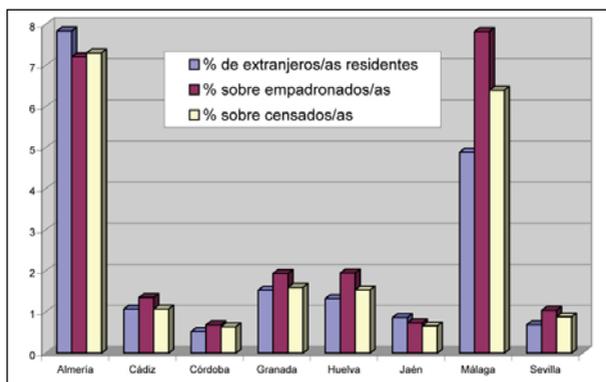
En Granada, el Padrón es la fuente de información que proporciona la mayor cifra de población extranjera en la provincia (15.857), seguida del Censo (13.141) y, en último lugar, de la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor (12.593). Sin embargo, si atendemos al porcentaje que esta cifra representa respecto al total de población extranjera, podemos observar que los datos del Anuario de Extranjería presentan el mayor porcentaje (8%) en Granada frente al resto de fuentes, seguido de los datos del Padrón (7,47%) y del Censo (7,38%).

Esta heterogeneidad entre fuentes en función del territorio apunta a que el territorio de asentamiento puede influir en la contabilización de las personas extranjeras que habitan en él, como por ejemplo fomentando su recuento (fundamentalmente a través de campañas promovidas desde algunas

administraciones locales que impulsen el empadronamiento de la población extranjera). Por otro lado, señala que las poblaciones extranjeras pueden privilegiar el formar parte de un registro frente a otro (en caso de que puedan elegir, cosa que no ocurre en el registro de población extranjera residente salvo para la población europea), un hecho que quizá puede depender de la nacionalidad y, con ello, de su situación jurídico-administrativa en España y del conocimiento de sus derechos. Ambas explicaciones son complementarias y no excluyentes. Nos sitúan sobre la pista de la necesidad de realizar nuevas investigaciones etnográficas que lleven a cabo un acercamiento mayor al terreno a estudiar para valorar el peso que presenta cada una de ellas en la realidad.

Siguiendo con el análisis de los datos a escala provincial, tal y como se observa en el siguiente Gráfico 3, son las provincias de Almería y Málaga (7,31% y 6,40%, respectivamente, de población extranjera censada sobre el total de población) las que se sitúan por encima de la proporción nacional y andaluza (véase Gráfico 1). Además, son Málaga y Almería las que hacen que la media andaluza sea la octava en importancia en el conjunto español (dejando a un lado Ceuta y Melilla por su situación fronteriza y ubicación en territorio africano).

Gráfico 3. Comparación entre porcentaje de población extranjera en las provincias andaluzas según diferentes fuentes* (2001)



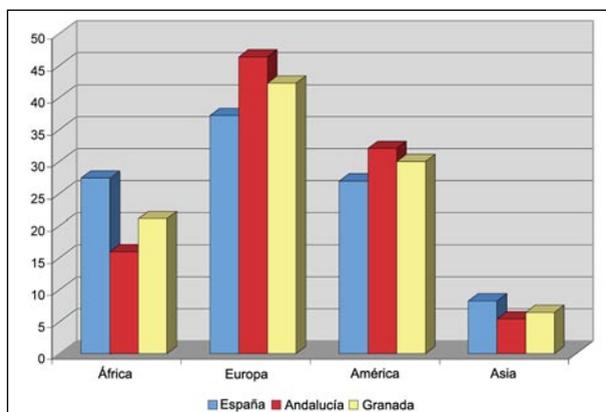
* El porcentaje de población extranjera en el caso de la fuente del Anuario de Extranjería está calculado con los datos de referencia del Censo de 2001.

Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario de Extranjería (31/12/2001), el Padrón Municipal de Habitantes (01/01/2002) y el Censo de Población (01/11/2001)

Como vemos, las diferencias entre datos pueden distorsionar la imagen que tengamos sobre la presencia de población extranjera. Además, en el caso de Málaga y Almería, lo destacable es que no se producen en el mismo sentido. Es decir, como observamos en el Gráfico 3, mientras que en Málaga la fuente que más porcentaje indica es el Padrón, en Almería es la Policía. Parte de la explicación podría derivarse de la nacionalidad de la población extranjera en estos contextos⁵.

Otra variable que analizar en los contrastes de fuentes es la procedencia extranjera no identificada necesariamente con «lugar de nacimiento» y que puede hacer referencia a la «nacionalidad» de la población extranjera. En primer lugar, y centrándonos en España, nuevamente podemos observar cómo en Censo y Padrón no existen discrepancias entre las principales procedencias extranjeras (Latinoamérica, Unión Europea y África, en orden descendente, véanse gráficos 4.1 y 4.2).

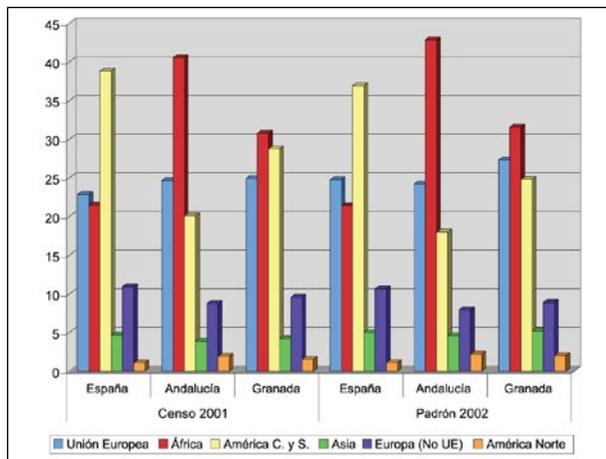
Gráfico 4.1. Distribución porcentual de la población extranjera con permiso de residencia en España, Andalucía y Granada, según procedencia



Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario de Extranjería (31/12/2001).

⁵ García (2003) indica que en Málaga las diferencias entre fuentes podrían explicarse porque los «europeos comunitarios» pueden tender a censarse y empadronarse, pero no a formar parte del registro policial (debido a que no esperan «problemas administrativos»), mientras que en Almería las personas «no comunitarias» sin documentación no acuden a censarse o empadronarse por miedo, por desconocimiento o por la alta movilidad que presenta esta población.

Gráfico 4.2. Distribución porcentual de la población extranjera censada y empadronada en España, Andalucía y Granada según procedencia



Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes (01/01/2002) y el Censo de Población (01/11/2001).

Sin embargo, sí se observan algunas diferencias que apuntan a un ligero mayor porcentaje de población comunitaria empadronada en comparación a la censada de esta misma procedencia. Ocurre a la inversa entre los extranjeros censados procedentes de Latinoamérica, cuyo porcentaje es algo mayor que el de la población empadronada de Latinoamérica. Desde la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor, las principales procedencias son: Espacio Económico Europeo, seguida de África y de Latinoamérica. Si contrastamos estos datos con los censales y del Padrón vemos que las procedencias africana y asiática son más numerosas para la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor.

En Andalucía, en los gráficos 4.1 y 4.2, se observa que la población extranjera censada y empadronada es mayoritariamente de la Unión Europea, África y Latinoamérica, orden que difiere del señalado en el caso español. Se aprecia igualmente que en Andalucía la cifra de población comunitaria empadronada es superior a la de censada de la UE, y que la población latinoamericana censada es superior a la empadronada. Si introducimos los datos de la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor, sólo podemos aventurarnos a comparar los datos relativos al continente africano, cuyas cifras son inferiores a las observadas en los datos censales y

del Padrón. Así mismo, aquí destaca nuevamente el porcentaje superior de personas asiáticas en relación con estas mismas fuentes.

En la provincia de Granada, las tres procedencias más significativas según el Censo son: Unión Europea, Latinoamérica y África, mientras que en el Padrón son Unión Europea, África y Latinoamérica (gráficos 4.1 y 4.2). De nuevo se aprecian las mismas diferencias entre una y otra procedencia según se consulten Censo o Padrón. Del mismo modo, al observar los datos de la Estadística de población extranjera con permiso de residencia en vigor, el porcentaje de asiáticos supera al resto de fuentes, mientras que el porcentaje de africanos sigue siendo inferior al cifrado por el Censo y Padrón.

Aproximación al contexto social y sanitario

Tras la comparación de datos podríamos iniciar un estudio específico sobre la presencia de población extranjera en un contexto concreto, ya que la percepción del fenómeno también varía en función del ámbito territorial. No es lo mismo conocer la cifra global de población extranjera en España que estudiar su asentamiento en una determinada región, y posteriormente analizar qué ocurre en cada una de las provincias. Si pretendemos conocer con detalle etnográfico qué ocurre en un microespacio, como puede ser un Centro de Salud o un hospital, entonces nuestro interés se reducirá al contexto local y será necesario usar fuentes locales, aunque no aisladamente. La idea que obtengamos acerca de la «verdadera» cuantificación de la población inmigrante en un determinado lugar variará al alza o a la baja dependiendo de la fuente consultada. Las debilidades teóricas y metodológicas de la demografía se pueden contrarrestar con una metodología comparativa, cercana a la realidad y libre de actitudes y prejuicios, más coherente con la comprensión de la complejidad del fenómeno. Para este análisis a escala «micro», el Padrón Municipal de Habitantes de un Ayuntamiento también puede enriquecer el análisis demográfico.

El Padrón es un registro administrativo donde constan los vecinos de un municipio. Está regulado por la Ley 4/1996 de 10 de enero, por el R. D. 2612/1996 de 20 de diciembre y por las Resoluciones Conjuntas de la Presidencia del INE y el Director General de Cooperación Territorial, mediante las cuales se dictan instrucciones técnicas a los ayuntamientos sobre la gestión y revisión del padrón municipal. En 1996 se estableció un nuevo sistema

de gestión continua e informatizada de los padrones municipales, basado en la coordinación de todos ellos por parte del INE. Ese mismo año se llevó a cabo la última renovación del Padrón, con referencia al 1 de mayo, punto de arranque del nuevo sistema de gestión del mismo. La revisión realizada a fecha 1 de enero de 1998, publicada en mayo de 2000, es la primera actualización que se lleva a cabo de acuerdo con este nuevo sistema. A partir de ese momento, se pueden obtener cifras oficiales de población con carácter anual a través del INE, y en todo momento información sobre esta fuente a través de los ayuntamientos.

A pesar de las ventajas que esta fuente puede ofrecernos, el Padrón no tiene como finalidad específica el estudio científico de la población. Es un documento administrativo, que puede dar lugar a determinados sesgos en la información. En el caso de la población extranjera, algunas limitaciones se deben a que el registro no es una práctica común entre todas ellas, o bien porque se encuentran en situación administrativa irregular y piensan que ello les impide el derecho/deber de la inscripción, o tienen miedo a registrarse, o porque desconocen su existencia o la obligación de inscribirse. Igualmente, debe tenerse en cuenta a quienes sienten recelo de formar parte de este tipo de registros al encontrarse en una situación de temporalidad de trabajo y de estancia. Al mismo tiempo, y paradójicamente, la inscripción en el mismo puede resultar atractiva para la población inmigrante extranjera en situación administrativa irregular, ya que puede convertirse en una prueba que acredite su permanencia en territorio español ante futuros procesos de regularización. Además, las campañas promovidas en los últimos años por diversas administraciones y su valor como instrumento acreditativo de arraigo para las personas extranjeras, hace que el registro de empadronamiento esté constituyendo un buen instrumento para el estudio de la población extranjera, y son numerosas las investigaciones que lo usan para estudiar la población⁶.

6 Tras la promulgación de la penúltima reforma de la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, que reforma la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero), se introdujeron cambios relativos a los datos del Padrón Municipal. Entre ellos, la posibilidad de que la Dirección General de Policía pudiese tener acceso a ellos. Estos cambios nos informaban de la conveniencia de realizar nuevos análisis sobre si han podido influir negativamente en el índice de altas de empadronamiento por parte de la población extranjera. Si en 1 de enero de 2003 los datos del Padrón informaban de un 6,2% de población inmigrante extranjera en España, en el nuevo contexto jurídico se hacía necesario analizar en qué medida estos cambios podrían o no haber incidido en el Padrón Municipal, como instrumento «cuantificador» de la presencia de extranjeros en un determinado contexto. Un análisis que puede iniciarse a partir de la publicación de datos del Padrón a 1 de enero de 2005, que informa que en España el porcentaje de población extranjera se situaba ya en un 8,5%. Al analizar los datos de empadronamiento de 1 de enero de 2004 y 2005, otro elemento a tener en cuenta es la promulgación del R.D. 2393/2004 de 30

Los datos de empadronamiento informan sobre un «mayor» volumen de población extranjera en cualquier contexto y amplían la posibilidad de obtener datos sobre el volumen de población no sólo en las fechas oficiales. Su uso también es una herramienta esencial para conocer la distribución geográfica de la población extranjera en un contexto local, por ser una de las escasas fuentes que informa sobre el «territorio» a través de la variable «lugar de residencia». En este sentido, es la fuente que en mayor medida se acerca al estudio de la «presencia» real de extranjeros en una localidad, no posible a partir de otras fuentes de datos relativas a contextos mayores.

Sin embargo, el acceso a esta fuente de datos y su posterior utilización también puede exigir esfuerzos adicionales a quien investiga. Existen diferentes vías de acceso: bien a través de datos publicados en Internet por el Ayuntamiento, o bien que este listado sea solicitado de manera oficial por quien investiga y que sea entregado en papel o en formato electrónico. En caso de solicitud, hay que añadir el tiempo de espera en la respuesta, por lo que resulta aconsejable realizar un seguimiento de los pasos dados por la solicitud a través de los diferentes departamentos de estadística, de informática, etc., del Ayuntamiento en cuestión. Igualmente, es aconsejable investigar el proceso de escrutinio de los datos que nos van a proporcionar; es decir, cómo han sido identificados los «inmigrantes»⁷. Otra cuestión añadida viene dada por el número de variables solicitadas. El Padrón contiene las siguientes variables: nombre, apellidos, DNI o pasaporte, sexo, lugar y fecha de nacimiento, nivel de instrucción, nacionalidad, domicilio, distrito, sección y manzana de residencia, así como la fecha de alta en el padrón, pero en función de las variables solicitadas se hará más fácil o difícil el acceso a los datos.

Una vez tengamos los datos, sus potencialidades serán mayores a las de cualquier otra fuente. Permiten elaborar mapas temáticos a través de los cuales poder interpretar visualmente la distribución geográfica de la pobla-

diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, y que dio lugar en 2005 a un nuevo proceso transitorio de regularización extraordinaria de personas inmigrantes extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular (unas 700.000 solicitudes). En este proceso, el «certificado del Padrón Municipal» como requisito acreditativo de la residencia en España jugó un papel esencial, todo lo cual podría también haberse visto reflejado positivamente en el índice de altas de empadronamiento en estos años.

⁷ El proceso de inclusión de «inmigrantes» por personal funcionario puede realizarse a partir de la variable nacionalidad, pero el origen de nacimiento puede dar lugar a confusiones. Además, es aconsejable supervisar qué países han sido considerados como posibles emisores de población «inmigrante». Por último, es también interesante contrastar si se ha tenido en cuenta o no el pasaporte extranjero como factor de selección de esta población.

ción extranjera, atendiendo a diversas variables. Aportan información para elaborar el diagnóstico de salud de una comunidad. Ofrecen, por tanto, un mayor conocimiento sobre una población, premisa a partir de la cual es posible investigar los condicionantes de salud y enfermedad que inciden sobre ella.

Conclusiones

Vista la diversidad de fuentes de información disponibles para el estudio de la presencia de población extranjera, así como el dispar conjunto de datos que proporcionan, una primera reflexión tiene que ver con la veracidad y valoración de la magnitud cuantitativa de la presencia de inmigrantes en un determinado contexto. Otra reflexión apunta a que las diferencias en el volumen que representa la población extranjera sobre el total de población general no sólo se dan cuando comparamos España con otros países. Existen diferencias numéricas en función de la fuente de información utilizada, así como una desigual presencia de población extranjera en los diferentes ámbitos territoriales.

Además, existe variabilidad de datos para una misma región o territorio según la fuente de información empleada. Todo ello resalta la importancia de estudiar el fenómeno desde diferentes perspectivas de análisis dependiendo del territorio en cuestión y nos obliga a acercarnos en la mayor medida de lo posible al entorno específico que queremos estudiar.

La perspectiva comparativa de la presencia de población extranjera en el conjunto español, en las diversas comunidades autónomas y las diferentes provincias y municipios, es un medio útil para realizar análisis más precisos sobre la compleja realidad del fenómeno. Es un importante punto de partida para realizar estudios interesados en profundizar en la relación entre las nociones salud e incremento de la diversidad cultural en contextos de llegada de población extranjera.

En resumen, este tipo de estudios demográficos comparativos nos informa de algunas particularidades a tener en cuenta. Partimos de una desigual presencia de población extranjera distribuida en los diferentes territorios de la nación. Se da una alta variabilidad entre los datos en función del organismo emisor de la fuente de datos y la construcción de perfiles está directamente relacionada con la fuente de datos utilizada en cada caso. Te-

niendo presente esta desigual distribución territorial y variabilidad de datos estamos obligados a estudiar el fenómeno desde un punto de vista más estrechamente vinculado a la realidad de los contextos de estudio, y no sólo a observar las cifras globales. Los análisis sobre la distribución geográfica de la presencia de población extranjera en un contexto local pueden realizarse a partir de datos de empadronamiento contextualizados en el marco de estudios comparativos. Es necesario completar las debilidades teóricas y metodológicas de la demografía con la realización de estudios etnográficos que aporten información sobre las significaciones y prácticas del uso de este tipo de registros por parte de la población extranjera.

Finalmente, después de presentar datos y construcción de cifras sobre el fenómeno de la presencia de población extranjera, son múltiples las cuestiones que quedan sin respuesta. Al principio exponía, haciendo uso de las palabras de Neruda (1954) «[...] las cosas existían, se fugaban del número», lo que metafóricamente podemos aplicar a los procesos de contabilización de «los inmigrantes», «extranjeros», o «personas» que existen y que quedan tras el vacío que dejan los números. Vacío que es necesario llenar con nuevas investigaciones más preocupadas en el significado de aquellas «cosas» que nos empeñamos en contar.

Bibliografía

- Comisión Interministerial de Extranjería (1997), Anuario de Extranjería 1996, Ministerio del Interior, Madrid.
- (1998), Anuario de Extranjería 1997, Ministerio del Interior, Madrid.
 - (1999), Anuario de Extranjería 1998, Ministerio del Interior, Madrid.
 - (2000), Anuario de Extranjería 1999, Ministerio del Interior, Madrid.
 - Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración (2001), Anuario de Extranjería 2000, Ministerio del Interior, Madrid.
 - (2002), Anuario de Extranjería 2001, Ministerio del Interior, Madrid.
 - (2003), Anuario de Extranjería 2002, Ministerio del Interior, Madrid.
- GARCÍA CASTAÑO, F.J.; CAPELLÁN DE TORO, L.; GIJÓN SÁNCHEZ, M.T. y BOLÍVAR MUÑOZ, J. (2003), «Tema 58: Educación intercultural. Inmigrantes, extranjeros e infancia en Andalucía», en GALLEGO ORTEGA, J.L. y FERNÁNDEZ DE HARO, E. (dirs.), *Enciclopedia de Educación Infantil*. Volumen II. Málaga, Ediciones Aljibe, pp. 545-594.

- GARCÍA, F.J.; GIJÓN, M.T.; SÁNCHEZ, M.T. y BOLÍVAR, J. (2005), «Extranjeros y escolares. Formas de construir la diferencia en el ámbito de la educación formal en Andalucía mediante la llamada educación intercultural», en VERA VILA, J. (coord.), *Educación Intercultural: Diversidad e Inmigración*. Málaga, Cuadernos Fundación Santa María N° 4, Universidad de Málaga, pp. 16-50.
- GARCÍA, F.J. (2003), «Movimientos Migratorios y Sociedad Multicultural», Inédito.
- GIJÓN, M.T.; GARCÍA, F. J.; BOLÍVAR, J. y SÁNCHEZ, M.T. (2004), «El Estudio Comparativo de la Presencia de Población Extranjera en Granada: 1996-2003», en VII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica, ADH, Granada.
- GINER, S.; LAMO DE ESPINOSA, E. y TORRES, C. (eds.) (1998): *Diccionario de Sociología*, Alianza Editorial, Madrid.
- LEÓN, B. (2005), «La contribución demográfica de la inmigración: el caso de España», *Política y Cultura* N° 23, pp. 121-143.
- LÓPEZ, D. (2002), *Inmigración extranjera en Andalucía 1991-2001*, Instituto de Estadística de Andalucía, Consejería de Economía y Hacienda, Sevilla.

2. Políticas

Políticas sanitarias y población inmigrante. Los casos del Reino Unido, Francia y España

Fco. Javier Moreno Fuentes

Instituto de Políticas y Bienes Públicos (CSIC)

El asentamiento de poblaciones de origen inmigrante en Europa Occidental ha planteado importantes retos a las sociedades de acogida. El ámbito sanitario no ha permanecido ajeno a estos procesos y los servicios sanitarios públicos han debido adaptarse al perfil de una población cambiante. Dichas adaptaciones pueden ser clasificadas en dos ámbitos de actuación claramente diferenciados: el planteamiento de las cuestiones relativas al acceso de los recién llegados a la atención sanitaria, y las consideraciones en torno al modo de responder a las necesidades específicas de dichos colectivos.

Los sistemas sanitarios públicos de los distintos países han respondido a dichos retos de modo claramente diferenciado. Mientras en algunos países se planteaba ya a finales de la década de 1970 la conveniencia de adaptar el funcionamiento de los servicios sanitarios a las necesidades específicas de las nuevas poblaciones, en otros se garantizaba el acceso universal a las prestaciones del sistema sanitario público tan sólo a finales de la década de 1990. En este capítulo repasamos la evolución de las políticas sanitarias del Reino Unido (RU), Francia y España en su relación con las poblaciones de origen inmigrante, analizando comparativamente los condicionamientos que les han dado forma.

Universalismo y multiculturalismo británicos

El desarrollo de las estructuras básicas del sistema sanitario público británico coincidió temporalmente con los primeros momentos del fenómeno de la politización de la inmigración en el RU, por lo que la interrelación entre la universalización de las políticas de protección social y la necesidad de definición de la «comunidad» que debía ser cubierta por dichos programas se hizo bastante evidente.

La *National Health Service Act* de 1946 supuso un cambio de filosofía importante respecto a los esquemas de aseguramiento sanitario que habían existido en el RU con anterioridad, ya que atribuía al Ministro de Sanidad la obligación de promover el establecimiento de un servicio sanitario que asegurase la salud física y mental *of the people of England and Wales*. Esta definición relativamente difusa, y de carácter claramente universalista, pretendía mostrar el cambio de lógica respecto a las limitaciones del antiguo sistema (que había dejado a la mitad de la población británica fuera de su ámbito de cobertura); pero, al mismo tiempo, resultaba extremadamente imprecisa en lo relativo a la definición de sus límites de inclusión. La controversia se planteaba respecto a «quiénes» exactamente debían ser incluidos en la categoría de *people of England and Wales*, y en particular respecto a los derechos de algunas categorías de personas (extranjeros temporal o permanentemente residentes, turistas, inmigrantes indocumentados, ciudadanos británicos no residentes en el RU, etc.). El establecimiento de un sistema de atención sanitaria con vocación universalista basado en la residencia, en un país donde más allá del pasaporte (no obligatorio) no existía un documento oficial estandarizado para identificar a los ciudadanos, y donde las legislaciones sobre nacionalidad e inmigración estaban íntimamente imbricadas (otorgando derechos de asentamiento en el RU a una buena parte de la población del planeta), planteaba problemas importantes en la delimitación del rango de cobertura del nuevo sistema. En el nuevo marco institucional, la relación entre contribución a la financiación del sistema y derecho de acceso a sus prestaciones quedó también establecida de un modo mucho más difuso. La combinación de ambas incertidumbres permitió transformar la cuestión del rango de cobertura del *National Health Service* (NHS) en un debate político acerca de los límites «legítimos» de inclusión del nuevo sistema sanitario.

La gran popularidad de la que gozó el sistema sanitario público entre los ciudadanos británicos desde su misma creación supuso que los dos

partidos mayoritarios (laboristas y conservadores) continuaran definiéndose públicamente como defensores del NHS. La imposibilidad de cuestionar los rasgos centrales del sistema sanitario multiplicaba los incentivos para introducir en la agenda política otros aspectos puntuales que, entroncando con temas característicos de una determinada cosmovisión ideológica, fueran capaces de movilizar políticamente a la opinión pública hacia las posiciones de un partido en un contexto político determinado. Así, para el Partido Conservador la introducción en la agenda política del tema de la utilización «abusiva» del NHS por parte de los extranjeros suponía la plasmación de su crítica a un sistema sanitario público que consideraban excesivamente generoso, evitando al mismo tiempo aparecer como un partido opuesto al desarrollo de dicho sistema. La vinculación del rango de cobertura del NHS con el siempre delicado fenómeno de la inmigración permitía sembrar dudas acerca de un sistema financiado por el contribuyente británico y que era presentado como abierto al abuso por parte de extranjeros.

Las medidas adoptadas en contextos de politización del rango de cobertura del NHS estuvieron marcadas por un fuerte carácter simbólico. Así, los promotores de las políticas restrictivas del acceso al sistema sanitario público de determinadas categorías de extranjeros eran conscientes de la complejidad de implantar ese tipo de medidas en un sistema basado en la presunción de derecho y sin mecanismos internos efectivos de control de elegibilidad, pese a lo cual, en la década de 1940 presionaron para introducir cláusulas restrictivas al rango de cobertura del NHS, y a principios de la década de 1980 para desarrollar dicha normativa en una regulación específica.

Una serie de factores de orden organizativo, administrativo y de gestión hacían extremadamente difícil la aplicación efectiva y homogénea de las medidas encaminadas a limitar el acceso al sistema sanitario a los extranjeros considerados como *visitors*. El primero de dichos problemas residía en la propia estructura organizativa y de atribución de responsabilidades del sistema sanitario británico. La descentralización del NHS constituía una fuente permanente de tensiones entre el gobierno central (encargado de las decisiones de gasto sanitario a escala estatal) y la periferia del sistema (gestionada con un gran margen de autonomía por los profesionales sanitarios empleados en los centros). En ese contexto, el grado de cumplimiento de la normativa restrictiva al acceso varió considerablemente entre las diferentes autoridades sanitarias regionales y locales (llegando algunas a negarse a aplicar dichas normas tras comprobar su más que relativa eficacia). La realidad era que no existía mecanismo efectivo alguno que permitiese al gobier-

no central forzar a las autoridades regionales o locales a aplicar las *Charges to Overseas Visitors Regulations* aprobadas en 1982.

El segundo bloque de obstáculos a la introducción de esas tasas estaba vinculado a la incompatibilidad de dicha normativa con las prácticas organizativas del NHS. Como ejemplo de *street level bureaucrats*, los empleados del NHS disfrutaban de un considerable grado de discreción en el ejercicio de sus tareas. Esto no implica que no debiesen obedecer regulaciones y directivas jerárquicamente estructuradas, sino que, en aplicación del considerable margen de autonomía del cual disponían, aplicaban su propia escala de prioridades para hacer frente a la gran cantidad de directrices canalizadas desde los núcleos de toma de decisiones.

Las *Charges to Overseas Visitors* introdujeron una limitación más teórica que real al acceso de los extranjeros a las prestaciones del NHS. Esta regulación tuvo una aplicación anecdótica en buena medida por la falta de interés político en su implantación (los réditos políticos generados fueron recogidos ya antes de su aplicación), por lo que desde entonces languideció como una anécdota en un sistema sanitario de vocación universalista.

El «paradigma político» a través del cual se afrontó el tratamiento de la diversidad interna en el seno de la sociedad británica determinó el enfoque desde el cual se plantearon las cuestiones relativas a la equidad en la provisión de servicios sanitarios a los colectivos de origen inmigrante. La conceptualización de estos colectivos como «minorías étnicas» tuvo una notable importancia en el planteamiento de programas de intervención diseñados para reducir las desigualdades en salud que afectaban a las poblaciones de origen inmigrante.

Pese a sus limitaciones metodológicas, las investigaciones basadas en el análisis de las tasas de mortalidad y morbilidad realizadas desde principios de la década de 1980 apuntaron hacia la existencia de importantes desigualdades en salud entre las personas nacidas fuera del RU y el resto de la población británica¹.

1 La naturaleza específica de dichas desigualdades en salud variaban en función del país de origen de dichos grupos: la tasa de enfermedades coronarias era superior a la media en el caso de aquellas personas nacidas en el subcontinente indio; la prevalencia de enfermedades cerebrovasculares era considerablemente más alta para el conjunto de las personas nacidas en el extranjero (exceptuando las procedentes del Este de África); los casos de cáncer de útero alcanzaban índices muy altos entre mujeres nacidas en el Caribe; la tasa de suicidios era inusualmente alta entre mujeres jóvenes nacidas en India; y la tasa de mortalidad por accidentes era anormalmente alta entre jóvenes y ancianos nacidos en Irlanda y el subcontinente indio.

Tradicionalmente se había asumido que los diferentes grupos étnicos minoritarios residentes en el RU debían utilizar los mismos servicios sanitarios, y en la misma forma, que la población blanca mayoritaria. La publicación de datos relativos a la existencia de desigualdades en salud que afectaban a las minorías étnicas llevaron a las autoridades británicas a desarrollar iniciativas encaminadas a responder a dichas desigualdades de forma específica. La existencia de un paradigma de incorporación de la diversidad interna proclive al reconocimiento de categorías de agrupación étnica permitió trasladar al aparato estadístico parte de dicha complejidad, desarrollando así mecanismos de seguimiento que, aunque imperfectos, han constituido un punto de partida valioso a la hora de explorar la importancia relativa de la etnicidad en el surgimiento y desarrollo de desigualdades en salud en la sociedad británica².

Una de las hipótesis explicativas del gradiente en el estado de salud de las minorías étnicas en el RU se ha formulado sobre la base de la fuerte correlación existente entre nivel de salud y estatus socioeconómico. Recopilando datos sobre patrones de exclusión en el RU, diversos autores han señalado que las minorías étnicas en ese país se encuentran claramente sobrerrepresentadas entre los colectivos situados por debajo del umbral de la pobreza, sufren tasas de desempleo superiores a la mayoría blanca y ocupan los empleos más precarios, con salarios más bajos y en condiciones laborales más duras (Mason, 1995; Bardsley y Lowdell, 1999).

Otro grupo de explicaciones a las diferencias en salud que afectan a los grupos étnicamente diferenciados en el RU ha girado en torno a la importancia de las barreras culturales, lingüísticas y de comunicación que dificultarían el acceso de estos grupos al sistema sanitario público en condiciones de igualdad con el resto de la población³. La subcultura institucional específica

2 Como ejemplo de este tipo de medidas, el *NHS Executive* instó a las autoridades sanitarias a sistematizar la recogida de información respecto al origen étnico de los pacientes hospitalizados a partir de enero de 1995, con objeto de generar información lo más fiable posible respecto a la morbilidad de dichos colectivos (*ethnic monitoring*), así como a las pautas de utilización de los servicios sanitarios por parte de dichas poblaciones.

3 La barrera lingüística ha sido señalada en infinidad de ocasiones como un obstáculo potencial para el acceso a los servicios sanitarios de aquellas personas cuya lengua materna no sea la del país de acogida. La falta de información adecuada en su propio idioma acerca de temas sanitarios, así como sobre el funcionamiento del sistema sanitario público, pueden deprimir la demanda de servicios sanitarios y con ello incidir negativamente en el estado de salud de estas poblaciones. Sobre este punto específico han sido expresadas también opiniones algo más escépticas que circunscriben los problemas de acceso al sistema sanitario por cuestiones lingüísticas a un grupo relativamente reducido, integrado por personas de edad muy avanzada o inmigrantes recientemente instalados en el RU (Baraitser, 1999: 147).

del NHS supondría así la primera barrera que debía ser superada por las minorías étnicas para recibir una atención sanitaria equitativa. A este enfoque se han opuesto una serie de autores contrarios a la utilización estereotípica de las diferencias de sistemas de valores culturales, creencias y estilos de vida entre los diferentes grupos étnicos sin consideración de otros factores estructurales que pueden estar interviniendo simultáneamente y contribuyendo a conformar los patrones de diferencias en salud entre esas poblaciones (Ahmad, 1992; Mason, 1995). A través del establecimiento de esquemas de traducción lingüística, la publicación de documentación sanitaria en las lenguas de las principales minorías étnicas, el tratamiento de la diversidad cultural en los programas de formación del personal sanitario, el establecimiento de mecanismos de consulta con las diferentes comunidades étnicamente diferenciadas, así como la contratación de personal sanitario bilingüe y de mediadores interculturales, algunas autoridades sanitarias regionales y locales británicas trataron de reducir el impacto de las barreras culturales y lingüísticas en el acceso de estos colectivos al sistema sanitario público.

Otra línea argumental sobre la existencia de un gradiente de salud entre minorías étnicas y mayoría blanca en el RU hace referencia a la existencia de necesidades específicas de estos colectivos derivadas de su experiencia migratoria (o de su propio *stock* «genético»), para las cuales el sistema sanitario público británico no estaría adecuadamente preparado. Con objeto de afrontar dichas necesidades específicas, varias autoridades sanitarias británicas desarrollaron programas dirigidos a los colectivos implicados (programas de intervención sobre algunos tipos de anemias que afectan fundamentalmente a las poblaciones de origen africano — *sickle cell, thalassaemia* —, o esquemas de atención psicológica a los solicitantes de refugio), aplicando también esquemas de prevención y de distribución de información especialmente adaptados a la idiosincrasia de las diferentes minorías étnicas residentes en el RU.

El último bloque de argumentos sobre las diferencias en salud que afectan a las poblaciones étnicamente minoritarias hace referencia a la posible existencia de prácticas discriminatorias en el sistema sanitario público británico. Desde el racismo virulento hasta la estereotipación y el prejuicio, las minorías étnicas deberían hacer frente al fenómeno de la discriminación en sus vidas cotidianas de forma permanente⁴. Además del impacto que estas

4 La publicación a principios de 1999 del *Steven Lawrence Report*, que denunciaba la pervivencia de la discriminación en todos los niveles de la Administración del Estado del RU y conceptualizaba dichas prácticas como racismo institucional, supuso una sacudida considerable en la

situaciones pudieran tener sobre el estado de salud (especialmente psicológica) de estos colectivos, la existencia de racismo en el seno del sistema sanitario público limitaría claramente las posibilidades de alcanzar el máximo potencial de salud de las personas pertenecientes a dichos grupos. Con objeto de alcanzar dicho objetivo, diversas autoridades sanitarias regionales y locales británicas crearon programas de igualdad de oportunidades en el empleo del personal para los centros sanitarios, establecieron procedimientos para eliminar la discriminación en el tratamiento de sus pacientes y desarrollaron canales de comunicación con los representantes de las distintas minorías étnicas asentadas en su área de actuación, al tiempo que establecían comités de seguimiento de la implantación de la política de igualdad de oportunidades encargados de la supervisión de los avances en dicha dirección (Chandra, 1996).

La necesidad de desarrollar medidas que fuesen percibidas como esfuerzos por incrementar la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia las minorías étnicas, llevó a las autoridades sanitarias británicas a volcarse en el desarrollo y aplicación de medidas procedimentales (establecimiento de observatorios de análisis y centros de formación; desarrollo de seminarios y foros para el intercambio de experiencias y prácticas; elaboración de directrices generales acerca de buenas prácticas; publicación de materiales que facilitasen el desarrollo de programas «culturalmente sensibles», etc.) y de gestión (contratación de personal perteneciente a minorías étnicas), que además de resultar poco onerosas (añaden escasos gastos adicionales al funcionamiento del sistema), poseen un perfil público muy marcado (trabajan fundamentalmente en el ámbito del discurso y de la imagen percibida del NHS por parte de la sociedad británica) y pueden ser controladas de modo relativamente cercano por los gestores de los centros sanitarios (minimizando así el margen de las desviaciones respecto a las directrices generales elaboradas a escala nacional). De este modo, el control sobre los «procesos» primó sobre la consecución de los supuestos objetivos finales (mejora de los niveles de salud de las poblaciones étnicamente minoritarias, reducción del gradiente sanitario que afecta a dichos colectivos, etc.). Así pues, la primacía de los aspectos más visibles y mensurables sobre las transformaciones en las

actitud de relativa complacencia que existía en el sistema sanitario público británico respecto al tema de la discriminación, y espoleó el desarrollo de investigaciones internas a todos los niveles del NHS con objeto de identificar las posibles desviaciones en el funcionamiento de dichos organismos respecto a la legislación antidiscriminatoria.

estructuras del NHS para adaptarlas a las posibles necesidades diferenciadas de las minorías étnicas resulta evidente.

Aseguramiento social y republicanismo francés.

El establecimiento de la *Securité Sociale* al término de la II Guerra Mundial como una agencia autónoma de la Administración del Estado (directamente gestionada por los agentes sociales) supuso una adaptación de los principios corporativistas a las características particulares de la sociedad francesa. El sistema de protección social francés fue creado en nombre de la «solidaridad nacional», aunque en la práctica funcionó en base a una lógica de «solidaridad profesional» (Duriez y Sandier, 1994: 19; Béland y Hansen, 2000: 51). Dado el carácter fundamentalmente laboral de la inmigración experimentada por Francia en el periodo comprendido entre la II Guerra Mundial y principios de la década de 1970, el acceso de los inmigrantes a la atención sanitaria estaba garantizado por su participación en el mercado de trabajo. En ese contexto, la utilización de los servicios sanitarios por los inmigrantes no constituía un aspecto susceptible de ser utilizado políticamente, por lo que el tema no apareció en la agenda política.

A finales de la década de los 1970 comenzó a instaurarse un nuevo equilibrio en el que las políticas sociales de carácter no contributivo y vocación universalista, diseñadas y financiadas por el Estado, fueron adquiriendo un mayor peso en el ámbito de la protección social en Francia. De modo paralelo, el anclaje de los inmigrantes extranjeros en el sistema de protección social comenzó a estar sometido a tensiones. El principal problema de la «reintroducción» del criterio de «solidaridad nacional» en la atribución de prestaciones sociales estribaba en la posibilidad de que se considerase a los inmigrantes como externos a dicha comunidad de solidaridad, y quedasen de ese modo excluidos de la cobertura proporcionada por los nuevos esquemas. Pese a que el *Conseil Constitutionnel*, en una sentencia de 1990, declaró inconstitucional el requisito de nacionalidad exigido para la concesión de ciertas prestaciones no contributivas, durante más de ocho años los poderes legislativo y ejecutivo hicieron caso omiso a dicha sentencia y no eliminaron las disposiciones discriminatorias de la normativa (Lochak, 1999). Estas prácticas, de naturaleza abiertamente ilegal y que limitaban el acceso de los extranjeros a las prestaciones no contributivas, constituían un claro ejemplo

del diferente prisma desde el que era percibido el acceso de los extranjeros a las prestaciones propias de esquemas de aseguramiento (por las que se había contribuido previamente de modo nominal), frente a aquellas que eran financiadas a través de impuestos generales y que quedaban así, en gran medida, reservadas a los nacionales.

Mientras que en el ámbito político el tema del acceso de los extranjeros a las prestaciones del sistema sanitario público francés comenzaba a ser enfocado desde una lógica de «abuso», para los hospitales se trataba fundamentalmente de un problema de financiación de los tratamientos de personas no cubiertas por los esquemas de aseguramiento existentes. Las presiones cruzadas (incremento del gasto sanitario frente a esfuerzos de austeridad financiera) obligaron a los hospitales a incrementar el control de sus gastos y, por tanto, a introducir un mayor rigor en los mecanismos de control de elegibilidad en las admisiones, lo cual afectó de modo especialmente negativo a los grupos más desfavorecidos, que utilizaban el hospital como puerta de acceso principal al sistema sanitario (Mestiri, 1987: 59)⁵. Así, los responsables de los hospitales públicos de París pasaron del rechazo de los argumentos xenófobos que acusaban a los inmigrantes de «invadir» los hospitales franceses a mediados de los años setenta del pasado siglo, a reconocer que los impagos relacionados con tratamientos a inmigrantes indocumentados constituían una pesada carga para las finanzas de sus centros. Aquellos hospitales que aceptaban atender a los extranjeros indocumentados debían encargarse de realizar los trámites administrativos necesarios para tratar de recuperar el coste de los tratamientos proporcionados, lo cual constituía un procedimiento largo, incierto, complejo y que, en el mejor de los casos, suponía recibir el pago por dichos servicios un año más tarde (Ménoret-Calles, 1997: 97). La estructura de incentivos para negar la atención sanitaria a las personas en situación administrativa precaria estaba claramente establecida, por lo que en múltiples ocasiones estas personas eran rechazadas de modo más o menos explícito en las ventanillas de los hospitales, o bien eran remitidas a los dispensarios gratuitos abiertos por las organizaciones caritativas para atender situaciones de exclusión.

La pretensión de alcanzar la plena universalización de la cobertura sanitaria mediante la multiplicación de esquemas de aseguramiento complementario financiados por las administraciones públicas planteaba una serie

⁵ En 1978, más de un millón de personas (tanto francesas, generalmente en situación de exclusión social, como inmigrantes indocumentados) seguía fuera del sistema de aseguramiento sanitario público.

de problemas de difícil resolución derivados de la segmentación y complejidad de las estructuras de la SS, de los dispositivos de ayuda social, de la legislación social y de los procedimientos específicos de cada agencia encargada de la tramitación de las solicitudes. Esta situación permitía las prácticas restrictivas (o ilegales) de las administraciones, al tiempo que favorecían el desconocimiento de los derechos y procedimientos por parte de los interesados. Ante la complejidad de dichos procedimientos, los propios profesionales sociosanitarios que debían tramitar los expedientes de los inmigrantes en situación irregular recurrían de modo prácticamente automático a los dispositivos caritativos sin agotar los márgenes de derechos teóricamente abiertos a dichas personas.

La aprobación de la Ley Pasqua en agosto de 1993 supuso un importante retroceso en el proceso de lenta expansión de los derechos sociales de los extranjeros, al condicionar el acceso a las prestaciones de la SS (incluyendo la cobertura sanitaria) a la legalidad de la residencia en territorio francés. Los efectos de estas medidas se vieron además agravados por las prácticas ilegales de los organismos gestores de la SS. La denegación ilegal de derechos a los inmigrantes irregulares por parte de las agencias de la SS se había venido produciendo de hecho desde mucho antes de la aprobación de la Ley Pasqua, por lo que en realidad esta legislación tan sólo vino a otorgar legitimidad a dichas prácticas.

El tema de la universalización de la cobertura sanitaria reapareció con fuerza en la segunda mitad de la década de 1990, en buena medida como respuesta a las consecuencias de las medidas restrictivas introducidas por la citada Ley Pasqua, y planteado por organizaciones del tercer sector que denunciaban la existencia de desigualdades significativas en el acceso a la sanidad en Francia. La movilización en torno al encierro de los *sans-papiers* en la iglesia de Saint-Bernard en junio de 1996 obligó a la izquierda moderada a proponer alternativas políticas en un terreno sumamente espinoso. La victoria del Partido Socialista en las elecciones generales de 1997 supuso un importante cambio de enfoque en la cuestión de las políticas migratorias, así como en la aproximación al fenómeno de la exclusión social. En el ámbito de la inmigración, el Gobierno de Jospin aprobó la Ley Chevénement, con la que se suavizaron algunos de los aspectos más restrictivos de las leyes promulgadas por los gobiernos precedentes. Simultáneamente, aprobaba la Ley de *Couverture Maladie Universelle* (CMU), que debía superar el carácter discrecional de la legislación sobre asistencia sociosanitaria.

Las medidas restrictivas del acceso de los extranjeros al sistema sanitario introducidas en Francia a principios de la década de 1990 habían resultado concordantes con las prácticas de control de elegibilidad tradicionales de las agencias encargadas de la gestión de la SS, por lo que fueron aplicadas con bastante más éxito que el obtenido por medidas de similar inspiración aplicadas en el RU. De hecho, fueron las prácticas expansivas introducidas por la CMU las que supusieron una ruptura del *habitus* de las agencias de la SS, por lo que la incertidumbre permanece hasta nuestros días en relación con las posibilidades reales de que el sistema de aseguramiento sanitario francés se adapte a la filosofía de presunción de derecho y universalidad que emana de dicha Ley⁶. Los análisis de las asociaciones de defensa de los inmigrantes han denunciado la aparición de ventanillas especializadas para indocumentados, la continuidad de las prácticas de comprobación de elegibilidad, la permanencia de los problemas para los indocumentados sin domicilio fijo (a los que se les exige una dirección para la apertura de derechos según los esquemas de la Ley CMU) y el desconocimiento de la lógica de funcionamiento de los distintos esquemas de la nueva Ley por parte de los profesionales sociosanitarios, todo lo cual contribuiría a frenar la aplicación efectiva de la nueva Ley.

La escasa atención prestada a la equidad en los discursos sobre las políticas sanitarias en Francia, y en particular en lo tocante a las prestaciones de servicios sanitarios a las poblaciones de origen inmigrante, así como el surgimiento de estructuras paralelas destinadas a este fin pero totalmente carentes de visibilidad, constituyen un indicador de las contradicciones del modelo de integración republicano.

El primero de los obstáculos para la inclusión de aspectos relacionados con la equidad en el diseño del sistema sanitario francés reside en su propio marco organizativo. Mientras que de la estructura institucional del NHS británico emanaba una obligación universalizadora basada en la igualdad de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, el sistema sanitario francés constituye tan sólo una parte de un sistema más amplio de

6 Tal y como han denunciado las asociaciones de lucha contra la exclusión social, el objetivo de la cobertura sanitaria universal podría verse obstaculizado por las condiciones de renta y residencia, algo que con anterioridad a la promulgación de esta Ley no formaba parte de las rutinas de funcionamiento de las agencias gestoras de la SS. Del mismo modo, la filosofía de «presunción de derecho» que se ha pretendido introducir con la nueva normativa choca frontalmente con la tradición de control de elegibilidad del sistema de SS, de lo que se podrían derivar también problemas de adaptación de las prácticas administrativas, y como consecuencia, negaciones arbitrarias de derechos.

seguridad social, cuyos objetivos generales están definidos más bien en términos de «seguridad» que de «equidad» (Carr-Hill y Aiach, en Aiach *et alii*, 1988: 188). Tradicionalmente, el concepto de equidad ha tenido escaso eco en Francia, desbancado por el omnipresente lema de la igualdad, heredero del *leitmotiv* de la Revolución Francesa, lo cual ha reducido considerablemente el margen para el tratamiento diferencial de los ciudadanos por parte de las administraciones públicas. El planteamiento de demandas relacionadas con las condiciones efectivas de acceso al sistema sanitario, o sobre las consecuencias de dicho estado de cosas en las desigualdades en salud existentes entre distintos grupos de la sociedad francesa, no ha llegado a ocupar un espacio propio en la agenda política. La inexistencia de un cuestionamiento del funcionamiento del sistema sanitario francés en términos de equidad afecta por partida doble a las poblaciones de origen inmigrante, a las que no se reconoce oficialmente como colectivos objeto de tratamiento estadístico o político específico⁷. De modo general, ha venido funcionando una objeción de carácter ideológico, vinculada a la existencia de la filosofía republicana de integración. Cumpliendo con este marco ideológico, los organismos encargados de la generación de datos estadísticos se han opuesto frontalmente a la toma en consideración de características de los individuos que pudiesen suponer una amenaza para la libertad individual (religión, afiliación política o sindical), o que pongan en cuestión la ciudadanía común (raza, etnicidad, nación). Esta filosofía ha quedado plasmada tanto en los discursos oficiales acerca del tratamiento de la diversidad interna, como en el marco legal que regula la generación de datos estadísticos. Así, los límites impuestos por el modelo republicano no habrían actuado únicamente sobre el marco regulador, sino que se habrían filtrado a las percepciones de los propios científicos sociales, de modo que éstos conceptualizarían el estudio de la diversidad interna como un tema con escaso prestigio, o directamente sospechoso de promover el «comunitarismo».

7 Los argumentos tradicionalmente esgrimidos en Francia para justificar la exclusión de variables determinantes de origen étnico de los análisis sobre desigualdad en salud han sido fundamentalmente de orden político y metodológico. En el ámbito político, se temía que la diferenciación de los colectivos de origen extranjero en el interior de la población francesa fuese utilizada para establecer una vinculación entre estos grupos y determinadas enfermedades de carácter infeccioso donde se tenía la certeza de que se encontraban sobrerrepresentados (tuberculosis, sida), con el riesgo de estigmatización que esto comportaría. En el ámbito metodológico, los argumentos contrarios a la utilización de las variables de nacionalidad u origen migratorio giraban en torno a la irrelevancia última de dichas variables y la dilución de su capacidad explicativa en otras variables intermedias de carácter socioeconómico.

Pese a que el debate sobre esta cuestión ha sido largo y complejo, las condiciones que mantenían el modelo republicano inalterable han sufrido transformaciones sustanciales en los últimos años, cambios que han contribuido a una ligera apertura en la dirección de un cierto reconocimiento de la diversidad interna de la sociedad francesa. Uno de los factores que más claramente influyó en esa evolución ha sido el reconocimiento de la existencia de discriminación en la sociedad francesa (Simon, 1999: 34).

Los escasos análisis realizados en torno a las desigualdades en salud que afectan a las poblaciones de origen inmigrante han mostrado un diferencial considerable en las tasas de mortalidad infantil entre los distintos colectivos, al tiempo que llegaban a unas conclusiones bastante contrainformativas en sus datos sobre mortalidad y morbilidad relativa en adultos (al indicar un mejor estado de salud de los extranjeros residentes en Francia que el de la población de nacionalidad francesa). Curiosamente, los indicadores de salud de la población de origen extranjero de nacionalidad francesa eran considerablemente peores, no sólo que los de los extranjeros, sino incluso que los de los nacidos franceses. Mientras que el primer dato paradójico era atribuido a la autoselección en origen de los inmigrantes, los peores datos de la población nacionalizada serían explicables por la precariedad de sus condiciones de vida y trabajo (Mizrahi *et alii*, 1993: 7). Esto hace pensar que, de adoptarse una metodología de agrupación de poblaciones basada en la categorización de la población por su origen étnico, como en el RU, los indicadores de desigualdad en salud serían posiblemente muy distintos.

La realidad cotidiana muestra que algunos problemas de salud pública afectan de modo específico a los colectivos de origen inmigrante. Ante la constatación de la existencia de unas necesidades específicas no cubiertas por los esquemas normalizados, distintas instituciones sociosanitarias francesas han desarrollado esquemas más flexibles de atención a los colectivos de origen inmigrante. Como ya observamos en el caso británico, las prácticas de estas instituciones del tercer sector, en colaboración con algunas agencias públicas, han actuado como promotoras de iniciativas adaptadas a las necesidades específicas de los colectivos inmigrantes, cubriendo así al menos parcialmente los huecos dejados por el funcionamiento cotidiano del sistema sanitario público.

La gran diversidad de actores implicados en el sector sanitario ha conllevado una multiplicidad de prácticas diferenciadas en el ámbito concreto de la adaptación a la diversidad cultural. Así, a principios de la década de 1990 existían en Francia experiencias como los cursos en «interculturalidad»,

encargados por los hospitales a empresas externas con objeto de formar al personal sanitario en el modo más adecuado de tratar a pacientes procedentes de ámbitos culturalmente diferentes. De igual modo, los hospitales franceses establecieron lugares adaptados al culto de las religiones más importantes (obviamente la musulmana), publicaron folletos con información sanitaria y administrativa básica en distintos idiomas, utilizaron servicios de interpretación lingüística y cultural, al tiempo que introducían la posibilidad de elegir menús adaptados a los requerimientos de las distintas confesiones religiosas (Thayer, 1994: 294; ODSE, 2000: 12). El *Fonds d'Action Social* (FAS) ha elaborado también una aproximación extremadamente sofisticada en relación con la diversidad que representan las poblaciones hacia las cuales va dirigida su acción. Dentro de una de sus grandes líneas de actuación encaminada a facilitar el acceso de las poblaciones de origen extranjero a los servicios públicos normalizados (especialmente los de carácter social), el FAS ha financiado el desarrollo de esquemas de ayuda en el proceso de apertura de derechos a través de esquemas de acompañamiento social, traducción e interpretación lingüística y cultural, lo que refleja una voluntad de avanzar en la dirección de alcanzar una provisión de servicios sociales más equitativa (Thayer, 1994: 290).

Desde 1962, y financiado a través de subvenciones de la UE, la DPM y el FAS, ha venido funcionando el Centro François Minkowska, especializado en el tratamiento de enfermedades mentales entre inmigrantes y refugiados políticos. En este mismo ámbito de la salud mental, y de un modo ciertamente paradójico, han surgido en Francia una serie de corrientes que propugnan la necesidad de contextualizar los problemas de salud que afectan al inmigrante en el marco de los sistemas simbólicos de representación, clasificación y gestión de la enfermedad propios de su cultura de origen. De este modo, han aparecido asociaciones de medicina psiquiátrica transcultural vinculadas a hospitales públicos y financiadas por distintas administraciones nacionales, regionales y locales. Estos centros tratan desordenes psicológicos y conductas desviadas en pacientes de origen inmigrante, en los cuales el componente étnico o cultural es considerado un obstáculo para su tratamiento por los circuitos normalizados⁸. Como no es de extrañar, el

8 La aproximación etnopsiquiátrica consiste básicamente en un rechazo de la universalidad del conocimiento psiquiátrico occidental, y en la creencia en la existencia de una vinculación indisoluble entre la psique del individuo y su cultura de origen. La aplicación de este enfoque para hacer frente a los desórdenes psíquicos de los inmigrantes implica la utilización de los marcos cognitivos propios de su cultura originaria a través de la intervención de chamanes, sanadores o curanderos. En colaboración con el etnopsiquiatra, éstos lograrían reducir las tensiones pro-

relativismo cultural de estos enfoques ha sido duramente criticado por aquellos que, fieles al ideario republicano, opinan que todo ciudadano ha de ser tratado de igual modo por las instituciones del Estado, y que tienden a circunscribir los determinantes de salud a cuestiones estrictamente materiales y sociales (alojamiento, empleo, renta, etc.).

Universalización progresiva e inexistencia de un modelo español de incorporación

La evolución del sistema sanitario en España ha estado acotada por una serie de hitos legislativos que, siguiendo una pauta de evolución incremental, han ido extendiendo la cobertura sanitaria al conjunto de la población española desde mediados de la década de 1980. Dicha universalización se alcanzó a partir de la acumulación de esquemas de aseguramiento, lo cual implicó la aparición de contradicciones internas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) establecido en 1986. Pese a ser financiado íntegramente con cargo a los presupuestos generales del Estado, dicho sistema ha continuado manteniendo prácticas de gestión y de control de elegibilidad propias de un sistema de seguridad social. Las similitudes con el caso francés resultan en este sentido particularmente remarcables, habida cuenta de que en ese país no hubo cambio formal de modelo organizativo.

El proceso de extensión de la cobertura sanitaria para las poblaciones de origen inmigrante en España siguió un ritmo gradual, reproduciendo en buena medida las pautas marcadas por la expansión de la cobertura sanitaria a la población española. También como en el caso francés, las ONG actuaron en España como agentes movilizadores. Pese a la escasa experiencia española en el ámbito de las políticas de inmigración y el estrecho margen para la politización de este tema en la esfera política, la expansión del acceso de los extranjeros al sistema sanitario público estuvo también relacionada con la evolución de las políticas migratorias.

La mayoría absoluta obtenida por el PSOE en las elecciones generales de 1982 supuso un respaldo al proyecto socialista de reforma del sistema sanitario heredado de la época franquista. Este proyecto propugnaba la transformación del esquema de aseguramiento sanitario incluido en el sistema de

vocadas por la disonancia existente entre los marcos simbólicos de su cultura de origen y los de la sociedad de acogida.

seguridad social en un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal, financiado fundamentalmente a través de impuestos, y donde la provisión de servicios fuese realizada principalmente por centros sanitarios de titularidad pública. En 1986 era aprobada la Ley General de Sanidad (LGS), encargada de sentar las bases del nuevo SNS inspirado en el NHS británico. Entre los objetivos principales de la LGS destacaban la extensión del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, así como la unificación de todas las estructuras y servicios sanitarios públicos en un SNS formado por los Servicios de Salud de cada comunidad autónoma. Pese al cambio de filosofía que implicaba, la introducción de la LGS no supuso una ruptura radical del equilibrio institucional, de las prácticas organizativas o de las distribuciones de poderes y responsabilidades vigentes hasta ese momento en el sistema sanitario público español.

Tras la aplicación de la LGS y de los diversos esquemas que desarrollaban las medidas recogidas en dicha Ley, la cobertura del sistema sanitario público se expandió considerablemente hasta incluir, en 1987, a un 97,1% de la población. El último colectivo numéricamente importante para el cual se articularon medidas específicas de incorporación fue el de las personas sin recursos, que hasta ese momento recibían atención sanitaria a través de la beneficencia. El Decreto que propugnó la universalización venía en realidad a regularizar una situación de hecho producida por la atención sanitaria a los pacientes de la beneficencia a través de los servicios de urgencias de los hospitales de la SS, sin que el coste de dichos tratamientos fuese posteriormente trasladado a las autoridades locales teóricamente responsables de la financiación de la atención sanitaria a dichas personas⁹.

Debido a la propia naturaleza del sistema de protección social español, el acceso de los extranjeros a los esquemas de aseguramiento social estuvo tradicionalmente vinculado a su participación en el mercado de trabajo. La redacción de la LGS coincidió temporalmente con la elaboración del Reglamento de aplicación de la Ley de Extranjería aprobada algunos meses antes, pese a lo cual el tema del acceso de los extranjeros a las prestaciones del SNS apenas recibió atención durante la redacción de dicha normativa. Pese al reconocimiento teórico del derecho a la protección de la salud y a la atención

9 El progresivo deterioro de los servicios sanitarios de la beneficencia en buen número de municipios, así como las prácticas de los profesionales médicos, contribuirían a explicar dichas prácticas informales, que llevaron a la universalización de facto (Freire, 1993: 122). Con objeto de canalizar la financiación de los tratamientos sanitarios proporcionados bajo este esquema, la TGSS atribuyó una clave de identificación específica (56/) para los expedientes incluidos en él.

sanitaria para todos los extranjeros residentes en España, fueron establecidas una serie de distinciones en función del estatus jurídico y de la situación administrativa de las diferentes categorías de extranjeros. Así, mientras los ciudadanos de la UE tenían garantizado el acceso a las prestaciones del sistema sanitario español mediante el reconocimiento mutuo de la cobertura sanitaria, la atención sanitaria de los solicitantes de refugio o asilo (que en virtud de los tratados internacionales ratificados por España debería realizarse en igualdad de condiciones que los nacionales) era proporcionada por una ONG concertada con la Administración. Los inmigrantes indocumentados constituían el colectivo más precarizado, con un acceso limitado a los servicios de urgencias y al tratamiento de enfermedades infectocontagiosas. Diversos circuitos paralelos integrados por ONG, servicios sanitarios de la beneficencia (dependientes de comunidades autónomas y ayuntamientos) y profesionales de los distintos niveles de atención del SNS (a título individual y voluntario) se encargaban del seguimiento de los tratamientos recibidos en urgencias, la atención médica especializada, el tratamiento de enfermedades crónicas o de larga duración y hasta de la propia atención primaria para dichos colectivos. Esta cobertura parcial y segmentada adolecía de una grave carencia de medios, provocaba solapamientos en la provisión de servicios sanitarios y dejaba huecos importantes en la atención a estos colectivos, haciendo depender en última instancia el acceso de los inmigrantes indocumentados a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios. La movilización de los agentes sociales motivó la intervención del Defensor del Pueblo, quien dejó constancia de los problemas de cobertura sanitaria de los inmigrantes indocumentados en sus informes de 1992 y 1997, al tiempo que proponía la conveniencia de incorporarles a los canales de asistencia normalizados.

El tema de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados irrumpió finalmente en la agenda política estatal a principios de 1999, vinculado a los casos de menores y embarazadas no atendidos por el SNS. Pese a la relativa debilidad de la coalición de organizaciones que propugnaba la incorporación de dichos colectivos al SNS, su movilización encontró una ventana de oportunidad política relativamente favorable en el proceso de cambio del marco regulador de la política migratoria española. Tras la incorporación de este tema en la agenda política, la evolución del derecho de acceso al SNS para los extranjeros pasó a estar vinculado al proceso de elaboración de la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, generalmente conocida como Ley 4/2000.

Pese a las tensiones en el seno del Partido Popular (PP), entonces en el poder, respecto a la extensión de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados¹⁰, y tras obtener la victoria en las elecciones de 2000 (esta vez por mayoría absoluta), este partido no introdujo ninguna modificación en el derecho de acceso de los inmigrantes indocumentados al sistema sanitario en la nueva Ley 8/2000 que reformaba la anterior recién estrenada (probablemente por lo impopular que hubiese resultado dicha medida).

En el análisis del acceso efectivo de los extranjeros al sistema sanitario público en España, el estudio del papel desempeñado por los *street level bureaucrats* resulta muy importante. Dada la multiplicidad de instituciones implicadas en la apertura del derecho efectivo a las prestaciones del servicio sanitario público, el margen para la preeminencia de las prácticas sobre la norma resulta bastante amplio. Las prácticas de esos *street level bureaucrats* contribuirían, así, tanto a facilitar la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones excluidas (a través de la articulación de circuitos informales paralelos) como a denegar derechos de acceso.

La llegada de inmigrantes a España constituye un fenómeno tan reciente que no ha permitido la articulación de una política explícita y coherentemente desarrollada para facilitar la incorporación de dichos colectivos a la sociedad española. Ciertamente, el asentamiento de estas poblaciones ha influido sobre las políticas sanitarias españolas, pero hasta la fecha dicha influencia se ha centrado fundamentalmente en el ámbito del acceso. Las consideraciones acerca del tema de la equidad sanitaria en relación con estos grupos han quedado relegadas al ámbito estrictamente local, donde algunas autoridades sanitarias y organizaciones del tercer sector han desarrollado estudios e iniciativas en torno al impacto de la intervención del sistema sanitario sobre la salud de los colectivos de origen inmigrante. Dicha falta de interés por los aspectos relacionados con la equidad en la provisión de servicios sanitarios a las poblaciones inmigrantes está relacionada con la ausencia de una reflexión más general sobre la dimensión de la equidad en el ámbito sanitario español.

De modo similar a lo que vimos para el caso francés, el tema de la equidad en la provisión de servicios sanitarios tan sólo comenzó a emerger de

10 Para los responsables del Ministerio del Interior, con su Ministro a la cabeza, dicha Ley resultaba demasiado generosa en la extensión de derechos civiles y sociales a los inmigrantes indocumentados. El Ministro de Economía estimaba el coste del acceso al sistema sanitario público de este colectivo en unos 7.500 millones de pesetas anuales (para una población estimada de unas 80.000 personas en situación administrativa precaria), por lo que consideraba dicha medida desaconsejable.

modo incipiente en la arena política española cuando se alcanzó la universalización del acceso al sistema sanitario público. En este caso, sin embargo, la ruptura de la lógica de SS (con su dinámica propia de acumulación progresiva de esquemas de aseguramiento), así como el cambio de paradigma hacia un modelo de SNS en la línea del NHS británico, supuso una modificación radical de los planteamientos de igualdad y equidad en la política sanitaria, transformación que aún no ha sido totalmente interiorizada. Las consideraciones relativas a la equidad han seguido estando determinadas por la estructura institucional sobre la que se construyó el SNS, caracterizada por un marcado carácter descentralizado (proceso que tardó tres lustros en hacerse plenamente efectivo), una relativa indefinición del papel de las autoridades sanitarias nacionales en la coordinación y gestión del conjunto del sistema, y una pluralidad de modelos organizativos en los SRS que han convertido al SNS en un sistema articulado de un modo relativamente laxo. Las consecuencias de este orden de cosas han sido una creciente inquietud acerca de las desigualdades territoriales en salud y una escasa atención prestada a la cuestión de las desigualdades en salud entre distintos estratos socioeconómicos.

Demasiado atareadas adaptándose a una realidad vertiginosamente cambiante (de país de emigración hasta mediados de los años setenta del pasado siglo, a país receptor de flujos migratorios una década más tarde); concentradas en el diseño y aplicación de una política de control de fronteras (tarea compleja ante las limitaciones geográficas, materiales y políticas); y sin haber zanjado una crisis de identidad nacional latente desde la segunda mitad del siglo xx, las autoridades españolas no han sido capaces (y/o no se han mostrado dispuestas) de articular un modelo coherente de incorporación de la diversidad interna derivada del asentamiento de colectivos de origen inmigrante.

Pese a que, como vimos en los casos anteriormente estudiados, dichos «paradigmas» resultan limitados en la fase de implantación por una realidad que se resiste a ajustarse a un constructo teórico abstracto, constituyen en cualquier caso el marco cognitivo en el que encajan las grandes líneas de las políticas de incorporación de cada estado. La inexistencia de un modelo de este tipo en el caso del Estado español provoca una serie de repercusiones en la esfera de la incorporación de poblaciones de origen inmigrante. En primer lugar, y señalando lo que quizás constituye un aspecto positivo, los inmigrantes no han de afrontar un conjunto de demandas explícitamente estipuladas por parte de la sociedad de acogida para ver garantizado el acceso

a la misma. La falta de un modelo de incorporación coherentemente establecido no significa en cualquier caso la total inhibición de las administraciones públicas de dicho proceso, sino simplemente la inexistencia de una guía que estructure el diseño de políticas de tratamiento de la diversidad en el ámbito del Estado español. Así, cada comunidad autónoma y cada gobierno local ha afrontado los retos derivados de la creciente diversidad interna de su población a través de su propia idea de cómo debía realizarse dicha incorporación, idea informada en sus propias experiencias previas en ese terreno (como es claramente el caso de Cataluña, donde la experiencia obtenida con el tratamiento de las sucesivas olas migratorias procedentes de otras regiones españolas desde finales del siglo XIX ha sido explícitamente invocada como precedente de la actitud a adoptar en relación con los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo). En cualquier caso, el conjunto constituye una suerte de *collage* relativamente descoordinado, donde conviven modelos relativamente coherentes (a escala local o regional), con una total ausencia de concienciación acerca de la necesidad de afrontar las consecuencias de la nueva diversidad en otros ámbitos territoriales.

En el plano concreto de las políticas de equidad en el ámbito sanitario, esa descoordinada pluralidad se ve claramente reforzada por el alto grado de descentralización de las competencias sanitarias y la ineficiencia de los mecanismos de coordinación a nivel nacional. La consecuencia ha sido una relativa ausencia de la iniciativa pública en la resolución de los problemas más evidentes que se derivan de la inadaptación de los esquemas sanitarios a las demandas y necesidades sanitarias diferenciadas de las poblaciones de origen inmigrante, así como el desarrollo de una red (más o menos tupida dependiendo de los ámbitos territoriales) de organizaciones del tercer sector que tiende a ocupar dicho espacio.

Las organizaciones del tercer sector, así como aquellas que trabajan en defensa de los intereses de los inmigrantes, consiguieron introducir con éxito en la agenda política sanitaria la cuestión de la igualdad de acceso de estos colectivos al SNS tan sólo a principios de 2000. Desde ese momento, sus esfuerzos han ido dirigidos a conseguir la aplicación efectiva de la regulación, así como a readaptar sus propias estructuras de funcionamiento a la nueva situación (menor énfasis en la provisión directa de servicios sanitarios, mayor atención a labores de acompañamiento sociosanitario, desarrollo de campañas de prevención, establecimiento de esquemas de mediación intercultural, traducción e interpretación en el ámbito sanitario, etc.), al tiempo que han comenzado a presionar a las administraciones para que adapten sus

pautas de funcionamiento a las necesidades específicas de las poblaciones de origen inmigrante.

Así, las organizaciones del tercer sector parecen reproducir de nuevo el papel de sustitutos del sistema sanitario público, amortiguando las consecuencias más graves de las deficiencias del SNS. Tras su éxito en la adopción del criterio de residencia como mecanismo de atribución del derecho de acceso a las prestaciones del SNS, las organizaciones del tercer sector aún carecen de la capacidad de presión para introducir en la agenda el tema de la equidad en la provisión de servicios sanitarios hacia los colectivos de origen inmigrante.

Conclusiones

El primer argumento analítico planteado en este capítulo gira en torno a la idea de que la definición de los límites de inclusión de un sistema sanitario público en relación con las poblaciones de origen inmigrante queda en buena medida condicionada por los propios equilibrios institucionales de dicho sistema. Los intentos de limitar el acceso de algunos colectivos a las prestaciones de sistemas sanitarios de carácter esencialmente universalista se encuentran abocados al fracaso, y a lo sumo conseguirán una aplicación asistemática y discriminatoria de las restricciones adoptadas. De igual modo, la acumulación de esquemas de aseguramiento como mecanismo para alcanzar la universalización de la cobertura sanitaria en sistemas originariamente basados en las cotizaciones a un sistema de Seguridad Social se resuelve en una compleja superposición de esquemas burocráticos y en la aparición de una multiplicidad de intersticios entre instituciones por los que, con frecuencia, se cuelan los colectivos en situación social y administrativa más precaria, quedando así excluidos de los esquemas normalizados de atención sanitaria.

El segundo argumento que estructura el presente capítulo vincula el diseño de políticas específicamente elaboradas para atender a las necesidades de las poblaciones de origen inmigrante con la existencia de un modelo teórico a través del cual se afronta la diversidad interna de una sociedad. Históricamente, los Estados-nación occidentales han desarrollado concepciones marcadamente diferenciadas y profundamente arraigadas respecto a qué constituye la comunidad nacional legítimamente reconocida como tal.

Estos conjuntos de ideas, relativas tanto a los límites de la comunidad política como a la forma de afrontar la diversidad en su seno, constituyen auténticos «paradigmas políticos» que han condicionado las pautas que habían de seguir las poblaciones de origen inmigrante para incorporarse a la sociedad de acogida, y por lo tanto, para acceder a los mecanismos de protección social (Brubaker, 1992; Farrell, 1998).

Pese a la relativa claridad de los discursos que enmarcan las políticas hacia las poblaciones de origen inmigrante, y a su teórica contraposición, existe de hecho una cierta convergencia entre las prácticas efectivamente aplicadas en cada país. Dicha convergencia emerge de una combinación de inercias y resistencias institucionales que condicionan la implementación de las políticas oficialmente propugnadas. En el plano del acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos, y más allá de los criterios de elegibilidad oficialmente establecidos, esa convergencia implica una tendencia hacia un alto grado de universalización de facto de la cobertura sanitaria garantizada a través de una combinación de prácticas reguladas y esquemas informales. En el ámbito de las políticas específicas dirigidas hacia las poblaciones de origen inmigrante, dicha convergencia implica la aparición de una serie de esquemas que, organizados mediante la implicación de distintas coaliciones de agentes (ONG, asociaciones de inmigrantes, organizaciones sociosanitarias), surgen en todos los estados, aunque de forma más o menos regular y sistemática (esquemas de interpretación lingüística y cultural, programas preventivos específicos, centros de atención a patologías y necesidades especiales).

Esta pseudoconvergencia de las políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante se produciría no por una institucionalización de derechos individuales, ni mucho menos por el reconocimiento de derechos colectivos a las poblaciones étnicamente diferenciadas (algo que es explícitamente rechazado por algunos estados), sino por la aparición de una serie de «patologías» o «efectos perversos» en la implementación de las políticas oficialmente definidas. Los responsables principales de dichas desviaciones serían los encargados de la aplicación efectiva de dichas políticas, ya que son precisamente ellos los que habrían de afrontar las consecuencias derivadas de la inadecuación de los modelos formales respecto a las realidades sobre las cuales han de actuar cotidianamente. El ámbito de las políticas sanitarias se caracteriza por la existencia de una multiplicidad de planos de responsabilidad simultánea e íntimamente interdependientes (desde el nivel nacional – ministerial – hasta el estrictamente local – centros sanitarios –; y desde

la esfera política hasta la burocrática, pasando por el nivel específico de la autonomía de los profesionales sociosanitarios). Como consecuencia de esta complejidad (plasmada de modo muy evidente en la existencia de lógicas de actuación, objetivos y estructuras de incentivos diferenciadas entre los distintos actores implicados en este ámbito de políticas), las decisiones tomadas en el nivel superior de cada equilibrio institucional específico se ven radicalmente transformadas por las acciones aplicadas en los estratos inferiores.

Únicamente la consolidación de los sistemas sanitarios de cobertura universal parece abrir el espacio para que, ante la constatación empírica de la persistencia de los niveles de desigualdad en el estado de salud de distintos sectores de la población, las presiones sociales hayan incitado a las autoridades sanitarias a incrementar las exigencias normativas sobre dichos sistemas sanitarios, superando el objetivo del «tratamiento igual para igual necesidad» y avanzando en dirección a objetivos más exigentes, como la «igualdad de estado de salud».

La reflexión general sobre las desviaciones de las prácticas respecto a las nuevas regulaciones nos lleva a plantearnos las dificultades de adaptación de las pautas de actuación administrativo-burocráticas ante los cambios de cultura organizativa. Las contradicciones generadas por la implantación de rasgos propios de sistemas universalistas en el seno de un sistema de seguridad social como el francés provocan importantes desajustes entre marco normativo y práctica administrativa, llegando a cuestionar la implementación efectiva de la política perseguida en dicha regulación. De igual modo, la observación de la relativa convergencia de las políticas de equidad en salud desarrolladas hacia las poblaciones de origen inmigrante en países con modelos de organización sanitaria y de incorporación de la diversidad relativamente antagónicos, plantea la conveniencia de establecer un proceso de aprendizaje sistemático de dichas experiencias con objeto de aplicar las conclusiones de dicho estudio al diseño e implementación de una política de ese estilo en estados como el español, relativamente inexpertos en este ámbito de políticas.

Bibliografía

- AHMAD, W. (1992). *The Politics of «Race» and Health*. Bradford: Race Relation Unit.
- AIACH, P., CARR-HILL, R., CURTIS, S. y ILLSLEY, R. (1987). *Les Inégalités Sociales de Santé en France et en Grande-Bretagne*. Paris: INSERM.
- BARDSLEY, M. y LOWDELL, C. (1999). *Health Monitoring for Black and Minority Ethnic Groups. A Discussion Paper*. London: The Health of Londoners Project. ELCHA.
- BÉLAND, D. y HANSEN, R. (2000). *Reforming the French Welfare State: Solidarity, Social Exclusion and the Three Crisis of Citizenship*. West European Politics, vol. 23, nº 1.
- BRUBAKER, R. (1992). *Citizenship and Nationhood in France and Germany*. Cambridge: Harvard U. Press.
- CHANDRA, J. (1996). *Facing Up to Difference. A Toolkit for Creating Culturally Competent Health Services*. London: King's Fund.
- DURIEZ, M. y SANDIER, S. (1994). *Le Systeme de Santé en France. Organisation et Fonctionnement*. Paris: CREDES.
- FAVELL, A. (1998). *Philosophies of Integration. Immigration and the Ideal of Citizenship in France and Britain*. London: Macmillan.
- FREIRE CAMPO, J. M. (1993). «Cobertura sanitaria y equidad en España». I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Madrid: Fundación Argenteria.
- HOGWOOD, B. y JUN, L. (1984). *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford U. Press.
- INSEE (1998). *Statistique sans conscience n'est que ruine*. Actes du Colloque. Paris.
- LASNE, N. (1996). «Les Intouchables». Paris: *Pratiques*, nº 44.
- LIPSKI, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- LOCHAK, D. (1999). «Sous le Droit, la Politique». Paris: *Informations Sociales*, nº 78.
- MACPHERSON, W. (1999). *The Stephen Lawrence Inquiry*. London: Home Department.
- MASON, D. (1995). *Race and Ethnicity in Modern Britain*. Oxford U. Press.
- MECHALI, D. (1990). «Pathologie des Étrangers et des Migrants». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 3, nº 3.

- MÉNORET-CALLES, B. (1997). *L'Accès aux Soins des Populations Démunies*. Paris: L'Harmattan.
- MESTIRI, E. (1987). «Au Dispensaire de Médecins du Monde à Paris». Paris: *Hommes et Migrations*, n° 1101.
- MINOGUE, M. (1983). «Theory and Practice in Public Policy and Administration». *Policy and Politics*, n° 11.
- MIZRAHI, A. y WAIT, S. (1993). *Acces aux Soins et État de Santé des Populations Immigrées en France*. Paris: Credes.
- MODOOD, T. y WEBNER, P. (1997). *The Politics of Multiculturalism in the New Europe*. London: Zed.
- MORENO FUENTES, F.J. (2004). *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Colección Documentos del Consejo Económico y Social. Madrid.
- PRESSMAN, J. y WILDAVSKY, A. (1973). *Implementation*. Berkeley: U. of California Press.
- SABATIER, P. (1991). «Political Science and Public Policy». *Political Science and Politics*, n° 24 (2).
- SAVIGNONI, A., LOT, F., PILLONEL, S. y LAPORTE, A. (1999). *Situation du Sida dans la Population Étrangère Domiciliée en France*. Paris: Institut de Veille Sanitaire.
- SÉLLER, D. y HILLIER, S. (1996). *Researching Cultural Differences in Health*. London: Routledge.
- SIMON, P. (1999). «Vers des Statistiques Ethniques?». *Plein Droit*, n° 41-42.
- THAYER, C. (1994). «Prise en Charge de la Santé des Populations Immigrées. Etude Comparative en France et en Angleterre». *Santé Publique*, 6 año, n° 3.
- URBAN, Q. (1991). «L'Étranger en Situation Irreguliere». Université Paris X-Nanterre: These pour le Doctorat en Droit.
- WHITEHEAD, M. (1992). *The Black Report, and The Health Divide*. London: Penguin.
- WILSFORD, D. (1994). «Path Dependency, or Why History Makes it Difficult but not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way». *Journal of Public Policy*, n° 14 (3).

Ciudadanía plural e igualdad de derechos. La seguridad social y las necesidades de la población extracomunitaria

Pino Schirripa

Universidad «La Sapienza» de Roma

Un ghanés en el Servicio de Higiene Mental¹

En 1996 tuve la oportunidad de colaborar con el Servicio de Higiene Mental del ambulatorio 8 de la Seguridad Social de Roma. Tenían que tratar el caso de un paciente ghanés y se pusieron en contacto conmigo a través de Sergio Mellina, un psiquiatra con el que había tenido el placer de colaborar y establecer un rico intercambio sobre temas relacionados con la psicopatología de la emigración, un campo en el que trabajaba desde hacía más de veinte años. Sergio Mellina es un psiquiatra que tiene muy en cuenta los estudios que se ocupan de antropología médica y psiquiatría. Desde hacía mucho tiempo, un buen número de inmigrantes acudían a su consulta en busca de curas y consejos.

1 La Investigación fue financiada por la Unión Europea (UE) -Dirección General V-. Por parte italiana participan la ONG Cidis-Alisei, la Fundación «Angelo Celli» para una cultura de la salud y el IRCCS «San Gallicano» de Roma. La investigación denominada *Health for all, all in health* ha implicado el primer año a Italia, España y Holanda; y el segundo año a Bélgica y Suecia. El principal objetivo fue clarificar cuál era la oferta terapéutica disponible para inmigrantes -fuera el que fuera su estatus legal-, prestando especial atención a las buenas prácticas. Durante el segundo año, focalizó la percepción que del servicio sanitario en los países que participaban en el proyecto tenían los inmigrantes. Ver Vulpiani-Comelles-van Dongen (2000); y en www.alisei.org

Se habían puesto en contacto conmigo en cuanto experto en las culturas akan de la zona costera de Ghana², ya que en las descripciones de la enfermedad que hacía el paciente, al que por discreción llamaré Joe, emergían algunos elementos que parecían estar en relación con las concepciones que la cultura akan tenía de la enfermedad y de cómo curarla. Cuando me encontré con él empezamos inmediatamente a hablar del país del que procedía, lo que pareció agradaarle mucho. Para que se sintiera más cómodo le propuse que siguiéramos en inglés, una lengua que hablaba mejor que el italiano.

Tras hablar un rato de algunos lugares de Ghana que ambos conocíamos, empezó a contarme el motivo por el que había decidido ponerse en contacto con el Servicio de Higiene Mental. Joe era un ex estudiante universitario que no había llegado a concluir sus estudios. Desde hacía ya tiempo convivía con una chica polaca que había conocido en Italia y sobrevivía trabajando en la construcción. Pero desde hacía algunos meses había empezado a sentir fuertes sensaciones de miedo que, a veces, adquirirían la forma de auténticas crisis de pánico y, lo que es peor, le habían ocurrido también mientras estaba subido a un andamio. Estaba muy asustado porque tenía miedo de caerse si tenía una crisis mientras estaba trabajando y, por este motivo, en los últimos tiempos había trabajado muy poco. Esperaba que pudieran darle alguna medicina que lo ayudara a superar tales ataques.

Cuando me llamó, el psiquiatra me había explicado que tenía algunas dudas sobre el significado que debía atribuirle a algunos episodios de la enfermedad que Joe había sufrido cuando todavía vivía en África, y que apareció durante la anamnesis. Fui dirigiendo la conversación de tal modo que nos llevara a tratar de su historia personal y le pedí que me hablara de aquellos episodios patológicos. Me contó que una vez, hacía muchos años, había estado muy enfermo en Ghana a causa de un episodio de hipertensión que él relacionaba, al igual que había hecho durante la anamnesis, con la situación que estaba sufriendo. Le pedí aclaraciones y me dijo que la hipertensión era una consecuencia de las fuertes tensiones que había habido entre el linaje de su padre y el de su madre, al que él pertenecía en cuanto miembro de una sociedad matrilineal. Por tanto, aunque hablaba de sus problemas de salud en términos médicos, buscaba las causas que podían haberlos motivado en

2 Se entiende por población akan al conjunto de grupos étnicos –asantes, fante, akwapin y nze-ma en Ghana; y agni y baule en Costa de Marfil– que comparten un sinfín de rasgos lingüísticos y culturales y están relacionados entre sí por un complejo entramado de vicisitudes histórico-políticas desde el s. xv.

el horizonte terapéutico tradicional del mundo akan³. De hecho, y así me lo explicó en un encuentro posterior, estaba convencido de que los familiares del padre, que estaban en plena querrela con la familia de la madre a causa de unos terrenos, se habían puesto en contacto con un sacerdote-curandero tradicional para que, mediante una acción espiritual, le hiciera daño a él y, a través suyo, a todo su linaje.

Joe temía, también, que el problema que lo había conducido al Servicio de Higiene Mental dependiera de la acción maléfica que algún sacerdote-curandero había desencadenado contra él instigado por alguien, de cuya identidad no tenía la certeza, que tramaba algo contra él. En uno de nuestros encuentros me confió en secreto que estaba seguro de que un sacerdote-curandero de Ghana lo había maldecido y que tal acción mágica había tenido lugar durante una llamada telefónica.

Cuando le invité a que les contara a los médicos del Servicio de Higiene Mental lo que me había dicho, se mostró bastante reticente. Me dio a entender claramente que si se había dirigido a tal servicio era para obtener algún fármaco que, eliminando los ataques de pánico, le permitiera volver a trabajar. Sabía perfectamente que la causa de sus problemas era la magia, pero sabía también que la biomedicina no podía hacer nada contra ella. Lo que sí seguramente podía hacer era resolver el problema contingente, es decir, los ataques de pánico. Me aclaró que, por lo que se refería al ataque mágico, es decir, a la causa última de sus problemas de salud, recurriría a un sacerdote-curandero tradicional, en Italia o en Ghana.

La historia que acabo de reproducir en estas líneas introduce un problema con el que tiene que enfrentarse cotidianamente el personal sanitario de la Seguridad Social italiana: el de la compleja relación que se establece con individuos procedentes de sociedades no occidentales y que a menudo poseen una concepción distinta de la enfermedad y de sus causas. Los enormes movimientos migratorios que han llenado de masas de inmigrantes las ricas sociedades industriales occidentales obligan a tener que considerar todas estas concepciones diversas⁴. Tal necesidad surge, en primer lugar, por un motivo ético-político. Un servicio sanitario público debe estar abierto a todos sus posibles beneficiarios. Desoír las solicitudes de ayuda que se presenten

3 En un linaje que se constituye por línea materna, un individuo reconoce como familiares a todos los hijos de las mujeres descendientes del cabeza de la estirpe.

4 Sobre este tema existe una amplia bibliografía en Italia. Véase la excelente bibliografía editada por Seppilli y Pellicciari (2000). También en www.alisei.org. Para una recopilación crítica específica sobre el campo de la salud mental, cfr. Cardamone e Inglese (1998).

con modalidades diversas respecto a lo que consideramos habitual en la tradición terapéutica occidental, es decir, no tener en cuenta la diversidad cultural ni las diferentes concepciones que de la enfermedad y sus causas tienen los individuos que proceden de aquellas sociedades que, muy a menudo, solemos considerar exóticas, significaría menoscabar el principio en el que se basa la propia concepción de servicio público y alejar a estos individuos de él. Los problemas de comunicación, la convicción de que los médicos no pueden entender el problema que atormenta a alguien impidiéndoles, por lo tanto, intervenir para poder solucionarlo, pueden empujarles a buscar ayuda en otra parte.

Y esto nos conduce a la segunda razón por la que creo que es necesario que nuestro servicio público se organice para poder dar respuesta a las peticiones de ayuda que le llegan formuladas con un lenguaje y con una modalidad muy distantes de los utilizados en la traducción terapéutica propia de la biomedicina. Un servicio público que, en la práctica, aleje a individuos con problemas de salud, corre el riesgo de aumentar el potencial patológico global presente en la sociedad y traicionar, así, una de sus funciones más importantes: la de ocuparse de mantener y mejorar la salud de todos.

Es cierto que este ejemplo es un caso extremo. Para Joe su problema de salud dependía del ataque maléfico de un brujo, una causa ajena a los cánones de la racionalidad científica de la biomedicina. Pero, por su alejamiento del paradigma biomédico, el caso puede considerarse como una provocación. Al poner a prueba nuestra capacidad de comprensión de las causas de un malestar —en este caso psíquico, pero no olvidemos que el primer «ataque del brujo» le causó a Joe un problema de hipertensión— nos obliga a plantearnos el problema de la comunicación y el de la comprensión de las tradiciones terapéuticas ajenas a la concepción biomédica⁵. En este trabajo me gustaría detenerme brevemente sobre cómo se están equipando los ser-

5 Se trata de un problema complejo, ya que la enfermedad es algo que se puede definir de manera diferente dependiendo de la perspectiva que se adopte. Escribe Seppilli (2000: 40) que salud se refiere a cinco condiciones que se sitúan cada una en un plano diferente y que subrayan diferentes procesos de identificación y respuesta: (a) una enfermedad «objetiva» (*disease*), que se puede percibir subjetivamente o no como «molestia», o que se puede considerar simplemente como un «riesgo» contra el que se pueden utilizar algunas medidas de prevención; (b) la percepción subjetiva de una enfermedad (*illness* 1); (c) la interpretación del paciente basada en su universo cultural y en sus experiencias emocionales (*illness* 2); (d) las reacciones sociales determinadas por la enfermedad y sus consecuencias para el estatus y el papel social del paciente (*sickness*); y (e) el aparato diagnóstico-terapéutico culturalmente predispuesto para dar respuesta a casos específicos y al conjunto de las expectativas, roles y procedimientos comportamentales que lo acompañan.

vicios sanitarios para poder afrontar las necesidades que de curarse tienen los inmigrantes.

Pero antes de proseguir creo que sería oportuno hacer algunas precisiones. En el caso que hemos citado se hacía referencia a una concepción diferente de la salud. Tengo que decir que interpreto tal concepción como específica de los que comparten una determinada cultura y, concretamente, en este caso, la de la sociedad costera de Ghana, y no estoy refiriéndome a una concepción de la enfermedad aplicable al conjunto de inmigrantes presentes en Italia. Porque es cierto que frecuentemente se tiende a tratarlos como si fueran un grupo homogéneo, en parte gracias al horrendo término «extracomunitario» que ya forma parte de nuestro léxico cotidiano. Como subraya Seppilli (2000: 31-32), tal etiqueta nos permite agrupar a personas procedentes de sociedades, culturas e historias totalmente distintas y con pocas cosas en común. Usando esta etiqueta lo que hacemos es distinguirnos nosotros —los «nativos europeos»— de los que «vienen de fuera», confiriéndole al término un valor negativo. No es casual, pues, que dicha etiqueta no se aplique cuando se habla de norteamericanos, canadienses, suizos, etc., aunque estos sean, desde un punto de vista estrictamente político, también extracomunitarios.

La concepción de la enfermedad en Ghana

Todos los estudios de etnomedicina reconocen la distante concepción que de la enfermedad tiene la medicina tradicional respecto a la biomedicina. Tanto si se hace referencia a sistemas gobernados por categorías «personalísticas», en las que la enfermedad se debe a la intervención activa de un agente humano (brujo, mago) o sobrenatural (espíritu, antepasado), como a sistemas gobernados por categorías «naturalísticas», en las que la enfermedad está provocada por el desequilibrio de las fuerzas que regulan el cuerpo y el universo (frío/calor, yin/yang) —por usar una dicotomía no demasiado convincente de Foster (1976)⁶—, la enfermedad, para la mayor parte de

6 Posiciones análogas las encontramos en Murdock - Wilson - Frederick (1978). Tal dicotomía parece poco útil, ya que intentando establecer macrocategorías en las que puedan encontrar lugar las diferentes concepciones etiológicas, se tiende a simplificar la complejidad de las ideologías tradicionales de la enfermedad. Además, es muy difícil pensar en una forma terapéutica gobernada sólo por una de estas lógicas, ya que muy frecuentemente en las distintas concepciones de la enfermedad (cuando no se trata de la etiología) entran en juego tanto las concepciones naturalísticas como las personalísticas, con lo que tal distinción es heurísticamente poco rele-

los pueblos no occidentales, no se presenta nunca como un acontecimiento casual, sino que es el signo inequívoco del deterioro de un profundo equilibrio que trasciende al individuo y que está en relación con la sociedad o el cosmos. Usando una acertada expresión de Augé (1986: 33), «los sistemas de interpretación utilizados según las distintas ocasiones por los especialistas pero genéricamente conocidos, o al menos reconocidos, por todos convierten cualquier desorden biológico en el síntoma de un desorden social».

Tal concepción, por lo que se refiere a Ghana, ha sido exhaustivamente descrita (Grottanelli, 1977, 1978; Appiah-Kubi, 1981; Lanternari, 1994). Este último ha demostrado, en varias ocasiones, que no es posible distinguir entre enfermedad – un acontecimiento que se percibe como causal y no casual – y un vasto universo de valores, entendidos como los pilares sobre los que se apoya la protección de la sociedad. La enfermedad, para él, no se puede entender desligada de este amplio contexto. Nos remite a algo más, ese algo sobre el que tendrán que intervenir los expertos.

Podemos decir que la explicación de la enfermedad se encuentra, en muchos casos, en causas concretas de orden «moral» de las que, la mayor parte de las veces, son responsables la víctima o su familia⁷. Se percibe, por tanto, como una culpa del individuo o de un miembro de su familia que ha roto el código justo de comportamiento social o se ha olvidado de hacer las ofrendas en honor de los antepasados y de los espíritus, infringiendo así la norma religiosa. Otras etiologías pueden ser el estado de tensión en las relaciones sociales del individuo o la actuación malvada de una bruja o de una maga. Incluso en estos casos, se hace referencia o a comportamientos antisociales o a una situación de tensión que puede influir negativamente en el equilibrio de la comunidad.

Junto a magos y brujas, los agentes causales son los espíritus y los antepasados, que intervienen cuantas veces se pone en entredicho el orden tradicional, se transgrede alguna norma de comportamiento o se rompe algún tabú, castigando al responsable poseyéndolo o convirtiéndolo en un enfermo. Desde este punto de vista, tienen la función de garantizar el respeto a los valores tradicionales y al orden por parte de la comunidad⁸.

vante. Para una crítica a los planteamientos de Foster, ver Augé - Herzlich (1986).

7 Sobre la lógica de la casualidad que justifica la aparición del mal, ver Lewis (1972).

8 Tal función podría hacernos pensar que el culto a los antepasados estaría incluido en aquellos cultos que Lewis (1987) clasifica como «cultos centrales de carácter moral», en los que predomina la función de los eventos sobrenaturales como vigilantes y garantes del buen funcionamiento de la sociedad.

De forma general, cuando se recurre a un curandero, éste tiene la función de descubrir la causa de la enfermedad mediante la adivinación o a través de los espíritus que lo poseen. Cuando se localiza la causa, que estén presentes no sólo el paciente sino también algunos miembros de su familia es fundamental para que la terapia tenga éxito. Si no se descubre el origen del mal, es decir, la culpa o el ataque del brujo que han provocado la enfermedad, la cura no tendrá efecto. A veces, la sesión adivinatoria adquiere las características de un coloquio en el que el curandero se informa de cómo se ha manifestado la enfermedad, de los avatares recientes de la familia y de las posibles situaciones de tensión que podrían justificar el ataque de una bruja o un mago. La exposición minuciosa de los hechos, la respuesta a las continuas preguntas del curandero, que van paulatinamente confirmando o no el proceso adivinatorio, permiten poco a poco aislar un acontecimiento, un hecho o, mucho más a menudo, un escenario de tensiones no declaradas dentro del grupo, que asumen el carácter amenazador de un ataque mágico. En ese momento el sacerdote-curandero está preparado para dar su interpretación de los hechos: la enfermedad puede atribuirse a una causa bien determinada. A partir de ese momento empezará el paciente trabajo para recomponer una comunicación con los antepasados que se ha interrumpido o para alentar tensiones. Se trata de un trabajo largo y complicado, que presenta distintas fases y que es distinto en cada caso. A veces será necesario sacrificar algunos animales, lo cual supone normalmente un precio muy alto para las familias; en otras ocasiones el paciente deberá someterse a ritos cuya función es eliminar las influencias negativas del ataque mágico. En los casos más graves, a menudo provocados por la influencia negativa de un espíritu que se obstina en molestar a su víctima provocándole la enfermedad, se interviene con ritos específicos para exorcizar al espíritu, o para calmarlo y convencerlo para que haga las paces con su víctima. En este último caso, el paciente empezará una experiencia de convivencia con el espíritu, y los signos de la enfermedad, en este caso, se interpretarán como los signos de una vocación que conducirá al paciente a iniciar su carrera de sacerdote-curandero.

El camino para curarse es siempre largo y complejo. Será necesario que el curandero intervenga en varias ocasiones. Por su parte, según como vaya evolucionando el caso, el curandero podrá ir cambiando la interpretación de los hechos, y consecuentemente ir modificando la cura; cabe tener en cuenta que el diagnóstico, si así podemos definir la sesión adivinatoria, nunca es definitivo y «la enfermedad se va reconociendo durante la lucha del terapeuta,

que tiene que saber encontrarla, descubrirla, soportarla y vencerla» (Coppo, 1994: 42).

Lo que he descrito hasta el momento es la concepción que de la enfermedad tenían los pueblos akan, si hasta hoy hubieran permanecido inmutables. Sin duda, el uso del presente etnográfico puede haber reforzado esta sensación. En realidad, como pasa con todos los aspectos de la cultura, estamos asistiendo, en el campo de la medicina, a continuas transformaciones por lo que se refiere a la técnica terapéutica, al igual que por lo que se refiere a la propia ideología de la enfermedad, que ha experimentado un sinfín de variaciones. La penetración de la cultura occidental y la afirmación de la medicina occidental en Ghana⁹ han contribuido a modificar profundamente la concepción de la enfermedad. Actualmente, a la concepción tradicional de la aparición del mal se une otra, que considera la enfermedad como un efecto de la acción de agentes patógenos no naturales. Las dos concepciones conviven y definen ámbitos distintos de enfermedades: las enfermedades «espirituales» la primera, y las enfermedades «naturales» la segunda.

Esta clasificación define, al mismo tiempo, los ámbitos de aplicación de ambos tipos de medicina. La occidental puede curar las enfermedades de tipo natural, mientras los terapeutas tradicionales reivindican su capacidad de intervenir positivamente tanto en las enfermedades naturales como en las espirituales (Schirripa 1992: 177-190)¹⁰. Es el terapeuta tradicional el que, al hacer el diagnóstico, decide si la enfermedad es de tipo natural o espiritual. Tal decisión será determinante a la hora de establecer la cura. Pero no podemos dejar de considerar que ya en el ámbito familiar se establece un primer diagnóstico basándose en los criterios que hemos expuesto. Y este primer diagnóstico puede ser decisivo, ya que considerar una enfermedad como natural o como espiritual puede condicionar en gran medida la elección del tipo de recurso terapéutico al que recurrir, al menos en un primer momento.

9 La hegemonía de la biomedicina como recurso terapéutico en Ghana es un proceso que se inició con la dominación colonial inglesa. Se trata de un proceso complejo, que se ha ido desarrollando mediante la construcción de hospitales y otras estructuras sanitarias, la imposición de reglamentaciones y leyes sanitarias que tenían la función de disciplinar –en sentido *foucaultiano*– las costumbres y los cuerpos de los nativos, vistos como fuente de contagio en cuanto portadores de costumbres sociales «desordenadas». Ver Addae (1997), Carlson (1984), Gale (1995), Patterson (1981) y Schirripa (2000a).

10 Para un cuadro completo deberíamos añadir que los profetas de las Iglesias cristianas sincréticas, muy presentes en el país (Lanternari, 1988; Schirripa, 1992), consideran que pueden intervenir también en enfermedades espirituales.

El pluralismo asistencial

En Ghana —y no sólo en un contexto urbano—, como en buena parte de los países del África occidental, un individuo que sufre una enfermedad tiene ante sí diversas ofertas terapéuticas, que van desde la medicina tradicional hasta la biomedicina, pasando por los profetas de las Iglesias sincréticas. Kleinman (1980) describió una situación similar en Taiwan. Se refería al conjunto de prácticas terapéuticas, ya sean cultas o populares —y a las teorías relativas que las sustentan—, y a las respuestas individuales y sociales a la enfermedad como un *health care system*, entendido como un sistema cultural similar al de otros sistemas que se expresan en una sociedad concreta (religión, parentela, etc.). Comprende el enorme abanico de recursos terapéuticos presentes en una determinada sociedad, y Kleinman lo divide en tres sectores: el «profesional», en el que se incluyen los operadores sanitarios que gozan de un reconocimiento institucional, ya sean de la biomedicina, ya sean de otras tradiciones terapéuticas; el *folk*, que incluye a los operadores terapéuticos reconocidos como tales por la comunidad y que poseen un saber terapéutico que, no obstante, no es compartido por todos los miembros de la comunidad y no poseen reconocimiento institucional; y el «popular», en el que se incluyen el conjunto de los conocimientos y de las prácticas terapéuticas ampliamente compartidas en una sociedad y que, por lo tanto, son fácilmente practicables por parte del individuo enfermo, de su familia o del grupo al que pertenece, sin necesidad de que intervenga ningún operador terapéutico de uno de los otros sectores¹¹. El abanico de ofertas terapéuticas que un sistema de curación ofrece lo utiliza el individuo enfermo según sea más propenso a curarse con uno o con otro, según el estado de su enfermedad y dependiendo de la valoración que, respecto a la oportunidad de utilizar un determinado tipo de terapia u otro para ese determinado episodio patológico, haga el paciente o su grupo primario de referencia, que con él —o en su lugar— toma la decisión respecto al tipo de oferta terapéutica a la que recurrir (*therapy management group*, véase Janzen 1978). En su libro, Kleinman subraya que incluso ante un mismo episodio patológico, el paciente, de acuerdo con su grupo de referencia, puede utilizar distintas opciones terapéuticas, tanto sincrónica como diacrónicamente. En los estudios anglosajones de antropología médica, esta manera de comportarse recibe el nombre de *health seeking behaviour*, que suele traducirse como «proceso

11 Sobre la estructuración del sistema de curación en Ghana, véase Schirripa (1993).

asistencial o de búsqueda de la salud»¹². Lo que lo caracteriza es el «moverse incesantemente de los pacientes y de sus familiares entre todas estas oportunidades, siguiendo un itinerario complejo, diferente según el tipo de enfermedad, el sexo y la edad del enfermo y cuyo rasgo más significativo es, en cualquier caso la extraordinaria flexibilidad pragmática de los “actores” principales ocupados en la búsqueda de la cura o, por lo menos, de una cura que les parezca “satisfactoria”» (Beneduce, 1991: 21).

El inmigrante y la oferta terapéutica

Este tipo de consideraciones son válidas, evidentemente, para cualquier tipo de sociedad, incluida la occidental posmoderna. Incluso en Italia, aunque la biomedicina goza de una hegemonía evidente, podemos encontrar tradiciones y prácticas terapéuticas diferentes, que podemos clasificar en los tres sectores de Kleinman, y con el desarrollo del fenómeno migratorio estamos asistiendo en estos últimos años a la aparición de prácticas terapéuticas ajenas a la tradición occidental. Por lo demás, la emigración implica a todo el conjunto de la sociedad, y por tanto no puede verse sólo como un movimiento, más o menos grande, de hombres y de mano de obra. Los grupos humanos viajan y llevan, a las sociedades que los acogen, ideas, visiones del mundo y prácticas culturales y terapéuticas que desconocíamos. No es raro que los inmigrantes soliciten a sus países de origen hierbas y otros remedios terapéuticos tradicionales para curarse solos, o que algunos individuos asuman, dentro de su grupo, roles terapéuticos.

Todo lo dicho puede servirnos para comprender el comportamiento de Joe. Se encontraba ante un abanico bastante amplio de recursos terapéuticos y decidió, pragmáticamente, usar más de uno para alcanzar más fácilmente sus objetivos. Se dirigió al Servicio Sanitario Nacional para conseguir rápidamente el estado aceptable de salud que le permitiera ir a trabajar, pero al mismo tiempo decidió utilizar un terapeuta tradicional ghanés, que buscará en Italia o en su propio país, para afrontar y resolver definitivamente lo que cree que es su problema, es decir, la maldición que alguien le ha lanzado.

El caso de Joe es un ejemplo de cómo se puede comportar un inmigrante ante distintos sistemas de preservar la salud, para usar la eficaz fórmula de Bernardi (1998). Se trata, en cualquier caso, de un ejemplo al fin y

12 Sobre procesos asistenciales la literatura es extremadamente rica (ver Haro, 2000). Un ejemplo sobre África occidental se encuentra en Coppo-Pisani-Walet Oumar (2000).

al cabo positivo. Joe demuestra que sabe desenvolverse entre los distintos recursos terapéuticos que tiene a su disposición, y los utiliza según sus objetivos a corto y a largo plazo. Pero en muchos casos, en cambio, la situación es muy distinta. Como ha demostrado la investigación que llevamos a cabo, no siempre los inmigrantes pueden utilizar los servicios del Sistema Sanitario Nacional ni, en ocasiones, tampoco los del de voluntariado. En muchos casos la condición legal impide que puedan utilizar dichos servicios, porque se trata de inmigrantes clandestinos o irregulares que los hacen desconfiados y temerosos de las consecuencias legales. Pero también incide en ello la falta de información sobre la posibilidad de utilizar el servicio público, la dificultad de orientarse en la burocracia, la tensa relación que a veces se crea con un personal sanitario no siempre bien dispuesto¹³, las desastrosas condiciones materiales de subsistencia —que, además de ser un vehículo de graves patologías, son un obstáculo que no le permite al individuo disponer de lo necesario para hacer frente a las eventuales curas—, las dificultades de comprensión lingüística y las diferencias culturales. Es decir, la dificultad, por una parte, de comprender la propia enfermedad en los términos estrictamente biomédicos usados por el personal sanitario y, por otra, la dificultad de explicarlo en términos pertinentes dentro del propio universo cultural. Todos estos factores hacen que sea problemático para los inmigrantes utilizar las estructuras sanitarias. Finalmente, cabe apuntar que muy a menudo el personal sanitario carece de instrumentos: «el inmigrante, que en su manera de concebir las cosas mantiene intacto su cuadro original de referencia cultural, encuentra dificultades sobre todo en el tener que adaptarlo a las novedades del ambiente en el que se encuentra repentinamente introducido. El personal médico, por necesidad profesional, pone en primer plano la preparación técnica. El encuentro con el enfermo extranjero lo enfrenta a un vacío de formación cuya importancia, quizá, no la había advertido hasta ese momento» (Bernardi, 1998: 160).

El servicio sanitario y los inmigrantes: el mediador cultural

Es necesario, por lo tanto, plantearse una práctica clínica que atenúe todos estos obstáculos. En muchas situaciones se recurre a los llamados mediadores lingüístico-culturales. Todavía no existe un pleno acuerdo sobre su

13 Aunque en ocasiones muchos inmigrantes citan de manera positiva la actitud del personal sanitario.

papel, sus funciones y su posible formación. A menudo son individuos que proceden de las mismas comunidades de origen de los inmigrantes, que realizan sobre todo un trabajo de mediación lingüística para intentar estimular el diálogo entre paciente y terapeuta, en ocasiones contaminado por profundas dificultades lingüísticas. Se trata, sin duda, de una figura útil, sobre todo cuando el paciente es un inmigrante recién llegado con escaso conocimiento de la lengua del país de acogida. Otras veces, y éste es a menudo el caso de centros que proporcionan curas de carácter psiquiátrico, tal figura asume un papel más complejo, funcionando como mediador en el encuentro entre individuos que poseen diferentes códigos culturales (Pellicciari, 2000).

Desde este punto de vista, el mediador asume un papel, sin duda, positivo a la hora de facilitar la comunicación. Utilizando el código lingüístico de los pacientes y, aún mejor, compartiendo su horizonte cultural, éste —como subraya Beneduce (1998: 230)— se sitúa en una posición de proximidad con ellos, contribuyendo a que se sientan cómodos; se retoma, podríamos decir, la noción de «país retórico» propuesta por Descombes inspirándose en la obra de Proust: «¿Dónde el personaje está *chez soi*, en su casa, cómodo? La cuestión no se refiere tanto a un territorio geográfico como a un territorio retórico (considerando el término retórico en el sentido clásico, sentido definido por los actos retóricos como la arenga, la acusación, el elogio, la censura, la recomendación, etc.) El personaje está *chez lui* cuando está a gusto en la retórica de las personas con las que divide la existencia. El signo de que se está *chez soi* es que consigue que lo entiendan sin demasiados problemas y consigue entrar en el razonamiento de su interlocutor sin necesidad de largas y complicadas explicaciones. El país retórico de un personaje termina cuando sus interlocutores dejan de entender las razones que mueven sus gestos y sus actos, los resentimientos que tiene o la admiración que manifiesta. Una dificultad de comunicación retórica señala el paso de una frontera, que hay que interpretar como una zona de frontera, un desnivel, y no como una línea claramente trazada» (Descombes: *Proust, Philosophie du roman*, en Beneduce 1998: 230).

El país retórico no es un lugar físico, sino la posibilidad de compartir horizontes. Un paciente que habla su propia lengua, que puede hacer referencia a la manera de hablar y de comportarse que le es familiar, que sabe que le comprenden y que consigue expresar su malestar en formas que para él son las habituales, se siente *chez soi*. Desde este punto de vista, la mediación cultural puede hacer que el encuentro clínico se convierta en un país retórico familiar para el paciente.

«Hablar la misma lengua del paciente, reflexionar en varias lenguas sobre una molestia, utilizar modalidades diferentes de comunicación (como sucede en un enfoque multicultural) mientras se habla de la presencia de un *jinn*, de la acción de un *rab* o de las consecuencias de un espanto, permite también reelaborar más rápidamente experiencias privadas, emociones y significados porque estos, al compartirse, asumen nuevos matices, nuevos aspectos, perdiendo, en parte, esa rigidez que normalmente les otorga el síntoma»

(Beneduce 1998: 232).

Pero la presencia de mediadores culturales puede ser aún más significativa en el encuentro clínico e, incluso, puede llegar a modificar sus términos. Está claro que aquí queremos referirnos a la obra de Tobie Nathan, el etnopsiquiatra francés, a menudo muy controvertido, que actualmente goza de una cierta notoriedad en Italia¹⁴, y dentro de cuyo dispositivo terapéutico los mediadores desempeñan una función estratégica. Definirlos como mediadores es, en realidad, un tanto reductivo, ya que en realidad funcionan desde todos los puntos de vista como coterapeutas. El encuentro clínico, tal y como lo practica Nathan, se convierte en un encuentro plural en el que están presentes más de un terapeuta y en el que el paciente, por analogía a lo que ocurre normalmente en las terapias tradicionales, se presenta acompañado por sus familiares o por algún exponente relevante de su grupo. Pero este encuentro es, sobre todo, un encuentro horizontal, en el sentido que el diagnóstico y la terapia son el punto conclusivo de un largo intercambio dialogado en el que las interpretaciones propuestas por el paciente tienen el mismo peso que las que hace el terapeuta. Esto, claramente, rompe la dinámica clásica del enfoque terapéutico, y no sólo occidental. Nathan describe así su método:

«En una habitación bastante grande hay unas veinte sillas puestas en círculo. Cuando entra el paciente en el ambulatorio —normalmente acompañado por algunos familiares y por los operadores sociales o terapéuticos de confianza [...]— los coterapeutas ya están en su sitio. Todos estos coterapeutas son “mediaciones vivientes”, porque son de diversos orígenes culturales y porque aun teniendo la capacidad de utilizar la lengua y los sistemas tradicionales de interpretación se han licenciado en universidades francesas (psiquiatras, psicólogos, educadores; a veces, aunque más raramente, an-

14 Ver Nathan (1990, 1994, 1995, 1996), Nathan - Stengers (1996), Pichot - Nathan (1998). Para un análisis de su figura véase Schirripa (1996, 1997), Beneduce (1996, 1998), Inglese (1994, 1995, 1996) y el excelente ensayo de Corin (1997).

tropólogos) y todos se han beneficiado de una experiencia psicoanalítica. Se disponen en la habitación circularmente y todos los sitios, por lo tanto, son iguales y el conjunto hace inmediatamente pensar que se va a desarrollar un trabajo colectivo»

(Nathan 1996: 55).

Durante los encuentros todos toman la palabra. Una vez que el paciente ha contado cuáles son sus molestias y aclarado la situación, empieza a desarrollarse el largo camino de las posibles interpretaciones. Cada uno da su punto de vista, que los demás rechazan o completan añadiendo otros detalles. No hay ningún marco teórico que ocupe un lugar privilegiado en la interpretación y «pasando incesantemente de un área cultural a otra, esta práctica alterna múltiples universos teóricos. Siendo “pluriretórica” por naturaleza, no depende de ningún concepto teórico amplio y puede, por lo tanto, invitar a análisis detallados de los procesos, generalmente en términos lógico-formales» (Nathan, 1996: 56).

Estas notas pueden darnos una idea de lo importante que puede llegar a ser la mediación cultural en el encuentro clínico. Puede recrear condiciones de familiaridad, de comodidad para el paciente; pero todavía más importante, puede llegar a modificar, en la perspectiva de Nathan, el enfoque terapéutico llevándolo hacia nuevos horizontes de carácter operativo —lo que nos permite imaginar un servicio sanitario que acepte la pluralidad cultural— y teórico, en cuanto obliga a volver a pensar en la terapia partiendo de bases diversas.

Sin embargo, estas perspectivas corren el riesgo de no llegar a realizarse si no se lleva a cabo una reflexión adecuada sobre la figura, el papel y la formación del mediador cultural. Como se ha puesto de relieve a lo largo de la investigación a la que nos hemos referido antes, y no sólo en Italia, todavía no está muy claro quién debería ser el mediador cultural y qué características tendría que tener. No se quiere que sea sólo un mediador lingüístico pero, ¿qué papel tiene que desempeñar? ¿Tiene que ser miembro de una determinada comunidad de inmigrantes? Y, en ese caso, ¿se tratará de una persona lo suficientemente occidentalizada, de manera que sea para él fácil comunicarse con los operadores sanitarios (aunque la occidentalización puede comportar el riesgo de que tienda a subestimar y a infravalorar los datos culturales de su grupo)? O, por el contrario, ¿tiene que ser una persona integrada en su propio grupo y que defienda sus intereses (corriendo en este caso el riesgo de convertirse más que en mediador en una especie de

sindicalista étnico)? Estas y otras son las preguntas que actualmente se están planteando (Schirripa, 2000b).

La mediación cultural es un desafío para el conjunto del sistema sanitario. Hay que evitar el riesgo de que todo el complejo problema de la comunicación entre el personal sanitario y el paciente inmigrante, con todo lo que esto conlleva, se convierta en una responsabilidad exclusiva del mediador cultural. Esta relación tiene que asumirla todo el personal sanitario, y eso significa plantearse en qué términos debe hacerlo. Desde este punto de vista hay que señalar, sin duda, la experiencia llevada a cabo en el Policlínico de Módena. En él trabajan varios mediadores culturales que se han seleccionado teniendo en cuenta la entidad numérica de las comunidades de inmigrantes presentes en el territorio (Pellicciari, 2000: 186-187). Además, desde 2002 el Policlínico, en colaboración con la Fundación Angelo Celli, ha iniciado un programa de actualización, dirigido a su personal, que tiene como objetivos proporcionarles conocimientos sobre las sociedades y las culturas de los principales grupos de inmigrantes presentes en el territorio, así como ponerlos en contacto con una perspectiva antropológica por lo que se refiere a los temas de la concepción de la enfermedad y de la salud. Tal estrategia es, en mi opinión, extremadamente útil en cuanto permite proporcionarle a todo el personal sanitario los instrumentos necesarios para interactuar con la diversidad cultural.

Algunas consideraciones finales

Con esto quiero contribuir al debate sobre el modo en que los servicios sanitarios pueden relacionarse de manera positiva con la diversidad cultural representada por los pacientes inmigrantes. Y quisiera concluir con dos breves consideraciones sobre dos temas que pueden ser fuente de riesgos y de malos entendidos.

Hasta aquí hemos hablado de diversidad cultural. Es evidente que los inmigrantes procedentes de otras culturas tienen una diversa concepción del mundo y, por lo tanto, de la enfermedad y de sus causas. Pero no tenemos que darle un valor absoluto a este dato, para no correr el riesgo de caer en un exotismo que resulte discriminatorio. Escribe Seppilli (2000: 36) que «para los inmigrantes, la decisión de dejar su país es el resultado de una ruptura, al menos parcial, con la identificación con su contexto tradicional y la conse-

cuencia de una opción en la que un lejano “otro lugar” se convierte en una positiva y realizable alternativa de vida, implicando una especie de aculturación anticipada». El que emigra, aunque lo haga obligado por las desastrosas condiciones económicas, se sitúa, de alguna manera, en una condición de aceptación positiva, aunque sea parcial, de los datos culturales y de las costumbres de la sociedad a la que se traslada. El reconocimiento de la diversidad cultural, por lo tanto, tiene que ir acompañado por la atención hacia las exigencias específicas y las necesidades del paciente, que a veces pueden requerir una cura de tipo occidental. Es lo que evidenciaba el caso de Joe. Se había dirigido al servicio público porque quería fármacos, puesto que, como a la mayor parte de los inmigrantes en Italia, no les resultan desconocidos.

Se corre también un segundo riesgo, todavía más grave. Partiendo de la justa exigencia de dar espacio a la diversidad cultural, la creación de servicios específicos para los inmigrantes puede acarrear, de hecho, la realización de un servicio discriminador. Un servicio de este tipo no sería útil; es más, al enfatizar la diversidad cultural, sería perjudicial, ya que estaría haciendo una operación reduccionista respecto a las causas de las patologías que sufren los inmigrantes. Morrone (2000) pone de manifiesto que, si bien algunas patologías específicas son de origen exótico, la mayor parte de los inmigrantes sufre enfermedades que ha contraído o bien durante el viaje, sobre todo si fue clandestino, o bien, en la mayor parte de los casos, en el país donde está. Las degradantes condiciones de vivienda, los riesgos en el trabajo —enormes en el caso de trabajos irregulares—, la mala alimentación y el estrés psicológico, debido por lo común a las malas condiciones de vida o al estatus de ilegales, son todos ellos factores altamente patógenos. Se trata de elementos que deben tenerse en cuenta, sobre todo al emprender acciones de prevención. La justa reivindicación de un servicio abierto a la diversidad cultural no puede, y no debe, ocultar los muchos factores patógenos ligados a las condiciones materiales de la existencia. Esto nos obliga a recoger un desafío todavía más grande y, quizá precisamente por ello, ineludible.

Bibliografía

- ADDAE, S. (1996), *History of western medicine in Ghana. 1880-1960*, Durham Academic Press, Edimbourg - Cambridge - Durham.
- APPIAH-KUBI, K. (1981), *Man cures, God heals. Religion and medical practice among the Akans of Ghana*, Ghana Publishing Corporation, Totowa.
- AUGÉ, M. (1986), «Ordine biologico, ordine sociale», págs. 33-85, en AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (curr.), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il saggiatore, Milano.
- AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (1986), «Introduzione», págs. 7-27, en AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (curr.), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- BENEDUCE, R. (1991), «Orizzonti della ricerca etnopsichiatrica», *Nomos*, vol. 1, núm. 4, págs. 2-55.
- BENEDUCE, R. (1996), «Il dispositivo etnopsichiatrico: note a partire dall'esperienza di T. Nathan», en *I fogli di Oriss*, núm. 6, págs. 125-136.
- BENEDUCE, R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, con un ensayo de M. Boucebci en apéndice, Franco Angeli, Milano.
- BERNARDI, B. (1998), «L'immigrato tra sistemi di cura della salute», págs. 159-173, en LANTERNARI, V.; CIMINELLI, M. L. (eds.), *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori. Napoli.
- CARDAMONE, G.; INGLESE, S. F. (1998), «Migrazione e malattia mentale nella realtà italiana (1978-1996)», págs. 391-405, en LANTERNARI, V.; CIMINELLI, M. L. (eds.), *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori. Napoli.
- CARLSON, D. G. (1984), *African fever. A study on British science, technology and politics in West Africa, 1787-1864*, Science History Publication, New York.
- COPPO, P. (1994), *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO, P.; PISANI, L.; WALET OUMAR, F. (2000), «Gli itinerari terapeutici nel distretto di Bandiagara in Mali», págs. 113-154, en SCHIRRIPA, P.; VULPIANI, P. (eds.), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

- CORIN, E. (1997), «Playing with limits: Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry», *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, núm. 3, págs. 345-358.
- FORSTER, G. M. (1976), «Disease etiologies in non-western medical systems», *American Anthropologist*, vol. 78, págs. 733-782.
- GALE, T. S. (1995), «The struggle against disease in the Gold coast: early attempts at urban sanitary reform», *Transactions of the Historical Society of Ghana*, vol. XVI, n. 3., págs. 185-203.
- GROTTANELLI, V. L. (ed.) (1977), *Una società guineana: gli Nzema*. 1. I fondamenti della cultura, Boringhieri, Torino.
- GROTTANELLI, V. L. (1978), *Una società guineana: gli Nzema*. 2. Ordine morale e salvezza terrena, Boringhieri, Torino.
- HARO, J. A. (2000), «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud», en PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 101-162.
- INGLESE, S. F. (1994), «Psicoanalisi pagana. Profilo della ricerca e della pratica etnopsichiatrica di Tobie Nathan», *Psicoterapia e scienze umane*, año XXVIII, núm. 4, págs. 69-72.
- INGLESE, S. F. (1995), «Fondazioni dell'etnopsichiatria clinica: piste e sorgenti di una disciplina nomade», *I fogli di Oriss*, núm. 3, págs. 153-161.
- INGLESE, S. F. (1996), «Appunti per un'etnopsichiatria critica. Viaggiando in Italia con Tobie Nathan, Bologna, Genova, Torino, marzo 1996», *I fogli di Oriss*, núm. 5, págs. 155-171.
- JANZEN, J. M. (1978), *The quest for therapy in lower Zaire*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMANN, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- LANTERNARI, V. (1988), *Dei, profeti, contadini. Incontri nel Ghana*, Liguori, Napoli.
- LANTERNARI, V. (1994), *Medicina, magia, religione, valori. Volume primo*, Liguori, Napoli.
- LEWIS, I. M. (1972), *Le religioni estatiche*, L'astrolabio, Roma.
- LEWIS, I. M. (1987), *Prospettive di antropologia*, Bulzoni, Roma.
- MORRONE, A. (2000), «Immigration phenomenon and right to health in Italy», págs. 69-83, en VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E. (eds.), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.

- MURDOCK, G. P.; WILSON, S. F.; FREDERICK, V. (1978), «World distribution of theories of illness», *Ethnology*, vol. 17, págs. 449-470.
- NATHAN, T. (1990), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Ponte alle grazie, Firenze.
- NATHAN, T. (1994), «Costretto a essere umano», *Psicoterapia e scienze umane*, año XXVIII, núm. 4, págs. 73-97.
- NATHAN, T. (1995), «Figure culturali della guerra dei sessi. Conflitti di persone, conflitti di famiglie, conflitti di culture», *I fogli di Oriss*, núm. 3, págs. 139-151.
- NATHAN, T. (1996), *Principi di etnopsicanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. (1996), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- PATTERSON, D. K. (1981), *Health in colonial Ghana: disease, medicine and socio-economic change*, Crossroads Press, Waltham.
- PELLICCIARI, M. (2000), «Health policies and practices of the Italian services toward immigrant beneficiaries: response typologie», págs. 174-194, en VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E. (eds.), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.
- PICHOT, P.; NATHAN, T. (1998), *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia?*, Edizioni Colibrì, Milano.
- SCHIRRIPIA, P. (1992), *Profeti in città. Etnografia di quattro chiese spirituali del Ghana*, Editoriale Progetto 2000, Cosenza.
- SCHIRRIPIA, P. (1993), «Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana», en *I fogli di Oriss*, n. 1, págs. 63-84.
- SCHIRRIPIA, P. (1996), «Identità come nucleo profondo della persona? Alcune riflessioni su Tobie Nathan», *I fogli di Oriss*, núm. 6, págs. 137-148.
- SCHIRRIPIA, P. (1997), «Pluralismo di istituzioni in pluralismo etnico. O di come la democrazia si coniughi nell'offerta dei servizi terapeutici», *Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane*, núm. 8, págs. 30-37.
- SCHIRRIPIA, P. (2000a), «Un'associazione di terapeuti tradizionali degli anni trenta. Strategie di legittimazione e lotta di classe nella colonia della Costa d'Oro», págs. 155-187, en SCHIRRIPIA, P.; VULPIANI, P. (eds.), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.
- SCHIRRIPIA, P. (2000b), «Health care services and health of immigrants: a European research on best practices for the improvement of access to services», págs. 115-123, en VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E.

(eds.), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.

SEPPILLI, T. (2000), «Immigrants in Europe and health care strategies: an introductory outline», págs. 31-43, en VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E. (eds.), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.

SEPPILLI, T.; PELLICCIARI, M. (2000), «Italy: a selected bibliography», págs. 207-216, en VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E. (eds.), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.

VULPIANI, P.; COMELLES, J. M.; VAN DONGEN, E. (eds.) (2000), *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*, Cidis-ALISEI, Perugia.

Mediación intercultural en el sistema de salud catalán

Montserrat Antonín

EUI Gimbernat Sant Cugat

En este texto pretendo reflejar el estado de la cuestión de la mediación intercultural en salud en Cataluña. Mi objetivo no es analizar la mediación y la figura del mediador desde un punto de vista genérico, conceptual o técnico. Pretendo contextualizar la mediación intercultural en el ámbito de la salud haciendo un breve repaso a las situaciones que han resultado claves para el desarrollo del que puede configurarse como una nueva figura profesional en el equipo interdisciplinario de salud.

El debate político y social más importante de los últimos años en Cataluña ha sido, sin lugar a dudas, el de la inmigración. Cataluña, al igual que la mayoría de los territorios del sur de Europa, ha tenido que establecer un claro debate institucional y social como consecuencia del progresivo incremento de la población inmigrada en nuestra sociedad, especialmente por lo que respecta a las circunstancias que la acompañan. A principios de los años 80 del pasado siglo aparecieron en nuestra región colectivos de inmigrantes que constituyen una nueva realidad. A diferencia de la inmigración recibida en Cataluña durante la década de 1960, estos inmigrantes, de orígenes muy diversos (África, Asia, Sudamérica), traen consigo una heterogeneidad cultural muy importante y causas migratorias muy diversas (económicas, de asilo político, refugiados, reagrupamientos familiares, etc.) (Rius, 2007).

Aunque el Estado tiene competencia exclusiva sobre materia de inmigración y extranjería, las comunidades autónomas han asumido diversas competencias que tienen una incidencia directa en el tratamiento de la inmigración¹, como por ejemplo las competencias ejecutivas en legislación laboral.

La creación del Consejo Superior de Política de Inmigración ha reforzado el avance más sustancial sobre la intervención de las competencias estatales exclusivas, tales como el control de flujos y sistemas de permisos y, especialmente, en dos competencias claves en el ámbito de la extranjería: la inspección de trabajo y la policía autonómica existente en la comunidad catalana (Aubarell, 2001). Pero donde realmente las comunidades autónomas deciden de forma directa es en la integración de los inmigrantes, mediante el diseño de políticas destinadas específicamente para ámbitos como la sanidad², la educación o el sistema público de la Seguridad Social. Cabe constatar que los planes de inmigración corresponden a las partidas de gasto social de los presupuestos de las Administraciones Públicas, y que dichas partidas son muy reducidas (Navarro, 2003).

El modelo sanitario catalán

Aunque el modelo sanitario catalán se concreta en 1990 mediante la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, es en 1981 cuando la Generalitat asume las transferencias de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, lo que permitió iniciar el diseño de lo que ha de configurarse como el Mapa Sanitario de Cataluña. El Departamento de Sanidad y Seguridad Social, actualmente³ denominado Departamento de Salud, asume desde entonces el papel financiador, responsable de establecer el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud.

Durante el periodo comprendido entre 1980 y 1983, y a raíz precisamente de estas transferencias, se realizó la división territorial sanitaria, se

1 Sobre las competencias de la Generalitat de Catalunya, véase www.gencat.net/autonom/index2.htm

2 En materia sanitaria corresponde a la Generalitat el desarrollo y ejecución de la legislación básica del Estado respecto a sanidad interior y seguridad, excepto las normas que configuran su régimen económico y productos farmacéuticos. En esta materia se excluye el desarrollo legislativo por parte de la Generalitat.

3 *Diari Oficial de la Generalitat* (DOG) del 25 de mayo de 2004.

llevó a cabo una importante revisión de los recursos existentes, se propusieron nuevos recursos y, como culminación, se creó en 1983 el Instituto Catalán de la Salud (ICS)⁴, que juntamente con otras entidades concertadas se encarga de la gestión y producción hospitalaria y de atención primaria. En 1985 se marcaron las líneas de transformación de los servicios con la creación de la *Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública* (XHUP)⁵ y el inicio del Proceso de Reforma de la Atención Primaria.

La Ley General de Sanidad (1986) prevé que las comunidades autónomas puedan establecer sus propios servicios de salud. En 1990, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) formalizó las bases del modelo sanitario catalán, modelo que se caracteriza fundamentalmente por:

- La universalización de la cobertura (asistencia sanitaria para todos).
- Un sistema de financiación pública (la sanidad es un servicio público).
- Seguro único y público.
- Un sistema sanitario catalán integrado (énfasis en la promoción de la salud).
- Provisión de servicios en redes de utilización pública (equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios).

La LOSC creó el *Servei Català de la Salut*, que consolida un sistema sanitario mixto y se constituye como el ente planificador, evaluador y comprador de los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población.

En 1992 se creó la Comisión Interdepartamental, con el objetivo de coordinar y llevar a cabo el seguimiento de todas las actuaciones que desde el Gobierno de la Generalitat se realizan en materia de inmigración. Esta comisión, presidida por el titular del Departamento de Bienestar Social, está integrada por los departamentos de la Presidencia, Gobernación, Cultura, Enseñanza, Sanidad y Seguridad Social, Política Territorial y Obras Públicas y Trabajo, Agricultura, Ganadería y Pesca.

El primer Plan Interdepartamental de Inmigración elaborado por la Comisión se aprobó en septiembre de 1993, y entre otros objetivos destaca el de

4 El Instituto Catalán de la Salud es el mayor proveedor público de servicios sanitarios de Cataluña.

5 La XHUP está configurada por todos los centros, servicios y profesionales que garantizan la asistencia a la población de Cataluña y cuya financiación es pública.

promover una política global de integración de los inmigrantes extranjeros que viven en Cataluña. Se constituyó también ese mismo año el Consejo Asesor de Inmigración, con el objetivo de integrar la mayor parte de la sociedad civil, sindicatos, ONG, municipios, organizaciones profesionales, etc. Este Consejo se configura como un órgano colegiado de consulta y participación externa por lo que respecta a la situación e integración social de las personas inmigradas.

Volviendo al Plan Interdepartamental, cabe destacar el Programa que presentó el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, titulado «Els immigrants estrangers. Grup d'especial interès sanitari», en el que se ponían de manifiesto (entre muchos otros problemas) las dificultades de acceso, los problemas de comunicación y la necesidad de cuidar los aspectos culturales de la atención sociosanitaria a los inmigrantes y a las enfermedades importadas. Se elaboró, así mismo, el documento «Propostes de criteris comuns per l'atenció als immigrants», que sirvió para que el Plan de Salud 1993-1995 (principal instrumento de política sanitaria) diseñara sus objetivos operacionales en función de estos criterios mínimos establecidos para la atención de las enfermedades tropicales, para los protocolos del sida, las enfermedades de transmisión sexual, la salud materno-infantil, los problemas nutricionales, el calendario de vacunaciones y la salud mental.

El Plan de Salud de Cataluña se constituye como el ente indicativo y marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud, estableciendo las líneas directivas y de despliegue de las actividades, los programas y los recursos del Servei Català de la Salut, para que éste consiga sus finalidades. Nos encontramos frente a un instrumento de planificación que, aun previendo en sus actuaciones a corto plazo un cambio importante en las demandas y las necesidades de la población catalana, no preveía un incremento demográfico importante. En cualquier caso, el Plan de Salud 1993-1995 hace mención a los problemas de salud de los inmigrantes extranjeros. La falta de información objetiva, y por tanto válida, y las propias características de los inmigrantes extranjeros hacen que las líneas de actuación para la mejora de la atención de esta población vayan casi exclusivamente encaminadas a mejorar la identificación y sus características, así como a proporcionar formación continuada a los profesionales sanitarios.

La valoración que se puede realizar de las actuaciones del Departamento de Sanidad desde 1993 hasta 2000, a partir de las actuaciones propuestas, es, francamente, decepcionante.

Por otra parte, la evaluación de los objetivos planteados en el Plan de Salud 1993-1995 (y que recoge el posterior Plan de Salud diseñado para el periodo comprendido entre 1996 y 1998) no plantea, respecto a la situación de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo, ninguna referencia a los objetivos operacionales mencionados anteriormente sobre los problemas de salud de los inmigrantes, lo cual comporta que no se incluyan nuevos objetivos operacionales o se propongan nuevas líneas de avance o actuación en este ámbito. Esta omisión aparecía también en el Plan de Salud 1999-2001 y en el que es, hasta el momento, el último Plan de Salud, es decir, el de 2002-2005. Es evidente que los planes oficiales no adoptan una clara posición sobre el derecho a la salud del colectivo inmigrante residente en Cataluña (Maluquer, 1997).

Lo cierto es que aunque los sucesivos planes de salud de Cataluña no contemplen los problemas de salud de los inmigrantes extranjeros, la población inmigrada no ha dejado de crecer y, con ella, también las viejas y otras nuevas necesidades, con el correspondiente aumento de la demanda sanitaria, lo cual supone un coste económico importante que la Generalitat de Cataluña asume asignando los gastos a la Oficina de Cooperación Sanitaria Internacional, creada en 1996 con la finalidad de gestionar todas aquellas iniciativas solidarias de la Generalitat con países subdesarrollados. Ese mismo año se constituyó la Oficina de Cooperación Internacional y Salud Migracional, con el objetivo de «mejorar la salud de las personas inmigradas y dar respuesta a los problemas de salud específicos», tanto desde la vertiente curativa como preventiva.

En esta línea, y dada la creciente necesidad de apoyo solicitado, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social puso en marcha, en junio de 2001, un servicio telefónico denominado *Sanitat Respon*, que pone a disposición de los profesionales sanitarios un servicio de traducción telefónica en inglés, alemán, fula, hebreo, griego, paquistaní, turco, urdu y japonés⁶. También cabe apuntar que desde el Instituto Catalán de la Salud, y en particular desde algunos servicios de Atención Primaria, se organizaron durante el año 2002 unos grupos de trabajo con el fin de intercambiar experiencias, diseñar y poner en marcha el Plan de la Diversidad, cuyo objetivo era el de aglutinar las medidas, los protocolos y la adaptación de los servicios de atención pri-

6 En la actualidad, además de haber ampliado sus servicios con la consulta en línea de las Guías de Servicios Sanitarios, farmacias, procedimientos administrativos, acceso y utilización de la tarjeta sanitaria o información sobre vacunaciones, ofrece traducción telefónica en 104 lenguas diferentes.

maria, así como la mejora de los procesos incluidos dentro del marco de la diversidad (Alonso, 2002). Los grupos de trabajo llegaron a diversas conclusiones⁷, entre las cuales destacaba como una necesidad urgente la de «incorporar modelos de salud comunitaria que permitan incluir no sólo traductores e intérpretes, sino también mediadores culturales y agentes de salud».

A pesar de estos tímidos intentos, podemos afirmar que, hasta el momento, el «modelo catalán» fracasa en la atención a los colectivos situados en la marginalidad (Mascarella, Comelles, Allué, 2001) o con problemas de regularización, ya que la Ley General de Sanidad⁸ comporta la exclusión del derecho a las prestaciones sanitarias de aquellos inmigrantes que aun teniendo el permiso de residencia han perdido el de trabajo. Ambos permisos son claves para la condición de legalidad de los inmigrantes, lo que determina el recelo de muchos inmigrantes a la hora de acceder a los servicios públicos, incluidos los sanitarios, lo cual hace comprensible su concentración en determinados servicios sanitarios que conocen, mayoritariamente, por otros inmigrantes que están o han estado en su misma situación, y en los que pueden «confiar» al no pedirse ningún tipo de papeles.

En 2004, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social cambió su denominación como consecuencia de la remodelación llevada a cabo en la Generalitat de Catalunya a raíz del cambio de gobierno en 2003. El nuevo Departamento de Salud recuperaba las funciones de planificación y evaluación llevadas a cabo hasta entonces por el Servei Català de la Salut, quien actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública. Por otra parte, el nuevo Gobierno promovió un proceso de descentralización que se concreta en 37 consorcios llamados «gobiernos territoriales de salud (GTS)», cuyas funciones básicas son la ordenación, priorización y coordinación de los recursos de sus territorios de referencia a partir de nuevos mecanismos de cogobierno entre la Generalitat y el gobierno local (ayuntamientos).

Conscientes de las nuevas demandas y necesidades asistenciales de la población inmigrante residente en Cataluña, se crea, en el ámbito de la salud, el Plan Director de Inmigración (PDI), con la finalidad de ser un instrumento específico de planificación y cuyos primeros objetivos estratégicos, enmarcados en el horizonte de los años 2006-2007, plantean «mejorar la accesibilidad

7 Recogidas en la Jornada de Intercambio de Experiencias organizadas por el ICS.

8 Título preliminar a la Ley General de Sanidad: «Tienen derecho a la protección y atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan residencia establecida en el territorio del Estado, y a los extranjeros no residentes en la forma que las leyes y convenios internacionales lo establezcan».

de la población inmigrante a los servicios sanitarios, mediante la adecuación de los servicios de salud a través de los tres ejes principales del Plan; los planes de acogida, de mediación y de formación de los profesionales». Se incluye así, por primera vez, un Plan de Mediación donde se hace explícita la necesidad de impulsar la figura de los profesionales de la mediación en el ámbito sanitario. Dicho plan aborda el concepto de mediación, describe la situación actual de la mediación en salud en Cataluña y formula objetivos generales y específicos, así como su futuro desarrollo para la consecución de éstos. Así mismo, define las figuras de traductor y de mediador cultural de salud, así como sus competencias. La regulación de la formación (y la comprobación de que ésta se adecua a las necesidades previstas) recae en el Institut d'Estudis de la Salut, que «debería ayudar a establecer los criterios mínimos de acreditación». En este sentido, el Institut d'Estudis de la Salut presenta en su calendario de acciones 2006-2007 el Proyecto IMM 2.3, con el objetivo de impulsar la formación reglada y validada sobre mediación en salud.

La evaluación, presentada por el Consejo Asesor del PDI, del trabajo realizado entre los años 2005 y 2007, prevé, a partir del análisis de la situación de la mediación en Cataluña, la necesidad de contar con 90 mediadores⁹ que se incrementarán gracias a la puesta en marcha de un «Proyecto de Mediación» que propone, además, un programa de formación de mediación en el ámbito de la salud con el objetivo de homologar el perfil de esta figura dentro del sistema sanitario.

Por su parte, el Instituto Catalán de la Salud presentó en su memoria de actividades del año 2005 cuarenta acciones a favor de la salud y la mejora del sistema sanitario. La acción número 35, «Mediación sanitaria, sensibilización y actuación para una cultura de paz y el diálogo», concreta: «En colaboración con la Universidad de Barcelona se han creado cuatro unidades de mediación sanitaria, unos espacios destinados a la gestión positiva de conflictos en el ámbito de la salud. Estas unidades, dirigidas por profesores-mediadores expertos, atienden de manera confidencial tanto consultas de tipo general y peticiones de asesoramiento como problemas concretos muy personalizados. La primera unidad se abrió en Manresa, en el centro de salud Bages». Cabe mencionar que esta acción no aparece en la memoria de actividades del ICS del año 2006.

9 En estos momentos el Departamento de Salud dice contar con un total de 40 mediadores. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12631.html>.

Respecto a los proyectos existentes en el marco de la cooperación institucional, se comprueba la falta de información existente sobre las unidades creadas, así como de los proyectos de mediación vinculados a la Universidad de Barcelona, como el Proyecto del Observatorio de Mediación y el Proyecto de Mediación Sanitaria IL3-UB – Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya¹⁰ –, hecho que podría deberse a su incipiente puesta en marcha.

La mediación intercultural en salud no está todavía reconocida como una actividad profesional socialmente valorada, aunque se constata que el número de servicios que solicitan la intervención de mediadores sigue aumentando y con ello la voluntad política de actuar en consecuencia. Por ello, es necesaria una normativización y la creación de un marco conceptual que haga de la mediación intercultural una disciplina con la relevancia precisa para sensibilizar a los estamentos públicos y a la sociedad en general. Sólo así se conseguirá el reconocimiento del trabajo social realizado, lo cual legitimará su legalidad profesional.

Experiencias en mediación intercultural en salud en Cataluña

La mediación se ha ido introduciendo de forma «natural» como respuesta a unas necesidades no atendidas socialmente que son conocidas por el usuario inmigrante que ha pasado por las mismas situaciones o circunstancias y que, por ello, puede ofrecer de manera voluntaria y espontánea su ayuda y colaboración. Estas situaciones de mediación natural han evidenciado la necesidad de «formalizar» la mediación desde una perspectiva profesional. Muchas y muy diversas son las experiencias de mediación intercultural que se vienen desarrollando en los últimos años, pero no cabe duda de que ha sido en el ámbito de la salud donde se han generado más proyectos, de los cuales citaremos los más significativos.

El primer proyecto a destacar es el desarrollado en el Hospital de Mataró, que está considerado como una de las instituciones pioneras desde que, a inicios de la década de 1980, se planteara la necesidad de crear un servicio específico de asistencia a inmigrantes (VV.AA., 1996). Nació, así, «Unidad de Atención Sanitaria para Inmigrantes Africanos», con el objetivo de ayudar a comprender y resolver muchas de las demandas y situaciones desconocidas

10 En estos momentos no hay información precisa respecto a la relación que existe entre el proyecto de mediación al que hace referencia el PDI con el Proyecto de Mediación Sanitaria IL3-UB-Departamento de Salud, al que se hace referencia en otros foros (www.ub.edu/odm).

que la población inmigrante plantea. Así, en el año 2001 se diseñó un programa con el objetivo de incorporar el servicio de mediación en dicho hospital a través de dos mediadoras interculturales (una de ellas perteneciente al colectivo subsahariano, la segunda al colectivo magrebí), que acudieron, inicialmente, al área Materno-Infantil tres días a la semana durante dos horas diarias. La labor llevada a cabo por estas profesionales ha propiciado su integración en el equipo de salud con una jornada laboral completa.

En 2003, el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona inició su programa de mediación con la contratación de una mediadora que atiende, principalmente, familias de origen magrebí con miembros en edad infantil residentes en el área de influencia del hospital. Ese mismo año, la Fundación Instituto de Investigación del Hospital Vall d'Hebron, junto con la asociación SURT, inició un programa de formación de mediadoras interculturales en el ámbito sociosanitario. El programa, vigente en la actualidad, es coordinado por el Servicio de Psiquiatría y tiene, entre otros, el objetivo de insertar laboralmente a las mediadoras formadas en el propio hospital. Aunque este objetivo no ha llegado a cumplirse, las mediadoras en prácticas del programa de formación han atendido hasta el año 2005 un total de 236 demandas de pacientes de origen cultural diverso.

Pero es, sin duda, el Hospital del Mar el que más destaca por su experiencia y larga trayectoria. El Servicio de Mediación Intercultural, junto con el Programa de Mediación Intercultural «IMAS-Mediadores», surgió de la necesidad de proporcionar un apoyo social específico en materia sanitaria, de mediación, traducción y acompañamiento de los inmigrantes durante el tiempo de ingreso en dicho hospital. El modelo de organización del programa se basa en el liderazgo compartido entre el Hospital del Mar y la asociación Salut i Família, entidad privada sin ánimo de lucro cuya finalidad es contribuir al análisis multidisciplinar, al intercambio de ideas y a la articulación de soluciones operativas de apoyo a personas en situaciones de debilidad social. Con este modelo de organización se pretende favorecer las sinergias y la capacidad de innovación que aportan ambas instituciones en el ámbito del conocimiento y de la experiencia en el campo de la inmigración.

El servicio de mediación intercultural, formado por cuatro mediadoras (pertenecientes a las comunidades paquistaní, magrebí, rumana y gitana), tiene como finalidad facilitar la comunicación y el conocimiento intercultural entre los profesionales de la salud y los usuarios inmigrantes que utilizan los diferentes servicios sanitarios de la institución, facilitando, a su vez, la labor del profesional sanitario y evitando posibles situaciones de conflicto

y tensión como consecuencia de incomprensiones causadas por los diversos universos culturales. Es importante destacar que el servicio ha publicado (Sancho, Antonin, Tomas, Iniesta, 2007) los resultados de una primera evaluación, que abarca el periodo comprendido entre junio de 2003 y diciembre de 2005. Los usuarios atendidos en este periodo fueron 2.675, y 12.263 las intervenciones realizadas por el servicio. Paralelamente al trabajo asistencial, las mediadoras interculturales han dado a imprenta diversas publicaciones, dirigidas tanto a profesionales como a los propios usuarios. Todas estas acciones han contribuido a mejorar la calidad de la atención dispensada al facilitar la comunicación y el conocimiento intercultural, el intercambio de información correcta y la cooperación entre usuarios y profesionales, consolidando, en definitiva, el Servicio de Mediación Intercultural en el Hospital del Mar.

La asociación Salut i Família amplía su colaboración a otras instituciones hospitalarias, como el Hospital Dr. Josep Trueta y la ABS Can Gibert del Pla, en Girona. Tres son las mediadoras que se incorporaron al hospital en 2005. En su primer año de funcionamiento atendieron a 3.153 personas. El área básica incorporó una mediadora que llevó a cabo, en el mismo periodo, 734 intervenciones.

Algo superior es la cifra de personas atendidas por el equipo de tres mediadoras del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, que, prácticamente en el mismo periodo de funcionamiento, atendió a un total de 5.467 usuarios.

Ambos hospitales pertenecen al Instituto Catalán de la Salud, que cuenta con ocho hospitales y 450 unidades de servicios de atención primaria. Esta institución publicó en su memoria correspondiente al año 2005 un conjunto de 40 acciones que debían acometerse a favor de la salud y la mejora del sistema sanitario. Una de ellas era la creación de cuatro unidades de mediación sanitaria en colaboración con la Universidad de Barcelona. Actualmente, según datos del propio ICS, todos sus hospitales ya disponen de este servicio, que con celeridad se está extendiendo a la atención primaria. Aun así, y como en el caso del Hospital del Mar, los mediadores no forman parte de la plantilla del sistema público de salud, sino que son contratados, en muchas ocasiones, a través de asociaciones como Salut i Família o de diversas ONG.

Entre las entidades que presentan una larga trayectoria en el campo de la mediación intercultural cabe destacar Desenvolupament Comunitari, entidad sin ánimo de lucro que lleva a cabo servicios de investigación y desarrollo en el ámbito de las políticas sociales. Tiene diversas líneas de

trabajo, como el diseño y aplicación de la formación básica y continuada de mediadores interculturales, asesoramiento y supervisión en contextos laborales, sensibilización de profesionales que actúan en la inmigración y la interculturalidad o el apoyo a la creación y consolidación de una asociación profesional de mediadores interculturales. Fruto de su experiencia, y en colaboración con la Asociación Andalucía Acoge, ha publicado en el año 2002 el libro *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*.

Cabe mencionar, también, el Grupo de Investigación y Actuación con Minorías Culturales (GRAMC) de Girona, muy activo en el impulso de la formación de agentes sociales, de salud y mediadores interculturales.

Conclusiones

En la actualidad, el número de hospitales o centros asistenciales que han introducido la figura del mediador intercultural, o bien que han puesto en marcha servicios de mediación intercultural, es relativamente bajo. Esto constituye un problema a la hora de obtener datos que nos permitan hablar con rotundidad sobre los beneficios de la mediación intercultural en nuestro sistema sanitario. La mediación intercultural en salud se encuentra todavía en Cataluña en un proceso de maduración con vistas a una futura profesionalización, si la comparamos con la situación en otros países o de otras profesiones de ámbitos más sociales.

El hecho de que la mediación intercultural en salud se haya desarrollado de forma espontánea y natural ha propiciado la invisibilidad de la figura del mediador en nuestro país, al tiempo que se ha venido cuestionado su función y profesionalización. Por su parte, las políticas sanitarias empiezan a mostrar, discretamente, que nos encontramos ante una nueva realidad asistencial. Como hemos visto, surgen cada vez más iniciativas y experiencias prácticas que contemplan a los M.I.S. como profesionales capaces de desarrollar sus intervenciones desde la complementariedad, la imparcialidad y el trabajo en equipo. A pesar de ello, no podemos olvidar que, precisamente por encontrarnos en los inicios de una nueva profesión, la situación de los mediadores interculturales, en términos generales, y de los M.I.S. en particular, puede considerarse precaria.

La mediación como profesión, las funciones de los mediadores, la formación en competencias interculturales, la mediación realizada por autócto-

nos o inmigrantes, así como las relaciones que los mediadores establecen con el resto de profesionales del ámbito de la salud, con asociaciones o voluntarios, son sólo varios de los aspectos que deben impulsarse.

La escasez de datos teóricos y empíricos que permitan evaluar el trabajo de los mediadores en relación con el aumento de la calidad de la atención dispensada por los profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras, nos obliga a profundizar sobre esta figura emergente en nuestra sociedad, su formación, ámbitos de actuación en salud y, especialmente, su aportación al sistema sanitario de Cataluña y a la salud de los inmigrantes.

Los M.I.S. plantean numerosos retos de cara al futuro: han de demostrar sus objetivos de equidad y calidad en términos económicos (que no economicistas) a corto o medio plazo; deben determinar su profesionalidad; qué nexos de unión poseen con otros profesionales de los equipos de salud, o bien con voluntarios o asociaciones diversas; y deben plantear su participación en las intervenciones comunitarias en salud, tanto desde la promoción y educación para la salud, como en proyectos que presenten claros objetivos de *empowerment* comunitario.

Como afirma Gailly (2001), «la mediación abarca todas las actividades que ayudan a garantizar que hay, por un lado, una comprensión real entre el profesional sanitario y el cliente, y por otro, que en la práctica se cumpla el derecho a una sanidad apropiada».

Bibliografía

- ALONSO, E.: (2002). «Gestión de la diversidad cultural en atención primaria». *Atención Primaria*, 8: 2, págs. 49-52
- AUBARELL, G. (2001). «Polítiques públiques». Recogido en el Curso de Formación para Profesionales sobre *Les polítiques d'immigració a Catalunya*. Institut Català de la Mediterrània. www.iemed.org/politiques_immigracio
- BERMUDEZ, K.; PRATS, G.; URIBE, E. (2000). *La mediación intercultural un puente para el diálogo*. Desenvolupament Comunitari. Barcelona.
- BERMÚDEZ, K.; GARCÍA DE CASTRO, R.; GARCIA, H. *et alii*: (2002). *Mediación intercultural. Una propuesta para la formación*. AEP Desenvolupament Comunitari y Andalucía Acoge. Editorial Popular. Madrid
- DÍEZ BUESO, L. (2001). «Estrangeria i immigració; comunitats autònomes, estat i Unió Europea». Recogido en el Curso de Formación para Profesio-

- nales sobre *Les polítiques d'immigració a Catalunya*. Institut Català de la Mediterrània. www.iemed.org/politiques_immigracio
- GAILLY, A. (2001). *El acceso de los inmigrantes a la sanidad en Bélgica. Observaciones y buenas prácticas*. www.salutpertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. (2003)
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de Salut de Catalunya 1993-1995*.
- , *Pla de Salut de Catalunya 1996-1998*.
- , *Pla de Salut de Catalunya 1999-2001*.
- , *Pla de Salut de Catalunya 2002-2005*.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Benestar Social. *Informe sobre el desenvolupament del Pla Interdepartamental d'immigració 1993-2000*.
- , *Pla Interdepartamental d'Immigració 2001-2004*.
www.gencat.es/benestar/immigra/immigra2.htm
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. *Memoria d'Activitats 2005*.
www.gencat.net/ics/infocorp/memoria_activitats_2005htm
- , *Memoria d'Activitats 2006*.
www.gencat.net/ics/infocorp/memoria_activitats_2006.htm
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. 2006. www.gencat.net/salut/depsan/unitat/sanitat/pdf/immidefini2006.pdf
- MASCARELLA, L.; COMELLES, J.M.; ALLUÉ, X. (2001). *La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España*. www.salutpertutti.org/inglese/immi_say/spa/2.4.2%20sp.%2011%20caso%20spagnolo.pdf
- MALUQUER, E. (1997). «La sanitat: una assignatura pendent». II *Informe sobre immigració o treball social*. Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- NAVARRO, V. (2003). «La creciente divergencia social de Cataluña con la UE», publicado en *El País*, 27-07-03, págs. 2-3, sección Cataluña.
- RIUS, X. (2007). *El libro de la inmigración en España*. Córdoba. Almuzara.
- SANCHO, A.; ANTONÍN, M.; TOMÁS-SÁBADO, J.; INIESTA, C.: (2007). «Mediación Intercultural. Experiencia en el Hospital del Mar de Barcelona». *Todo Hospital*, 238, págs. 466-470.

V.V.AA. (1996). *L'atenció sanitària als immigrants. L'experiència del Consorci Sanitari de Mataró*. Fundació Serveis de Cultura Popular. Barcelona.

Sacar a los peces del agua. La opacidad de la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes

Els van Dongen y Rob van Dijk

Traducción de Julián Librero (URV) y María José Romano (URV)

«Si un pez pudiera descubrir [...] su último descubrimiento sería la existencia de agua. Sólo en las redes de un pescador sabría qué significa ser un animal acuático.»
(Fortmann, 1971: 91)

«Aplicar la tolerancia de forma consecuente es más difícil y moralmente más exigente que la represión.»
(Shklar, 1984: 4-5)

Los procesos culturales subyacentes de la discriminación

En sus culturas y contextos, la mayoría de la gente se siente como pez en el agua; sin embargo, al salir de ellos suelen darse buena cuenta de que su cultura es diferente. Esto le sucede a las personas inmigrantes, pero también a los sanitarios que se enfrentan a ellas; empiezan, entonces, a descubrir lo que significa ser un sujeto cultural. En la base de esta toma de conciencia está, no obstante, la discriminación. La discriminación es un proceso complejo. El término expresa a menudo una actitud negativa y – peor aún – una violación de los derechos humanos. La discriminación como práctica y como proceso es tan relevante y se valora tan negativamente que la Unión Europea (UE) lanzó un programa para combatirla. Pero para entender las razones por las que la discriminación es relevante y por qué es tan difícil de combatir,

como ha descubierto el grupo de trabajo de *Partners in Health*, tenemos que entender los mecanismos culturales subyacentes.

Una de las razones es que la discriminación, como muchos procesos culturales, es ambivalente. Las dificultades comienzan ya con el significado original del término. Discriminar, según el diccionario Longman, es ver una diferencia o diferenciar entre cosas o personas, nada más. Cuando alguien discrimina, es que demuestra una habilidad para ver o intuir una diferencia. Pero, al mismo tiempo, discriminación también significa tratar a unas personas o grupos injustamente, mejor o peor que a otros. En Europa, con esa tradición de igualdad que desde la Ilustración y la Revolución Francesa se considera uno de los valores básicos de las culturas europeas, puede resultar difícil reconocer que ciertas personas y grupos son discriminados negativamente. Pero, como en el caso de la novela de George Orwell *Animal Farm* (*Rebelión en la granja*), si bien todas las personas son iguales, algunas son más iguales que otras (Orwell, 1945).

En este artículo me centraré en la discriminación negativa, que es aquella que contribuye a la exclusión, a los problemas de salud, a las limitaciones al acceso y al uso de los servicios sanitarios. La discriminación no es sólo un asunto europeo; discriminar es una costumbre universal, que encontramos en cada cultura, aunque expresada con diversos matices. Pero la complejidad es todavía mayor, ya que no sólo se da discriminación entre grupos o culturas, sino también en el interior de ellas mismas. En su libro *A passion for difference* (2000), Henriette Moore argumenta que hablar de diferencias supone pensar en identidad y semejanza. La autora plantea que diferencia e identidad no son tanto categorías como procesos de identificación y diferenciación. Estos procesos están inscritos en el deseo de pertenencia, de ser parte de alguna comunidad. Para hacerlo aún más complejo, las acciones de las personas, la imagen que tienen de ellas mismas (su autorrepresentación), sus fantasías y deseos pueden entrar en conflicto con las ideologías culturales y los discursos dominantes. Esto sitúa en primer plano las cuestiones de la resistencia y la cooperación, las políticas de identidad y las estrategias retóricas que dan lugar a identidades estereotipadas, a menudo puestas en marcha en circunstancias «donde están en juego recursos políticos y económicos» (Moore, 2000: 5).

Douglas (1966) habla en *Purity and Danger* (*Pureza y peligro*) de las fronteras externas y las líneas internas, conceptos en cierto modo similares a los de diferencias «dentro de» (*within*) y «entre» (*between*) de Moore. Aunque el trabajo de Douglas se centraba en las denominadas sociedades primitivas,

su idea de la polución social es todavía válida. Esta autora distingue cuatro variantes de este tipo de polución: el peligro que presiona las fronteras externas de una sociedad; el peligro que transgrede las líneas internas del sistema; el peligro procedente de los márgenes de la sociedad y el peligro que surge de su contradicción interna (el sistema social en guerra consigo mismo). Creemos importante subrayar la perspectiva de Douglas cuando señala que el simbolismo de los límites del cuerpo individual se emplea para expresar las amenazas que afectan los límites de una comunidad/sociedad. La autora plantea que cuando las sociedades experimentan amenazas, cierran sus fronteras y acentúan enormemente las diferencias con el exterior. Mecanismos como el etnocentrismo, la acusación y la exclusión empiezan a funcionar. Informes europeos como el de la Agencia Nacional Holandesa contra el Racismo (2001) muestran que el marco teórico de Douglas no ha perdido su valor explicativo.

No requiere más explicaciones entender que los cuatro tipos de peligro están hoy día actuando en las denominadas sociedades posmodernas, caracterizadas por la globalización, hibridación, localización y difusión de personas, ideas y bienes. Robertson (1995) describió estos procesos como «glocalización»: por un lado, la selección e incorporación de influencias culturales externas y, por el otro, la imposición de mapas específicos de significado sobre las estructuras sociales. En las sociedades multiculturales como las europeas existe un escenario en el que los grupos interactúan y compiten siguiendo cada cual su propio repertorio y lógica cultural, y luchan por el poder para definir una situación, o más bien para controlar la definición del acceso a la explotación de los escasos recursos a utilizar en este escenario (De Ruijter, 1998: 2). Los cuerpos de los individuos, por ejemplo los de los inmigrantes, han llegado a ser símbolos de lo que se experimenta y expresa como polución de las sociedades. Ya no está claro cómo se perfilan los límites y cómo se experimenta la polución. Además, estos límites se han vuelto flexibles y situacionales, y estos cambios hacen que la polución y la discriminación sean complejas y ambiguas.

Pero hay más. Porque la discriminación pertenece a las actividades humanas básicas en una sociedad y porque es inherente a la enculturación, las personas aprenden desde edades muy tempranas a diferenciar entre «dentro» (*within*) y «fuera» (*between*). Esto se inscribe en su interior y se refuerza cuando estudian una profesión, por ejemplo, las profesiones médicas. Del Vecchio Good *et alii* (2003) analizan cómo la disparidad racial en la atención sanitaria, como ellos la llaman, nace mediante un sutil proceso multidimen-

sional durante la formación en medicina en un hospital universitario. Los autores examinan las diferencias diagnósticas y pretenden demostrar que el análisis cultural y social contribuye a explicar las disparidades étnicas y raciales en los servicios sanitarios. Afirman que dichas disparidades son el resultado de razones que tienen múltiples orígenes, que hay una ausencia de información sobre el papel de la cultura de los profesionales e instituciones, pero también que las disparidades no son sólo un asunto de creencias culturales diferentes, sino que también se dan factores políticos y económicos que las conforman y producen. En cualquier caso, los autores subrayan que debe realizarse «un análisis crítico de la cultura de la medicina en su sentido amplio, en diferentes contextos de formación y práctica y en distintas regiones geográficas» (Del Vecchio Good *et alii*, 2003: 620).

Otros han explicado las disparidades raciales a partir del rol de la discriminación estadística en los servicios sanitarios (Balsa y McGuire, 2001). Estos autores sostienen que el problema subyacente es que para un médico es más difícil entender las quejas de los miembros de las minorías. El concepto de diferencia cultural es bien conocido en la atención sanitaria a inmigrantes; a menudo se argumenta que las diferencias culturales son los principales detonantes en las interacciones sanitarias. Pero también se discute sobre si las diferencias culturales se utilizan para enmascarar la atención sanitaria inadecuada, y se sugiere que se utilizan en la praxis sanitaria para establecer relaciones de poder. Esto sitúa en primer plano la ambigüedad del concepto y la incapacidad de tratar con las diferencias. Las personas aprenden a discriminar, pero lo hacen de un modo cultural particular, lo que conlleva aspectos positivos y negativos.

Los sistemas médicos son sistemas culturales. Tales sistemas no son sólo sistemas de ideas, creencias, actitudes y comportamientos, sino que son esencialmente sistemas morales. Las diferencias entre estos sistemas morales pueden generar serios desacuerdos morales, porque la moral se experimenta a menudo como algo natural que se da por sentado; nos sentimos como peces en el agua no sabiendo que somos peces. En los sistemas sanitarios, los profesionales y otros empleados, pero también las personas inmigrantes, son peces que descubren que lo son porque están fuera del común «biotopo». Esto no es en sí mismo una cuestión negativa. Establecer diferencias puede ser una buena práctica cuando lleva a tratamientos específicos o ajustados a la edad, género, etnicidad o particularidad cultural. La cuestión es: ¿cuándo llega a ser negativo o perjudicial? Es una pregunta difícil de responder, porque a menudo la discriminación perjudicial es no malévola. La dis-

criminación con efectos negativos rara vez se presenta como una completa restricción del acceso a los escasos recursos sanitarios. La exclusión es un proceso más sutil. Si nuestro mundo moral es natural y se da por sentado, el mundo moral de los otros es «antinatural» de un modo que también damos por sentado. Por ello, podemos decir que la discriminación —salvo en casos de discriminación planeada y consciente— es un proceso que tiene lugar de forma inconsciente. En los servicios sanitarios se camufla a menudo con argumentos profesionales aparentemente lógicos del tipo «deseo lo mejor para mis pacientes, por ello lo remito a un sanitario que hable su lengua o pertenezca a su cultura; dado que la mayoría de los problemas de salud de los inmigrantes están causados por su posición social, financiera o legal, como proveedor de servicios sanitarios puedo hacer poco o nada para mejorar su condición, por ello lo envío a un trabajador social o a un abogado; en tanto que los refugiados no tienen permiso de residencia, no se dan las condiciones de seguridad básica para la terapia, con lo cual no puedo hacer nada como terapeuta; de ningún modo excluyo a los inmigrantes de la psicoterapia, cualquiera que hable holandés (o francés, o alemán, etc.) puede recibir psicoterapia (negándola en realidad al enviar a los inmigrantes a trabajadores sociales señalando su situación social)». Por otra parte, esta discriminación es inconsciente al menos para quienes discriminan; sólo podremos estudiar la discriminación por su efecto sobre los otros y en su consiguiente reflejo sobre los servicios sanitarios. Sin embargo, sea o no provocada por la exclusión, se observa en los países europeos una distribución desigual en el acceso —ya sea conocimiento, uso o empleo de una manera satisfactoria— a los servicios sanitarios según los rasgos étnicos o culturales.

Hasta ahora hemos apuntado que la discriminación es un proceso complejo no fácilmente comprensible; un proceso inherente a las culturas. Se da a menudo por sentado, es silencioso y se basa en la práctica cultural de establecer diferencias. Por ello, nuestro proyecto ha de ser modesto. En el resto del artículo presentaremos un sencillo esquema que puede ser empleado para estudiar la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes. Nuestro objetivo no es ofrecer una solución o una panacea para la discriminación perniciosa en el marco de los servicios sanitarios, sino dar a conocer algunos ejemplos de prácticas cotidianas en la atención sanitaria que ponen claramente de manifiesto los efectos de la discriminación; nuestro objetivo es «sacar al pez del agua». Estos ejemplos podrían sensibilizar a profesionales, gestores y otros empleados con respecto a las prácticas discriminatorias. Nuestro propósito no es proscribir la discriminación en tanto práctica coti-

diana de establecimiento de diferencias, sino eliminar esos procesos y mecanismos que generan exclusión y uso desigual de la atención sanitaria en circunstancias similares, haciendo a los demás y a nosotros mismos conscientes de estas formas de exclusión que se producen, al tiempo que asumimos que la toma de conciencia es parte de la prevención.

Un esquema sencillo de la discriminación cotidiana

La antropóloga holandesa Philomena Essed estudia en su libro *Alledaags racisme (Everyday Racism, 1984; 1990; 1991)* las formas implícitas, mundanas y cotidianas de discriminación dañina. En él, distingue entre discriminación directa e indirecta, implícita y explícita; además, Essed hace también una distinción entre la discriminación formal e informal de los profesionales, entre discriminación institucional, colectiva e individual, y entre discriminación activa y pasiva. La discriminación directa, tal y como la ve Essed, es un trato desigual en circunstancias similares. Por ejemplo, a X no se le da un tratamiento porque es negro, que sí se le concede a Y de manera automática porque es blanco; para X, la consecuencia será negativa. La discriminación indirecta es resultado de un tratamiento igualitario con consecuencias negativas, por ejemplo, para las personas inmigrantes. La discriminación explícita, según Essed, es una forma de discriminación expresada abiertamente; por ejemplo, un responsable de recursos humanos comunica a un candidato que no quiere emplear inmigrantes como terapeutas. La discriminación implícita sucedería si ese mismo responsable comunica, en cambio, a los inmigrantes que ese trabajo se le ha dado a otra persona. La discriminación implícita es difícil de probar y sólo puede demostrarse en situaciones experimentales.

La discriminación en el comportamiento formal de las instituciones se relaciona con las reglas, obligaciones, deberes y elementos oficiales de una función desempeñada dentro de una institución. La discriminación informal dentro de las instituciones se relaciona con el modo en que se realizan las tareas. La investigación ha demostrado que se diagnostica con más frecuencia de esquizofrenia a los clientes inmigrantes que a sus equivalentes autóctonos. Essed demuestra que la discriminación institucional provoca un menor uso de estos organismos por los inmigrantes. En los servicios sanitarios, la discriminación no sólo se refleja en un uso menor, sino en un mayor número de pacientes que reingresan, en más tratamientos insatisfactorios y en

más errores diagnósticos. Por ejemplo, cuando la depresión es diagnosticada como un trastorno psicótico en la población afrocaribeña, esto desembocará en un tipo de terapias inadecuadas. Otro ejemplo es la «psiquiatrización» de respuestas específicamente culturales al estrés.

Por otra parte, la diferencia entre discriminación individual e institucional es problemática. La institucional ha sido descrita como un problema colectivo de quienes discriminan; es un abuso sistemático cometido contra personas que — como resultado — no tienen igual acceso a la atención sanitaria o a los tratamientos que necesitan. Si la discriminación es un problema colectivo, la discriminación individual resulta problemática, ya que refleja que las tendencias discriminatorias y etnocéntricas son parte de una cultura, de una ideología. El carácter privado e informal de la discriminación individual la hace difícil de descubrir. Cuando un terapeuta nativo evita el intercambio de ideas en común con un colega no nativo, o bien niega su importancia definiendo los aspectos culturales como algo meramente superficial, estamos ante un caso de discriminación individual negativa.

La distinción entre discriminación activa y pasiva también es muy útil. La discriminación activa se refiere a todas las prácticas cuya motivación es excluir a los inmigrantes de ciertos servicios o tratamientos simplemente porque son inmigrantes. La discriminación pasiva aparece cuando alguien se ve involucrado en la discriminación de otros. Essed plantea que la discriminación pasiva es sintomática de un clima en el que el prejuicio y la discriminación son percibidos como algo desagradable e indecoroso, pero no se consideran racismo.

La esencia de la «discriminación cotidiana» es que generalmente se esconde y camufla tras la política oficial no discriminatoria. El carácter de las interacciones cotidianas entre diferentes grupos étnicos y culturales es muy difícil de determinar. Se puede sospechar discriminación, pero es casi imposible probarla. Por ello, Essed plantea que las personas discriminadas son las expertas en discriminación debido a su experiencia, mientras que el resto apenas es consciente de ella. Sin embargo, se debe ir con cuidado: existe una diferencia sensible entre «sentirse» discriminado y «ser» discriminado. A menudo se plantea que cuando un individuo reconoce la discriminación es un síntoma de debilidad. Pero estamos en lo sustancial de acuerdo con Essed en que la discriminación no es un problema individual, sino social.

Como conclusión de esta sección, afirmamos que la discriminación de los grupos inmigrantes en las instituciones sanitarias puede ser directa e indirecta, formal e informal, implícita y explícita, activa y pasiva. No son

procesos inconexos; todos se interrelacionan y actúan en todos los niveles de las instituciones médicas y escenarios de la atención sanitaria (Van Dongen, 2003). Hemos de subrayar que las diferentes modalidades se solapan a menudo, lo que hace que este esquema sea más complejo de lo que parece. La discriminación es un proceso delicado y ambiguo, que se niega por parte de quienes discriminan y es difícil de probar. Nuestra conclusión será que debemos aceptar que hay situaciones en el marco de la atención sanitaria que son «propicias» a la discriminación. Son situaciones de riesgo, como el trato impersonal hacia los inmigrantes por parte de los profesionales, la burocracia, los procesos diagnósticos formalizados, la relación inadecuada entre profesionales, los procesos de derivación basados en prejuicios culturales y los problemas lingüísticos. Nuestra conclusión es que la discriminación no es un asunto de cantidad; en los procesos de los servicios sanitarios, cada situación conlleva su propio riesgo de discriminación y, a la postre, exclusión.

Trabajando con el esquema: algunos casos de situaciones de riesgo en los servicios sanitarios

En esta sección discutiremos algunos casos en los que se desencadena discriminación y situaciones de riesgo en la atención sanitaria. No podremos ofrecer «soluciones», porque los procesos de discriminación se solapan, son ambiguos, delicados y a menudo confusos, y sólo se conocen a través de sus resultados. Nuestro objetivo es concienciar sobre los peligros de la discriminación y ofrecer algunos «nutrientes» para la acción y el pensamiento.

Hacer explícito lo implícito: terapia con inmigrantes

En *Ontmoeting met de cultureel ander* (Encontrarse con lo culturalmente diferente, 2002), Gailly analiza la reacción terapéutica de los proveedores sanitarios (médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales) ante las mujeres turcas que acudían a la consulta por problemas de somatización. Tras entrevistarlas, los investigadores clasificaron las cuestiones culturales en procesos de transferencia y contratransferencia. Algunas de las reacciones de los terapeutas presentaban claros elementos de discriminación. El rechazo de las pacientes, la negación de las diferencias culturales, la sobre-

dentificación con la paciente, la fascinación y ansiedad, además del uso de mediadores culturales, tuvieron como resultado una discriminación negativa, tal y como fue experimentada por las pacientes. Se escapa del alcance de este trabajo discutir en profundidad las sutilezas de tales procesos, para lo cual nos remitimos al trabajo de Gailly (2000). Nos limitaremos a un par de ejemplos.

Imaginemos que un terapeuta o un médico es consciente de sus sentimientos discriminatorios. Esta toma de conciencia puede desembocar en una excesiva simpatía o en la atribución de todos los problemas de los pacientes a cuestiones del proceso migratorio o de las diferencias culturales. Ese terapeuta podría ver al paciente culturalmente diferente como alguien dañado emocional y cognitivamente por el racismo y la opresión y, en consecuencia, sentirse culpable. La actitud de un terapeuta guiado por la culpa puede afectar el tratamiento de un cliente de varias maneras: por sobreindulgencia, por no darse cuenta del enfado del paciente culturalmente diferente, o por ponerse a la defensiva. Otro interesante ejemplo se refiere a la mediación cultural. Se considera una panacea en el trabajo con inmigrantes. Sin embargo, Gailly encuentra que a veces la «conexión cultural» puede no ser tan importante. Los pacientes pueden rechazar tal mediación porque creen que el mediador (o el «terapeuta étnico») puede que no sea tan profesional como su colega occidental, o porque los propios clientes quieren distanciarse de su origen étnico. Además, tener el mismo bagaje cultural que el paciente no es una garantía de buena atención sanitaria. Los propios terapeutas étnicos o mediadores pueden identificarse con las culturas occidentales, los clientes pueden verlos como personas que lograron escapar a la discriminación y las privaciones, y pueden reaccionar con celos, envidia o vergüenza. Gailly escribe: «En tales casos tanto terapeuta como cliente pueden sentir enojo y hostilidad cuando examinan la desacreditada posición social del cliente. Un modo de adelantarse a la posible pérdida de control emocional es evitar por completo el asunto cultural.»

La transferencia y contratransferencia son procesos bien conocidos en la práctica psiquiátrica, pero están también presentes en otras situaciones de la atención sanitaria. Trabajar con ellos puede ser una actividad que sensibilice y conciencie a los trabajadores de los servicios sanitarios de los complejos riesgos de la discriminación, y que haga explícita la discriminación implícita. Esto se evidencia en el trabajo de *Good et alii* (1985), que habla del reflejo y la contratransferencia en una clínica intercultural y muestra cómo el etnocentrismo, el prejuicio, el bagaje cultural y los intereses de los terapeutas

desembocan en perspectivas problemáticas sobre el problema del paciente, y cómo esto — a su vez — no sólo afecta el proceso terapéutico sino que también puede desembocar en la exclusión (como resultado de la discriminación).

Tobin (1986) aporta un dramático ejemplo de cómo la contratransferencia oculta puede derivar en discriminación negativa. El autor describe la trágica historia de un refugiado camboyano y trabajador sanitario en un campo de refugiados estadounidense, que asesinó a un secretario vietnamita. El asesinato fue el resultado de la discriminación oculta y la exclusión del camboyano por parte de los profesionales blancos americanos. Tobin analiza el caso y nos proporciona diferentes formas de contratransferencia que culminan en la tragedia del asesinato. Mientras los profesionales blancos tendían a ver a Prak, el camboyano, como víctima de un grave trauma psicológico, Tobin lo ve como una persona incomprendida y como un mártir. Sin embargo, más tarde Tobin tuvo que reconocer que planteó unas conclusiones erróneas. Prak había llegado a ser víctima de una transferencia de grupo. En este caso, los terapeutas mostraron mecanismos similares de imperialismo cultural, etnocentrismo, paternalismo y autoconfianza acrítica, y el deseo de ser, como en la guerra de Vietnam, salvadores del mundo. El personal norteamericano fue incapaz de indicar en otros términos la situación de amenaza para Prak. Los norteamericanos desempeñaban el rol de jefes, consejeros y profesores; los miembros vietnamitas eran aliados de los americanos, y Prak, como camboyano, desempeñaba las funciones propias de los casos de caridad desorganizada (Richters, 1991). Tobin también analizó la tragedia como un drama familiar. A pesar de los prejuicios profesionales y el drama de la guerra, el personal del centro funcionaba como una familia. Prak se negó a ser miembro de ella y su negativa se interpretó como un signo de enfermedad. El personal empujó a Prak a adoptar el rol de paciente, viendo la situación como un problema de Prak en lugar del suyo. La conducta de Prak, que culminó en el asesinato, evidenció lo equivocado que estaba el personal.

Tobin va más allá del nivel de la interacción directa y demuestra que la historia política, el colonialismo, las ideas occidentales con respecto a las relaciones familiares y la profesionalidad pueden contribuir a la discriminación. Aunque no todos los casos serán tan trágicos como el del camboyano, la mayoría de los países europeos se ven confrontados con los refugiados de sus antiguas colonias, y distinguir entre varios niveles de contratransferencia resulta útil para los profesionales sanitarios que quieren mejorar las prácticas no discriminatorias de atención sanitaria explicitando los aspectos psicológicos, sociales y culturales implícitos. Sin embargo, esto requiere una

concienzuda autorreflexión por parte de los cuidadores sanitarios, una tarea nada fácil.

Como de costumbre: discriminación institucional

El modo habitual de funcionamiento de los sistemas sanitarios puede no ser el mejor para los inmigrantes, ya sean pacientes o profesionales. Por ejemplo, se suele evaluar a los candidatos a cuidadores sanitarios por sus diplomas y cualificaciones oficiales y no por sus capacidades. Para los profesionales inmigrantes, esto puede significar que aunque dispongan de suficientes capacidades y conocimientos, serán excluidos del proceso. Un ejemplo menos claro de discriminación institucional es cuando el candidato tiene que «encajar» en el equipo. En lugar de intentar favorecer la diversidad en un equipo, los gestores tienden a emplear «más de lo mismo» por razones que van desde el temor a que surjan problemas en el equipo hasta la expectativa de dificultades entre sus miembros. «No escogimos al candidato marroquí para el puesto, porque ya teníamos un empleado extranjero. Debemos intentar mantener un equilibrio en el equipo.» Otra forma de discriminar es ignorar las objeciones que los pacientes pueden tener contra la estancia de ambos sexos en los mismos espacios clínicos. Cuando se ignoran la función y el valor de la familia del paciente, por ejemplo ignorando las diferentes posibilidades de horas de visita y número de visitantes, o la regla según la cual sólo los pacientes identificados pueden ser admitidos en una institución abierta de salud mental, podrían causar sentimientos de discriminación en las personas inmigrantes. En el tratamiento, encontramos ejemplos de discriminación cuando los profesionales emplean el concepto del «yo» autónomo, que es un concepto particular de Occidente, o cuando los profesionales usan sistemas de clasificación basados en las patologías de las clínicas de salud mental estadounidenses (*Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*).

Existen numerosos ejemplos que plantean que el funcionamiento rutinario de la estructura de las instituciones sanitarias deriva en discriminación, aunque esa no sea la intención. Al tratar a los pacientes igualmente según procedimientos, reglas y conceptos aparentemente neutros, estamos ignorando los valores occidentales inherentes a los procesos y la estructura de

los servicios sanitarios, e inherentes a esa imagen implícita de los pacientes que guía la práctica de la atención sanitaria.

A las puertas de las instituciones: discriminación directa e indirecta

Uno de los compañeros, que realizó un trabajo de campo en la oficina administrativa de un hospital italiano, apreció que la conducta de los administradores y la ordenación espacial de dicha unidad conducían indirectamente a la discriminación y la exclusión. Cuando los pacientes entran en la oficina tienen que coger número de un distribuidor automático para pedir hora para la consulta médica y otros servicios. Si para los pacientes locales es difícil entender de modo inmediato lo que tienen que hacer, para las personas inmigrantes el problema es aún mayor. Aunque la oficina tiene una ventanilla de información, no está indicada. No hay tampoco indicaciones en otras lenguas ni existen folletos con información. Cuando se le preguntó, el trabajador dijo que estos folletos existen, pero que los tenía en el cajón. Los pacientes se encontraban perdidos y desorientados inmediatamente y tenían que encontrar a alguien que pudiera informarles acerca de los procedimientos y las reglas a la entrada del hospital. Cuando aciertan a hablar con el trabajador, puede suceder que sean enviados al médico general para que consigan un volante urgente. Así pues, la estructura del sistema es poco clara para muchos inmigrantes y actúa directamente como un factor discriminatorio.

Otros compañeros de la investigación han encontrado casos de discriminación activa. Por ejemplo, el compañero sueco denunció casos frecuentes de discriminación en las salas de espera y de hospitalización. Los nombres somalíes se cambian por suecos; no se llama a los pacientes porque su nombre es difícil de pronunciar. También se constató que hacer citas por teléfono se experimentaba como algo difícil e impersonal. Estos ejemplos dejan claro que el comportamiento del personal de recepción y los servicios disponibles para todos los pacientes no funcionan a favor de las personas inmigrantes, sino contra ellas. Dado que la puerta de entrada supone el primer contacto con la institución sanitaria, las experiencias de discriminación y exclusión en estos lugares afectarán al resto de la trayectoria sanitaria de los pacientes.

Los prejuicios y orgullos profesionales: el medicocentrismo como discriminación

La «disparidad racial», tal y como Del Vecchio Good *et alii* (2003) denominan a uno de los efectos de la discriminación en los servicios sanitarios y tratamientos médicos, ha sido extensamente documentada. King (en Del Vecchio Good *et alii*, 2003) apunta que la explicación de las diferencias raciales en los cuidados médicos se sitúa en la discriminación institucional y en las ideologías profesionales. Balsa y McGuire (2001) consideran el papel de la discriminación estadística como una explicación potencial de la discriminación. Se refieren a cómo, por ejemplo, un médico sin intención de discriminar aplica una regla razonable en la toma de decisiones que en la práctica conlleva un tratamiento desigual de dos grupos étnicos al ignorar la diversidad intra e interétnica usando categorías generales como «no nativo», «extranjero», etcétera. Daría a entender que un médico ha de esforzarse más para interpretar los signos de un no nativo que de las personas nativas, y con ello surgen los problemas de comunicación. Los doctores aprenden a identificar lo que puede estar mal en un paciente, se les enseña a interpretar signos de una manera específica. La educación médica reproduce la cultura médica. Este proceso de formación y aprendizaje se describe con claridad en *Becoming psychiatrists: The professional transformation of self* (Light. 1980). Los autores apuntan que los jóvenes futuros psiquiatras aprenden de diferentes modos a razonar y actuar como «psiquiatras». La interacción diaria con compañeros y el estar continuamente situados dentro de la jerarquía médica enseña al estudiante la competencia, responsabilidad y ciertas conductas profesionales. Las historias de vida de los pacientes se transforman en narraciones clínicas que son historias biomédicas empleadas para comunicar de vuelta diagnósticos y terapias a los pacientes. Del Vecchio Good *et alii* han testimoniado varias «disrupciones en la maquinaria médica»: los pacientes han de ajustarse a la máquina; los complejos problemas sociales pueden hacer descarrilar a los médicos; los pacientes tienen que cooperar; los problemas de lenguaje y los asuntos familiares alteran la fluidez de la práctica e influyen en la terapia; los doctores no pueden resolver los problemas de los inmigrantes; las respuestas de los médicos están determinadas por estereotipos y mitos acerca de los inmigrantes, como el de la exageración del dolor. Los autores demuestran que los estudiantes de medicina son educados para construir una historia clínica unidimensional a partir de las narrativas de los pacientes, sacándolas

de contexto y extrayendo los elementos culturales. Todos los compañeros del proyecto de investigación han sufrido experiencias similares sobre las disparidades raciales. En un estudio previo sobre mortalidad perinatal, la investigadora Marian Tankink informaba que las inmigrantes se sentían discriminadas por los especialistas, y se les ocultaba información importante sobre su embarazo. En estos casos, las mujeres tenían un alto nivel educativo y hablaban holandés con fluidez. Una de ellas pensó que se la había discriminado por llevar velo. Fuera o no un acto consciente de discriminación por parte de los ginecólogos, el resultado fue experimentado como discriminación. La razón podría ser, como han planteado Del Vecchio Good *et alii*, que los médicos opinan que parte de la profesionalidad consiste en no hablar demasiado con los pacientes y actuar de forma adecuada sobre el problema de salud. Así, mientras los médicos pueden pensar que actúan como profesionales, los pacientes experimentan esta actitud como discriminatoria.

Del Vecchio Good *et alii* concluyen que la raza y la etnia continúan definiendo las respuestas médicas. También que las enfermedades se discuten de manera específica en relación con ciertos grupos inmigrantes. Los autores plantean una causa a menudo mencionada de tales disparidades: la creciente presión de ser eficiente reduce y excluye el contexto social en la negociación de la atención sanitaria, y se preguntan si el creciente interés por la «competencia cultural» podría ser una solución a las prácticas de discriminación y exclusión. Ellos recomiendan estudiar en profundidad las razones de las disparidades: un análisis crítico de la cultura de la medicina; un análisis de la economía política de las prácticas culturales en medicina; un estudio de las adaptaciones prácticas que realizan los doctores pertenecientes a minorías; el estudio de los cambios en la procedencia étnica de estudiantes, enfermeras y otros cuidadores sanitarios; la identificación de intervenciones y programas exitosos; y la evaluación del resultado de los programas dirigidos a reducir el desequilibrio.

Pacientes buenos, malos pacientes: normas y rituales como discriminación

Los médicos hospitalarios apenas tienen tiempo para desarrollar una verdadera relación terapéutica con sus pacientes. A menudo, las enfermeras y enfermeros emplean más tiempo a pie de cama que ellos. ¿Quiere esto decir

que la posición de las enfermeras es menos susceptible de discriminación que la de los médicos, dado que conocen mejor a los pacientes?

En su tesis doctoral *Fremde sprachen, andere sitten – Kulturkenntnis in der Pflege* – (2002), Andrea Kuckert presenta un trabajo etnográfico sobre enfermeras en un hospital alemán. En él, muestra cómo las enfermeras y enfermeros hablan y reaccionan ante los pacientes inmigrantes y trata algunas de las distinciones que establecen entre pacientes nativos y no nativos. Un ejemplo casi clásico es el del número de visitantes que tienen las personas inmigrantes durante el horario de visitas. La regla es que sólo dos o tres visitantes se sienten en la cama de un paciente. Los pacientes nativos siguen esta regla; los no nativos no. Las enfermeras consideran esta situación molesta para el resto de pacientes. Cuando esto sucede frecuentemente, las enfermeras tienden a crear estereotipos de dichos pacientes que emplean cuando hablan entre ellas. El resultado puede ser que la norma de un limitado número de pacientes empiece a funcionar como un medio para discriminar a las personas nativas de las que no lo son, y que esto, a su vez, influya en el comportamiento de los enfermeros y enfermeras.

Kuckert ofrece otros ejemplos en los que las reglas y rituales del hospital, que están destinadas a ser iguales para todos los pacientes, funcionan en contra de las personas inmigrantes. La autora apunta que las enfermeras y enfermeros mantienen conceptos en torno a los buenos y malos pacientes. Un buen paciente es quien no hace muchas preguntas a las enfermeras, se somete al régimen sin protestar y coopera. Kuckert afirma entonces que los buenos pacientes son mayoritariamente personas nativas, mientras que los pacientes inmigrantes son percibidos a veces como no colaboradores y «difíciles».

Las normas y rituales pueden llegar a ser mecanismos que discriminan a los pacientes inmigrantes de modo negativo. Los problemas no pueden resolverse sin el diálogo entre pacientes inmigrantes y enfermeras; de otro modo, los mitos acerca de los malos pacientes entran en juego y actúan contra los inmigrantes.

Conclusión

Los ejemplos tratados no son exhaustivos. Han sido escogidos al azar, pero con el objetivo de mostrar «puntos vulnerables» en la atención sanitaria. Los

ejemplos se solapan y al superponerse evidencian lo ambiguos que pueden llegar a ser los procesos de discriminación. Además, este solapamiento también muestra la dificultad de emplear un esquema, como sugería Essed. Tal esquema sólo puede ser útil como una herramienta para iniciar la discusión y la reflexión dentro del marco de los servicios sanitarios.

Podemos concluir que la discriminación puede ocurrir en cada situación, en cada espacio y a cada momento del sistema sanitario. La discriminación abierta y explícita es rara en la atención sanitaria. A menudo, la conducta, normas, costumbres y acciones no pretenden excluir y discriminar; al contrario, están dirigidas a un tratamiento igualitario de los pacientes. Sin embargo, los resultados de tales comportamientos, acciones, etc., podrían ser muy bien la exclusión y la discriminación. Podríamos concluir tal vez que la discriminación es un proceso no intencional, aunque de todas formas no podemos estar seguros. La discriminación no intencional, en cualquier caso, tiene una grave consecuencia, porque el proceso tiene una capacidad de refuerzo. Es decir, que cuando los pacientes inmigrantes son excluidos y discriminados, pueden actuar y responder con rechazo, falta de cooperación, etc., y esto, a su vez, puede provocar comportamientos etnocéntricos y estereotipados por parte de los profesionales sanitarios.

Por ello, recomendamos que las instituciones sanitarias «radiografíen» sus diferentes niveles y traten de determinar si ciertos comportamientos, reglas, rituales, costumbres o usos del espacio y el tiempo operan contra los pacientes inmigrantes, ayudándose del esquema de Essed y distinguiendo la discriminación positiva de la negativa.

Bibliografía

- BALSA, A.; MCGUIRE, T. (2001). «Statistical discrimination in health care.» *Journal of Health Economics*. 20, págs. 881-907.
- DE RUIJTER, A. (1998). *Poverty from an international point of view*. La Haya, Países Bajos, Comisión Nacional Holandesa para la Unesco.
- DEL VECCHIO, M. J.; James, C. y Becker, A. (2003). *The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare. Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Smedley et alii Washington, D.C, The Nat. Ac. Press.

- DOUGLAS, M. (1966). *Purity and danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo*. London, Routledge & Kegan Paul.
- ESSED, P. (1984). *Alledaags racisme*. Amsterdam, Feministische uitgeverij Sara.
- ESSED, Ph. (1990). *Everyday Racism: Reports from women in two cultures*. Claremont, CA: Hunter House.
- ESSED, Ph. (1991). *Understanding Everyday Racism: An Interdisciplinary Theory*. Newbury Park, CA: Sage
- FORTMANN, H. (1971). *Inleiding to de cultuurpsychologie*. Bilthoven: Ambo.
- GAILLY, A. (2002) (versión revisada de la del año 2000). «Ontmoeting met de cultureel "andere" (Meeting with the cultural "other").» Brussel: *Cultuur en Migratie*, 18, 1.
- GOOD, B. et alii (1985). «Reflexivity, Countertransference and Clinical Ethnography: A case from a psychiatric cultural consultation clinic». En: HAHN, R. y GAINES, A. (eds.), «Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice». Dordrecht: *Reidel*, págs. 193-223.
- LIGHT, D. (1980). *Becoming psychiatrists: The professional transformation of self*. New York: Norton.
- MOORE, H. (2000). *A passion for difference*. Oxford, Polity Press.
- ORWELL, G. (1945). *Animal Farm*. London: Secker and Warburg.
- Rassendiscriminatie, Landelijk Bureau ter Bestrijding van Racisme (2001). *Racism in Nederland*, www.lbr.nl/lbr/lbr_jib2001.html.
- RICHIERS, J.M. (1991). *De antropoloog als verteller en vertaler (The anthropologist as story teller and interpreter)*. Delft: Eburon.
- ROBERTSON, R. (1995). «Glocalisation: Time-space and homogeneity-heterogeneity». En *Global modernities*. FEATHERSTONE, M.; LASCH, S. y ROBERTSON, R. London, Sage: págs. 25-44.
- SHKLAR, J. (1984). *Ordinary vices*. Cambridge/Mass., Harvard University Press.
- TOBIN, J. (1986). *(Counter)transference and failure in intercultural therapy*. *Ethos* 14/2: 120-144.
- VAN DONGEN, E. (2003). «If you are not satisfied, go back to your country.» *Experiences of discrimination in health care*. Research report of «Partners in Health, Phase II». Bologna, Alisei.

3. Prácticas

El aprendizaje comunitario para combatir la discriminación en experiencias de cuidados sanitarios en el ámbito de proyectos participativos para la salud

*Beth Maina Ahlberg (1), Ingela Krantz (1), Victoria Kawesa (1,3),
Catrin Lundström (2)*

Traducción: José Vallejo Torres

¿Qué es el aprendizaje comunitario?

Este capítulo describe el proceso del aprendizaje de las comunidades (en adelante AC) puesto en marcha en cada uno de los países participantes en el proyecto Socios para la Salud como una herramienta para combatir la discriminación en el sistema de atención sanitaria. El capítulo se divide en dos partes. La primera presenta las perspectivas teóricas del AC y la segunda se centra en el desarrollo práctico en cada uno de los países participantes para impulsar el AC¹. Como los AC fueron establecidos como la etapa final de este proyecto financiado por la UE, presentamos el proceso de implantación de los AC más que los resultados de sus actividades.

El objetivo de la iniciativa del AC ha sido usar los resultados generados por la investigación del proyecto para crear un espacio de diálogo, acción y cambio. La participación en el AC ha implicado conocimientos, creación y aprendizaje. Greenwood y Levin (1998) lo describen como un desarrollo

1 Los países participantes han sido Bélgica, España, Países Bajos, Italia y Suecia.

del conocimiento, basado tanto en fundamentos teóricos como en prácticas sociales reflexivas, un método integrado de investigación que aporta soluciones claras a los problemas prácticos por venir. En este sentido, los AC han de ser un compromiso a largo plazo en el que los participantes deberán colaborar en la investigación con el objetivo de modificar las condiciones que rodean a la discriminación y a las prácticas discriminatorias. Este proceso de colaboración y comunicación (Elden y Levin, 1991) se basa en el principio de que las experiencias y contribuciones de todos los participantes cuentan de manera efectiva. Este es un enfoque que tiene en consideración la complejidad de las situaciones de la vida real. Este modo de abordar el conocimiento implica investigación-acción (Greenwood y Levin 1998), o investigación y al mismo tiempo procesos de cambio de las condiciones de vida tales como la discriminación en los cuidados de salud; un proceso cogenerativo en la construcción del conocimiento (Elden y Levin, 1991). La principal cuestión planteada e investigada ha sido el abordaje de qué constituye la discriminación y cómo se reproduce. La investigación en los países participantes en este proyecto sugiere que la discriminación es un fenómeno complejo, en el que se cruzan creencias y significados culturales de la enfermedad, cuestiones de diagnóstico y tratamiento, aspectos relacionados con el sexo, la edad, la rigidez e insensibilidad del sistema profesional y burocrático, las normas y prácticas institucionales, así como cuestiones de lenguaje y racismo. Según los estudios realizados en los países que participaron en el proyecto, los inmigrantes perciben estar siendo discriminados mientras son atendidos por los proveedores de cuidados de salud, que consciente o inconscientemente reproducen la discriminación estructural. La investigación ha mostrado también que la discriminación tiene lugar en todas las etapas del proceso de salud del paciente. Por otra parte, como evidencian los diferentes términos usados, el significado de inmigrante es diverso, ya que incluye desde aquellos que pueden ser nuevos inmigrados o en búsqueda de asilo, hasta aquellos que pueden llevar varias generaciones en el país. Las perspectivas y experiencias de discriminación difieren entre los diversos grupos. Así pues, el AC fue concebido como un espacio donde la complejidad descrita podría ser dirigida o reflejada en el proceso de aprendizaje mencionado anteriormente.

La idea del aprendizaje de las comunidades no es nueva. Ha sido usada en entornos organizados descritos por Senge (1990) como organizaciones de aprendizaje. El término ha sido también ampliamente usado en educación, donde se ha creado un espacio tanto para profesores como estudiantes

(Hord, 1997) para el aprendizaje flexible, con un modelo participativo en el cual los estudiantes colaboran en el proceso de investigación científica. El aprendizaje de las comunidades como estrategia está dirigido a la creación de un espacio para el diálogo y el aprendizaje. Ralph St. Clair (1998) concuerda en que las comunidades son centrales en el proceso de aprendizaje, pero argumenta que también es necesario un nuevo enfoque que capture «la diversidad, disyunción y las relaciones de poder presentes en las comunidades». Este enfoque puede estar caracterizado por un proceso de aprendizaje continuo a través de la creatividad colectiva, el intercambio de valores y visión, la toma de decisiones, condiciones de apoyo y el intercambio de prácticas personales (McLaughlin y Talbert, 1993). En este caso, los profesionales sanitarios, inmigrantes o minorías étnicas y organizaciones e instituciones afines, colaboran en el aprendizaje para obtener y crear conocimientos en asuntos de discriminación y exclusión, al objeto de permitir una mejor atención sanitaria a los inmigrantes. El AC también puede ser una buena estrategia para promover el diálogo y crear un espacio a escala local para la reflexión sobre prácticas discriminatorias. La estrategia de diálogo puede servir, al mismo tiempo, para abordar diferentes perspectivas. El diálogo comprende un elemento de aprendizaje y otro de intercambio de conocimientos, derivados de las experiencias de todos los implicados independientemente de sus ocupaciones, organización o estatus. Es un paso adelante desde la visión simplista de que los inmigrantes o minorías étnicas no están diferenciados, a otra donde la diferencia y las cambiantes marcas de identidad están en juego.

El tipo de diálogo propuesto entre los proveedores de cuidados de salud y los inmigrantes conduciría a un mejor entendimiento de cómo se manifiesta la discriminación en diferentes ámbitos sociales, y cómo es experimentada por los inmigrantes y minorías étnicas. En este sentido, el diálogo constituye una sencilla estrategia de investigación o estudio que se ocupa «de trabajar desde dentro» para que las respuestas de los participantes sirvan de reflexión sobre sus complejas situaciones (Ekmans Philip *et alii* 2003). La hipótesis para la creación del AC se basa en la concepción de que los inmigrantes, como los cuidadores, tienen un conocimiento especial, o lo que Dreyfus y Dreyfus (1986) han definido como un conocimiento práctico y experiencias, los cuales, una vez conocidos, pueden ser la base para facilitar un mejor acceso a los cuidados de salud. Estas discusiones sistemáticas sobre prácticas discriminatorias pueden ayudar a los cuidadores a reflexionar sobre sus propias prácticas, actitudes o prejuicios, o, a través de la ayuda a

los inmigrantes, hacerlos reflexionar sobre el escepticismo respecto al sistema de salud occidental, un aspecto observado en todos los países asociados. Esto puede ser conceptualizado como lo que Boland y Tenkasi (1994) denominaron «crear perspectiva» y «tomar perspectiva». Los diferentes mundos del conocimiento se pueden encontrar a través del diálogo. Allí donde sea posible, las iniciativas del AC se pueden implantar en contextos clínicos en los que la interacción tiene lugar. Como se mencionó anteriormente, y en el contexto de los países «Socios para la Salud», el AC está constituido por los siguientes elementos.

Diálogo

El diálogo se da de diferentes formas, pero generalmente comparte características similares. Senge (1990) describe tres condiciones necesarias: 1) los participantes deben dejar a un lado todas sus suposiciones; 2) todos los participantes deben mirarse unos a otros como colegas; y 3) ha de haber un «facilitador» que «mantenga el contexto» del diálogo. Bohm (1990) explica que «en un diálogo todo el mundo gana; un diálogo es algo más que una participación común en la cual no estamos jugando un juego contra cada uno de los otros, sino con cada uno de ellos». Se espera que los participantes escuchen la opinión de todos, que dejen a un lado sus suposiciones, y que reflexionen sobre el significado de lo discutido. Bohm (1990) trata este punto de vista cuando escribe: «los diálogos no significan buscar un acuerdo, suponen desarrollar una amplia perspectiva y un profundo entendimiento de asuntos complejos. Las acciones deben llegar desde el diálogo, pero estas no son el propósito principal de entablar un diálogo». La gente puede unirse a través del diálogo para «reflexionar sobre cómo hacen y rehacen su realidad. A través del diálogo, reflexionando juntos sobre lo que sabemos y lo que no, podemos actuar de manera crítica para transformar la realidad» (Shor, 1992). El diálogo proporciona «los hilos de comunicación que unen a la gente y los prepara para acciones reflexivas». De este modo, los AC se transforman en espacios de reflexión donde es posible alcanzar lo que es descrito por Sergiovanni (1994) como un intercambio horizontal de conocimiento y experiencias, más allá de las posiciones de poder. La comunicación del conocimiento alcanzado y compartido es, por lo tanto, característica de un diálogo reflexivo descrito por Louis y Kruse (1995) como un proceso que mejora la

investigación y la creatividad colectiva. En este sentido, la reflexión puede ser entendida como lo que Dewey (1933) llama pensamiento reflexivo, que es «una consideración activa, persistente y cuidadosa de cualquier creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los razonamientos que la apoyan y las conclusiones a las cuales tiende». Hatton y Smith (1994) definen «reflexión dialogante» como un proceso que «implica tomar perspectiva, reflexionar o explorar las razones de manera tentativa.» En vista de lo que se ha expuesto anteriormente, el diálogo reflexivo no debe ser interpretado como una mera búsqueda de información. Como Spitzer, Wedding y Di Mauro (1994) dicen, el diálogo «tiende a empezar con un provocador mensaje que ofrece una “ventana” a las prácticas profesionales, la exploración de las creencias personales y filosofías.»

De manera común a todos los países participantes, el diálogo incluyó a cuidadores de salud, a usuarios emigrantes y a personas cercanas o que trabajan en organizaciones de emigrantes. El foco de atención se centró en las perspectivas de las experiencias vividas por los emigrantes, teniendo en cuenta la historia de la emigración y las necesidades específicas de los diferentes grupos de emigrantes. También fueron importantes las perspectivas de los profesionales y las normas que conformaron y moldearon sus prácticas, así como sus prácticas actuales. Al implicar en el proceso de diálogo a las partes interesadas, este enfoque holístico es un espacio de diálogo que valora los ideales democráticos de equidad e imparcialidad.

Continuidad

El Aprendizaje de las Comunidades enfatiza, de acuerdo con Vygotsky (1978), la importancia de la interacción social para la interiorización del nuevo conocimiento. Para posibilitar que los participantes perseveren en el nuevo conocimiento, es importante crear las iniciativas de AC como actividades a largo plazo. El desafío está en cómo implicar a los participantes de diferentes áreas de cuidados sanitarios, más que el de trabajar como un grupo o proyecto temporal. El reto central para la continuidad no es crear «la versión correcta» del AC, sino desarrollar estructuras flexibles de apoyo que faciliten la adaptación local y el «hacerlo suyo». Esto significa que el AC no debe ser entendido como algo que está terminado, sino como un proceso en curso, abierto a modificaciones, así como al intercambio de experiencias y leccio-

nes aprehendidas, y al aprendizaje continuo de cómo cada uno implementa cada una de sus luchas y éxitos; por tanto, es importante la promoción y el apoyo a los procesos de cambio. El proceso de cambio promovido depende de la sustentabilidad del AC, que, a su vez, depende de lo que Boyd (1992) y Louise y Kruse (1995) han señalado como un potente apoyo de las condiciones físicas y estructurales que permitan a los AC llegar a ser espacios de prácticas transformativas. En otras palabras, la continuidad de los AC es una cuestión de compromiso a la hora de crear ambientes de aprendizaje que apoyen el intercambio de conocimientos y el conocimiento colectivo (Midgley y Wood, 1993).

Impacto

El AC tiene la misión de ampliarse integrando sus conocimientos, experiencias e influencias en el sistema de cuidados de salud. Esto se hará alentando la colaboración y negociando los objetivos, las tareas, las prácticas y los significados. Esta colaboración y construcción de un conocimiento conjunto se convertirá gradualmente en aprendizaje de las comunidades como una herramienta para combatir la discriminación. Como mencionamos anteriormente, éste es un proceso en curso para la creación de nuevo conocimiento y de nuevas prácticas de trabajo que puedan aumentar la capacidad de ocuparse de ambientes cada vez más complejos y cambiantes (Huber, 1991). Esto incluye la adaptación a las circunstancias locales para encontrar las necesidades y metas de estos contextos locales. Por otra parte, el impacto del AC debería llegar a ser más que la simple creación de un conocimiento objetivo sobre las prácticas discriminatorias; es más, debería contribuir al cambio social fortaleciendo los vínculos de colaboración comunitaria. Para que el AC llegue a ser un espacio de reflexión y conocimiento sobre prácticas discriminatorias, el proceso debe estar arraigado en ciclos de acción-reflexión-acción a lo largo del tiempo (Rahman, 1991). Es a través de este proceso la manera en que la acción puede profundizar, moviéndose desde una resolución práctica del problema a una transformación social más fundamental (Huber, 1991).

¿Cuáles fueron los objetivos del aprendizaje comunitario en los diferentes países?

Los AC se organizaron en base a los resultados de investigaciones empíricas realizadas en cada uno de los países participantes. Así, el tema de la investigación en cada uno de estos países fue el acceso de los inmigrantes a los cuidados de salud; y el objetivo ha sido el de identificar la naturaleza de la discriminación. Los AC reflejaron diferentes situaciones, en diversos grupos de inmigrantes y en varios asuntos sanitarios, centrados todos en los países participantes; en total, incluyeron los siguientes ámbitos de estudio:

- La salud mental de los emigrantes de Cabo Verde en los Países Bajos.
- La salud reproductiva entre los que buscaban asilo (fundamentalmente mujeres y niños) en Suecia.
- El envejecimiento en un país extranjero, con especial referencia a marroquíes y turcos en Bélgica.
- Salud reproductiva y enfermedades infecciosas de los inmigrantes en Italia.
- Servicios generales de cuidados de salud de los inmigrantes en España.

Estos diferentes objetivos y enfoques implicaron la utilización de una variedad de métodos por parte de los diferentes países participantes, que incluían:

- Un grupo de presión.
- Redes de trabajo para el intercambio de experiencias relativas a la discriminación entre los profesionales y los usuarios de los servicios de salud en sus diferentes posiciones.
- Técnicas de *role play* usando estudios de casos entre los profesionales de salud y los emigrantes.
- Pequeños grupos de discusión para crear conciencia.

Al ser los AC reflejo de las diversas situaciones que se dan en los diferentes países, los miembros participantes han tratado como igualmente válidos los diferentes métodos utilizados y los han incluido como parte del juego de herramientas del proyecto. Cada modelo es apropiado para una situación específica, pero puede también ser combinado con otros. En todo caso, se

espera que los AC puedan cambiar de una tipología a otra dependiendo del contexto, de la fase de la actividad y objetivos en las diferentes etapas, así como a medida que cambia el contexto. En opinión de los países participantes, el tiempo para analizar estos cambios ha sido siempre muy corto.

¿Cómo se ha usado el aprendizaje comunitario en los países participantes?

Se organizaron al menos tres reuniones previas en cada uno de los países participantes en el proyecto. Debido a que cada uno de éstos se centró en diferentes problemas de salud y en distintos grupos «diana», se utilizaron también diversos enfoques y actores que ocupaban diferentes posiciones con relación a la discriminación estructural. Los AC se organizaron como medios para vencer los obstáculos identificados en el sistema de salud, basándose en los resultados de recientes investigaciones. El objetivo principal de la primera etapa fue conocer las prácticas y experiencias discriminatorias en el sistema de salud. Las discusiones en los AC se usaron para revisar los resultados de las investigaciones realizadas en cada uno de los países participantes, un proceso adicional con el que se ganó un mayor conocimiento de la cuestión.

El AC sueco se desarrolló en una red de trabajo con diferentes grupos de emigrantes – usuarios y proveedores de cuidados de salud –, con el propósito de intercambiar experiencias de discriminación. En los Países Bajos, el AC se constituyó como un grupo de presión que podía contribuir a cambiar las prácticas discriminatorias en los cuidados de salud mental y a mejorar la accesibilidad de los grupos «diana» a las instituciones de salud mental. En el AC de Bélgica, el objetivo central fue la creación de pequeños grupos de discusión para crear conciencia y apoyo a los emigrantes ancianos. El AC español se centró en analizar la discriminación y su consistencia entre los emigrantes, así como entre los profesionales de salud nativos. Se utilizaron estudios de casos, sacados de las investigaciones realizadas, para crear los juegos de *role play* y las discusiones sobre las experiencias y prácticas de discriminación. En Italia, los AC se establecieron en diferentes áreas y las investigaciones se realizaron de manera muy similar a las suecas, las cuales se desarrollaron en una red de trabajo para el intercambio de experiencias. En Italia, los diálogos posteriores se llevaron a cabo en grupos focales de discusión (*focus group*).

¿Quiénes participaron en el aprendizaje comunitario?

En todos los países colaboradores, los participantes trabajaron estrechamente con la salud de los emigrantes en diversos campos, que incluían:

- Los propios emigrantes.
- Representantes de grupos de emigrantes y ONG.
- Mediadores culturales.
- Otros profesionales, como trabajadores sociales, psicólogos, pediatras, etc.
- Representantes de las instituciones de salud gubernamentales (por ejemplo, la AUSL, la Agencia Local de Cuidados Sanitarios de Bolonia).
- Investigadores de dentro y fuera del proyecto.
- Representantes de instituciones antidiscriminación, como por ejemplo el Departamento Nacional contra el Racismo y el MIKADO (Centro Nacional Intercultural de Salud Mental) en los Países Bajos, o el Forum de Integración y el Departamento Antidiscriminación en Suecia.

¿Qué se discutió en el aprendizaje comunitario?

El punto de partida para los AC en cada uno de los países participantes fue resultado de investigaciones previas. A lo largo de las discusiones, en los AC aparecieron diversas perspectivas e historias que arrojaron nueva luz sobre las prácticas discriminatorias en los sistemas de salud de los respectivos países. En algunos AC, el personal de salud se sintió acusado, pero cuando las discusiones se centraron también en problemas estructurales de los cuidados de salud, como por ejemplo el tiempo tan limitado por paciente, las discusiones llegaron a ser más productivas. La inclusión de voces de emigrantes, con sus experiencias y conocimientos, fue, en el ámbito de los AC, una importante herramienta de cambio.

Según los estudios realizados en los países participantes, en muchos de ellos los emigrantes tienden a usar los servicios de urgencias con más frecuencia y en fases más tempranas de la enfermedad que la mayoría de la población. Existen una serie de razones para ello. Uno de los motivos es

que en muchos países los servicios especializados de salud parecen ser menos accesibles para los emigrantes. Otra razón para acudir a los servicios de emergencia parece deberse a problemas de idioma: resulta difícil para un inmigrante, especialmente para aquellos llegados recientemente y con conocimientos limitados del idioma, telefonar para concertar una cita con un médico cuando necesitan uno. Se dijo que esto es particularmente problemático en países donde se usa una sola lengua en los mensajes telefónicos, y que estos problemas con el idioma parecen ser más acusados para unos grupos que para otros. Si bien esta cuestión puede tratarse de una estrategia individual de los inmigrantes, desde la perspectiva del personal sanitario el problema estructural de la asistencia a los pacientes que no pueden expresarse por sí mismos es la presión del tiempo.

Se discutieron también diferentes estrategias posibles para encarar estos contextos cambiantes. El uso de mediadores culturales podría funcionar mejor en servicios especializados de salud que en otros contextos. La cuestión es quién será el traductor, qué traduce y para quién. ¿Quién va a representar a un grupo étnico o nacionalidad? Esto fue problemático en cuestiones de sexo, tales como los cuidados de salud reproductiva. En el AC de España, al objeto de destacar a «nivel micro» el comportamiento del propio profesional y de comenzar a crear una semilla para el cambio de política, se utilizaron casos específicos de los estudios realizados para preparar las técnicas de *role play*. En varios países se discutieron situaciones de discriminación tanto en hogares como en ambientes de trabajo. Participaron emigrantes que vivían en áreas multiétnicas, compartiendo sus experiencias de los cuidados de salud en estas áreas.

En Suecia, como en otros países participantes, existe la tendencia a reducir los diferentes grupos étnicos a «emigrantes», sin considerar las historias de estas migraciones. Las discusiones en Suecia se centraron en la salud reproductiva de mujeres refugiadas y emigrantes, y en diferentes grupos vulnerables, como niños no acompañados en busca de asilo, o niños refugiados que no pueden hacer oír sus voces. Se discutió sobre los lugares donde ocurren las situaciones de discriminación en los cuidados sanitarios. ¿Cómo afecta el color de la piel en estas diferentes situaciones, por ejemplo, en los servicios de emergencia? Las propias experiencias del enfermar son importantes. Algunos africanos no reciben suficiente información sobre la medicación para el VIH, y por lo tanto no están dispuestos a tomarla por miedo o por que les puedan dar medicamentos equivocados. En estas situaciones es necesaria la comunicación más allá de la simple información. Se discu-

tió también cómo el comportamiento de los médicos puede ser interpretado como racista y cómo evitarlo. Ésta podría ser una situación común en los centros de urgencias, los lugares donde los emigrantes tienden a buscar atención sanitaria, cuando sienten que no reciben la atención que necesitan en otros centros sanitarios del sistema.

En los Países Bajos se discutieron las experiencias con emigrantes de Cabo Verde y la obstaculización de su acceso a los centros de salud mental, con el objetivo de inducir cambios. En este contexto, su AC se constituyó como un grupo de presión. Las discusiones se centraron en la exclusión del mercado laboral de los emigrantes de Cabo Verde bajo cuidados de salud mental. Otro objetivo fue intentar entender el papel que representa esta discriminación y exclusión en los pacientes caboverdianos. En su desarrollo, el AC identificó la importancia de centrarse en los propios emigrantes caboverdianos, ya que observó la práctica común entre los cuidadores de salud mental de hablar mucho «sobre» emigrantes pero muy poco «con» emigrantes. Ésta fue una de las razones que llevaron a la creación de un estudio cualitativo exploratorio entre (antiguos) pacientes psiquiátricos caboverdianos y sus familias. El hablar con pacientes sobre la obstaculización de su acceso a los servicios de salud mental les hace percibir que son parte del proceso de aprendizaje. Tales diálogos o discusiones podrían llevar a un mejor entendimiento no sólo sobre cómo los emigrantes de Cabo Verde buscan alternativas de cuidados sanitarios, sino también para conocer mejor por qué lo hacen así. Aunque la experiencia con la discriminación podría llevarlos al uso de cuidados alternativos, esta búsqueda podría no ser necesariamente por razones de discriminación, sino debido al significado que para ellos tiene la enfermedad.

En Italia, los AC se constituyeron en Bolonia y Perugia. En ambos se discutió detalladamente acerca de los resultados de las investigaciones, criticándose la experiencia y el nuevo conocimiento de los diferentes participantes sobre el funcionamiento del sistema sanitario y cómo cambiarlo. El foco de atención del AC en Perugia fue la salud maternal y reproductiva de la mujer inmigrante. Algunos cuidadores rechazaron de entrada la idea de la discriminación, lo que podría ser una reacción problemática con vistas al diálogo interno en el AC. ¿Qué se debe al comportamiento y qué a las circunstancias del sistema sanitario? En Bolonia, los profesionales sanitarios mostraron un alto nivel de concienciación sobre la existencia de discriminación en varios de los ámbitos del sistema sanitario, y en el hecho de que ellos están envueltos inconscientemente en el proceso de discriminación. Los

puntos centrales de los AC en Bolonia fueron los mediadores culturales, la necesidad de mejorar la formación intercultural de los profesionales sanitarios y la cuestión de cómo mejorar los cuidados sanitarios.

El tema más importante del AC belga fue el envejecimiento en un país extranjero, centrado en los problemas del sistema social y de cuidados de salud. El AC obtuvo conocimientos sobre las estrategias que emplean los profesionales para negar la discriminación y sobre diversas experiencias de discriminación y exclusión. El objetivo fue extender la estrategia del AC a otros grupos, como segundas y terceras generaciones de mujeres y niños emigrantes.

En España, el AC utilizó el *role play* entre los proveedores de cuidados de salud tanto emigrantes como nativos. Escenificando las experiencias y prácticas de discriminación, el personal sanitario llegó a concienciarse de la discriminación estructural, así como de la manera en que los emigrantes la experimentan.

Lecciones aprendidas del aprendizaje comunitario en «Socios para la Salud»

Queremos compartir algunos de los desafíos surgidos para futuros trabajos de AC, pero antes puede ser importante mencionar que la experiencia ha sido positiva. El intento de reunir a diferentes actores —proveedores de cuidados sanitarios y emigrantes usuarios de estos servicios— para discutir asuntos sobre los que no se suele hablar, y menos aún en una atmósfera de respeto, fue aceptado con entusiasmo en prácticamente todos los países participantes. Hubo mejoras en cuanto al aprendizaje, pero también curiosidad por conocerse y encontrarse los unos con los otros. Algunos de estos desafíos futuros pueden ser:

- Cómo lograr continuidad y apoyo.
- Cómo lograr mayor participación más allá del grupo inicial, y cómo ampliarlo.
- Cómo captar a pacientes emigrantes.
- Cómo captar organizaciones de pacientes en general y entender de qué manera representan las perspectivas de los emigrantes.

- Cómo hacer frente a las respuestas de los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos.

La participación de profesionales y pacientes exige tiempo. Los profesionales prefieren reunirse durante los días laborables, al contrario que los emigrantes, que prefieren los fines de semana. La cuestión que esta dificultad nos plantea es la siguiente: ¿qué opciones hay en el cambiante contexto de la globalización, en el que el sistema es cada vez más multicultural y el movimiento es el modo de vida de la gente? Quizás la innovación para el futuro sea desarrollar una práctica reflexiva.

El futuro del aprendizaje comunitario más allá de un proyecto

Los AC fueron concebidos no sólo como un canal para utilizar los resultados de investigaciones, sino que se iniciaron también para la creación de espacios para el intercambio de conocimiento desde la perspectiva de los usuarios y proveedores de cuidados sanitarios, en parte para permitir a los propios participantes reflexionar sobre sus prácticas a fin de mejorar el acceso de los emigrantes a los cuidados de salud. A través del intercambio sistemático de experiencias, los AC ayudan a situar la realidad cotidiana dentro de una estructura y a crear nuevo conocimiento que puede ser presentado en diferentes organizaciones y lugares de trabajo dentro del sistema de salud. En cualquier caso, es fundamental lograr una amplia participación de base.

Consideramos las conferencias de diálogo como un método posible para continuar trabajando con el AC, especialmente si se moviliza una amplia participación de base. La conferencia diálogo es una herramienta relacionada con la democracia, el diálogo y la acción. Una cuestión de gran relevancia es que diferentes actores tienen la posibilidad de contemplar otras perspectivas, lo que significa, en el fondo, romper con algunas de las barreras existentes para construir nuevas relaciones (Gustavsen, 1992). Son cuatro los temas que se tratan en la conferencia diálogo: visión de futuro, posibilidades y obstáculos, ideas a realizar y, finalmente, cómo organizar las actividades. Los temas se discuten en grupos de diálogo tanto heterogéneos como homogéneos, libremente constituidos (Ekman Phillip *et alii*, 2003). El último tema une a personas que trabajarán juntas, permitiéndoles formular o pensar cómo y qué hacer para implicar a otros. El ciclo consta normalmente de tres conferencias diálogo en las que se intercalan actividades acordadas por

los participantes. Mientras la primera fija la visión para el futuro, la segunda constituye un intercambio de las experiencias sobre el trabajo en común, y la tercera analiza los resultados alcanzados. El tiempo es un factor clave para la construcción de un sólido AC, ya que puede ser necesario un periodo de un año para establecer el proceso.

Bibliografía

- BOHM, D. (1990). *On dialogue*. Ojai, CA: David Bohm Seminars.
- BOLAND, R. J. y TENKASI, R. V. (1995). «Perspective making and perspective taking in the communities of knowing». *Organisational Science*, 6 (4), págs. 350-372.
- BOYD, E. M. y FALES, A. W. (1983). «Reflective learning: Key to learning from experience». *Journal of Humanistic Psychology*, nº 23: 2, págs. 99-117.
- DEWEY, J. (1933). *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston: D.C. Heath and Company.
- DI MAURO, V. y GAL, S. (1994). «Dimensions of network-mediated space for professional discourse of science teacher leaders», en *Journal of Science Education & Technology*.
- DREYFUS, H. L. y DREYFUS, S. E. (1987). *Mind over Machine*. New York: Free Press
- EKMAN PHILIPS, M.; AHLBERG, B.; HUZARD, T. (2003). «Planning from Without or Developing from Within? Collaboration across the Frontiers of Health Care», en FRICKE, W. y TOTTERDILL, P. (eds.), *Regional Development Processes as the Context for Action Research*. Amsterdam: John Benjamin (Forthcoming).
- ELDEN, M. y LEVIN, M. (1991). *Co-generative Learning: bringing Participation into Action Research*. Newbury Park, CA: sage publications.
- GREENWOOD, D. J. y LEVIN, M. (1998). *Introduction to Action Research*. London: Sage
- GUSTAVSEN, B. (1992). *Dialogue and Development*. Assen: Van Gorcum
- HALL, B.; GILLETTE, A. y TANDON, R. (eds.) (1982). *Creating Knowledge: A Monopoly? Participatory Research in Development*. New Delhi: Society for Participatory Research in Asia.

- HATTON, N. y SMITH, D. (1994). «Reflection in teacher education: Towards definition and implementation». *Teaching & Teacher Education*, nº 11: 1, págs. 33-49.
- HORD, S. M. (1997). *Professional learning communities: Communities of continuous inquiry and improvement*. Austin: Southwest Educational Development Laboratory.
- HUBER, G. (1991). «Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures». *Organization Science* (2) 1, págs. 88-115.
- LEVIN, M y GREENWOOD, D. (1998). «The reconstruction of Universities: Seeking a Different Integration into Knowledge Development Processes», en *Concepts and Transformations*, 2, págs. 145-163
- LOUIS, K. S. y KRUSE, S. D. (1995). *Professionalism and community: Perspectives on reforming urban schools*. Thousand Oaks, California: Corwin Press.
- MCLAUGHLIN, M. W. y TALBERT, J. E. (1993). *Contexts that matter for teaching and learning*. Stanford, California: Center for Research on the Context of Secondary School Teaching, Stanford University.
- MIDGLEY, C. y WOOD, S. (1993). «Beyond site-based management: Empowering teachers to reform schools». *Phi Delta Kappan*, 75 (3), págs. 245-252. Chicago Press. Publishing Company.
- RAHMAN, M. A. y FALS-BORDA, O. (1991). *Action and Knowledge: breaking the monopoly with Participatory action research*. New York: Intermediate Technology Pubs/ Apex Press.
- SENGE, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Currency Doubleday.
- SERGIOVANNI, T. J. (1994a). *Building community in schools*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SERGIOVANNI, T. J. (1994b). «Organizations or communities? Changing the metaphor changes the theory». *Educational Administration Quarterly*, 30 (2), págs. 214-226.
- SHAFFER, C. y ANUNDSEN, K. (1993). *Creating Community Anywhere: Finding Support and Connection in a Fragmented World*. Jeremy P. Tarcher/Perigee Books,
- SHOR, I. (1992). *Empowering education: Critical teaching for social change*. Chicago: The University
- SPITZER, W.; WEDDING, K. y DIMAURO, V. (1994). *Fostering reflective dialogues for teacher professional development*. http://www.terc.edu/papers/labnet/Guide/Fostering_Refl_Dialogues.html

ST. CLAIR, R. «On the Commonplace: Reclaiming Community in Adult Education.» *Adult Education Quarterly*, 1998, 49 (1), pp. 5-14.

VYGOTSKY, L. S. (1978). *Mind and society: The development of higher mental processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Investigación y participación en trabajo con inmigrantes

Francesco Vacchiano

Esta contribución quiere ser, más que un trabajo teórico o un ensayo de epistemología, un intento de proponer un testimonio basado en la experiencia de un trabajo de investigación e intervención que empezó hace una década y que permitirá, espero, ofrecer algunas reflexiones sobre la relación entre teoría y praxis en antropología.

El Centro Frantz Fanon de Turín es un servicio de apoyo psicológico y de consulta para inmigrantes y refugiados, en el que trabajo, como psicólogo y antropólogo, hace tiempo. El centro, constituido por un equipo mixto de profesionales, psicólogos, psiquiatras, educadores, mediadores culturales y antropólogos, recibe usuarios del sector público y colabora activamente con instituciones públicas y privadas que trabajan con inmigrantes.

El trabajo con las instituciones y con los operadores vinculados se ha desarrollado a partir de un problema de análisis de la demanda. Cuando al Centro acudía un usuario inmigrante, las dificultades que surgían eran imputables no tanto (en raras ocasiones) a algunas formas de descompensación o patología del supuesto «paciente» como a las relaciones entre el operador público y su interlocutor extranjero. Esas dificultades tenían que ver, en muchos casos, con prejuicios o estereotipos relativos al extranjero, que actuaban inconscientemente en la relación de ayuda, y con la dificultad para resolver la complejidad de concatenación entre variables individuales y aspectos culturales del comportamiento. Para reflexionar sobre la antropología y sobre

su rol en los procesos sociales examinaremos tres situaciones tipo, directamente extraídas del trabajo del servicio.

La primera situación hace referencia a un joven marroquí procedente de la ciudad de El Jadida, donde regentaba una zapatería que vendió para ir a Italia. Sin trabajo, se dirigió al Centro porque «sentía la cabeza rodar» (*dukha*) y notaba cómo le invadía el miedo. Algunas veces, en el pasado, comió *majoun* (aceite de quif, con el que se preparan los postres) y ahora temía estar definitivamente desequilibrado. En realidad, su mayor miedo es estar poseído por un *djinn*, que ha aprovechado su debilidad para apoderarse de su cuerpo. Su fragilidad está amplificadas debido a su condición social precaria, como emigrante clandestino, sin trabajo y sin familiares en Italia. La intervención que se lleva a cabo es, en este caso, de naturaleza estrictamente clínica.

El segundo caso era un informe pericial para el Tribunal de Menores sobre una familia marroquí. Rachid y 'Aisha llevan casados nueve años. Proceden ambos de la provincia rural de Settat. Él trabaja de noche en una industria textil, ella es ama de casa. Tras el nacimiento de la segunda hija la esposa tuvo un puerperio difícil, con crisis depresivas y episodios delirantes, que desaparecieron espontáneamente al poco tiempo. Poco después del cumpleaños de su primera hija, 'Aisha se volvió de nuevo triste y sombría, y se negó a mandar la niña a la escuela. No le dijo a su marido que temía que a la niña la acosasen sexualmente sus compañeros de clase. El marido pidió ayuda al servicio psiquiátrico de la zona, pero los especialistas no advirtieron ningún comportamiento anómalo, atribuyendo el hecho a una cierta posesión «cultural» hacia las féminas. Un día en que 'Aisha retenía por enésima vez la niña en casa, el marido se lo reprochó duramente y ella lo denunció por abuso sexual de las niñas. Madre e hijas fueron transferidas a un centro comunitario, y los profesionales advirtieron la alteración de su estado psíquico, aunque ella misma, en un momento de lucidez, retirase la denuncia y admitiese su instrumentalidad. Fue, por ello, denunciada por el policía encargado. El tribunal decidió la vuelta a casa de la mujer, pero mantuvo a las niñas en el centro mientras los psicólogos del servicio infantil certificaban su inmadurez genital. El trabajador social observó que «una mamá así creará demasiados problemas a la hija cuando quiera ponerse una minifalda». En realidad, 'Aisha tiene ella misma una historia de acoso por dos primos de su misma edad, y a la misma edad que su primogénita. Aquí la intervención del Centro se centró en el asesoramiento al Tribunal de Menores, la evaluación

de la capacidad genital de la madre y la aclaración respecto a los prejuicios en que pudieran haber incurrido los servicios sociales y de salud.

El tercer caso corresponde al trabajo de apoyo y asesoramiento a solicitantes de asilo y refugiados, personas que, en el actual panorama social italiano, carecen de derechos (Italia es el único país europeo que no tiene una ley sobre los solicitantes de asilo)¹. Esther procede de Kisangani, República Democrática del Congo. Era la esposa de una policía, encarcelado y asesinado por los militares tras el asesinato de Laurent Desiré Kabila (había sido acusado de haber fotografiado una represalia de militares a la muchedumbre en Kisangani). Después de su fallecimiento, Esther fue encarcelada y torturada varios días para que revelase dónde estaban unas fotos que jamás vio y de las que nada sabía. Mediante una colecta de los familiares, pudo corromper a los guardias y huir gracias a la ayuda de una red de disidentes que organizó su expatriación. En Italia, tras pedir asilo político, se encuentra hospedada en un dormitorio junto a mujeres toxicómanas y alcohólicas. Gracias al trabajo de red, Esther halló acogida en un centro comunitario, donde esperó durante los dos años siguientes a que su estancia de asilo fuese examinada. Por la noche tenía pesadillas y pidió ayuda por sus frecuentes ataques de llanto diurnos cuando pensaba en la hija que quedó en su país y de la cual no tenía noticias. En abril fue llamada a Roma para la audiencia de la comisión judicial que debía contemplar la demanda de asilo. Una desavenencia con un intérprete, que puso en cuestión su versión de los hechos, significó que le denegasen el asilo y que se le ordenase volver a su país. Los abogados recurrieron, pero el recurso no suspendía la ejecución de la repatriación, y Esther se escondió, hasta que de nuevo su red social consiguió protegerla. En este caso, la intervención se centra principalmente en su rehabilitación social y la construcción de redes.

Un comentario detallado y profundo de todas estas situaciones está fuera de los fines de este texto. Me interesa, en cambio, discutir el interrogante de fondo que atraviesa estos casos: ¿para qué tipo de trabajo se solicita al antropólogo en el contexto de estos casos? Como resulta de estos ejemplos, el antropólogo adquiere un rol terapéutico (o coterapéutico, en un grupo de trabajo) en un caso, un rol institucional en otro y un rol de crítica antiinstitución y de *advocacy* en el tercero.

La antropología se ha distinguido clásicamente por el análisis teórico-crítico de la alteridad mediante una formulación contradictoria que aproxi-

1 Texto escrito antes de los proyectos de Ley de 2008 sobre inmigración ilegal en Italia (N. del T.)

ma la idea de *participar* (de «estar allí») junto al imperativo de la toma de distancia, descrita en la idea de la «mirada desde lejos». Esta lejanía debería facilitar una actitud relativista que le permita al antropólogo imaginarse neutral respecto a las personas de las cuales observa vida y costumbres. Como han notado los críticos de los años noventa, esto ha significado, en muchos casos, situar al otro en un espacio imaginario, ahistórico y proyectivo, modelado sobre las categorías y las antinomias del pensamiento hegemónico occidental.

La «especificidad» de la antropología es, hoy en día, bastante más difícil de definir. Reconocer diferencias subjetivas culturales dentro del espacio siempre más doméstico de la contemporaneidad, un espacio no sólo visitado por el antropólogo, sino cotidianamente habitado, ha determinado, por una parte, una cada vez mayor complejidad de la noción de «campo», y por otra, ha manifestado su rol «interno» al sistema de los cambios, de las representaciones y de los poderes conexos. Esto hace automáticamente de la posición del antropólogo una posición activa, agente, implicada: la experiencia y la interpretación de la antropología se encuentran a expresarse a directo contacto con situaciones sociales en que el investigador está en primera posición, llamado a expresarse, a intervenir, a participar y la investigación cesa de ser un ejercicio teórico y vuelve una forma (una cualquier forma, que lo se quiera o menos) de participación social. Es propia esta peculiaridad a devolver superflua y superada la distinción entre teorizaciones antropológicas y antropología aplicada.

En mi opinión, esta situación pone en juego por lo menos tres cuestiones:

- 1) La interdisciplinariedad con otros saberes, que ocupan los mismos campos o los territorios limítrofes (a menudo rigurosamente recitados).
- 2) La relación con las instituciones y con la violencia sistémica que de ellas procede en numerosas ocasiones.
- 3) La cuestión moral de la responsabilidad, no sólo conceptual respecto a los análisis (cosa a que se responde en frente a una comunidad científica), sino también directa respecto a los interlocutores (respondiendo en frente a una comunidad social).

La primera cuestión tiene que ver con las obvias dificultades que surgen a la hora de relacionar lenguajes y conceptos nacidos de tradiciones de investigación diferentes, pero no sólo por ello. Hace también, y sobre todo, referencia a la resistencia que surge, a escala de lógicas de poder, entre «expertos» y «especialistas», que definen a menudo identitariamente su Yo

profesional en contraposición con otras disciplinas (y otros saberes, y otros poderes). Por otra parte, sólo cruzando puntos de vista diferentes sobre los complejos problemas de la vida humana pueden iluminarse las zonas ciegas y los conos de sombra que cada disciplina proyecta.

La segunda cuestión tiene que ver, en mi opinión, con aquel enorme remordimiento (en el sentido *freudiano* de *Vernierung*) de la investigación antropológica que es la cuestión de la violencia, hecha objeto de análisis sólo de manera reciente: es sorprendente cómo la antropología, mientras estudiaba estructuras sociales y las configuraciones culturales expresadas de los grupos humanos más dispares, ignoraba sistemáticamente la cuestión de la violencia que las instituciones oficiales producían, en numerosas ocasiones, a los individuos. «Participación social» significa, para el antropólogo (y para cualquier otro), encontrarse obligados a pasar cuentas con la violencia institucional que sufren los individuos y los colectivos, y en la que él mismo, en cuanto «especialista», participa. Se puede observar desde fuera la violencia simbólica (Bourdieu, P. y Wacquant, L. J. D., 1992) o la violencia estructural (Farmer, P., 1997), describiéndola y argumentándola, pero desde el momento en que se participa en el contexto social —por medio de una investigación, que es intervención; por medio de una antropología que no se da sólo «en el trabajo de campo», sino dentro de la propia sociedad— se vuelve indispensable asumir la cuestión —no olvidada, como subraya Piera Aulagnier— que también en la interpretación está presente una componente de reconocimiento de poder y de control.

Este aspecto deriva hacia la tercera cuestión, vinculada a la responsabilidad y a la ética de la investigación-intervención. El problema ha sido puesto de manifiesto recientemente por Nancy Sheper-Hughes en una contribución sobre el genocidio y la posición de la antropología (Sheper-Hughes, N., 2002). ¿De qué tipo de responsabilidad se hace cargo el antropólogo en el momento en que interviene acerca de un problema (en los ejemplos citados sobre una intervención terapéutica, en una consulta o en un trabajo en red), manteniendo en juego su modo de interpretar la experiencia del otro con vistas a un fin concreto? Es evidente que una actitud dubitativa y necesariamente crítica se cruza con la necesidad de inventar un recorrido, discutir alternativas y elaborar estrategias: banalmente, un concepto no está únicamente enunciado y entregado a la validación de los colegas, sino que se mide también en exigencias prácticas. La consecuencia más inmediata es que, de cualquier modo, también la praxis se convierte en criterio y lógica de verificación, una verificación que deberá responder no sólo en un contexto

académico, sino también social y político, en sentido pleno. Esto es posible allí donde el trabajo del antropólogo asume la misión de crear expectativas de cambio, de los deseos de emancipación, de las prioridades concretas de los interlocutores y vuelve, en esto, propiamente ínter subjetivo.

En el panorama de las tensiones y de los desafíos de la contemporaneidad (donde la violencia ejerce un papel directo en el mantenimiento de las hegemonías y de los poderes), la antropología debe tomar parte y alinearse, no debe renunciar en ningún caso a preguntarse activamente sobre todas las contradicciones que surgen desde estos posicionamientos. Son propios dentro estas ambigüedades y no en otro lugar que se reencuentran ya los temas teóricos relevantes por la disciplina.

La necesidad de un proyecto de «participación social» de la antropología, un proyecto que debe construirlo y discutirlo todo, nace del hecho de que «ser allí» y «ser con» significa hoy, ante todo, como apunta Scheper-Hughes, tomar posición, haciendo de la antropología también una «pequeña práctica» de liberación humana.

Bibliografía

- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. J. D. (1992). *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Paris, Editions du Seuil.
- FARMER, P. (1997). «On Suffering and Structural Violence: A View from Below», en KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M., *Social Suffering*. Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, págs. 261-283.
- SCHEPER-HUGHES, N. (2002). «Coming to Our Senses. Anthropology and Genocide», en HINTON, A.L., *Annihilating Difference. The Anthropology of Genocide*. Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, págs. 348-381.

La atención primaria de salud ante la inmigración

Ramón Castejón Bolea

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología
Universidad Miguel Hernández

La atención primaria de salud en España ha sido considerada el aspecto clave del sistema sanitario a la hora de gestionar los problemas de salud que han acompañado al fenómeno de la inmigración económica en nuestro país. Este fenómeno, que ha venido aumentando desde mediados de la década de 1990, hoy constituye uno de los cambios sociales más importantes de la sociedad española. El objetivo de este trabajo es describir y señalar cuáles han sido las respuestas que el nivel primario de salud en España ha producido en este contexto migratorio, así como analizar las divergencias que existen entre las necesidades de salud de estas poblaciones y las preocupaciones y percepciones de este sector sanitario¹.

Parece apropiado señalar, en primer lugar, que los estudios ecológicos confirman la asociación entre mejor salud de la población y una atención primaria de salud (APS) «fuerte»², por lo que parece razonable plantear que las nuevas demandas de salud por parte de las poblaciones emigrantes deberían ir acompañadas de un reforzamiento de la APS, lo que, como veremos,

1 Un reciente dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema «Salud y migración» reafirma la importancia que ha adquirido el tema en el ámbito de las instituciones europeas. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema «Salud y migración» (2007).

2 La hipótesis de la existencia de asociación entre la eficiencia del sistema sanitario y una atención primaria «fuerte» ha sido sólidamente argumentada en diferentes trabajos. Minué, De Manuel y Solas (2002).

no ha sido así. De hecho, el sector primario público ha venido recibiendo, desde el inicio de la reforma de la atención primaria española, menos fondos; el porcentaje del presupuesto sanitario dedicado a la APS en España ha disminuido, lo que nos sitúa en un contexto de financiación desfavorable para la APS.

Por otra parte, los servicios de salud y los servicios sociales se integran con dificultad en España, lo que plantea problemas iniciales en la atención a las poblaciones inmigrantes, para las cuales las necesidades de salud son extremadamente dependientes de las condiciones socioeconómicas y laborales.

Hechas estas apreciaciones iniciales, y en el contexto de las reformas del sistema sanitario español, parece adecuado plantear los riesgos de que se siga cumpliendo para estas poblaciones la «ley de cuidados inversos»: quienes reciben menos cuidados sanitarios son los que más lo necesitan, y esta desigualdad es mayor cuanto más se oriente al mercado el sistema sanitario.

Inmigración y condicionantes de salud³

A efectos didácticos, podemos dividir estos factores desde el punto de vista del proceso migratorio en niveles de salud y condicionantes en el país de origen, trayecto migratorio y niveles de salud y condicionantes en el país de llegada.

Condicionantes y niveles de salud en el país de origen

La emigración es un proceso selectivo: emigran en general poblaciones jóvenes y sanas con capacidad para afrontar riesgos de salud inmediatos y futuros. Partiendo de esta premisa, otros factores que influyen en los niveles de salud de las poblaciones inmigrantes son las condiciones sanitarias del país de origen y lo que se ha denominado la «cultura en salud de procedencia», que tiene gran importancia en los patrones de comportamiento y hábitos en salud de los inmigrantes y que influirá posteriormente en su relación con los servicios sanitarios del país de acogida y en sus representaciones y creencias sobre la salud y la enfermedad.

3 Sobre los factores que influyen en la salud de los inmigrantes, véase Castillo (2002), Martín Laso y Díaz Olalla (2003), Jansà y García de Olalla (2004).

Trayecto migratorio

No disponemos de datos concretos sobre la cuantificación del sufrimiento físico y psíquico, así como sobre la morbimortalidad durante el periodo migratorio. Se han comunicado algunas series en nuestro país referentes a las urgencias atendidas en inmigrantes llegados a Algeciras y a Gran Canaria. Las muertes durante el trayecto migratorio, que ocupan buena parte de los discursos y representaciones de los medios de comunicación, se deben a ahogamientos, traumatismos, asfixia, choques hipotérmicos, etc. Buena parte de estos pacientes son atendidos por ONG.

Niveles de salud y condicionamientos en el país de llegada

En la percepción por parte de los profesionales sanitarios de los problemas de salud de las poblaciones inmigrantes, han ocupado un papel central aquellos ligados a las condiciones previas en el país de origen, especialmente el hecho de poder ser portadores de determinadas enfermedades, transmisibles o no, propias de su país de origen y poco frecuentes o inexistentes en nuestro medio. Sin embargo, como veremos más adelante, no son éstos los problemas de salud más importantes en estas poblaciones. Sí lo son, para una buena parte de ellos, los problemas relacionados con las precarias condiciones de vida y trabajo y las dificultades para el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Algunos condicionantes socioeconómicos y laborales de los niveles de salud de los inmigrantes han sido descritos en la bibliografía: los inmigrantes desarrollan, en muchos casos, ocupaciones rechazadas por trabajadores autóctonos; realizan trabajos en general poco cualificados, arriesgados y mal pagados; la precariedad social y legal los convierte en mano de obra barata y fácilmente explotable; realizan desplazamientos muy importantes relacionados con trabajos de temporada; el papel laboral de la mujer inmigrante es cada vez mayor, aunque su visibilidad en las altas en la Seguridad Social es todavía reducido debido al sector laboral que ocupan (servicio doméstico y cuidado de personas), situación que ha mejorado con el último proceso de regularización de 2005. Estas precarias condiciones de trabajo inciden directamente en la alta accidentalidad laboral que parece afectar a estas poblaciones⁴. Del mismo modo, la dificultad de acceso y las condiciones de alojamiento y vivienda favorecen, en muchos casos, el aumento de enferme-

4 Véase a este respecto Porthé, Amable y Benach (2007).

dades transmisibles (tuberculosis y hepatitis) debido a las condiciones de hacinamiento y deficiencias en la vivienda.

Derecho a la atención sanitaria y accesibilidad al sistema sanitario público

En relación con el derecho a la asistencia sanitaria y la accesibilidad al sistema sanitario, conviene recordar que el reconocimiento de la atención sanitaria a la población extranjera viene definida inicialmente por la regulación estatal que supuso la Ley de Extranjería, Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que en su artículo 12, «Derecho a la asistencia sanitaria», adoptaba el criterio de residencia como mecanismo de atribución del derecho de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud para los extranjeros. El empadronamiento en el municipio de residencia conlleva el acceso a la asistencia sanitaria pública. La realidad es que en la actualidad se dan desigualdades en el acceso por razones puramente geográficas (diferentes comunidades autónomas y ayuntamientos).

El derecho a la asistencia sanitaria se ve así limitado por diferentes factores que dificultan la accesibilidad al sistema sanitario y, por tanto, a la equidad. Por ejemplo, la arbitrariedad del empadronamiento o el miedo a entrar en contacto con unos servicios sanitarios públicos percibidos como «oficiales» podrían limitar el derecho a la salud. Así, un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 1997 ponía de manifiesto que los inmigrantes regularizados acudían al sistema sanitario con una frecuencia tres veces mayor que los irregulares. Diversos estudios han descrito que la inmigración económica se relaciona con peor acceso a servicios sanitarios, hecho que no sólo se explica por el menor nivel socioeconómico de esta población.

Garantizado el acceso a la asistencia, problemas de comunicación (lengua, cultura, religión) y otros ligados a las condiciones de trabajo pueden aportar también más dificultades a la hora de acceder a los servicios sanitarios.

Por otra parte, la adaptación de las estructuras de funcionamiento del sistema sanitario para responder a las necesidades específicas de las poblaciones de origen inmigrante; es decir, el tema de la equidad en la provisión

de servicios sanitarios hacia los colectivos de origen inmigrante, está lejos de ser una prioridad en la agenda política sanitaria española.

Principales dificultades del personal sanitario en la provisión de atención sanitaria a la población inmigrante

Podemos aportar algunas de las dificultades que desde el personal sanitario han sido expuestas:

- Desconfianza en la medicina occidental.
- Distinto concepto de salud/enfermedad.
- Interferencia de creencias religiosas (islam).
- Situación subordinada de la mujer.
- Desconocimiento por los inmigrantes de alternativas de atención sanitaria.
- Desconocimiento o no comprensión del sistema de cita previa.
- No asistencia a consultas programadas.
- Incumplimiento del tratamiento prescrito.
- Alta movilidad de la población inmigrante.
- Problemas en la comunicación personal sanitario/paciente.
- Idioma.
- Burocracia, trámites administrativos (volantes, etc.)
- Situación irregular del inmigrante.
- No posesión de tarjeta sanitaria.
- Coste de la medicación.
- Problemas de desplazamiento al centro sanitario (distancia, coste.)
- Problemas en el seguimiento de las enfermedades.
- Horarios de atención inadecuados a las posibilidades de la población inmigrante.
- Entorno social adverso (racismo, xenofobia.)
- Desconocimiento de problemas de salud específicos de la población inmigrante.

- Carencias de formación para el trato a pacientes inmigrantes.
- Inexistencia de programas específicos de salud para inmigrantes.

La salud de la población inmigrante

En la actualidad disponemos ya de algunos estudios referidos a la morbilidad atendida que afecta a la población inmigrante en España. Corresponden a diferentes ámbitos geográficos y referidos a poblaciones inmigrantes de diverso origen. A continuación se listan los trabajos, con el año de publicación y los motivos de consulta o diagnósticos más frecuentes:

- BALANZÓ, X. (1984). Probablemente el primer trabajo, publicado en la década de los ochenta del pasado siglo, y realizado en población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona). Las primeras causas de consulta fueron patología gastrointestinal, genitourinaria y dermatológica.
- CASTELLS, X. (1993). Estudio realizado a partir de las primeras consultas a inmigrantes irregulares en Barcelona. Identificó como grupos diagnósticos más frecuentes el asma y la bronquitis, problemas dermatológicos, lumbalgias, hipertensión, diabetes y patología gastrointestinal.
- JAUMÁ, R.M. (1994). Estudio sobre población de raza negra procedente de África Occidental residentes en un área de Gerona, que consultaron en 1991 y 1992. Los diagnósticos más frecuentes fueron patología del aparato digestivo y enfermedades infecciosas y parasitarias, en primer y segundo lugar, respectivamente.
- ROCA, C. (1999). Estudio sobre población en su mayoría procedente del África Occidental subsahariana. Protocolo aplicado entre 1984 y 1994. Los motivos de consulta más frecuentes fueron dolor abdominal, pirosis, dolor de espalda, hematuria y dolor torácico.
- LACALLE, M. (2000). Protocolo aplicado en un centro de salud entre 1996 y 1998. Mujeres de Centroamérica en su mayoría. Parásitos en heces en la mayoría de las consultas.
- ESTEBAN, M. M. (2001). Registro de la consulta de 1996 a 1999. La mayoría fueron mujeres sudamericanas. Las enfermedades que

más consultas generaron fueron infección respiratoria aguda, trastornos depresivos y dolor de espalda.

- VALL, M. (2002). Estudio realizado en una consulta especializada de Barcelona durante el año 2000. Estudio comparativo entre inmigrantes y autóctonos. Las serologías practicadas mostraron tasas de exposición a hepatitis B y sífilis más altas en inmigrantes. Las tasas de VIH fueron similares en ambos grupos.

En cuanto a la mortalidad, un análisis de sus causas en las personas de origen extranjero mostró que las máximas diferencias se daban en la mortalidad por causas externas, lo que refleja probablemente sus precarias condiciones de vida y trabajo.

Basándose, pues, en la información disponible parece que los patrones de morbimortalidad de los inmigrantes no difieren sustancialmente de los de la población autóctona. En 2004, la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, dependiente de la Generalitat de Catalunya, publicaba una revisión exhaustiva sobre la literatura en relación con las necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en Cataluña. En las conclusiones se mencionaba que los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven, predominando la atención ginecoobstétrica de las mujeres (partos) y las visitas de medicina general en los hombres (patología digestiva).

Una revisión bibliográfica, publicada ese mismo año por Jansá y García de Olalla sobre inmigración y salud en nuestro país, destacaba como temas prioritarios para estas poblaciones la elevada proporción de recién nacidos de mujeres de origen extranjero, las necesidades en salud mental, la detección de los déficits en salud bucodental, el considerable incremento de los casos de tuberculosis y el progresivo incremento relativo de los casos de sida, que, junto a las limitaciones de las coberturas vacunales en la población infantil, definían el espectro de salud de esta población. Los autores destacaban del análisis de los servicios de salud la elevada frecuentación de los servicios de ginecología y obstetricia y pediatría por parte de la población inmigrante.

Es de destacar que, a pesar de que el número de estudios orientados al análisis de la salud de los inmigrantes ha aumentado en los últimos años, lo cierto es que presentan vacíos importantes, tanto en sus conclusiones como en sus aspectos metodológicos. Por otra parte, como han señalado algunas autoras, las investigaciones biomédicas en España sobre inmigración se en-

cuentran en un estado precario y deficiente en cuanto al reconocimiento de la diversidad cultural y étnica y de las desigualdades entre sexos en salud.

Respuestas desde la atención primaria de salud

Formación

La necesidad de formación de los profesionales y trabajadores de la APS ha sido uno de los retos que la realidad de la inmigración ha planteado. Desde mediados de los años noventa del pasado siglo, las recomendaciones se dirigían hacia la formación de profesionales en habilidades específicas de comunicación que facilitarían el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, la realidad de las ofertas formativas ha ido mayoritariamente dirigida a la formación en conocimientos y manejo de determinadas patologías de origen parasitario o de menor prevalencia en nuestro medio. Sigue, por tanto, resultando «esencial la mejora en el conocimiento de los aspectos sociales, culturales y antropológicos característicos de los distintos colectivos de inmigrantes que residen en nuestro entorno».

La formación básica debería incluir el aumento de conocimientos y de sensibilidad sobre los hechos diferenciales de cada etnia. La formación debería orientarse de manera específica; es decir, planificar en función de las necesidades. Un aspecto básico es, también, el carácter multidisciplinar: debe dirigirse a todo el personal de los equipos de atención primaria (administrativos, auxiliares, enfermería y médicos.) Las recomendaciones para los profesionales podrían resumirse en:

- Enfermedades importadas.
- Aspectos antropológicos asistenciales.
- Salud y enfermedad en las diferentes culturas.

En general, los cursos de formación han venido incluyendo los siguientes aspectos:

- Marco legal de la atención sanitaria y accesibilidad a la tarjeta sanitaria.
- Enfermedades importadas.
- Enfermedades infecciosas transmisibles: tuberculosis, hepatitis, ITS y SIDA.

- Aspectos psicológicos relacionados con el duelo migratorio. Duelos complicados.
- Salud sexual y reproductiva.
- Estrategias de intervención comunitaria y vacunaciones.

Cambios organizativos propuestos desde la APS para mejorar la asistencia a la población inmigrante.

Junto a las necesidades formativas se han propuesto desde diferentes ámbitos profesionales la necesidad de cambios organizativos en los servicios de APS para adaptar estos servicios a la realidad migratoria. Cabe destacar las propuestas realizadas desde la experiencia del Poniente almeriense. Así, Vázquez Villegas ha propuesto:

- Aumentar los recursos tanto materiales como humanos en aquellas zonas donde la presencia de inmigrantes sea significativa.
- Facilitar a los profesionales, sanitarios y no sanitarios, nociones sobre aspectos particulares de sus culturas, dado que pueden influir en la recepción y la transmisión de mensajes con respecto a la salud.
- Utilizar la información para los pacientes en varios idiomas.
- Dada la gran movilidad de determinados colectivos de inmigrantes sería necesario facilitar algún documento (carpeta de salud, historia clínica portátil) que recogiese los problemas más significativos atendidos o las exploraciones complementarias realizadas.
- Flexibilidad en la organización interna de los equipos, sobre todo en los horarios.
- Necesidad de protocolos de atención inicial y de manejo de las enfermedades más prevalentes en su medio y raras o poco presentes en el nuestro.
- Coordinación con otros niveles asistenciales para el manejo de las enfermedades exóticas.
- Formación de agentes de salud entre los miembros destacados de cada comunidad.

- Utilización de los mediadores culturales o proporcionar una formación específica a los trabajadores sociales de los centros de salud.
- Adaptación cultural de los programas existentes en APS y creación de programas específicos.
- Coordinación de las organizaciones e instituciones que trabajan con inmigrantes.
- Realización de estudios epidemiológicos y sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones inmigrantes.

Desde la experiencia catalana, las propuestas para la mejora de lo que se ha venido en llamar «gestión de la diversidad cultural» en atención primaria han sido las siguientes:

- Facilitar el acceso a los servicios normalizados.
- Informar sobre el sistema sanitario y su utilización, sobre la cartera de servicios y el acceso.
- Registrar adecuadamente la actividad, incluyendo el país de origen.
- Disponer de un protocolo de acogida.
- Incorporar modelos de salud comunitaria, que permitan incluir no sólo traductores-intérpretes o mediadores culturales sino agentes de salud.
- Disponer de la «carpetita del desplazado».
- Formación médica, cultural y antropológica de todos los estamentos.
- Recursos suficientes donde las cargas de trabajo se ven significativamente afectadas.
- Integración de los planes de los profesionales de atención primaria y salud pública.

Es necesario combinar la extensión, a la red normalizada de atención, de los recursos y habilidades para la atención de poblaciones inmigrantes, con los programas e intervenciones específicas en los problemas de salud y sociosanitarios de estas poblaciones.

Retos y oportunidades para la atención primaria

La igualdad en el acceso a los servicios sanitarios de las poblaciones inmigrantes sigue encontrando barreras, a pesar del avance que supuso la Ley 4/2000. Ello se traduce en que los inmigrantes económicos presentan un peor acceso a los servicios sanitarios y plantea la necesidad de facilitarles el conocimiento de los servicios de atención primaria y de adaptar los recursos existentes a las nuevas necesidades. Por tanto, la equidad en el acceso a los servicios sanitarios continúa siendo una prioridad para los inmigrantes económicos.

Los equipos de atención primaria que trabajan en zonas con alta concentración de población extranjera necesitan apoyo de la administración sanitaria para responder a las demandas y las necesidades reales. Como se expuso anteriormente, esta necesidad se da en un contexto de disminución de los fondos asignados a la APS, lo que complica enormemente la capacidad de estos equipos para dar respuestas a las nuevas necesidades planteadas por la inmigración.

En relación con la formación, además de mejorar los conocimientos y el manejo de determinadas patologías de origen parasitario o de menor prevalencia en nuestro medio, los equipos deben mejorar los conocimientos de los aspectos sociales, culturales y antropológicos de los distintos colectivos de inmigrantes que residen en su entorno.

Finalmente, cabe plantearse el refuerzo y adaptación de los programas de salud comunitaria vinculados a las propias estrategias asistenciales. La salud mental, los déficits en salud bucodental, la tuberculosis y las limitaciones de las coberturas vacunales en población infantil son áreas prioritarias para la salud de estas poblaciones y por tanto para los equipos de atención primaria. La atención a estas poblaciones plantea a la APS la oportunidad de retomar las estrategias comunitarias, que han venido ocupando en los últimos años un lugar cada vez más marginal en las tareas de los equipos. La salud laboral, a pesar de su invisibilidad, parece igualmente un problema de salud prioritario para los inmigrantes económicos y la atención primaria debe sensibilizarse sobre esta realidad. La atención primaria de nuestro país deberá responder a los nuevos retos y aprovechar las oportunidades que plantea una sociedad española cada vez más diversa.

Bibliografía

- AGUIRRE, J.A. (2004), «Envejecimiento y atención sanitaria», FMC, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11, suplemento 3, págs. 1-4.
- ALONSO, E. (2002), «Gestión de la diversidad cultural en atención primaria», *Cuadernos de Gestión*, 8, págs. 49-53.
- BALANZÓ, X.; BADA, J. L. y GONZÁLEZ, C. (1984), «La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona)», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 58, págs. 769-778.
- BARBERO, J. (2003), «Inmigración, salud y bioética», en A. ALONSO, H. HUERGA y J. MORERA, *Guía de atención al inmigrante*, Ergon, Madrid, págs. 33-44
- BERRA, S.; ELORZA, J. M.; BARTOMEU, N.; HAUSMANN, S.; SERRA-SUTTON, V. y RAJMIL, L. (2004), *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- CASTELLS, X. (1993), *Atenció sanitària de l'IMAS al col·lectiu d'estrangers alegals*, Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Barcelona.
- CASTILLO, S. (2002), «La salud de la población inmigrante», en J. GARAY, C. FERNÁNDEZ y M.A. GARCÍA (compiladores), *La Atención Primaria de Salud ante la población inmigrante*. Comunidad de Madrid y Fundación CESM, Madrid, págs. 14-28.
- COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO (2007), «Dictamen del Comité Económico y Social Europeo SOC/274 sobre el tema "Salud y migración"», en Comité Económico y Social Europeo, Dictámenes del Comité Económico y Social Europeo, 1001, págs. 1-12. Disponible en: http://eescopinions.eesc.europa.eu/EESCopinionDocument.aspx?identificher=ces\soc\soc274\ces1001-2007_ac.doc&language=ES (consultado el 15 de enero de 2008).
- ESTEBAN, M.M. (2001), «Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes «sin papeles» en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid)», *Atención Primaria*, 27, págs. 25-28.
- GUIJÓN, M.T., JIMÉNEZ, M. L. y MARTÍNEZ, E. (2007), «Significaciones y prácticas sobre "inmigración" en la literatura biomédica en España», Comunicación oral al 5º Congreso Nacional sobre la inmigración en España. «Migraciones y desarrollo», Valencia, 21 al 24 de marzo de 2007.

- IGLESIAS, C., GÁMEZ, E. y TORO, A. (2004), «Aspectos particulares de la entrevista clínica», en P. LOBATO, P. REGATO, C. IGLESIAS y J. VÁZQUEZ (eds.), *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*, 2ª ed., Fundación Progreso y Salud, Sevilla, págs. 51-57.
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (2004), *Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante*, Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Madrid.
- JANSÁ, J.M., MONTELLÀ, N.; VALERO, C. y VILLALBÍ, J. R.(1994), «La salut dels immigrants estrangers. Aportacions de l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona», *Barcelona Societat*, 3, págs. 131-138.
- JANSÁ, J.M. y VILLALBA, J. R. (1995), «La salud de los inmigrantes y la atención primaria», *Atención Primaria*, 15, págs. 320-327.
- JANSÁ, J.M. (1998), «Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones desde la Salud Pública», *Revista Española de Salud Pública*, 72, págs. 165-168.
- JANSÁ, J.M. y BORRELL, C. (2002), «Inmigración, desigualdades, y atención primaria: situación actual y prioridades», *Atención Primaria*, 29, págs. 466-468.
- JANSÀ, J.M. y GARCÍA DE OLALLA, P. (2004), «Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos», *Gaceta Sanitaria*, 18, suplemento, págs. 207-213.
- JAUMÀ, R.M. y VIÑAMATA, B. (1994), «Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud», *Atención Primaria*, 13, págs. 283-289.
- LACALLE, M. *et alii.* (2000), «Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante», *Atención Primaria*, 25, págs. 634-638.
- LAFUENTE, N. (2004), «¿Estamos adaptando los cuidados a las necesidades de las personas inmigrantes?», Comunicación a las Jornadas de la ASANEC, Adra, Almería, mayo 2004.
- LLÁCER A., DEL AMO, J.; CASTILLO, S. y BELZA, M. J., «Salud e inmigración; a propósito del sida», *Gaceta Sanitaria*, 15, págs. 197-199.
- LLORET RONDÓN *et alii.* (2001), «Atención por urgencia hospitalaria a la inmigración irregular (I y II)», Comunicación al XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Cádiz, 13-16 de junio de 2001.
- MARTÍN LASO, M.A. y DÍAZ OLALLA, M. (2003), «Factores condicionantes del nivel de salud» en A. ALONSO, H. HUERGA y J. MORERA, *Guía de atención al inmigrante*, Ergon, Madrid, págs. 45-55.

- MINUÉ, S.; DE MANUEL, E. y SOLAS, O. (2002), «Situación actual y futuro de la atención primaria», en J.M. CABASÉS, J.R. VILLALBA y C. AIBAR (eds.), *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Informe SESPAS 2002, Sespas, Madrid.
- MORENO, J. (2004), «De la igualdad a la equidad en las políticas sanitarias hacia poblaciones de origen inmigrante. Análisis comparado de los casos del Reino Unido, Francia y España», Ponencia al 4º Congreso sobre la inmigración en España, Gerona, 10 al 13 de noviembre de 2004.
- NOGUÉS, B. y VARO, J. (2004), «El médico de familia ante el fenómeno migratorio», FMC, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11, suplemento 3, págs. 6-11.
- PORTHÉ, V.; AMABLE, M. y BENACH, J. (2007), «La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España. ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber?», *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10, págs. 34-39.
- ROCA, C.; BALANZÓ, X.; FERNÁNDEZ, J. L.; PUJOL, E. y CORACHÁN, M. (1999), «Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme», *Medicina Clínica*, 111, págs. 215-217.
- SANZ, B *et alii*. (2000), «Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid», *Atención Primaria*, 26, págs. 314-318.
- SIMÓ, J. *et alii*. (2004), «El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea», *Atención Primaria*, 34, págs. 472-481.
- SUNDQUIST, J. (2001), «Migration, equality and access to health care services», *Community Journal of Epidemiological Health*, 55, págs. 691-692.
- TORRES, A. y SANZ, M. B. (2000), «Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned?», *Community Journal of Epidemiological Health*, 54, págs. 478-479.
- VALL, M. (2002), «Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona», *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20, págs. 154-156.
- VÁZQUEZ, J. (2002), «Inmigración y salud: legislación», FMC, *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9, págs. 505-508.
- VÁZQUEZ, J. (2002), «Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación)», *Cuadernos de Gestión*, 8, págs. 54-60.

VÁZQUEZ, J. (2006), «Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad?», *Atención Primaria*, 37, págs. 249-250.

Salud mental y atención primaria

Yolanda Osorio

SATMI, Servicio de Atención al Inmigrante en Salud Mental.
Barcelona

La migración debe entenderse como un proceso en el que intervienen numerosas variables. Existen tantas experiencias migratorias como personas que la llevan a cabo: factores socioeconómicos, políticos, culturales y básicamente individuales, hacen que no podamos definir la migración de una forma genérica y absoluta.

La tendencia actual de tratar el tema de la migración en términos de problema conlleva una visión negativa de ésta y alienta posiciones xenóforas por parte de las sociedades de acogida. Hablar en términos de reto (reto asistencial, político, social, económico) es imprescindible para poder buscar soluciones a los problemas que su abordaje pueda generar. La atención al inmigrante ha de implicar un ejercicio de afrontamiento y no un enfrentamiento.

Dificultades asistenciales en nuestro medio

El incremento de la población inmigrante en nuestro país supone un esfuerzo de adaptación del sistema sanitario. Históricamente, la diversidad cultural derivada de las migraciones internas que el sistema sanitario debía atender se gestionaba a través de un modelo de atención homogéneo

y universalista, donde a la diferencia en la demanda se respondía con una respuesta común.

Este modelo, útil hasta hace poco, entra en crisis con la llegada masiva de inmigrantes procedentes de diferentes culturas. La diversidad cultural exige respuestas asistenciales diferentes. Y este es el gran reto que se ha de plantear nuestro sistema sanitario, tanto desde un punto de vista general en el ámbito administrativo y de política global como a escala particular involucrando a los profesionales sanitarios.

El modelo de servicio sanitario monocultural, etnocéntrico y sociocéntrico ha demostrado su dificultad para adaptarse a la nueva realidad de la demanda asistencial. En relación con la atención del paciente inmigrante, varias son las dificultades que nos podemos encontrar.

Se describen clásicamente dos tipos de barreras que dificultan el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante: las barreras internas, propias del individuo, como pueden ser el estigma asociado a la enfermedad mental, el temor a la pérdida de la confidencialidad y, quizás la más importante, el hecho de que la salud para el inmigrante no es una prioridad —este último aspecto hay que considerarlo a la hora de llevar a cabo planes de prevención sanitaria en colectivo de inmigrantes—, y las barreras externas, como son la falta de información sobre la red asistencial y la falta de intérpretes o mediadores en las consultas.

- Dificultades en la comunicación: no sólo asociadas a idiomas diferentes sino también con relación a estilos de comunicación diferentes. Qué, cómo, cuándo y dónde se aporta la información depende del contexto cultural del paciente.
- Dificultades derivadas de la diferencia en los conceptos de salud y enfermedad y las derivadas de las diferentes expectativas del sistema sanitario.
- Dificultades derivadas de la ausencia de adaptación de los servicios. Los recursos de la red están poco capacitados para ofrecer una atención equitativa y de calidad (ausencia de mediadores e intérpretes, dificultades en la utilización de los recursos de rehabilitación en salud mental, etc.)
- Dificultades derivadas de la falta de formación de los profesionales sanitarios.

- Dificultades derivadas de la aparición de numerosas iniciativas y dispositivos (ONG, asociaciones, etc.) no integrados en la red y con escasa coordinación entre ellas.

Las consecuencias en la atención a la población inmigrante con relación a lo anteriormente expuesto son:

- Dificultades en la continuidad asistencial.
- Infrarrepresentación del colectivo de inmigrantes en los servicios de salud mental.
- Psiquiatrización de la migración con una tendencia a la medicalización, a la cronificación y a la extensión y perpetuación de la patología somática. Se llega a categorizar y psiquiatrizarse el propio proceso migratorio incidiendo en una respuesta meramente asistencial.
- Insatisfacción del usuario y del profesional, que se siente impotente y desbordado.
- Descoordinación de los recursos y falta de cohesión de las acciones.
- Ausencia de estrategias de prevención y de promoción en salud mental.

El análisis tanto de las dificultades en la asistencia a población inmigrante como las consecuencias que de ello se derivan, exigen diversas medidas de actuación que se concretarían en varios puntos:

- *Investigación*: tratar de identificar las necesidades tanto de la población inmigrante como de los profesionales. Es necesario un mayor y mejor conocimiento de la realidad, para lo cual se necesitan estudios centrados en la población inmigrante y en los propios servicios sanitarios.
- *Reflexión* tras una lectura real de la situación. Esta reflexión debe permitir el diseño posterior de las líneas de actuación en diferentes ámbitos: político, social, comunitario, sanitario, etc.
- *Definición* del modelo sanitario necesario para poder atender a la diversidad. Cambio de la actual organización sanitaria rígida y no acomodada a las nuevas demandas.

Estrategias en atención primaria

Desde el punto de vista del área básica de salud, varias son las propuestas que se plantean:

- El área básica de salud debe conocer a la población que atiende; conocer los flujos migratorios del área, su distribución por barrios. Esto permitirá realizar una planificación y gestión adecuada de los recursos.
- Teniendo en cuenta que el referente ha de ser el médico, y no el servicio de urgencias, se deberá adecuar la oferta horaria reforzando los horarios vespertinos.
- Exigir, desde los profesionales, formación continuada en relación con la atención a la diversidad: conocimiento de aspectos culturales, sociales, religiosos, antropológicos, etc.
- Promover la sensibilidad de los profesionales en estos temas.
- Utilizar la imaginación para lograr una correcta vinculación del usuario al servicio y una adecuada utilización de éste.

Es necesario un cambio de actitud en el profesional sanitario: evitar los juicios previos, clarificar los contenidos de las entrevistas, realizar una exploración amplia que incluya determinados aspectos (*ver modelo de historia clínica)¹. Todo ello evitando la discriminación que supone ignorar las diferencias o reducir a los inmigrantes a su diferencia cultural.

Es necesaria una correcta coordinación con los recursos existentes recurriendo a la interconsulta con servicios especializados de atención.

Se deben realizar estudios epidemiológicos y clínicos que permitan conocer el perfil del usuario.

Los profesionales sanitarios deben exigir de la administración más recursos.

Es necesario elaborar planes de acogida del inmigrante que incluyan información sobre la red sanitaria y el rol de los diferentes profesionales.

No se debe patologizar la migración evitando las etiquetas diagnósticas que inciden de forma errónea en una solución meramente asistencial, ya que su tratamiento requiere un abordaje social y comunitario.

1 El modelo de historia clínica que proponemos incluye añadir, a los campos que habitualmente exploramos los siguientes ámbitos: país de procedencia, zona de procedencia rural o urbana, situación legal, condiciones de habitabilidad y migraciones previas.

* Proyecto migratorio: motivos, expectativas, logros.

Religión y práctica.

Red social de apoyo.

Identidad cultural. Roles familiares, de sexo, estigmas.

Asistencia médica recibida en su país de origen.

Modelo de comprensión de la enfermedad (a qué atribuye su enfermedad.)

Expectativas respecto al sistema sanitario.

Salud mental y migración

Desde el punto de vista asistencial, es importante tener en cuenta que la migración no es causa de enfermedad ni física ni mental. La migración implica una crisis que puede darse en un contexto de gran vulnerabilidad.

A lo largo del ciclo vital, las personas atravesamos periodos de crisis y otros de mayor estabilidad personal y emocional. Estas crisis pueden formar parte del mismo proceso evolutivo (pasar de niño a adolescente, tener un hijo, etc.), o bien se desencadenan por factores externos o no previstos (aparición de una enfermedad grave, cambio en la situación laboral, etc.), y suponen para la persona un reto que pone en juego sus capacidades y dificultades emocionales. El resultado, el desenlace, podrá dirigirse hacia un mayor crecimiento emocional (se habla de madurez personal) o bien, si no se resuelve adecuadamente la crisis, hará posible la aparición de problemas de salud, ya sean de tipo físico o mental.

La migración genera una crisis en el individuo, una crisis global y relevante que puede hacer tambalear la propia identidad (el sentimiento de ser uno en el tiempo, en el espacio y en la interacción con los demás). Todo ello se produce en un momento de gran vulnerabilidad por las numerosas pérdidas que supone y por las precarias condiciones socioeconómicas que frecuentemente se asocian a ella.

Los estudios que se han realizado en torno a la relación que existe entre psicopatología y migración aportan resultados contradictorios. Así, hay autores que afirman que el índice de trastornos mentales en población inmigrante es mayor que en población autóctona. Otros estudios aportan resultados opuestos, apuntando incluso el hecho de que pertenecer a una minoría

étnica puede ser un factor de protección frente a la presencia de psicopatologías.

Tal y como se apunta anteriormente, toda migración implica una crisis, y la forma en que ésta se resuelve es la que condicionará la aparición o no de síntomas psiquiátricos y/o psicológicos.

Existen factores de riesgo que hacen que la resolución de la crisis no sea efectiva, lo que da lugar a síntomas psiquiátricos/psicológicos. Estos factores son los que deberemos evaluar:

Tipo de migración

El proceso migratorio comienza mucho antes de la partida. Se han de explorar las experiencias vitales previas del individuo, el tipo de proyecto migratorio; si ha sido una migración planificada o no, si las expectativas pueden considerarse realistas o no.

Debe considerarse que el poder compartir con los seres queridos dicho proceso migratorio y tener el tiempo y las condiciones adecuadas para ir elaborando la partida de forma lo más realista posible serán aspectos de ayuda.

Las migraciones no elegidas voluntariamente (exilios) o escasamente meditadas (por ejemplo, en forma de huida de lo conocido, por conflictos familiares, etc.) son factores que no van a facilitar una buena adaptación y es más probable que generen problemas.

La personalidad

Como es lógico, las personas con mayores recursos emocionales van a tener más posibilidad de ir superando los numerosos retos que supone el proceso migratorio, y aquellas que ya han presentado alteraciones o dificultades previas a la migración tendrán más inconvenientes. Dentro de este último grupo encontramos a aquellas personas que ya vienen con un trastorno mental y un tratamiento a seguir, y por tanto en muchos casos nos llegan a los servicios de asistencia para continuar el tratamiento, y también las que no habían presentado un cuadro franco pero sí dificultades en el ámbito relacional y emocional (rasgos importantes de desconfianza, de dependencia, marcada inestabilidad, fobias). En estos casos, el proceso migratorio precipita en ocasiones un cuadro patológico.

La edad

Existe más riesgo de desarrollo de psicopatologías en ancianos. Normalmente vienen acompañando a otros familiares (hijos), que son los que están en disposición de realizar una actividad laboral y los que eligen realizar el proceso migratorio.

Los inmigrantes de edad avanzada son un grupo especialmente vulnerable, dado que vienen con un bagaje de numerosas pérdidas (de seres queridos, de salud, de roles sociales) y, al contrario de los otros grupos de edad, poco esperan «ganar» por el momento vital en que se encuentran. Sus dificultades para adaptarse a los cambios son por lo común mucho mayores.

En el caso de los menores, su mayor capacidad para aprender y adaptarse a lo nuevo, así como el estar acompañados por la capa protectora de la familia, podrían considerarse aspectos de ayuda.

Con los adolescentes nos encontramos con que ya se encuentran en una propia crisis evolutiva de búsqueda y consolidación de su identidad, que añadida a la que supone la migración —y si además el adolescente no ha participado activamente en la decisión familiar—, le hacen ser un grupo especialmente vulnerable.

Sexo

Las mujeres suelen expresar más síntomas de malestar psicológico que los hombres. En ocasiones tiene que ver con la mayor fragilidad que sufren por ser los miembros que quedan más solos: mujeres que no entran en el mercado laboral y que pierden el contacto con relaciones que podían tener en la cotidianidad de su país de origen. Entran en una situación de aislamiento y dependencia de los miembros que tienen más contacto con el exterior, lo que les puede generar un estado de tensión. En otras ocasiones, en cambio, la tensión se deriva del papel que desempeñan a la hora de ser las únicas proveedoras de la familia.

En el caso de mujeres de Latinoamérica, con frecuencia es ella la primera de su familia en emigrar. Puede sufrir por no estar con sus hijos y su marido, y el peso de la responsabilidad puede contribuir a un cuadro depresivo o ansioso. Cuando la familia consigue reagruparse, en principio será ella la única proveedora de la familia, lo que significa que no tendrá tiempo ni energía necesaria para cuidar a los niños y asistir a las reuniones sanitarias y escolares, etc.

En el caso, por ejemplo, de mujeres marroquíes, el marido es el primero en venir. La madre tendrá que manejarse en las visitas sanitarias y escolares.

Para ella, que hasta ahora estaba más o menos ubicada en casa, este cambio puede ser complicado al no poseer los recursos necesarios para manejarlo bien, lo que incluye esencialmente la autonomía necesaria para tomar decisiones que hasta ahora no había tomado. Todo ello implica un estrés importante que puede llevar a producir ansiedad y depresión.

Red social y condiciones de vida

La ausencia de una red social efectiva puede ser factor de riesgo para el desarrollo de psicopatologías. Debemos explorar qué contactos sociales establece y de qué tipo.

Las condiciones socioeconómicas precarias (hacinamiento en las viviendas, empleo inestable y mal remunerado, indocumentación, pérdida de estatus social) son factores de estrés que pueden complicar la digestión sana de la crisis migratoria.

Aparecen sentimientos de impotencia, aislamiento e inadaptación social que prolongados, y dado que la solución no depende de uno mismo, convierten al individuo en vulnerable a la hora de padecer un trastorno mental.

Intensidad del cambio

Cuanta más distancia haya entre el país de origen y el de acogida, mayores son los retos que se han de afrontar.

La diferencia idiomática exige un mayor esfuerzo para el inmigrante, que además de empezar a conocer aspectos nuevos de la cultura de acogida ha de aprender una lengua nueva con la que comunicarse. Los nuevos códigos de comunicación que deberá incorporar el recién llegado y que le son desconocidos dan lugar a malentendidos en sus primeros contactos. Eso aumenta el nivel de ambigüedad y contradicción implícitas en las informaciones que recibe.

Actitud de la sociedad de acogida

La migración es un fenómeno que no involucra sólo a las personas que emigran, a su grupo de pertenencia y a los que se quedan, sino también a los que tendrán que recibirlos.

La relación que se establece con la sociedad de acogida es un factor muy importante. El inmigrante puede llegar a vivir situaciones de exclusión por prejuicios con relación a su cultura.

Una actitud acogedora y receptiva facilitara la adaptación del inmigrante a su nuevo entorno.

Cuadros clínicos

Los cuadros clínicos que se observan con mayor frecuencia en población inmigrante son:

- Trastornos depresivos y ansiosos.
- Trastorno por somatización con un predominio de sintomatología digestiva, respiratoria, músculo-esquelética y propensión a los accidentes.
- Trastorno por estrés postraumático, más frecuente en refugiados víctimas de torturas, guerras o cualquier experiencia traumática.
- Trastornos psicóticos breves, con sintomatología paranoide, pérdida de sentimiento de identidad y desorientación espaciotemporal.
- Síndromes culturales tal y como están codificados en el DSM- IV.

Sin analizar con detalle los diferentes cuadros clínicos, cabe apuntar únicamente que la concepción que sobre los diferentes trastornos mentales tenemos parte de una concepción occidental. Así, en el caso de la depresión podemos encontrar diferencias en la expresión de la enfermedad según si el paciente procede de una cultura occidental u oriental. En la primera, la depresión se caracteriza por presentar componentes somáticos (alteración del peso, del sueño, del llanto) y componentes psicológicos (humor disfórico, ideas de culpa y de suicidio). En culturas orientales sólo se presenta el componente somático. El suicidio, los sentimientos de culpa y el autodesprecio son raros. Esto puede llevar a confusión y a errores en la identificación de cuadros depresivos en estos pacientes.

Servicio de atención especializado en salud mental para población inmigrante

Para finalizar este artículo quería presentar uno de los programas pioneros de atención en salud mental para población inmigrante existente en la ciudad de Barcelona. En el año 1997 un grupo de profesionales de la salud mental decidimos crear un programa de atención específica en salud mental para inmigrantes. Por un lado buscábamos, a través de un abordaje transcultural de la psicopatología, entender y conocer las diferentes formas de presentación de las enfermedades mentales en las diversas culturas, así como las diferencias en el proceso diagnóstico y terapéutico. Por otro lado, intentábamos paliar una carencia que generaba el propio sistema sanitario en aquel momento, como era la falta de atención de los no documentados. Así mismo, pensamos que la complejidad de las intervenciones en este grupo de población, especialmente susceptible de presentar trastornos de tipo psicosomático y ansioso-depresivo (reactivo a múltiples estresores), requería un programa específico.

El programa SATMI es un programa transversal que cubre toda la organización asistencial, y cuya función básica es la de actuar de mediador entre los equipos de atención y la población inmigrante. Nuestro objetivo básico es sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de adaptar nuestro modelo de atención a la nueva realidad y ayudar en la formación de los equipos.

Bibliografía

- BHUGRA, D. *Migration and mental health*. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: págs. 243-258.
- GARCIA-CAMPAYO, J. y SANZ CARRILLO, C. *Salud mental en inmigrantes: nuevo desafío*. Med Clin (Barcelona) 2002; 118 (5); págs. 187-191.
- JANSA, J. M. y BORRELL, C. «Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades». *Atención Primaria*, 2002, 15; págs. 466-468.
- RAMOS, M.; GARCIA, R.; PRIETO, M. A. y MARCH, J. C. *Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos*.

- ACHOTEGUI, L. J. *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Ediciones Mayo.
- DÍAZ, N. y OSORIO, Y. *Depresión y cultura*. Jano 1999.
- PERTÍÑEZ MENA, J.; VILADAS JENE, L. *et alii*. «Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en una área urbana de Barcelona». *Atención Primaria*, 2002, enero, 29 (1); págs. 6-13.
- O'FERRALL GONZÁLEZ, C.; CRESPO LINARES, M. *et alii*. «Inmigración, ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto?». *Interpsiquis*, 2003.
- BALLENGER, J. C.; DAVIDSON, J., LECUBRIER, Y. *et alii*. «Consensus Statement on Transcultural Issues in Depression and Anxiety from the International Group on Depression and Anxiety». *J Clin Psychiatry*, 2001; 62 (suplemento 13).
- SUMATHIPALA, A.; SIRIBADDANA, S.H. y BHUGRA, D. «Culture-bound syndromes: the story of that syndrome». *British Journal of Psychiatry* (2004), 184, págs. 200-209.
- PARKER, G.; GLADSTONE, G. y TSE CHE, E. K., «Depresión en el grupo étnico más extenso del planeta: el chino». *AM J. Psychiatry* 158: 6, June 2001.
- TSENG, W-T. *Handbook of cultural Psychiatry*. San Diego. Academic Press., 2001
- LEFF, J. «Cultural influence on psychiatry». *Curr Opin Psychiatry* 1994, 7, págs. 197-201.
- MEZZICH, J. E.; KLEINMAN, A.; FABREGA, H. y PARRON, D. L. *Culture & psychiatric diagnosis. A DSM-IV perspective*. Washington: American Psychiatric Press, 1996

La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario

Francisco Collazos y Adil Qureshi

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona

La asistencia hospitalaria al paciente culturalmente diferente supone un reto de absoluta actualidad. Sin haber llegado a aclarar la posible relación entre inmigración y salud mental, es incuestionable que, a medida que aumenta la población inmigrante, mayor es la presencia de estas personas en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. Por su condición de atención especializada, y por los medios que se les suponen, los hospitales deberían poder ofrecer una asistencia que garantizara la misma calidad a todos sus usuarios, independientemente del origen étnico o cultural de éstos (Vega, 2005). La realidad parece que dista mucho de este ideal. Entre los aspectos que se destacan en este capítulo se encuentran la competencia cultural, la importancia del consentimiento informado, las expectativas del inmigrante respecto al ingreso, la posible integración de la mediación cultural, la investigación o la posible creación de servicios especializados.

Introducción

La salud mental de los inmigrantes, o de los pacientes culturalmente diferentes, plantea desde el dispositivo hospitalario, por suerte o por desgracia, algunas particularidades que conviene conocer.

Afortunadamente, la medicina, y la psiquiatría en concreto, siguen demostrando constantemente su infinita y enriquecedora variabilidad, propia de las Ciencias biológicas. Por otro lado, la presión de las tecnologías aplicadas a este tipo de ciencias ha desafiado ese rasgo característico de la variabilidad y ha tratado de reducir las a leyes y parámetros universales. Sin embargo, esto no parece posible. Es más, reducir la psiquiatría a un desajuste exclusivamente biológico sería, como dice Littlewood (2001), restringir nuestra especialidad a la ciencia veterinaria. Si además tenemos en cuenta la trascendencia que tienen los aspectos culturales en la noción del cuerpo humano, de la salud y la enfermedad, de las atribuciones que se hacen de los trastornos mentales (Bhui y Bhugra, 2002), del tipo de relación terapéutica y sus implicaciones tanto en la psicoterapia como en el cumplimiento de los tratamientos psicofarmacológicos (Qureshi, Collazos, Ramos y Casas, 2008), podemos comprender la complejidad que el tema alcanza. Y es de esta misma complejidad de donde se deriva, por desgracia, una dificultad que, aunque no nos guste, se debe reconocer cuando se habla de abordar a un paciente culturalmente diferente. Estamos ante un nuevo desafío que pone a prueba a los psiquiatras: ser capaces de diagnosticar y tratar adecuadamente a pacientes que, en ocasiones, pueden presentar diferencias lingüísticas y, en otras, culturales. Este tipo de reto no es exclusivo del dispositivo hospitalario, sino que es común a cualquier asistencia en la que se den esas diferencias.

En los hospitales de tercer nivel de nuestro territorio no se ha sabido, hasta ahora, resolver adecuadamente el tema de la diversidad cultural de los usuarios. De hecho, la asistencia que se ofrece en nuestros hospitales dista mucho de ser la culturalmente apropiada. Por lo que respecta, en concreto, a la salud mental, se han hecho grandes esfuerzos, loables la mayoría de ellos, para poder dotar al clínico de unos instrumentos universales con los que poder evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente a cualquier tipo de paciente. Este esfuerzo se ha apoyado firmemente en el espectacular, aunque decepcionante a efectos prácticos del clínico, progreso de la neurociencia en los últimos años. La década de los 90, «década del cerebro», se caracterizó por buscar «un mismo lenguaje» para todos los psiquiatras y tratar de loca-

lizar el sustrato cerebral de cada uno de los trastornos mentales. Ambas iniciativas podrían ser sometidas a crítica desde la perspectiva de la psiquiatría cultural.

La mayoría de los cuestionarios estandarizados desarrollados en función de signos y síntomas, así como las guías directrices destinadas a llegar a un diagnóstico, tratan de reducir al máximo la subjetividad del psiquiatra. Esto introduce un nuevo tema de debate acerca del papel que el juicio clínico debe jugar en la práctica diaria. No puede olvidarse que, en salud mental, y también en el resto de las especialidades médicas, el diagnóstico sigue recayendo la mayoría de las veces en la interpretación subjetiva que el clínico realiza sobre los datos, nuevamente subjetivos, que le aporta el paciente en la anamnesis. Esto debe hacernos pensar en lo relativo que puede llegar a ser la interpretación de los síntomas en psiquiatría. Claro está que el clínico no se siente a gusto en este terreno de indefinición, y que suspira por disponer de pruebas objetivas, contundentes, que le permitan salir de la duda que, con frecuencia, le suponen los datos de referencia, más débiles, que le ofrece el paciente (Borrell-Carrio y Epstein, 2004). Así, el clínico, igual que el juez de los tribunales de justicia, desearía que su juicio se sustentara sobre una prueba irrefutable que despejara cualquier sombra de duda. Sin embargo, la realidad actual dista mucho de ese ideal, por lo que el juicio clínico sigue teniendo mucho de arte, vertebrándose en torno a la racionalidad médica aportada por el saber acumulado y la experiencia del clínico.

El afán universalista reduce a su mínima expresión la influencia de la cultura en la expresión de los trastornos mentales y trata de igualar, de una manera reduccionista, a todos los pacientes. Este enfoque divide a la clase psiquiátrica entre dos posiciones extremas: la etnorrelativista y la universalista (López-Ibor, 2002). Como dice Leff (2003), estas dos líneas principales de pensamiento y de investigación resultan antagónicas. Mientras la primera se basa en el modelo de la antropología social y en una interpretación *emic* fundamentada en datos cualitativos que recalcan la peculiaridad cultural, la segunda se basa en la epidemiología psiquiátrica y, sobre datos cuantitativos, ofrece una interpretación *etic* que propugna la búsqueda de categorías mórbidas universales. Como es lógico, dos perspectivas tan alejadas tendrán su respectiva influencia en la manera de entender la competencia cultural.

El dispositivo hospitalario

Las dificultades que se encuentran en el manejo de un paciente culturalmente diferente en el Hospital General pueden presentarse a diferentes niveles:

- Comprensión.
- Evaluación.
- Diagnóstico.
- Manejo terapéutico.
- Apoyo social.
- Derivación.

A continuación se comentan algunos de esos aspectos y se sugieren, así mismo, alternativas para manejarlos con éxito.

Necesidad de crear servicios especializados

Existe en la actualidad un debate abierto sobre la indicación o no de crear dispositivos asistenciales específicos para la población culturalmente diferente, en concreto inmigrantes, con problemas de salud mental (Bhui, Warfa, Edonya, McKenzie y Bhugra, 2007). En contra de esta iniciativa está la idea que sostiene que este tipo de servicio especializado podría suponer un riesgo de *guetización*. A favor, cabe argumentar la necesidad de adaptar los recursos a las características demográficas de cada lugar. Nuestra propuesta consiste en dotar a los servicios psiquiátricos, ya sean hospitalarios o no, de los medios necesarios para poder atender con equidad a todos los pacientes. Esto pasa por aportar unos recursos humanos (mediadores, intérpretes) y técnicos (farmacogenética) costosos, por lo que consideramos más práctico dotar con estos medios a los servicios especializados de tercer nivel, donde podría concurrir el resto de dispositivos asistenciales. De esta manera, los hospitales que contaran con estos servicios actuarían como interconsultores suprasectoriales (Kirmayer, Groleau, Guzder, Blake y Jarvis, 2003; Whitley, Kirmayer y Jarvis, 2004). Estos servicios deberían asegurar un grado óptimo de competencia cultural, esto es, una misma calidad asistencial para todos sus usuarios, independientemente de su origen cultural o étnico (Betancourt, Green y Carrillo, 2002). Para alcanzar este objetivo, el personal que compone este tipo de dispositivo ha de ser multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermería, mediadores culturales, intérpretes, antropólogos.)

En lo que al hospital se refiere, contar con un servicio en el que estén disponibles mediadores culturales y una asesoría por parte de antropólogos al alcance de los clínicos especializados en psiquiatría y psicología cultural, puede suponer una gran ventaja. El tipo de problemática social de estos pacientes muchas veces es compleja (Fossion *et alii*, 2002). La falta de documentos, los problemas de vivienda, precariedad laboral, ausencia de apoyos sociales, etc., hacen que el manejo de estos casos se vea necesitado de la intervención de los servicios sociales junto con el apoyo de los mediadores culturales.

Manejar un paciente con las herramientas que se consideran necesarias en un servicio culturalmente competente, incluye tener a disposición del clínico las pruebas de genética que le ayuden a descartar si la ausencia de respuesta al tratamiento es o no debida a alguna diferencia biológica que pudiera estar afectando, por ejemplo, al metabolismo del fármaco.

Integración de la mediación cultural en el hospital general

La figura del mediador cultural sanitario no está reconocida por las autoridades sanitarias, pese a que en algunos hospitales sí están presentes. Esto plantea un problema, tanto por la necesidad de establecer una normativa que defina la formación de esta figura, como por la urgencia de aclarar las competencias y normas éticas que regulen la actividad de este posible nuevo perfil profesional.

La mediación intercultural en salud es una profesión relativamente nueva y, como tal, algunos temas concretos relacionados con su función y papel aún han de definirse formalmente y aceptarse en consenso. La novedad de este perfil profesional supone un reto tanto en su concepción como en su aplicabilidad en la práctica diaria. En este artículo se sugiere una orientación básica para su formación, se abordan los citados retos que plantea y se ofrecen algunas soluciones a estos conflictos.

La necesidad de la mediación cultural en el sistema sanitario se justifica por el aumento de pacientes con los cuales las diferencias culturales y lingüísticas constituyen un perjuicio a la hora de recibir atención sanitaria de calidad. Estos perjuicios han sido ampliamente descritos en los últimos años (Eytan, Bischoff y Loutan, 1999; Jacobs, Sephard, Suaya y Stone, 2004; Perez-Stable y Napoles-Springer, 2000).

Las responsabilidades del mediador cultural van más allá de la interpretación lingüística y cultural. Aparte de participar en entrevistas triangulares, ofreciendo traducción e interpretación según la necesidad, el media-

dor cultural está disponible para ayudar a los servicios sanitarios a entender cómo la cultura y la condición de inmigrante pueden influir en la eficacia del tratamiento del paciente. El mediador cultural también orientará al paciente sobre el funcionamiento del sistema de salud pública, y podrá informarle sobre el funcionamiento en general del sistema médico en el mundo occidental. Otras funciones del mediador cultural que se han discutido incluyen la defensa de los derechos del paciente (asegurarse de que se respetan, siguiendo las pautas del *Linkworker* (Molina, Gailly, Giménez y Guest, 2001) que se identifican en el Reino Unido) y la normalización de las diferencias culturales mediante la reducción de las diferencias de poder entre el personal de atención sanitaria y la persona atendida, tal como se practica en el *Center for Mental Health Laken* de Bruselas (Gailly, 2004).

Cualesquiera que sean las funciones específicas del mediador cultural, es esencial que tenga una mínima formación básica para asegurar que se mantiene un servicio médico de alta calidad y que el personal sanitario puede confiar en el proceso de mediación. La formación debe incluir una parte de teoría y otra de práctica. Como en cualquier otra profesión al servicio de las personas, es esencial una formación práctica supervisada. Al ser ésta una profesión emergente, hay pocas personas cualificadas para educar, formar y supervisar a mediadores de salud culturales. Esto significa que profesionales de otros campos con habilidades relacionadas con el tema (como pueden ser los profesionales especializados en cuidados interculturales) necesitarán iniciar el proceso de formación y supervisión hasta que los mediadores culturales estén suficientemente formados para convertirse en educadores.

La formación se puede dividir en una serie de puntos de competencia claves, como son:

1. Mediación intercultural y la entrevista triangular.
2. Competencia cultural.
3. La relación de ayuda.
4. La biomedicina y el sistema sanitario.
5. Cultura y salud (antropología médica.)
6. Interpretación lingüística.
7. Ética.
8. Desarrollo personal y profesional.

Siguiendo este modelo formativo, a lo largo de los últimos años se ha llevado a cabo, en el *Hospital Universitari Vall d'Hebron* y con la ONG SURT, una iniciativa pionera en la formación de mediadores culturales en el ámbito sanitario. Las principales dificultades con que nos hemos encontrado

podrían resumirse en la falta de sensibilidad cultural. El profesional sanitario sigue considerando que la expresión de lo que el hecho de enfermar supone para un individuo puede realizarse con un dominio muy limitado del lenguaje. Esta perspectiva, excesivamente simplista, se presta a una mala praxis. La mayoría de las demandas que de este servicio se realizaron lo fueron exclusivamente por motivos lingüísticos, excluyéndose las consultas por razones culturales. Es de esperar que, a medida que este tipo de servicios se vayan popularizando, sean cada vez más solicitados.

El consentimiento informado en el ámbito hospitalario

Uno de los cambios más significativos en la medicina de los últimos años ha sido el paso desde una relación paternalista, en la que las decisiones eran competencia exclusiva de un médico que se convertía así en el gestor y garante del valor salud de un paciente que, a su vez, adoptaba un papel meramente pasivo, hacia una relación de equidad, en la que médico y paciente deciden conjuntamente las decisiones que se toman respecto a la salud (Abood, 2007.)

La introducción del consentimiento informado en España se produjo en los primeros años noventa del pasado siglo, como consecuencia de varias sentencias condenatorias (Sánchez-Caro, 2002). La aplicación en psiquiatría reviste especial dificultad porque la enfermedad mental afecta, a menudo, a la autonomía psicológica del paciente, privándole total o parcialmente de su capacidad para tomar decisiones en lo que concierne a su salud.

El consentimiento informado se basa en dos principios relacionados (Sánchez-Caro, 2002):

- Informar adecuadamente al paciente para que pueda tomar libremente una decisión sobre un procedimiento terapéutico o diagnóstico, o para ser sujeto de una investigación o experimentación.
- Obtener su consentimiento antes de aplicar el procedimiento o de realizar la investigación.

Tal y como establece la Ley de Autonomía del paciente en su capítulo acerca del derecho a la información asistencial, «la información clínica formará parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad» (Ministerio de la Presidencia, 2002).

Los elementos básicos que componen el consentimiento informado son:

- Capacidad.
- Revelación de la información.
- Comprensión.
- Voluntariedad.
- Consentimiento.

Por tanto, un paciente otorga consentimiento informado a una intervención si es capaz de actuar, recibe información completa (adecuada), comprende la información, actúa voluntariamente y consiente la intervención. Presentadas las características esenciales del consentimiento informado resulta pertinente comentar dos aspectos de éste y la peculiaridad que suponen cuando el consentimiento es solicitado a una persona culturalmente diferente.

El hecho de colocar al médico en una posición de equidad con el paciente puede no ser aceptable en algunos contextos culturales, especialmente en aquellos en los que la relación entre médico y paciente tiende a ser de tipo paternalista, es decir, en que se delega en el médico la toma de decisiones (Welch, 2003). Incluso, en algunos casos, podría interpretarse como una falta de seguridad del propio psiquiatra el hecho de solicitar al paciente su opinión en la toma de decisiones. En otras culturas, cualquier decisión referente a la salud de alguno de los miembros de la comunidad debe ser consultada por el grupo, y resulta inadmisibles asumir individualmente tal responsabilidad.

El consentimiento informado se apoya en la administración de una información veraz y completa, objetivo difícil de conseguir cuando existen barreras en la comunicación, ya sea por la distancia cultural o por dificultades idiomáticas.

Tecnología al servicio de la variabilidad étnica

Uno de los rasgos diferenciales del hospital general, y de cualquier servicio de psiquiatría cultural que se precie, debería ser el acceso a las pruebas de genética necesarias para determinar si las diferencias en la respuesta a un determinado tratamiento se corresponden exclusivamente a diferencias culturales o, por el contrario, deben ser achacables a variaciones genéticas que repercuten en la dotación enzimática responsable del metabolismo de los

psicofármacos, o en la estructura de los receptores de los neurotransmisores.

Nos encontramos nuevamente ante un tema que puede resultar, en un primer vistazo, ciertamente futurista, pero que es de una absoluta actualidad. Cada vez más se cuestiona la validez del «patrón oro» que establecía la dosis de los psicofármacos y la posible aparición de efectos adversos o de interacciones en función de los estudios realizados con varones caucásicos que habitaban, generalmente, latitudes frías. La realidad clínica nos demuestra que la variabilidad intragrupo, y por supuesto intergrupo, resulta muy significativa, con lo que la universalidad de esos supuestos farmacocinéticos y farmacodinámicos resulta algo más que cuestionable.

La psicofarmacología transcultural, o etnopsicofarmacología, es el área específica de la farmacología que estudia las variaciones en la respuesta a los psicofármacos en diferentes poblaciones y la contribución de los factores raciales, sociales y culturales a dichas variaciones (Ruiz, 2000).

Por un lado, deben tenerse en cuenta aspectos exclusivamente culturales, propios del psiquiatra, como son los posibles sesgos a la hora de diagnosticar o asignar un tratamiento en concreto a un grupo cultural determinado; y los propios de los referentes culturales del paciente, como la influencia del efecto placebo, la confianza en el tratamiento, la adherencia al mismo o la posible interferencia con elementos de la dieta o con posibles productos empleados por sanadores tradicionales a los que, de forma paralela, pueda estar acudiendo.

Por otra parte, se encuentran los aspectos genéticos previamente citados. Entre los posibles sistemas implicados tanto en la farmacocinética como en la farmacodinámica de los psicofármacos, es el sistema citocromo P450 el que ha recibido mayor atención de la etnopsicofarmacología (Cozza, 2001). Su interés reside en la identificación de polimorfismos genéticos en algunas de las isoenzimas que lo componen, como la CYP2D6 o la CYP2C19. Según estos polimorfismos, los individuos se pueden clasificar en metabolizadores lentos o en metabolizadores rápidos (también llamados normales). En el caso de la isoenzima CYP4502D6, existe un tipo de metabolizadores ultrarrápidos, como consecuencia de la presencia en su genotipo de un número de copias mayor del habitual, cuya prevalencia varía en función de la distribución geográfica y la pertenencia a un grupo étnico u otro. La tasa media de metabolizadores ultrarrápidos en Europa ronda el 1%, con un progresivo aumento a medida que nos desplazamos hacia el sur, llegando al 7-10% en

España y alcanzando cifras como el 19% en Arabia Saudita o el 30% en Etiopía (Mendoza y Smith, 2000).

Los pacientes con un patrón de metabolización lento requerirán dosis menores y tendrán mayor posibilidad de presentar interacciones farmacológicas, mientras que los metabolizadores rápidos requerirán, probablemente, dosis más altas que las habituales para alcanzar el efecto terapéutico. En poblaciones africanas y asiáticas, entre el 33-50% de los metabolizadores normales presentan formas polimórficas del CYP2D6 que muestran una actividad tan baja como los metabolizadores lentos caucásicos (Gaw, 2001).

Esta variabilidad metabólica puede justificar, entre los pacientes pertenecientes a los diferentes grupos étnicos, la posible falta de respuesta o la aparición de efectos secundarios a dosis habituales. Es de suponer que, al ritmo al que avanzan la farmacogenética y la farmacogenómica, pronto se personalizarán los tratamientos en función de la dotación genética de cada individuo.

Competencia cultural

Al hablar de la competencia cultural en el ámbito hospitalario deben considerarse dos dimensiones diferentes, la individual y la institucional.

La competencia cultural individual afecta a todos y cada uno de los profesionales del hospital. No puede, por tanto, restringirse a los médicos, sino que debe alcanzar a todos los profesionales del hospital.

Se entiende que la competencia cultural ha de ser algo dinámico, que nunca llega a obtener el rango de universalidad o plenitud, sino que es siempre susceptible de ser ampliada (Tervalon y Murray-Garcia, 1998). De la misma manera, la competencia cultural de un profesional, pongamos un médico, debe ser distinta de la esperada de una enfermera. En este sentido, deberían considerarse qué incorporaciones son necesarias en los programas de estudio de los diferentes perfiles profesionales para alcanzar este objetivo. Actualmente no existe en España, por ejemplo, ninguna asignatura en el programa de Medicina que aborde los temas de transculturalidad. Esta iniciativa, sin embargo, ya ha sido implantada en el plan de estudios de la Facultad de Medicina de Utrecht (Países Bajos).

Respecto a la competencia cultural institucional, cabe señalar, como ejemplo, que desde 1964, en algunos estados de los EE.UU. no se concede ninguna ayuda pública a ningún hospital que no sea capaz de demostrar que sus usuarios, independientemente de su origen étnico o cultural, reciben una asistencia sanitaria de la misma calidad (Flores, 2005). En nuestro medio esto

puede resultar fuera de lugar, pero no lo debería ser tanto si atendemos a la realidad demográfica. De hecho, entre los estándares de calidad de los hospitales psiquiátricos se va introduciendo, poco a poco, el de la competencia cultural. Esta competencia cultural hace referencia a la adopción de las medidas necesarias para asegurar esa equidad en la calidad asistencial, como pueden ser la disponibilidad de servicios lingüísticos, las horas de formación del equipo, la inclusión de miembros de las diferentes minorías étnicas entre los profesionales de la institución, la colaboración con los líderes de las minorías, la promoción de actividades informativas para la comunidad, el desarrollo de proyectos de investigación culturalmente sensibles o la adaptación de los aspectos de hostelería a las peculiaridades de las minorías.

La competencia cultural en salud mental representa, quizás, la respuesta más evolucionada a la hora de ofrecer un tratamiento transcultural efectivo (Arredondo *et alii*, 1996; Stuart, 2004; D. W. Sue, Arredondo y McDavis, 1992; D. W. Sue *et alii*, 1982; D. W. Sue *et alii*, 1998; S. Sue, 2003). La formación en competencia cultural es, pues, un componente importante para el desarrollo de una relación terapéutica intercultural. La competencia cultural comprende tres dominios básicos: conocimientos, habilidades y actitudes y valores.

Conocimientos

Los conocimientos sobre culturas específicas, como se ha señalado previamente, pueden constituir un arma de doble filo (Flores, 2002; Patterson, 2004), y como tal, no es necesariamente el modo más efectivo de mejorar la competencia cultural. El conocimiento de los sistemas culturales generales puede facilitar el desarrollo de la relación terapéutica, alertando a los clínicos sobre las posibles bases de las diferencias. En este sentido, resulta útil la diferencia entre generalización y estereotipo. Mientras que el último implica la aplicación ciega de experiencias previas al paciente, la primera utiliza la experiencia previa como una posible plantilla que puede ser o no pertinente para un paciente en concreto, de manera parecida al posible beneficio que puede obtenerse con los estudios de casos individuales.

Además de los puntos enumerados a continuación, resultará muy útil para el clínico familiarizarse con las áreas previamente subrayadas: estilos de comunicación y comunicación no verbal, perspectivas culturales de la emoción, de la salud y del curar, imaginación cultural, metáforas culturales y contranarrativas.

Los fallos en la comunicación intercultural son con frecuencia el resultado de la aplicación involuntaria de sistemas de significados discrepantes. Así pues, el desarrollo de la relación terapéutica intercultural requiere que los terapeutas mejoren su entendimiento del sistema de significados. Los conceptos de imaginación cultural (Kakar, 1995), metáfora cultural (Gannon, 2002) y contranarrativa (Gates, 1997) ofrecen al clínico unos abordajes que le permiten mejorar su habilidad interpretativa, sin requerir un conocimiento cultural en el sentido más convencional.

La imaginación cultural implica conseguir un sentido general del sistema creador de significados por medio de la exposición a la cultura popular. Gannon, un teórico de los negocios internacionales, sugiere que el conocimiento de las metáforas dominantes en una cultura dada – por ejemplo, el fútbol americano en los Estados Unidos, o el concepto de Madre India en el subcontinente asiático – puede aportar una considerable información acerca de cómo las personas le dan significado a las cosas. Las contranarrativas son aquellas narrativas comunes en las comunidades minoritarias que suponen una visión del mundo diferente a la que se encuentra en la narrativa dominante. Los tres conceptos – claramente relacionados – son fácilmente accesibles a través de una lectura de los periódicos, Internet, películas, música, mitos, literatura y demás. La idea, pues, no es aprender sobre la cultura como tal, sino llegar a conocer la manera en que las personas dotan de significados al mundo.

Habilidades

Las dos áreas de habilidades clave respecto al establecimiento de la relación terapéutica son la facilidad para adaptarse a los diferentes estilos de comunicación y la habilidad para adaptar el proceso terapéutico a las necesidades y características específicas de cada paciente. El desarrollo de estas habilidades requiere la voluntad de comprometerse en un proceso de autoexploración y el uso efectivo de la supervisión. La flexibilidad y la adaptabilidad son centrales en este conjunto de habilidades. Los terapeutas han de tener amplitud suficiente en sus habilidades clínicas y técnicas como para ser capaces de cambiar en función de cada situación específica. Esto contrasta radicalmente con los abordajes terapéuticos tradicionales, que establecen un modelo particular para la relación terapéutica, su proceso y las técnicas. Es, más bien, un reconocimiento franco de que la teoría y la técnica deben estar al servicio del proceso terapéutico. Evidentemente, esto requiere que el terapeuta tenga la capacidad no sólo de conectar con el paciente y comunicarse eficazmente

con él, sino también de valorar qué tipo de abordaje terapéutico es el más beneficioso en cada caso.

Actitudes y creencias

Un componente esencial de la competencia cultural es la voluntad de confrontar las actitudes y creencias personales relativas a la diferencia racial y étnica y la identidad. En parte, esta exploración facilita al terapeuta el entendimiento de la relación entre cultura y desarrollo psicosocial. La flexibilidad requiere la habilidad para soportar la ambigüedad, aceptar que no existe un único abordaje correcto y que equivocarse es simplemente una parte normal del proceso terapéutico. El terapeuta adopta, tradicionalmente, el papel del experto que, con la correcta aplicación de la teoría y la técnica, conduce la terapia hasta conseguir la curación del paciente. Un terapeuta culturalmente competente, por otro lado, acepta que su pericia es extremadamente limitada y que la aplicación misma de la teoría y la técnica se fundamenta en una visión particular del mundo que, como tal, tiene una relevancia limitada en cada paciente en concreto. Una respuesta eficaz a la transferencia cultural requiere la voluntad, por parte del clínico, de comprometerse en la exploración de sus propios prejuicios raciales y culturales, sus sentimientos, sus actitudes y creencias, y la aceptación de que una enorme cantidad de factores no terapéuticos pueden afectar a la relación terapéutica.

Conclusiones

En un mundo globalizado, donde los imparable fenómenos migratorios transforman en multiculturales a las sociedades, las interacciones que se establecen con población culturalmente diversa han adquirido absoluta actualidad. En el ámbito sanitario, y en concreto en el hospitalario, la atención a los inmigrantes se ha convertido en un reto que cuestiona la equidad de los servicios que se ofrecen. Desde un punto de vista ético y de justicia social no es admisible que las personas que no pertenecen al grupo mayoritario reciban una asistencia de peor calidad por su pertenencia a un grupo cultural o étnico diferente.

Este desafío que plantean los pacientes culturalmente diversos se hace especialmente evidente en el terreno de la salud mental. A la no aclarada relación entre la aparición de psicopatologías y el proceso migratorio, se añaden

de la complejidad que suponen las diferentes presentaciones clínicas de los trastornos mentales, las explicaciones que se les dan en las distintas culturas, o las particularidades que implica la relación terapéutica intercultural.

Por todo ello se hace necesaria la implantación de medidas que permitan a los clínicos desarrollar su responsabilidad profesional con garantías, de manera que se pueda ofrecer una atención culturalmente competente. La formación de los profesionales, ya desde los cursos de pregrado, junto a la incorporación de mediadores interculturales adecuadamente formados, se perfilan como los principales pilares en los que debe apoyarse este objetivo de la competencia cultural.

Ante las dificultades que implica actualmente la adaptación de todos los recursos a la realidad multicultural que caracteriza a la sociedad actual, la creación de programas especializados en Psiquiatría Transcultural dentro de la red existente, dotados de los medios necesarios para poder atender a población culturalmente diversa y que, llegado el caso, pudieran cubrir las carencias de otros recursos peor abastecidos, aparece como una posible alternativa.

Bibliografía

- ABOOD, S. K. (2007). «Increasing adherence in practice: making your clients partners in care». *Vet Clin North Am Small Anim Pract*, 37 (1), págs. 151-164; abstract ix-x.
- ARREDONDO, P.; TOPOREK, R.; PACK BROWN, S.; JONES, J.; LOCKE, D. C.; SANCHEZ, J. *et alii*. (1996). «Operationalizing of the multicultural counseling competencies». *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, págs. 42-78.
- BETANCOURT, J. R.; GREEN, A. R. y CARRILLO, J. E. (2002). *Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches*. Boston, MA: The Commonwealth Fund.
- BHUI, K. y BHUGRA, D. (2002). «Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice». *British Journal of Psychiatry*, 181, págs. 6-7.
- BHUI, K.; WARFA, N.; EDONYA, P.; MCKENZIE, K. y BHUGRA, D. (2007). «Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations». *BMC Health Serv Res*, 7, pág. 15.

- BORRELL-CARRIO, F. y EPSTEIN, R. M. (2004). «Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness». *Ann Fam Med*, 2 (4), págs. 310-316.
- COZZA, K. L. (2001). *The Concise Guide to The Cytochrome P450 System. Drug Interaction Systems for Medical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- EYTAN, A.; BISCHOFF, A. M. y LOUTAN, L. (1999). «Use of interpreters in Switzerland's psychiatric services». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (3), págs. 190-192.
- FLORES, G. (2002). «¿Dolor aquí? ¿Fiebre? A little knowledge requires caution». *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, págs. 638-640.
- FLORES, G. (2005). «The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review». *Med Care Res Rev*, 62 (3), págs. 255-299.
- FOSSION, P.; LEDOUX, Y.; VALENTE, F.; SERVAIS, L.; STANER, L.; PELC, I. *et alii*. (2002). «Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department». *Eur Psychiatry*, 17 (8), págs. 443-450.
- GAILLY, A. (2004). *Intercultural Mediation*. Paper presented at the Workshop international migraciones, interculturalidad y salud, Murcia.
- GANNON, M. J. (2002). *Cultural metaphors: Thier use in management practice and as a method for understanding cultures*. Retrieved 20/07, 2004, from <http://www.wmu.edu/culture>
- GATES, H. L. (1997). «Thirteen ways of looking at a black man». En B. SCHNEIDER (ed.), *Race: An anthology in the first person* (págs. 153-162). New York: Crown Publishers.
- GAW, A. C. (2001). *Concise guide to cross-cultural psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- JACOBS, E. A.; SEPHARD, D. S.; SUAYA, J. A. y STONE, E.-L. (2004). «Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services». *American Journal of Public Health*, 94, págs. 866-869.
- KAKAR, S. (1995). «Cultural work and clinical imagination». *Psychoanalytic Quarterly*, 54, págs. 265-281.
- KIRMAYER, L. J.; GROLEAU, D.; GUZDER, J.; BLAKE, C. y JARVIS, E. (2003). «Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies». *Can J Psychiatry*, 48 (3), págs. 145-153.

- LEFF, J. (2003). «Psiquiatría transcultural». En M. G. GELDER, J. J. LÓPEZ-IBOR Jr. y N. ANDREASEN (eds.), *Tratado de Psiquiatría* (vol. 1, págs. 13-16). Barcelona: Ars Medica.
- LITTLEWOOD, R. (2001). «Culture-specific psychiatric illness?». *British Medical Journal*, 179, pág. 460.
- LÓPEZ-IBOR, J. J. (2002). «Cultural adaptations of current psychiatric classifications: Are they the solution». *Psychopathology*, 36 (3), págs. 114-119.
- MENDOZA, P. R. y SMITH, W. M. (2000). «Hispanic response to psychotropic medications». En P. RUIZ (ed.), *Ethnicity and psychopharmacology* (págs. 55-82). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA (2002). Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del Estado, 274, 40126-40132.
- MOLINA, I.; GAILLY, A.; GIMÉNEZ, C. y GUEST, B. (2001). *Social linkworking and intercultural mediation in Europe: Pilot project TPL*. Umea, Sweden: Partnerskap for multietnisk integration.
- PATTERSON, C. H. (2004). «Do we need multicultural counseling competencies?» *Journal of Mental Health Counseling*, 26 (1), págs. 67-74.
- PÉREZ-STABLE, E. J. y NAPOLES-SPRINGER, A. (2000). «Interpreters and communication in the clinical encounter». *Am J Med*, 108 (6), págs. 509-510.
- QURESHI, A.; COLLAZOS, F.; RAMOS, M. y CASAS, M. (2008). «Cultural competency training in psychiatry». *European Psychiatry*, 23, págs. S49-S58.
- RUIZ, P. (2000). «Ethnicity and Psychopharmacology». En P. Ruiz (ed.), *Ethnicity and Psychopharmacology* (vol. 19, págs. 91-113). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- SÁNCHEZ-CARO, J. (2002). *El Consentimiento Informado en Psiquiatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- STUART, R. B. (2004). «Twelve practical suggestions for achieving multicultural competence». *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (1), págs. 3-9.
- SUE, D. W.; ARREDONDO, P. y McDAVIS, R. J. (1992). «Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession». *Journal of Counseling and Development*, 70 (4), págs. 477-486.
- SUE, D. W.; BERNIER, Y.; DURRAN, A.; FEINBERG, L.; PEDERSEN, P. B.; SMITH, E. J. et alii. (1982). «Position paper: Cross-cultural counseling competencies». *The Counseling Psychologist*, 10, págs. 45-52.

- SUE, D. W.; CARTER, R. T.; CASAS, J. M.; FOUAD, N. A.; IVEY, A. E.; JENSEN, M. *et alii.* (eds.). (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- SUE, S. (2003). «In defense of cultural competency in psychotherapy and treatment». *American Psychologist*, 58 (11), págs. 964-970.
- TERVALON, M. y MURRAY-GARCIA, J. (1998). «Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education». *J Health Care Poor Underserved*, 9 (2), págs. 117-125.
- VEGA, W. A. (2005). «Higher stakes ahead for cultural competence». *Gen Hosp Psychiatry*, 27, págs. 446-450.
- WELCH, I. D. (2003). *The therapeutic relationship: Listening and responding in a multicultural world*. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc (2003) xv, 249 págs.
- WHITLEY, R.; KIRMAYER, L. J. y JARVIS, G. E. (2004). «Cultural consultation in psychiatric practice». *Br J Psychiatry*, 185, pág. 76; author reply, págs. 76-77.

4. Casos

Mujeres, reproducción y contracepción en Marruecos

Yolanda Aixelà

Institució Milà i Fontanals, CSIC Barcelona

Desde los años sesenta del pasado siglo la tasa de natalidad en Marruecos ha venido reduciéndose paulatinamente: en 1960 era de 7,2‰, en 1990 de 4,0‰ y en 2003 de 2,7‰¹. Este descenso se debe a diferentes factores. En primer lugar, ha sido determinante el impacto del proceso de urbanización en la estructura familiar, dado que tener un alto número de hijos ya no era prioritario para la pareja tal como había venido sucediendo en unos contextos rurales donde éstos representaban la fuerza de trabajo que aseguraba la supervivencia del grupo (Marruecos alcanzó en 2003 el 57% de población asentada en contextos urbanos, según datos de Unicef). En segundo lugar, y vinculado en parte al proceso anterior, el auge de las migraciones internas (desde los años cincuenta) y externas hacia el extranjero (desde finales de los años sesenta) propició un descenso del índice de la natalidad, dado que las prioridades matrimoniales se canalizaban hacia un bienestar del grupo que era más viable con un menor número de hijos. Por último, tres procesos parcialmente relacionados acabaron por reducir el número de hijos de la pareja: en primer lugar, el notable proceso de industrialización (iniciado en los años cuarenta); en segundo lugar, la escolarización femenina (sobre todo a partir de los años cincuenta); y, por último, la paulatina feminización laboral

1 Según Unicef (2004). Estos datos y otros mencionados en este artículo se pueden consultar en http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/morocco_statistics.html (documento consultado en enero de 2005).

(desde los años setenta). Todos estos aspectos supusieron la entrada de las mujeres en el mercado laboral urbano y su retraso de la edad matrimonial hasta cerca de los veinticinco años, lo que limitaba, por tanto, su capacidad reproductiva. Este aspecto es importante si tenemos en cuenta que las mujeres se habían venido casando tan pronto llegaban a la pubertad².

Estas variables, y otras que analizaremos en este texto, han propiciado que en la actualidad las mujeres tengan menos hijos en sus matrimonios³ y que, además, parte de ellas hagan uso de métodos anticonceptivos para planificar su familia. De hecho, los datos de Unicef apuntan a que existe una prevalencia de los anticonceptivos en torno al 63% en el año 2003.

Debe añadirse que Marruecos tiene un sistema sanitario público con enormes deficiencias por la baja inversión estatal⁴, que se trata de una red sanitaria que está mucho más presente en contextos urbanos que en rurales y que, además, sólo proporciona dos alternativas para aquellos que no pueden o no quieren acceder: la sanidad privada, con un coste que sólo pueden sufragar las familias de estrato social medio alto o alto, y la medicina tradicional, más presente en la sociedad rural que la urbana⁵.

Esta situación se combina con una realidad social compleja, en la que no es baladí el hecho de que hayan sido las mujeres marroquíes quienes históricamente han cuidado de los enfermos en el marco familiar. Ese es el caso

2 Naima nació y vivía en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 22 años. Era de estrato social bajo, de una familia con cuatro hermanos, divorciada y con un hijo. Cursó los estudios primarios de segundo ciclo, pero no los concluyó. Trabajaba en una fábrica de conservas. Era beréber, y explicaba que sus padres se casaron con catorce años y tuvieron su primogénito a la edad de quince. Sobre el particular se puede consultar Aixelà (2000).

3 Para Filal (1991:10) la contracepción se corresponde con una nueva forma de familia desconocida hasta ahora en Marruecos: la familia nuclear. Sobre el particular se puede consultar el estado de la cuestión por lo que respecta a los defensores de esta postura en Aixelà (2000:82-85). No obstante, las investigaciones sobre parentesco siguen señalando el activo funcionamiento de las redes familiares y la perpetuación de la familia extensa, lo que contradiría esa tesis.

4 Fátima nació y vivió en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 24 años. Era de estrato social medio bajo, con seis hermanos y soltera. Realizó estudios hasta el segundo ciclo de primaria, un curso de mecanografía y otro de francés. Había trabajado de costurera en una fábrica, dependienta y secretaria. Era árabe. Explicaba los problemas económicos que suponía tener un enfermo grave en el hogar: «mi padre se puso muy enfermo y dejó de trabajar. Tuvimos que hospitalizarlo mucho tiempo y le practicaron una operación de estómago muy delicada. El resultado fue un éxito pero su coste nos arruinó ya que la sanidad no es gratuita y mi padre, a pesar de haberse salvado, había quedado casi inválido».

5 De hecho, cifras de Unicef señalan que, por ejemplo, la cobertura de la atención prenatal en 2003 estaba sobre el 68%, sin distinguir si se trataba de contexto rural o urbano, aunque probablemente recaía en el urbano. Para conocer mejor la medicina tradicional se pueden consultar los trabajos de Shaeffer Davis (1983) y Bourqia (1996).

de Najat⁶, que dejó la escuela a los trece años: «lo cierto es que mi madre se puso enferma y alguien tenía que dejar el colegio para cuidarla y ocuparse de la casa: esa fui yo. Era lógico, yo era la mayor. Dejar la escuela fue muy difícil para mi, pero no había más remedio». También Fatiha⁷ explicaba cómo una hermanastra suya tuvo que ocuparse de su ex padrastro enfermo: «mi padre es un gran hombre. Él ha sido un buen padre, ha cuidado de mi madre y ha tratado a mis hermanastros como si fuesen sus propios hijos. ¡Mi madre, con su apoyo, había renunciado a sus derechos de manutención para podérselos quedar! No querían nada de esa familia [de su anterior marido]. El otro [su padrastro] ahora está muy enfermo y le está cuidando mi hermanastra, ¡ya ves, siete esposas, ocho hijos, y ha acabado consolado por la única hija que lo respeta, pero que no lo quiere!». Un último ejemplo lo tomamos de Fátima⁸, quien continuó en su empleo durante algo más de tres años, momento en que su madre cayó muy enferma y necesitó de cuidados constantes: «yo era la única que me podía ocupar de ella. Permanecí a su lado hasta que mejoró. Habían pasado dos años».

En este contexto, el objetivo de este capítulo es exponer las experiencias que parte de las mujeres marroquíes han tenido en el campo de la salud, especialmente en los temas que se relacionan con su capacidad reproductiva y su decisión de utilizar métodos anticonceptivos, especificando las diferencias existentes entre contextos rurales y urbanos⁹. Estas cuestiones se observarán desde una perspectiva histórica que permita ver las transformaciones que se han ido produciendo en Marruecos en los últimos años.

6 Las entrevistas que aparecen en este artículo forman parte del material recopilado para mi tesis doctoral presentada en 1999 en la Universidad de Barcelona (AIXELÀ, 2000). Najat nació y vivía en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 35 años. Era de estrato social bajo. Estaba casada y tenía dos hijos. Tenía los estudios primarios inacabados. No trabajaba. Tenía nueve hermanos. Era beréber.

7 Nació y vivía en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 43 años. Era de estrato social medio, viuda, con tres hijos. Tenía los estudios primarios de segundo ciclo incompletos y un curso de mecanografía. No trabajaba. No tenía más hermanos salvo dos hermanastros. Era beréber.

8 Fátima nació en Mohamedia. Cuando se realizó la entrevista tenía 41 años. Era de estrato social medio bajo. Estaba soltera. Había cursado los estudios primarios de segundo ciclo incompletos. Había ejercido de secretaria y realizado tareas de limpieza en un hotel. Tenía cuatro hermanos y dos hermanas. Era beréber.

9 Este texto se ha elaborado a través del trabajo de campo que realicé en Marruecos entre 1992 y 1997 con estancias que variaban de 1 a 3 meses.

La contracepción

En Marruecos, la contracepción ha experimentado numerosos cambios en las últimas décadas, ya que se ha establecido una coexistencia de los métodos tradicionales empleados por las parejas («marcha atrás», amamantamiento tardío, método ogino, entre otros) con los nuevos (píldora, DIU, etc.) De hecho, la planificación familiar no había sido nunca prioritaria hasta que algunos de los asuntos señalados en la introducción llevaron a las parejas a considerar la necesidad de acotar el número de hijos que tendrían en su matrimonio (Dernouny, 1987) a instancias de las campañas gubernamentales que promocionaban la planificación familiar. Rimou¹⁰ ilustra cómo afrontaron muchas mujeres de los años sesenta la reproducción en el seno de su familia. Rimou se casó con catorce años con su primo paterno y, aunque a ella no le importó la diferencia de edad, sí cree que era demasiado joven: «¡me casé como si jugase a las casitas! Para mi era un juego. No estaba preparada. El matrimonio había llegado siendo inmadura. La verdad es que no me sentí mayor de edad hasta el nacimiento de mi primer hijo». El primer embarazo la pilló con catorce años y, desde entonces, ya no paró: «era otra época. No había anticonceptivos». En el mismo sentido recuperamos el testimonio de Rashida¹¹: «mi padre quedó viudo de su primera esposa a los doce años de matrimonio, lo que le empujó a tomar una segunda mujer para que cuidase de sus hijos inmediatamente. Esa fue mi madre, que le daría diez hijos más. En total éramos dieciocho hermanos, pero nos trataba igual a todos y fue muy feliz con mi madre».

Ahora bien, la contracepción ha tardado muchas décadas en asentarse en Marruecos. En general, el rechazo femenino a planificar su descendencia con anticonceptivos se ha debido básicamente a dos aspectos¹², dándose el

10 Nació en Alhucemas. Cuando se realizó la entrevista tenía 52 años. Era de estrato social medio bajo. Estaba casada con un primo paterno y tenía ocho hijos. Vivía en Casablanca desde los años 80. Tenía la primaria inacabada y trabajaba de costurera en casa. Era hija única y tenía dos hermanastros. Era beréber.

11 Nació en Beni Guerir. Cuando se realizó la entrevista tenía 34 años. Era de estrato social medio. Estaba casada, con siete hijos. Vivía en Casablanca desde finales de los años 70. No tenía estudios, ni tampoco trabajaba. Tenía diez hermanos y ocho hermanastros. Era árabe.

12 B. León (2004: 8) señalaba cuestiones de orden general: «la alta fecundidad de estos países se debe a varios factores relacionados con la anticoncepción: entre otros están los costes de los anticonceptivos, las dificultades de acceso al personal sanitario que prescriba el anticonceptivo, la percepción de los anticonceptivos como perjudiciales para la salud y las creencias religiosas. Además, también hay que tener en cuenta que el hecho de que todavía se tenga un elevado número de hijos se debe a que en esos países se les sigue considerando como un bien económico

caso, como veremos, de que eran sus maridos los que llegaron a imponer su parecer¹³.

En primer lugar, la poligamia ha gestado y espoleado una competitividad entre las esposas para ver cuál de ellas iba asegurar la continuidad del grupo familiar del marido: muchas mujeres han considerado que era precisamente su capacidad reproductiva la que podía asegurar su matrimonio. Esto se debe a que el poder de las mujeres sobre un marido polígamo descansa en la maternidad: al asegurar la descendencia del grupo familiar del esposo se aseguran un lugar en la familia y un notable reconocimiento social (Filal, 1996: 7). A ese respecto Zohra¹⁴ explicaba que, cuando murió su madre, su padre se casó aún dos veces más en busca de descendencia, ya que ella era hija única de un primer matrimonio: «Bueno, mi padre necesitaba ayuda y se sentía sólo así que se volvió a casar. De hecho, dos años después aún tomaría otra esposa más porque, la primera, todavía no le había dado hijos». Por ejemplo, Rimou muestra bien esa competitividad al hablar de su marido y de la herencia que dejaría: «ni sé cuánto dinero tiene, ni si posee alguna casa propia. De todas maneras, espero que, por lo menos, mis hijos hereden lo que les corresponde». Y añade con satisfacción: «por lo que sé de su otro matrimonio, sólo ha tenido dos hijas. ¡No hay más varones que los que yo le di!».

En segundo lugar, y vinculado a lo anterior, la construcción de género ha priorizado que las mujeres desarrollasen actividades relacionadas con su estatus de madre y esposa, por lo que para ellas era muy complicado renunciar a la maternidad. Así, Fátima explicaba que esperaba casarse, tarde o temprano, y que su marido la mantuviese para no tener que trabajar: «a mí me gustaría quedarme en casa, cuidar del hogar y tener hijos. Si debo trabajar lo haré pero espero que no sea necesario. No es una deshonra pero preferiría no hacerlo». Rimou nos da una perspectiva histórica a este hecho al explicar que su abuelo paterno tuvo unos 36 hijos, y el materno 15, en la década de los años veinte: «él [abuelo paterno con 9 esposas] era muy rico.

para la economía familiar».

13 Por ejemplo, Shmia. Nació en Ourika. Cuando se realizó la entrevista tenía 38 años. Era de estrato social medio bajo. Estaba casada y tenía cuatro hijos. Vivía en Mohamedia desde 1977. No tenía estudios, ni trabajaba. Tenía cuatro hermanos y una hermanastra. Era beréber. Reconocía que aceptó recurrir a algún anticonceptivo por la presión del marido.

14 Nació en S'Ragna. Cuando se realizó la entrevista tenía unos 40 años (no lo sabía seguro). Era de estrato social bajo. Estaba casada por segunda vez. No tenía hijos. Vivía en Casablanca desde mediados de los años 70. No tenía estudios. Trabajaba en la limpieza doméstica y también de costurera en casa. Era árabe.

Todas tenían su casa y sus muebles. Le dieron una descendencia media de cuatro hijos». Y añadía, intentando justificarlo: «entonces había que tener muchos hijos para poder defender el pueblo». Su abuelo materno se casó con su prima: «era un matrimonio muy practicado. Era útil para mantener la herencia en la familia. Tuvieron quince niños».

A los rechazos mencionados a los anticonceptivos, se pueden añadir algunos otros esgrimidos por las mujeres: piensan que tener un hijo evita el divorcio en caso de esterilidad o desencuentro matrimonial¹⁵; consideran que un hijo frena la poliginia del marido por el gasto de manutención que supone, especialmente en la actualidad, tras la reforma de la *Mudawwana* del año 2004; saben que un hijo ayuda tanto en la economía doméstica como en el cuidado de los mayores, que en caso de mujeres analfabetas sin empleo y recursos estables es fundamental; Jadiya¹⁶ ilustraría la segunda situación al explicar cómo su proyecto de negocio y de futuro acabó por verse enturbiado a resultas de la grave salud de su madre: «los riñones no le funcionan bien, deben cambiarle la sangre cada semana y los tratamientos médicos son tan caros que nos estamos arruinando. Pero a pesar de todo ello, yo no pierdo la esperanza de conseguir reunir el dinero suficiente para poder ponerlo en marcha. Quizás podría encontrar un socio capitalista, no sé. Algo habrá que hacer porque nuestra situación económica es muy delicada y Malika, mi hermana, parece que no acaba de darse cuenta. Hay que espabilarse y asegurarse el futuro [...] Piensa que yo no tengo hijos». Creen que un hijo compensa de los abortos o los bebés fallecidos en hogares con escasas condiciones higiénicas y desatención médica (Filal, 1991: 97).

Estas cuestiones mencionadas nos señalan algunas de las sólidas dificultades que los distintos gobiernos han afrontado para implantar la anticoncepción en las últimas décadas: los rechazos no sólo se encontraban en las mujeres, sino en muchas ocasiones en las familias. Dicho esto, cabe añadir que la contracepción en Marruecos no se ha relacionado con «libertad sexual» sino que se ha presentado como el instrumento necesario para controlar la natalidad del país. Al respecto se debe valorar que «honor» y «virginidad» han sido dos argumentos extensamente utilizados en el Ma-

15 Sobre las connotaciones de la esterilidad femenina en Marruecos se puede consultar Frigolé (1998).

16 Nació y vivía en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 37 años. Era de estrato social medio. Estaba soltera. Realizó estudios primarios de segundo ciclo incompletos. Trabajaba de bordadora, tejedora y costurera. Tenía ocho hermanos. Era árabe.

greb para establecer y definir el correcto comportamiento sexual femenino (Bourdieu, 1972).

Métodos de contracepción

Los nuevos métodos anticonceptivos que se han ido implantando en Marruecos desde los años sesenta han estado coexistiendo con métodos tradicionales que empleaban las parejas para planificar su descendencia. En general, los tradicionales han sido más propios de contextos rurales que de urbanos, dado que era en esas zonas donde el sistema sanitario era más precario.

Los métodos de contracepción tradicionales¹⁷ más utilizados han sido (Shaeffer Davis, 1983; Bourqia, 1996 ; Filal, 1991 y Naamane-Guessous, 2000) los siguientes: la marcha atrás, el amamantamiento tardío¹⁸, el método ogino (con los problemas que conllevaba, ya que el 91% de las mujeres ignoraban las fechas de sus reglas), las hierbas naturales (algunas de fácil acceso eran el *Ras el Hannout*, el *Habba Saouda*, el *Gouza*, el *Hasfa*, el *Harmel*, etc.) (Naamane-Guessous, 2000: 111), las pociones mágicas (por ejemplo, en el Rif), los inciensos con diferentes productos (*henna*, azufre) tomados después de las reglas una vez al mes, los espermicidas elaborados con jabón y vinagre, que se utilizaban tras el acto sexual, el «agua mágica» (se utilizaba la de los cementerios), la levadura de panadero (se mezclaba con leche y se hacían bolas, cada una de las cuales marcaban un año de contracepción, que se ingerían en un ritual mágico), y «el guelay», que consistía en una mezcla de plantas con virtudes abortivas.

Por otro lado, los métodos anticonceptivos más impulsados desde las estructuras gubernamentales marroquíes han sido el DIU, la píldora, el preservativo y la ligadura de trompas.

Tal como señaló Filal (1991: 26-27), los métodos más empleados en Marruecos han sido la píldora y el DIU, ya que pocas parejas utilizaron el preservativo y escasísimas mujeres se practicaron la ligadura de trompas.

17 La preparación de las pociones y brebajes de estos métodos tradicionales recaía en los *fqihs*, en los herboristas (*aachhabas*) o en los vendedores de especias (*attaras*).

18 La costumbre de amamantar a los bebés durante un periodo bastante largo viene avalado por las cifras proporcionadas por Unicef: en 2003, un 66% de los niños lactantes menores de 6 meses recibían lactancia exclusiva; ese mismo año, el 21% de los niños lactantes recibían lactancia continuada entre los 20 y los 23 meses.

Los diferentes métodos mencionados acarrearón diversos problemas. Destacaremos algunos de ellos. Por un lado, la píldora era considerada peor que el DIU por muchas mujeres porque irritaba el cuello del útero y creaba desarreglos en el ciclo menstrual, llevando a embarazo en caso de olvido de una de las tomas. Además, la píldora les recordaba, diariamente, su incumplimiento de la construcción de género (para las mujeres, la maternidad): el tratamiento no les permitiría ser madres. A ello se sumaba un problema añadido: a pesar de que era una medicación que se podía prescribir en dispensario o por visita médica, muchas veces eran los propios farmacéuticos los que resolvían las dudas de las mujeres¹⁹, con lo que surgían efectos secundarios por una administración incorrecta (Filal 1991: 59). De hecho, esa escasa consulta médica se trasladaba también al periodo de embarazo: entre 1993 y 1997, sólo el 42% de las madres realizaron una visita médica prenatal ante un médico o una enfermera (Naamane-Guessous, 2000: 118). Respecto al DIU, podríamos señalar que precisaba de una «hospitalización» de la mujer y de un seguimiento médico posterior que complicaba su administración. Por su parte, el preservativo debía ser utilizado por unos hombres que muchas veces lo relacionaban con una disminución del placer en el acto sexual, hecho que frenó la extensión de su uso. Por último, la ligadura de trompas era completamente rechazada por las mujeres dado que sabían que, en cualquier momento, podrían divorciarse de su marido y que, entonces, necesitarían ser fértiles para asegurarse un matrimonio posterior.

A estas percepciones negativas de los distintos métodos se sumaron diversas creencias, lo cual explica las susceptibilidades femeninas a la hora de su administración.

Sobre la píldora, muchas mujeres pensaron que era tóxica y muy perjudicial para su salud, así como un elemento perturbador del acto sexual, al producir, supuestamente, la sequedad vaginal. Filal (1991: 147-148) señalaba que algunas mujeres pensaban que «*Il faut diminuer la dose pour diminuer les effets indésirables*».

Sobre el DIU también ha existido una notable rumorología. Habitualmente se le ha denominado *opération*, lo que ha conllevado connotaciones negativas porque el término evocaba un acto quirúrgico con anestesia, y

19 Esta medicación prescrita por los farmacéuticos no sólo sucede con la píldora. Los medicamentos se venden libremente en las farmacias y se administran cuando el síntoma es similar. La mayoría de las veces los consumidores no prestan atención a las contraindicaciones de los medicamentos.

para muchos, riesgo de muerte²⁰. Algunas mujeres consideraban que provocaría pérdidas, hemorragias, infecciones y esterilidad (Filal, 1991: 148-150). De hecho, Naamane-Guessous (2000: 116) llegó a observar que en contextos rurales se consideraba un método irreversible, que estaba fuera de control médico. Esta leyenda se extendió a contextos urbanos, donde sólo el 5% de mujeres que lo utilizaban realizaban controles regulares.

En cualquier caso, cabe resaltar que la implantación de los nuevos métodos dio mayor capacidad de maniobra a las parejas a la hora de planificar su futuro. Así, Najat explicaba lo importante que fue para ella poder tomar la píldora tras sus dos embarazos posteriores a la boda: «Tras alumbrar al segundo, quedé harta. No había podido descansar entre parto y parto y decidí, con mi marido, empezar a tomar la pastilla».

El alumbramiento: ¿en casa o en el hospital?

Como se mencionó al inicio de este artículo, el sistema sanitario marroquí precisa una mayor inversión que garantice más personal y más centros hospitalarios. Estas carencias se manifiestan a todos los niveles. Así, por ejemplo, la atención a las mujeres en edad reproductiva es actualmente muy similar a la que señaló Filal (1991: 104) ya en los años noventa: siguen faltando médicos, mayor atención a los pacientes y la creación de Centros de Planificación Familiar.

Estos hechos se avalan con algunas de las cifras que nos proporcionó Naamane-Guessous (2000: 119): sólo el 40% de los partos atendidos en Marruecos se realizó, entre 1995 y 2003, por personal cualificado²¹. Si desglosáramos los datos entre sociedad rural y sociedad urbana, observaríamos además que la carencia de un control médico ha sido mucho más acusado en contextos rurales (Naamane-Guessous, 2000: 119-120). Así, Rimou, que tuvo nueve hijos —de los que murieron tres (uno de un aborto y dos con un año de edad)— y que alumbró en su casa en contexto rural, explicaba: «los médicos no llegaron a tiempo. Por aquel entonces vivíamos alejados de

20 La imagen negativa de los servicios públicos juega en contra para que las mujeres tomen la píldora o el DIU, ya que los asocian a intervención quirúrgica.

21 Por ejemplo, la madre de Fatiha no había tenido ninguna formación aunque ejercía de enfermera: «ella siempre decía que era mejor quedarse aquí porque así podríamos estudiar. Sabe... ella no lo pudo hacer. Aunque aquí se ganaba la vida sin problemas, trabajando de enfermera [...] Le habían enseñado a pinchar y a hacer curas».

ciudades con centros hospitalarios [...] Además, la mayoría de los médicos son unos incapaces. Uno de mis hijos se quedó cojo a los cuatro años porque lo atendió un médico que erró el diagnóstico. ¡Ni siquiera lo reconoció! Al cabo de un par de horas de ponerle una inyección, vi que su piernecita no se movía, que le quedaba colgando [...] ¡Se lo dije y, el muy imbécil, me respondió que ya debía estar así!» Rashida tampoco tomaba anticonceptivos, vivió una parte de su vida en sociedad rural y tenía la costumbre de dar a luz en su casa: «[tras el primero] los demás llegaron intermitentemente. No tomaba anticonceptivos, así que no había más remedio». Su marido no sólo no era partidario de la anticoncepción, sino que tampoco le gustaban los hospitales, por lo que ella siempre dio a luz en su hogar con la ayuda de una mujer. Por lo menos, en ese punto estaban de acuerdo: «seis de mis siete hijos nacieron en casa. Siempre había alguna mujer que estaba dispuesta a sacarse un dinero a cambio de atenderme. Pero no eran comadronas, esas tienen estudios. Las que venían sabían qué hacer y ya está. Yo las avisaba cuando empezaban los dolores. Lo prefería porque así estaba más recogida, mis hijos quedaban a mi lado. Sólo la última la parí en el hospital y fue porque estaba fatal, ¡por poco me muelo!».

Respecto a los hospitales, muchas mujeres han venido señalado su insatisfacción con los servicios que proporcionan, básicamente porque debían sufragar todos los gastos de hospitalización y pagar cualquier servicio que se solicitase (Filal, 1991: 105). Además, dar a luz en ellos tampoco garantizaba el éxito del alumbramiento. Por ejemplo, Najah²², embarazada poco después de casarse, perdió a su hijo durante el parto: los médicos intentaron salvarlo por cesárea, pero esperaron demasiado y nació muerto. Aisha²³, por su parte, explicaba por qué se habían quedado a su cargo unos gemelos: «Hace unos años, mi madre fue a ver una amiga parturienta al hospital. Se quedó a hacerle compañía y como estaba sola y no se sentía muy bien, le pidió que se llevara esa noche a sus gemelos, ya que ella estaba a punto de dar a luz y no los podría cuidar. Al día siguiente, mi madre volvió con ellos al hospital, pero su amiga había muerto durante el parto. El bebé sufrió la misma suerte».

22 Nació en Taza. Cuando se realizó la entrevista tenía 35 años. Su estrato social era medio alto, se había divorciado por segunda vez, y no tenía hijos. Vivía en ¿dónde? desde los años setenta. Tenía estudios primarios de primer ciclo, y había estudiado árabe en una escuela coránica y después peluquería. No trabajaba. Tenía ocho hermanos. Era árabe.

23 Nació en Rabat. Cuando se realizó la entrevista tenía 31 años. Era de estrato social medio bajo. Estaba soltera. Vivía en Casablanca desde los años ocheta. Sólo poseía un curso de estudios primarios (lo dejó a los 8 años). No trabajaba. Tenía seis hermanos. Era árabe.

De todas maneras, debe decirse que, a pesar del rechazo femenino a dar a luz en el hospital, parte de las mujeres ven beneficios en ello. Por ejemplo, Latifa se dio cuenta de los problemas que le supuso alumbrar a su hijo en su hogar al tramitar su divorcio: «la situación es muy complicada porque yo di a luz en casa de mis padres y no en el hospital. Como mi marido no vino, mi hijo aún no está inscrito, no consta en ningún censo. Es la forma en que mi esposo se está vengando de mí. Lo que yo quiero hacer ahora es volver al juzgado de mi barrio a solicitar el divorcio por impago de la *nafaqa*. Antes de hablar con el juez, tenía miedo de que no me lo concediesen porque mi hijo aún no aparece como hijo de mi esposo. Pero cuando le consulté me dijo que me calmase, que no pasaría nada porque había nacido viviendo con él, porque había testigos. Además, el juez me aseguró que cuando le llamase a declarar mi esposo no se atrevería a mentir y que reconocería a nuestro hijo. Fue muy amable. Me fíe de él».

Otro factor de desconfianza es el número de errores médicos que se conocen por vía familiar, lo que hace que muchas mujeres prefieran alumbrar en casa²⁴. No obstante, y a pesar de ello, la tasa de mortalidad infantil ha ido descendiendo las últimas décadas. La Unicef señalaba que la tasa de mortalidad de menores de 5 años era de 211‰ en 1960, de 85‰ en 1990 y de 39‰ en 2003. Lo mismo ha sucedido con la tasa de mortalidad de los menores de un año: en 1960 era de 132‰, mientras que en 2003 descendió al 36‰. Así, según el Gobierno marroquí, en 2003 la cuota de mortalidad infantil era de 36,60‰; la cuota de mortalidad neonatal de 19,70‰; y la cuota de mortalidad posnatal de 16,90‰. Y es que debe señalarse la enorme mortalidad infantil que había hasta hace poco tiempo en Marruecos²⁵. Por ejemplo, Zohra fue la única hija que sobrevivió a los doce partos que pasó su madre: «tuvo doce hijos pero todos, menos yo, le nacieron muertos. Yo fui la única que salió adelante. Había consultado a un médico de Marrakech, pero no le sirvió de nada». En cualquier caso, cabe añadir que muchas mujeres se sienten más

24 Najah había dejado la escuela a los once años por problemas físicos. Se había puesto enferma unos meses antes de acabar el curso y un médico le había inyectado un antibiótico en el pie para curarla. Ella aún no comprende lo que ocurrió, pero lo cierto es que la dejó lisiada de por vida: «me había dejado coja». Pasó tres años en la cama de un hospital sin moverse.

25 Latifa (nació y vivía en Casablanca. Cuando se realizó la entrevista tenía 23 años. Era de estrato social bajo. Estaba casada, con un hijo. Estudió la primaria de segundo ciclo pero quedó inacabada. No trabajaba. Tenía seis hermanos y cuatro hermanastros. Era árabe) explicaba que su madre perdió a uno de sus hijos a los quince días de que naciese. También Rimou contaba cómo la tercera esposa de su padre le dio dos hijos, uno de los cuales murió a los pocos meses de nacer.

protegidas al dar a luz en su hogar según el sistema tradicional, como Sajra²⁶, que explicaba los avatares de la migración a Casablanca con su marido: «los echaba a todos de menos, lloré mucho. Pero no hubo más remedio. Me quedé embarazada con trece años y di a luz con catorce, pero mi primogénito murió en el parto. Estaba sola, sin apoyos, no había nadie para cuidarme. Después de aquello mi padre me regaló una esclava para que cuidase de mí y que estuvo siempre a mi lado hasta que se quiso casar y la dejó marchar a Agadir. Con el nacimiento de mis otros hijos me rehice de los disgustos, pero aprendiendo la lección: después del primero, siempre insistí en dar a luz en Rissani».

Conclusiones

Mi objetivo ha sido poner de manifiesto los rechazos que la práctica de los anticonceptivos ha venido evidenciándose en la vida cotidiana de las mujeres. Como se ha observado, han sido numerosos los argumentos empleados para favorecer la implantación de la planificación familiar en el país. Así, tener hijos se ha presentado para algunos como un gasto económico para la economía familiar en contextos urbanos (que no en los rurales), lo que dificultaba la conquista de un «futuro mejor» en educación y posibilidades, etc., al tiempo que se proponía que su expansión implicaba un cambio en el modelo de familia y también en el estatus de las mujeres.

También hemos revisado algunos de los argumentos empleados para oponerse a dicha planificación familiar, tales como la construcción de género, la autosubsistencia del grupo familiar, los riesgos de una contracepción moderna o las razones de tipo ético y religioso²⁷.

Ahora bien, a pesar de los argumentos empleados a favor o en contra de concebir muchos hijos durante el matrimonio, la realidad es que la tasa global de fecundidad no ha hecho más que descender en los últimos cuarenta años. Curiosamente, los argumentos contrarios a la planificación familiar prosperan más en situación migratoria, ya que los marroquíes están tenien-

26 Nació en Rissani. Cuando se realizó la entrevista tenía más de 65 años (no estaba segura de cuántos). Era de estrato social medio. Era viuda y tenía cuatro hijos. Vivía en Casablanca desde los años 50. No tenía estudios, ni trabajaba. Tenía cuatro hermanos. Era árabe.

27 No se han desarrollado estos argumentos en el texto porque ninguna de mis entrevistadas en Marruecos adujo, para mi sorpresa, argumentos religiosos para su rechazo. Esta situación fue distinta a la obtenida en mi trabajo de campo en Egipto entre 1990 y 1991.

do más hijos fuera de su sociedad de origen: las cifras ofrecidas por León (2004: 9) en el Índice Sintético de Fecundidad de los principales colectivos de extranjeros en España muestran que Marruecos ocupa el primer lugar, con un 4'2 %, a pesar de que en su sociedad de origen el índice se ha reducido a un 3'1 %. Estos datos obtenidos en nuestro país abren distintas vías de interpretación. En principio, habría que descartar argumentaciones que señalen que este colectivo desconoce los nuevos métodos anticonceptivos dado que, como hemos observado, su implantación en la sociedad de origen está generalizada desde hace décadas. Por ello, la realidad sociocultural marroquí que hemos revisado nos conduce a concluir que el elevado número de hijos que están teniendo en España respecto a Marruecos se asienta en los valores positivos enunciados en este artículo, parte de los cuales son considerados intrínsecos a la reproducción del grupo tanto por las esposas como por sus maridos, o por las familias en general.

Bibliografía

- AIXELÀ CABRÉ, Y. (2000) *Mujeres en Marruecos. Un análisis desde el parentesco y el género*. Bellaterra: Barcelona.
- BELARBI, A. (1991) *Enfance au Quotidien*. Casablanca: Le Fennec.
- BOURDIEU, P. (1968) «El sentimiento del honor en la sociedad de cabilia», en *El concepto del honor en la sociedad mediterránea*. Barcelona: Labor, págs. 175-224.
- BOURDIEU, Pierre (1972) *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Geneva: Librairie Droz.
- BOURQIA, R. (1996) *Femmes et fécondité*. Casablanca: Afrique et Orient.
- DERNOUNY, M. (1987) «Croyances et représentations de la naissance en milieu marocain d'hier et d'aujourd'hui», en *Enfances Maghrebines* (Dernouny y Chaouite, dirs.) Casablanca: Afrique Orient, págs. 9-40.
- FILAL, S. (1991) *L'incontrolable désir*. Casablanca: EDDIF.
- FRIGOLÉ, J. (1998) «Incomprensión etnográfica y racionalizaciones». *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, nº 12, págs. 61-76.
- JANICOT, M.-J. (1988) *Avoir un enfant en Egypte. Enquete sur les rites et comportements*. El Cairo: CEDEJ
- LEÓN, B. (2004) «La fecundidad de las mujeres extranjeras en España», en *Inmigración y Territorio*. IV Congreso sobre la Inmigración en España,

- págs. 1-13: http://www.udg.es/congres_immigracio/meses/TAULA09/ponencies/M9P-Leon.pdf
- NAAMANE-GUESSOUS, S. (1992) *Au-delà de tout pudeur. La sexualité féminine au Maroc*. Casablanca: EDDIF.
- NAAMANE-GUESSOUS, S. (2000) *Printemps et automne sexuels. Puberté, ménopause, andropause au Maroc*. Casablanca: EDDIF.
- ROYAUME DU MAROC, Ministère de la Santé, 2003, Indicateurs de Santé. Disponible en la web del gobierno marroquí en la dirección electrónica: <http://www.sante.gov.ma/indicateurdesante/INDICATEURS-DESANTE.pdf>
- SCHAEFER DAVIS, S. (1983) *Patience and Power. Women's Lives in a Moroccan Village*. Rochester: Schenkman Books, Inc.
- UNICEF «El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia», 2004. Información estadística actualizada sobre Marruecos disponible en la página web: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/morocco_statistics.html

«¿Has visto mi nuevo juego de cacerolas?»

Berta Mendiguren

Universidad Autónoma de Barcelona

El presente artículo se enmarca dentro de una investigación¹ cuyo corpus central se ha desarrollado entre enero de 2002 y junio de 2004 en el seno del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INRSP) de Mali. Uno de sus objetivos principales fue el de analizar los efectos de la inmigración maliense de etnia soninké² instalada en Francia sobre el sistema sociosanitario de su país, así como el impacto de dicha migración sobre su sistema sociocultural.

Desde 1996³ trabajamos en Francia con esta población y en dos ocasiones (1999 y 2001) tuvimos la oportunidad de residir en sus poblados de origen situados en la región de Kayes⁴. En ambas estancias, una de las principales problemáticas evocadas por la población fue la baja frecuentación

1 Sobre la cual realizamos la tesis doctoral que, titulada *Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Dramané (Malí)*, defendimos *cum laude* en enero de 2006 en la URV de Tarragona.

2 Los soninké, etnia que ocupa el valle del río Senegal, tienen reputación de grandes viajeros desde el imperio de Wagadu (fundado hacia el año 300 d.C.) Su éxodo hacia la que fuera su metrópoli comienza en los años veinte del pasado siglo. Tras casi un siglo de migraciones hacia Francia podemos afirmar que la migración se ha convertido en un fenómeno estructural que ha afectado a los pilares fundamentales de su sociedad.

3 De 1992 a 1996 nos dedicamos en España a la acogida de subsaharianos en tanto trabajadoras sociales.

4 Situada al oeste de Mali, es el principal foco emisor de emigrantes subsaharianos hacia Francia.

de los centros de salud comunitarios (CSCOM) así como el escaso uso de los medicamentos genéricos. Problemática confirmada por las autoridades y agentes sanitarios del país⁵, quienes nos hicieron saber que el sistema sanitario maliense se enfrentaba en dicha región a un acusado problema de salto de nivel en la pirámide sanitaria. Este fenómeno era protagonizado por la categoría poblacional de las mujeres soninké en edad de procrear (15-45 años), de cualquier origen social, cuyos maridos se encontraban en Francia. A su vez, dicha población estaba sobrerrepresentada en las urgencias de los hospitales de la capital y/o en las clínicas privadas, por afecciones que podían ser tratadas en los centros de salud comunitarios (primer nivel de la pirámide sanitaria⁶), en los centros de referencia provincial (segundo nivel) o en los Hospitales Regionales (tercer nivel).

Dicho salto en la pirámide sanitaria no tendría mayor importancia —e incluso podría justificarse desde un principio de libre elección— si no fuera porque estaría creando graves problemas. Por un lado, el desbordamiento en las estructuras del tercer nivel en un país donde el personal sanitario es escaso; por otro, estaría poniendo en riesgo la existencia misma de las estructuras de primer y segundo nivel, ya que éstas se financian a través del denominado Sistema de Recubrimiento de Costes (SRC), que consiste en el pago del coste total de los actos médicos y medicamentos por parte de los usuarios. Si no hay consultas ni venta de genéricos, no hay ingresos, con lo cual el centro puede entrar bancarota. Y ello en un país que está considerado como el cuarto más pobre del planeta, según el Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2003, pág. 244)⁷.

Interpelados por dicha problemática, y contando con el apoyo comunitario y ministerial, decidimos investigarla a través del caso del poblado soninké en el cual habíamos residido en nuestras dos estancias previas en Mali: Dramané⁸ y su área sanitaria. La pertinencia de su elección venía igualmente dada por el hecho de que su CSCOM, abierto oficialmente el 24/12/1994, era

5 Tuvimos la ocasión de reunirnos en numerosas ocasiones con autoridades y agentes del Ministerio de Salud (tanto locales como regionales y nacionales) así como con la comunidad científica y universitaria.

6 Estos garantizan la atención primaria a una población de alrededor de 10.000 habitantes en un área de diez kilómetros. Se construyen en su mayoría por las propias comunidades.

7 En 2007 habría pasado a ser el quinto más pobre (PNUD, 2007, pág. 234).

8 Dramané forma parte del municipio rural de Kemene-Tambo, y se encuentra a 70 km de la capital regional (Kayes) y a 570 de Bamako. Según el último censo general efectuado en abril de 1998 (MEF-DNSI, 2001, pág. 5), cuenta con 3.766 habitantes, en su mayoría soninké. Su área de salud abarca 6.690 habitantes.

financiado por los inmigrantes y había sido el primer centro rural piloto de la actual política sanitaria⁹ (región de Kayes, 1994). Su área de salud abarca otros tres poblados (Makhadougou, Makhalaré y Toubaboukané) y dos barrios de cultivo (Kolingoté y Guemou) que constituyen conjuntamente la capital del histórico reino de Gadiaga (Bathily, 1989). Así mismo, cumplía los requisitos de accesibilidad geográfica¹⁰ y financiera. Como todo CSCOM (*Arreté interministerial* 94-5092), era dirigido por una asociación comunitaria (ASACO), se financiaba gracias al SRC y sólo estaba permitida la venta de genéricos.

Para la comprensión de dicho fenómeno se optó por realizar una investigación «emigrante» entre los escenarios¹¹ del itinerario terapéutico de los enfermos del área sanitaria de Dramané: Dramané, Gakourá¹², Kayes, Bamako y París.

Presentaremos a continuación en qué medida nuestra «migración» vino a confirmar el perfil poblacional y epidemiológico evocado así como el fenómeno de salto de nivel. Indagaremos las razones de las mujeres soninké en la elección de sus itinerarios terapéuticos, así como los actores implicados. Nos acercaremos a los mecanismos de solidaridad tradicional que la comunidad soninké actualiza en la capital con el fin de hacerse cargo de los enfermos desplazados. Así, descubriremos que, detrás de las razones médicas, el salto de nivel obedece a una lógica sociocultural que permite a esta comunidad, y en especial a sus mujeres, manejar los cambios derivados del fenómeno migratorio.

9 En 1994 comienza el periodo test de la actual política sanitaria, y se prolongó hasta 1998, cuando se puso en marcha el Programa Decenal de Desarrollo Social y Sanitario (PRODESS), que se extiende hasta 2008.

10 A fecha de 31/12/02 (SIS, 2002), el 95.48% de los habitantes del área sanitaria se encontraba a menos de 5 km. La distancia máxima era de 15 km. Dramané está situado a 70 km de la capital regional, Kayes, donde se encuentra el Centro de Salud de Referencia, el Hospital Regional y múltiples clínicas privadas.

11 Durante 2 años y medio convivimos con los soninké, acompañando nuestra observación participante con otras técnicas como entrevistas (a 233 actores sociales) y el análisis de múltiples fuentes documentales.

12 Poblado soninké situado a 16 km de Dramané, en la orilla opuesta del río Senegal, y que cuenta con una reputada clínica privada financiada por los inmigrantes y una ONG franco-maliense.

Un perfil poblacional corroborado

Partimos de la hipótesis de que el fenómeno de salto de nivel era —y es¹³— protagonizado por las mujeres soninké en edad de procrear, de cualquier origen social, cuyos maridos han migrado a Francia. Pues bien, nuestra investigación ha venido a corroborar dicho perfil tanto cualitativa como cuantitativamente.

La totalidad de los anfitriones del área sanitaria de Dramané instalados en Bamako confirmaron la presencia de enfermos de cualquier origen social en sus concesiones, y en especial de mujeres. Veamos el caso de M. Tirera, primer propietario de Dramané instalado en la capital: «Ni contar puedo. Pero en la estación seca hay alrededor de 250 enfermos en casa, sobre todo mujeres jóvenes».

Estas mujeres procederían no sólo de los poblados del área sanitaria en estudio, sino también de toda la zona del Gadiaga, independientemente de su origen social: «incluso de Senegal y de Lany vienen a alojarse en mi casa desde los años 70 ya que en esa época yo era el único de la zona instalado en Bamako [...] No olvides que los Dramé y los Bathily estamos juntos desde siglos, desde la llegada de los Dramé a Dramané en el siglo XIII. En Bamako seguimos juntos» (M. Tirera, noble, anfitrión).

Según el testimonio de los agentes sanitarios y de los informantes clave, dicha tradición hospitalaria sería propia de toda la etnia soninké: «En nuestro servicio de ORL son sobre todo mujeres jóvenes soninké cuyo marido está en Francia las que vienen. A partir de los 40 ya no les gusta viajar» (Yalcouyé, ORL, HGT¹⁴). Los emigrantes del área sanitaria instalados en París declaran igualmente que «los soninké somos así. Aunque veas hombres, niños, son sobre todo las mujeres quienes van a curarse a la capital. Sí, somos así, sobre todo si el marido está aquí en Francia la mujer va a hacer todo para ir a Bamako» (A. Tirera, noble, Horongalou).

El perfil de los enfermos encuestados confirma el discurso de dichos actores. De los 34 enfermos entrevistados, 26 eran mujeres (76,47%) y 8 hombres (23,53%). 18 de las enfermas (52,94%) estaban en edad de procrear (15 a 45 años de edad).

En lo que se refiere a su origen social, 7 de los hombres eran nobles (87,5%) y 1 de casta (12,5%). Entre las mujeres, 21 son nobles (80,77%). 4

13 A fecha de enero de 2008 continuamos en relación directa y constante con dicha comunidad, afirmándonos sus miembros que la problemática, aunque en menor medida, persiste.

14 HGT: Hospital público Gabriel Touré.

de ellas son mujeres provenientes de castas (15,38%) y 1 de origen esclavo (3,84%).

La totalidad de los enfermos tiene parientes en Francia (marido, hijo, padre, hermano o hermana) que han financiado su éxodo. De las 24 mujeres casadas (o que lo han estado), 19 tienen su marido en Francia (79,17%), 4 son viudas (16,67%) y sólo 1 tiene su esposo viviendo en Dramané (4,16%).

Pero ¿de qué sufren para verse obligados a desplazarse hasta Bamako?

Un perfil epidemiológico controvertido

Los enfermos entrevistados, hombres y mujeres, afirman haber venido hasta la capital por enfermedades que no han podido ser tratadas ni en Dramané ni en la capital regional: «ni en el poblado ni en Kayes han podido curarme el *palu* (dismo). Es terrible lo desatendidos que estamos» (M.S. Bathily, noble, Makhadougou). Las mujeres aseguran que sus síntomas duran desde hace incluso años: «Hace unos diez años se me metió un guisante en el ojo mientras cultivaba y desde entonces me duele. Con lo que me dieron en Dramané no me curé y aquí estoy» (G. Dramé, noble, Horongalou). Perfil confirmado por los anfitriones, quienes señalan como principales dolencias el paludismo, la diarrea y la tos, añadiendo que muchas de las enfermas vienen por «ya sabes, cosas de mujeres [...] que si les duele la tripa, que si no consiguen tener hijos [...] me comprendes, ¿no?» (M. Greu, casta, Walisoxodé).

Los agentes sanitarios e informantes clave entrevistados confirman dicho perfil pero desmienten su supuesta gravedad y el que sean enfermedades no tratables en el primer y segundo nivel de la pirámide sanitaria: «los soninké vienen por casos no graves, al contrario del resto de los enfermos, que son pobres y vienen por enfermedades graves y en estado final. Son las mismas dolencias que constituyen el perfil que puede ser tratado en el centro de salud del poblado. Digamos que un 40% de los enfermos soninké son verdaderos enfermos» (Diarrá, ORL, HGT).

Y ello independientemente del servicio y de la estructura: «la gente viene por casos de gravedad, salvo los soninké» (Dr. Dramé, Medicina Interna, HPG¹⁵). En las urgencias de la capital reciben incluso enfermas «imaginarias»: «encontramos comas imaginarios, las mujeres soninké padecen inclu-

15 HPG: Hospital público universitario Point G.

so de falsas enfermedades. Son capaces de todo con tal de venir a la capital» (Dr. Nouhoum, Urgencias, HGT). En el sector privado el perfil es idéntico, y predominan las enfermedades de tipo ginecológico: «los soninké vienen por casos de *palu* o de tos. Algunos hombres por la tensión y úlceras. Pero sobre todo es nuestro servicio de ginecología el que está abarrotado de mujeres soninké. Las mujeres de otras etnias no vienen, salvo las funcionarias [...] los soninké son como los intelectuales, no dejan que una enfermedad se desarrolle. Rápidamente vienen a Bamako» (Dr. Sylla, Ginecología, Clínica Kabala).

Por su parte, nuestra muestra vino a ratificar el discurso de los agentes sanitarios, poniendo en duda el de anfitriones y enfermos. Todos los adultos de sexo masculino —junto a los niños y las mujeres de más de cuarenta y cinco años— sufrían de enfermedades difícilmente tratables en el CSCOM o en Kayes (cáncer, lepra, dolencia ocular grave). Las mujeres en edad fértil, de enfermedades tratables en el primer nivel (migrañas, paludismo, embarazo, etc.) 11 de las 26 mujeres enfermas (42,31%) se quejaban de la citada «enfermedad de mujeres». Según todos los agentes sanitarios ésta se corresponde «con trastornos menstruales, dificultad para tener hijos, posesión por un *djin*¹⁶ y/o enfermedades imaginarias» (Goumané, Reanimación, HGT).

Una estacionalidad y duración del éxodo cuestionadas

Otro aspecto resaltado por todos los entrevistados es el hecho de que la presencia de enfermas soninké en Bamako es mayor durante la estación seca, coincidiendo con el periodo de inactividad agrícola y en el que los cereales, base de su alimentación cotidiana, son más caros: «las verás venir durante la estación seca, pues hay menos trabajo agrícola. Y siempre están cansadas. En cambio, los hombres cuando vienen es porque realmente necesitan de nuestros cuidados y no pueden elegir entre venir en la estación seca o la lluviosa» (Dr. Yalcouyé, ORL, HGT).

La menor frecuentación del CSCOM de Dramané que se desprende de sus registros (Tabla I) apunta hacia un mayor salto de nivel durante la estación seca:

¹⁶ Los *djins* son espíritus del agua capaces de provocar enfermedades (Gibbal 1982: 113).

Tabla I. Distribución de las consultas curativas realizadas en el CSCOM de Dramané (1999-2002)

Año	1999	2000	2001	2002
1er. Trimestre	375	527	772	579
2.º trimestre	348	506	638	405
3er. Trimestre	584	554	601	412
4.º trimestre	850	736	672	/
Total	2.157	2.323	2.683	1.396

Resulta remarcable la larga estancia de las enfermas en Bamako. La duración media es de al menos un mes en un tercio de los casos (37,5%). Otro tercio se queda más de un año (30,7%). Éste sería según ellas el tiempo necesario para curarse, llegando algunas a calcular cuanto tiempo durará su enfermedad. Una de ellas –que sufría de la citada «enfermedad de mujeres»– estimaba: «necesito un año para curarme y reposar adecuadamente» (N. Dramé, noble, Horongalou).

Pero, ¿responde dicha duración y estacionalidad a razones médicas? ¿Hasta qué punto las afecciones señaladas precisan ser tratadas en estructuras de tercer nivel y/o clínicas privadas? ¿Dónde consultaron antes de llegar a la capital?

Itinerario terapéutico previo a Bamako

La casi totalidad de pacientes encuestados ha recurrido previamente al CSCOM. Tras ello, han ido a Bamako o a Gakourá en vez de a las estructuras de segundo y tercer nivel de Kayes. Sólo 3 enfermos han sido referidos por el médico del CSCOM (un niño, un hombre adulto y una anciana). En esos casos no se respetó la política sanitaria, ya que el médico los envió a Gakourá, y no al CSREF de Kayes. Un sólo enfermo ha optado por la medicina tradicional.

El salto de nivel se da en raras ocasiones por iniciativa médica. Según la gente del poblado, en algunas familias la decisión ha sido tomada por el jefe de la casa, el *kagumé*, pero en la mayor parte fue el pariente migrado, lo que acabó derivando a menudo en un conflicto de autoridad: «todo depende de quién detente la autoridad y de la confianza existente entre el *kagumé* y el

inmigrante. Tradicionalmente debería ser el *kagumé* quien decide pero ahora es el que envía el dinero» (M. Yatabaré, noble, Horongalou).

El inmigrante, que se siente responsable de su familia y culpable de la separación, confía en la «necesidad» de la demanda de salto de nivel y acepta: «cuando estás en el exterior no puedes saber si el médico del poblado es bueno o no. Consultas con el *kagumé*. Y aunque no sea verdad que tu mujer necesite ir a Bamako, como no quieres tener historias con ella...» (A. Tirera, noble, Horongalou). Discurso confirmado por sus anfitriones y por los agentes sanitarios entrevistados: «si un inmigrante se niega a llevar a su mujer a Bamako, la presión social puede acabar con él, se le acusará de no ocuparse de ella» (Dr. Diallo, Medicina Interna, HPG).

Durante nuestra observación en París pudimos comprobar cómo en numerosas ocasiones los inmigrantes se ven obligados a aceptar el salto de nivel, pues negarse puede causarles un conflicto comunitario con sanciones tales como no poder participar en los rituales (bautizos, bodas) e incluso la expulsión de la comunidad, es decir, su muerte social. Y esta enfermedad sí que les preocupa.

Itinerario terapéutico una vez en la capital

Una vez en Bamako, la mayoría de los enfermos entrevistados se ha dirigido al sector privado, especialmente las mujeres. Únicamente los niños, los hombres adultos y las ancianas optaron por el sector público, en este caso por las estructuras de tercer nivel que precisaban sus dolencias. El recurso a un terapeuta tradicional aparece como última elección y tras el fracaso de la biomedicina: «he sido tratada dos veces en la Clínica de Djikoroni y no me he curado, es por ello que he ido al traditerapeuta, ya sabes, el que hay en la carretera de Koulikoro. He pagado 50.000 fcfa¹⁷ una sola vez y ya está» (W. Dramé, esclava, Walisokhodé).

La decisión de elegir uno u otro recurso terapéutico de la capital es tomada por el propietario de la casa donde se alojan, su anfitrión, aunque en algunos casos afirman seguir las instrucciones dadas por el pariente inmigrante. Cada propietario tendría «su clínica preferida», a la que siempre dirige a los enfermos que acoge. Algunas cuentan con gran prestigio entre los soninké respecto a determinadas enfermedades: «la policlínica Helal de

¹⁷ 1 euro equivale a 656 fcfa.

los iraníes es muy competente en las enfermedades de los pies» (J. Kanouté, noble, Horongalou).

Los agentes sanitarios consideran que el propietario se ve influido por la cercanía de la estructura a su residencia. El hecho de hablar soninké juega igualmente un papel: «En mi clínica hablamos soninké y ello facilita la relación con las enfermas, que a menudo vienen acompañadas de su casero y tienen vergüenza de hablar delante de ellos, ya que son hombres» (Dr. Dramé, Ginecología, Clínica La Paix).

Tanto los enfermos como los propietarios consideran estar satisfechos con los cuidados recibidos en Bamako. Ahora bien, ¿dicha satisfacción justifica el salto de nivel? ¿Compensa el gasto añadido que supone desplazarse a 570 km?

Efectos secundarios del éxodo hasta la capital

Otro aspecto a considerar es el gasto añadido (transporte, alojamiento, manutención, gastos médicos más onerosos) que supone dicho éxodo terapéutico. En primer lugar, los enfermos precisan en Bamako de un lugar de residencia, salvo que estén hospitalizados. Son acogidos por un anfitrión (*djiatigi*), que les aloja durante toda su —a menudo— larga estancia. Se trataría de una ancestral y conocida costumbre soninké: «el nombre “*marká*”¹⁸ significa en bámbara «el que acoge». Todo el mundo va donde los *marká*. Allah nos ha dado esa misión. Allá donde vayas el primero en haber llegado es un *marká*. Los que llegan después se quedan con nosotros, incluso en Francia» (M. Tirera, noble, Horongalou).

Los anfitriones de Dramané juegan este rol para todo el reino de Gadia-ga independientemente de sus orígenes sociales. Todos los actores sociales, incluidos los sanitarios, confirman la obligación de residir donde el primer anfitrión, salvo que éste autorice a residir en casa de otro pariente: «Has de respetar al que ha sido tu primer anfitrión. Si quieres ir donde otro pariente tienes que pedirle permiso a tu primer anfitrión» (Diarrá, ORL, HGT). Las mujeres casadas se quedarían en la casa del «primer anfitrión» de su marido.

El primer anfitrión de Dramané en Bamako ha sido Mamadala Tirera, instalado en la capital desde el 28 de noviembre de 1949: «es a través mío que

18 Nombre con el que la etnia malinké denomina a los soninké (Fainzang y Journet 1988: 16).

pasan todos los asuntos del poblado. Todos los enfermos o aquellos que esperan la ruta para emigrar se quedan en mi casa». Ello es reconocido por los restantes anfitriones. M. Tirera explica este fenómeno del modo siguiente: «es Allah quien hace que la gente me siga de este modo». Sirve igualmente de intermediario entre los inmigrantes y el poblado.

Pero veamos el porqué de acoger a los enfermos. A la citada obligación religiosa, tanto estos como los propietarios añaden el hecho de ser parientes: «Somos familia, no pensamos en el dinero, es una obligación» (J. Kanouté, esclava, Horongalou). Se trata de un comportamiento aprendido desde la infancia; la obligación va de hecho más allá del parentesco, extendiéndose a todo el poblado: «incluso si no eres de la misma familia, basta que seas del mismo poblado para que te veas obligado a acoger» (M. Greu, esclavo, Walisokhodé). Negarse a ello no es concebible ni aceptable, y acarrea juicios negativos de toda la comunidad: «como te niegues, una maldición caerá sobre ti y los Dramé de Dramané son fuertes en el marabutaje».

Ahora bien, ¿son las condiciones de acogida las adecuadas para unos invitados «supuestamente» enfermos? Todos los entrevistados consideran que las condiciones de vida en Bamako son mejores que en el poblado, e incluso algunas enfermas lo citan como razón del salto de nivel. Sin embargo, el trabajo de campo nos mostró que los enfermos viven en realidad hacinados y expuestos a enfermedades, tal y como se reconoce en el propio poblado: «todas van donde Mamadala pero viven hacinadas y caen enfermas. Que si una tiene tos, que si... Incluso pillan la enfermedad esa (sida), ya sabes...» (M. Greu, esclavo, Walisokhodé). De las nueve concesiones investigadas, ninguna poseía habitaciones especiales para enfermos: «Llegas y te meten donde haya un hueco» (K. Dramé, noble, Walisokhodé). Estos comparten su habitación con otros parientes (94,12%): 25 dormían con al menos 3 personas (73,53%), uno dormía con otras diez.

Las condiciones de habitabilidad tampoco son las mejores: dos han sido construidas en barro (22,22%), tres no cuentan con agua potable (33,33%), seis de las nueve poseen únicamente letrinas comunes (66,66%). Tomemos el caso de M. Tirera, primer y principal anfitrión, que vive en una concesión de barro, sin agua corriente ni electricidad. En sus 15 habitaciones conviven las 30 personas que componen su familia, una media de 20 jóvenes que esperan su partida hacia Francia como inmigrantes y, en algunos momentos, hasta 250 enfermos.

Respecto a las comidas, el plato se comparte con los no enfermos salvo si la persona no puede desplazarse. No se facilita ningún tipo de régimen.

Así mismo, la presencia de enfermos en la capital supone gastos añadidos de transporte, manutención y gastos médicos. Los discursos en torno a quién asume dichos gastos varían. Enfermos y emigrantes aseguran que son éstos últimos quienes les hacen frente: el marido para las mujeres casadas, el hijo o hermano para las viudas, el padre para los menores. La cantidad enviada oscilaría entre 12.500 CFA y 50.000 CFA por mes. Según N. Greu: «Mi marido envía 50.000 fcfa para que prepare el desayuno para mí, mi hijo, su hermano y uno de sus sobrinos. El resto de las comidas corren a cargo del propietario y no pago alquiler». Existiría todo un sistema de envío de dinero a través de comerciantes soninké del Gran Mercado de Bamako, que evitarían así las agencias tipo Western Union.

Sin embargo, los anfitriones desmienten dicho discurso, afirmando que son ellos mismos quienes avanzan el coste del tratamiento, y sólo en ocasiones el pariente inmigrante envía el dinero, lo cual les crea dificultades económicas: «ayer acompañé a mi sobrina al hospital, fui con 100.000 fcfa y volví con 5.600. Ya no me queda nada para alimentar a mi familia» (B. Sackho, esclavo, Walisokhodé). El propietario se ve igualmente obligado a acompañar al enfermo a la estructura sanitaria, lo que provoca problemas de absentismo laboral: «al menos la primera vez les acompañas. Y a menudo llegar tarde al trabajo» (A. Dramé, noble, Horongalou).

La norma social no obliga al enfermo a contribuir, y de hecho los enfermos procedentes de Dramané tendrían fama de pagar raramente: «Los de Dramané no contribuyen. Desde que marcharon en inmigración es el egoísmo. Antes, la soninké era una sociedad formidable. Acoger era como meter un dinero a plazo. Pero ahora es el egoísmo, es una sociedad que está a punto de estallar, les acoges pero no ves el ascensor volver. Lo único que cuenta es lo material». En ocasiones el inmigrante envía dinero, 500 fcfa diarios, que resultan insuficientes para el anfitrión: «Es Allah quien va a pagarte. ¿Con 500 fcfa que puedes hacer?» (M. Greu, esclavo, Horongalou).

Los agentes sanitarios confirman dichas dificultades, especialmente cuando ellos acogen: «las enfermas vienen y ni cocinan. Mi mujer prepara 20 kg diarios de arroz. Menos mal que ella es soninké y comprende nuestra cultura. Mis hijos reclaman que nos vayamos a vivir a un alojamiento de función. Pero allí no podría acoger a todos los enfermos. No puedo por respeto a mi difunto padre» (Goumané, REA, HGT).

A pesar de todas estas dificultades, la toma a cargo del enfermo es siempre asegurada en el seno de la comunidad: «es muy poco frecuente ver a un soninké dirigirse al asistente social, siempre hay un pariente dispuesto

a pagar su tratamiento» (Diarrá, ORL, HGT). Algunos de los anfitriones proponen como solución el que los emigrantes construyan una casa de acogida para los enfermos y otra para los jóvenes en espera de migrar (con habitaciones separadas por sexo). Al frente de la misma pondrían un miembro de la comunidad instalado en Bamako.

Si dicho éxodo tiene tantos «efectos secundarios», ¿por qué y para qué continúa?

¿Por qué y para qué migrar hasta Bamako?

Los discursos divergen. Las enfermas encuestadas justifican su desplazamiento en base a experiencias previas fallidas en el CSCOM de Dramané por falta de personal adecuado, del equipamiento necesario y/o medicamentos.

El problema a nivel de personal radicaría en la inexistencia de especialistas. Algunas llegan a afirmar que no hay ni un generalista o que éste «no es un buen médico, en Bamako los médicos son fuertes, en el poblado no». Las condiciones de acogida y equipamiento influirían igualmente: «En Bamako hay ventilador, aire acondicionado, es más reposante en las clínicas. Eso es lo que necesitamos en Dramané para curarnos: fax, ordenador, ventilador» (N. Greu, esclava, Walisokhodé). También se alude a una supuesta falta de medicamentos, al menos de especialidades, así como a la ineficacia y presentación de los DCI¹⁹: «en Dramané no tenemos productos, en Bamako se trata de medicamentos en caja, y esos sí que curan. Una vez fui con mi hijo y no se curó aunque había tomado la buena dosis» (W. Dramé, casta, Walisokhodé). Ciertas prácticas frenan la afluencia: «nos fatigan en el momento del parto y no quieren lavarnos los niños» (G. Dramé, noble, Horongalou).

Anfitriones y emigrantes confirman dicho discurso: en caso de ir al poblado no frecuentan el CSCOM ya que «no hay material, ni medicamentos, ni médico especializado. Nos dan el mismo medicamento para todo» (M. Tirera, noble, Horongalou). Así mismo, consideran que la migración juega un rol al reforzar las concepciones sobre lo que debe ofertar un centro de salud: «los inmigrantes, a fuerza de viajar, ven que la manera de curar allí y aquí no es igual. Los enfermos del poblado que no hacen más que oír hablar de las maravillas que hay en Francia, prefieren ir a curarse a la capital, que está más cerca de Francia» (Dramé, noble, Horongalou).

19 Los medicamentos en DCI (denominación común internacional) se presentan en bolsas (*blister*).

Sólo una minoría de los anfitriones piensa que las mujeres esconden otras razones para venir a Bamako, en concreto el reposo y la consecución de dinero: «La enferma escribe a su marido migrante, pero en realidad no es por la enfermedad. Vienen a comprar material de cocina, sobre todo cacerolas con las que rivalizar con sus coesposas. O alfombras, joyas...» (M. Greu, esclavo, Walisokhodé). Únicamente una de las enfermas, con la cual gozamos de gran confianza, evocó como verdadera razón de su venida a Bamako el poder descansar, conseguir dinero e ir de compras: «mi hermana me envía dinero sólo si estoy enferma. Y necesito comprar el ajuar de mis hijas, así que diré que ando mal. Voy a comprar sobre todo cacerolas. Van a ser la envidia de Dramané» (G. Dramé, noble, Horongalou).

Todas las enfermas reconocen recibir múltiples bienes de sus parientes inmigrantes, principalmente dinero, que utilizan para adquirir, además de (o en vez de) medicamentos, bienes diversos: paños, joyas, cacerolas. Tanto en Bamako como en Dramané la mayoría de las mujeres, al invitarte a su casa, lo primero que hacen es mostrar con orgullo «sus compras en la capital».

Los agentes sanitarios son igualmente conscientes del problema. Según el médico jefe de Dramané: «Las mujeres trabajan mucho y les gustaría poder reposarse y hablar con su marido. Ella envía una cinta. El marido llama, el suegro y la mujer se ponen de acuerdo para poder ir a descansar y comer mejor. En Bamako como viven hacinadas atrapan enfermedades. El 90% tiene el marido en Francia. Si se ponen enfermas en el poblado es el *kagumé* quien paga. Si vas a Kayes, vas a poder llamar a Francia y el marido va a enviarte mucho dinero. Además, si tienes varias mujeres, si una se pone mala, la otra caerá pronto enferma para poder ir a Bamako. Y una vez allí puede que ni siquiera visite un enfermero. Pero podrán realizar múltiples compras». Esto era confirmado por la gerente de la farmacia, ella misma casada en el poblado con un inmigrante: « Si vas a Kayes, vas a llamar y el marido te dará 5 paños, una cacerola. Si vas a Bamako podrás comprar más, va a darte 50.000, 150.000 fcfa, gastas 10.000 para el médico y el resto para ti. No es un problema de falta de medios: en Gakourá las recetas son muy caras y allí sí van». Este problema ha sido evocado en el Comité de Gestión del CSCOM, pero no se ha adoptado ninguna medida.

Los responsables sanitarios de Kayes son igualmente conscientes: «Las mujeres adoran ir a la capital a curarse, así obtienen dinero, y por su parte los inmigrantes adquieren prestigio. Los soninké tienen dinero y les gusta gastar y que se vea. Y cuanto más, mejor. Mientras, nuestro Hospital continúa casi vacío» (Dr. Yoroté, Médico jefe, CSREF). El Dr. Touré, ex director

del Hospital Regional de Kayes, denuncia todo un conjunto de intereses en torno al salto de nivel: los parientes del poblado son cómplices de la enferma con el fin de sacar dinero a los inmigrantes, los anfitriones obtienen prestigio acogiendo, los emigrantes siendo solidarios, y entre todos desvirtúan el sistema: «En el fondo subsistiría una concepción errónea del sistema sanitario maliense favorecida por la inmigración. La población quiere tener las prestaciones de un hospital parisino en un poblado de 3.000 habitantes. Mi marido y mi rival (coesposa) en Francia tienen un scanner, ¿no? Pues yo también. El soninké compara el servicio sanitario francés con lo que pasa aquí; son ellos los que desnaturalizan la calidad de los servicios malienses. Yo estaba de médico en Kayes, y justamente los primeros médicos que han tenido grandes medios son los de esta región gracias a los inmigrantes [...] Pero el CSCOM ha sido concebido como la estructura de primer contacto, a fin de ofrecer cuidados preventivos, los cuidados curativos de primer nivel y, en todo caso, hacer de referencia. El médico y los del poblado van a reclamar que les pongan un laboratorio, radiología, un bloque operatorio [...] Desgraciadamente en nuestra filosofía, cuando vemos un centro de salud con una cruz, lo transformamos en estructura sanitaria, si es posible de segundo o tercer nivel. Y el médico se encierra detrás de su mesa, y lo que le importa es el número de personas vistas, que paguen, el número de recetas, pues es eso lo que da dinero y prestigio. Pero el CSCOM no ha sido concebido para ello y los enfermos dejan el poblado. Mientras, los migrantes, con su ayuda, sienten que siguen presentes en la vida de sus parientes, que son “uno”».

Los agentes sanitarios del sector público de la capital confirman la existencia de un uso social de la enfermedad que acaba siendo «la puerta para otra cosa». Ellos mismos se ven confrontados a este problema cuando ejercen de anfitriones: «el otro día he tenido que reenviar al poblado a una sobrina que decía estar enferma. Eso decía, pero lo único que hacía era comer, reposarse, recibir el dinero de su marido. ¿Qué acentúa este fenómeno? Nuestros parientes en inmigración» (Diarrá, REA, HGT).

Curiosamente, los agentes de las clínicas privadas justifican el éxodo por razones técnicas: «el soninké gusta de los buenos resultados, que las promesas sean respetadas. Nosotros lo hacemos. Sin laboratorio, ¿cómo puedes diagnosticar?». Los soninké serían la etnia que mejor ha integrado la biomedicina: «si no les haces una radiografía o una eco no están contentas» (Démbele, Ginecología, C. Umu Dili).

El rol de la poligamia también es evocado: «al poblado vuelven con cacerolas, paños para enseñárselos a la coesposa y así mostrar el grado de

amor del marido» (Dr. Dansoko, ORL, HGT). El prestigio, valor fundamental de esta sociedad (Lavigne, 1991), entra igualmente en juego. En los hombres se traduce en poder decir que «soy yo quien ha hecho el que más por los enfermos de mi familia». En las mujeres en «decir yo valgo más que tú y eso se muestra con cacerolas, joyas, ropas. Las mujeres son inké son extravagantes» (Dr. Dramé, Ginecología, C. La Paix). La rivalidad entre familias, entre poblados, propio de esta cultura (Mendiguren, 2006: 59), constituye otra de las causas: «Les gusta decir, yo tengo los medios, soy mejor que la familia X que deja a sus parientes en el poblado» (Dr. Dabo, Med. Gen. C. Le Relais).

Nuestros informantes clave consideran que las razones sociales predominan en el fenómeno del salto de nivel: «no ven la diferencia entre el guardián del CSCOM, un médico o la enfermera. Para ellos son todos «doctores pequeños». Hay que ir a Bamako para ver a un gran doctor. Además, allí van a darse la gran vida y comprar. Y si pueden gastar así, es gracias a la inmigración. Quieren chulearse. Hay mucho de cultural y de analfabetismo» (Doukuré, ANAP). A. Dramé, presidente del CSCOM de Dramané y antiguo anfitrión en Kayes, confirma esta visión y la complementa con otras razones como el poder escapar del control social e incluso el poder satisfacer ciertas necesidades sexuales no satisfechas, visto que el marido tiene que permanecer en el extranjero por periodos que llegan hasta diez años: «son las mujeres con su marido en Francia quienes van a Bamako cuando quieren dinero y no cocinar. Pero allí les ponen los cuernos. Tú eres mujer, tu marido está en Francia, sin papeles, hace años que no viene, ves a las otras con sus maridos y tú estás sola; y eso te pone enferma. Así, si de vez en cuando vas a Bamako, allí no hay tanto control social como en el poblado y bueno, ya me entiendes, hay otros hombres y en el poblado la religión no lo permite... El marido que es consciente y tiene un buen corazón calla. Y en Bamako se reposan y se calman... tu ya me entiendes».

Por otra parte, nuestro trabajo de campo vino a desmentir las razones técnicas como factor principal del salto de nivel. La composición del personal sanitario del CSCOM de Dramané (un médico, un enfermero, una matrona y un gerente de farmacia) estaba por encima de lo previsto por la política sanitaria (un enfermero, una matrona y un gerente de farmacia). A nivel de equipamiento, las diferentes inspecciones realizadas por el CSREF confirmaban que era el adecuado, si bien cierto instrumental necesitaba ser sustituido (*Service Sociosanitaire de Kayes*, 1997, 2002). Respecto a la falta de medicamentos, no sería un asunto real, ya que gran cantidad de ellos son incinerados todos los años. El problema se situaría en que son en DCI. Así

mismo, pudimos constatar que la afluencia del CSCOM había aumentado entre 1999 y 2002. La razón dada: el médico que se encontraba en 1999 sólo prescribía en DCI, el de 2002 hacía publicidad de las especialidades.

En Bamako analizamos las recetas de todos los enfermos, tratándose en su mayoría, y como gustan las enfermas, de medicamentos más caros y en especialidad. El precio medio en el sector público era de 6.135 fcfa, frente a 6.620 fcfa en el privado y 2.200 fcfa en las ONG. Estudiamos así mismo el comportamiento de los agentes sanitarios, constatando que la prescripción obligatoria en DCI de las estructuras públicas no se respeta. En el 42,85% de las clínicas privadas entrevistadas, sólo se prescribe en especialidad. El resto prescribe en DCI o especialidad en función del cliente. Según ellos, son los soninké quienes les reclaman las especialidades, pues «quieren resultados». Existiría todo un sistema organizado de envío de las recetas por fax a farmacias de Francia a petición del cliente: «Los soninké son nuestra clientela principal y tienen una mentalidad especial. En el sector privado hay que buscar la eficacia y las especialidades lo son más. Además, la mayoría de las recetas que hacemos aquí las enviamos por fax a la farmacia francesa que el pariente del enfermo nos indica. Retornar al poblado con medicamentos en caja les da una fuerza moral. Si les das DCI los van a tirar nada más salir». Un rechazo de los DCI que sería propio de esta etnia, pues según los agentes sanitarios el resto de la población toma lo que le das, DCI o especialidad: «no les queda otro remedio, visto sus medios económicos. Además no diferencian, no están influenciados por el exterior. Ese es el quid de la cuestión, en especial de las mujeres» (Dr. SO, Nefrología, HPG).

Concluyendo

El sistema sanitario maliense, basado en el sistema de recubrimiento de costes, precisa para su buen funcionamiento de la participación comunitaria (especialmente financiera) y del respeto de la pirámide sanitaria. La problemática de salto de nivel pone en riesgo su futuro. En ello estaría jugando un papel clave la inmigración, así como el propio sistema sociocultural soninké, elementos raramente tenidos en cuenta a la hora de establecer sus políticas.

Hemos visto que aun cuando el CSCOM de Dramané es accesible geográfica, financiera y culturalmente, y cumple los requisitos técnicos necesarios, los soninké prefieren ir a Bamako a tratarse. Nuestro estudio ha

confirmado que la población tipo que salta de nivel son las esposas de los inmigrantes instalados en Francia, las cuales sufren en su mayoría de afecciones que pueden ser tratadas en el CSCOM, e incluso de enfermedades imaginarias.

Estas mujeres, insertas en un sistema social poligámico «trastocado» por el fenómeno estructural de la migración, estarían sirviéndose de la enfermedad y del sistema médico como forma de resistencia social frente a su posición de subalternidad en la estructura social y en las relaciones de género soninké, así como frente al control social, familiar, económico y sexual al que se ven sometidas.

En una sociedad donde la familia abarca varias decenas de miembros (incluso más allá de la centena) que comparten una misma concesión, unidad de producción, consumo y reproducción, y donde la división del trabajo establece que las cargas de la casa estén en manos de sus miembros femeninos (quienes en la época de lluvias participan igualmente de las labores del campo), para reposarse la mujer encuentra como única razón aceptable culturalmente la enfermedad. Lógicamente, la época de mayor éxodo es la estación seca.

La residencia virilocal establece que la mujer viva en la concesión de la familia de su marido. Una vez en el exterior, queda bajo la autoridad de sus suegros. De nuevo, la única razón válida para escapar a su control es la enfermedad.

Las leyes restrictivas de los países de acogida establecen que el único modo en que un inmigrante irregular pueda adquirir sus papeles es pudiendo demostrar su estancia durante largos años (diez, según la legislación francesa). Durante este tiempo el inmigrante no puede regresar a su país, con lo que su mujer o mujeres se quedan solas. Algunas esposas encontrarían en la posibilidad de ir a la capital por enfermedad una excusa para tratar de satisfacer sus necesidades sexuales.

En una sociedad fuertemente islamizada (Dramané es un punto de referencia de aprendizaje del islam en el ámbito de África occidental), donde la poligamia es un estatus envidiable y realizable gracias a los bienes adquiridos en inmigración, el único modo de que una esposa consiga distinguirse de su rival (coesposa) por lo que respecta a los favores de su marido, resulta ser la enfermedad.

La rivalidad entre coesposas, familias y poblados, un rasgo clave de la cultura soninké, va de la mano con su gusto por la ostentación y el prestigio. Para poder adquirir bienes con los que rivalizar en prestigio, mujeres y *ka-*

gumés, al no realizar actividades lucrativas, se ven obligados a pedir dinero al emigrante, del cual dependen económicamente. Éste acepta el envío sólo en caso de fuerza mayor: la enfermedad. Las mujeres adquieren prestigio mediante la adquisición de bienes de consumo, principalmente joyas, paños y cacerolas; los *kagumés*, participando en el CSCOM o comprando especialidades; los emigrantes y anfitriones, haciéndose cargo de los cuidados sanitarios de su familia — si es posible, en la clínica más cara y con medicamentos en especialidad —.

Este contexto es igualmente revelador de la situación actual de los hombres soninké tras casi un siglo de migraciones. Por un lado, la migración ha trastocado el orden social tradicional, ejemplificado en la decisión del itinerario terapéutico, que suele tomarse no ya por el anciano de la familia como la tradición quisiera, sino por el inmigrante, por el joven, que es quien envía el dinero. A su vez, éste, y a pesar de su a menudo precaria situación económica en Francia, acepta financiar los gastos derivados del salto de nivel (incluso si la enfermedad es imaginaria) con la aspiración de poder resolver otros problemas derivados de la migración (culpabilidad por la separación de los esposos, niños y parientes) que de otro modo no sabría cómo hacer frente.

El salto de nivel sirve de actualizador de otro de los pilares clave de la sociedad soninké: la solidaridad. Principio clave de las sociedades africanas²⁰, el salto de nivel permite su actualización a través de la figura tradicional del «anfitrión soninké». O en el rol de «sistema de protección social frente al infortunio» que juegan anfitriones y emigrantes, los cuales, al ser solidarios, tratarían de ahuyentar la peor de las enfermedades, la de la fractura social. Como bien señala Castel (1995: 18): «Toda sociedad experimenta el enigma de su cohesión e intenta conjurar el riesgo de su fractura». En lo que concierne al país soninké, la inmigración cuestiona dicha sociedad respecto a su capacidad de mantener su cohesión frente al cambio social, y los procesos de salud/enfermedad/atención aparecen como un lugar clave de actualización. Mientras, las mujeres:

«Sí, llevo muchos meses enferma en Bamako, pero... ¿has visto todos los juegos de cacerolas que me ha comprado mi marido con el dinero que gana en Francia? Voy a ser la envidia de Dramané. Y no te digo de mis dos

20 Como apunta Djibal (1975: 215): «el principio de la solidaridad toma raíz en la tradición cultural africana, y justamente la inserción en el medio urbano le da ocasión de manifestarse con más vigor».

coesposas». (Niuma Dramé, enferma entrevistada en Bamako. Septiembre de 2003).

Bibliografía

- Arrêté Interministériel n°94-5092/MSSPA-MATS-MF fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services sociosanitaires de cercle, de commune, des CSCOM.*
- BATHILY, A. (1989), *Les portes de l'or: le royaume de Galam de l'ère musulmane au temps des négriers (viiième-xviiième siècles)*, Ed. L'Harmattan, Paris.
- CASTEL, R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale*, Ed. Fayard, Paris.
- DJIBAL, J. M. (1975), *Citadins et villageois dans la ville africaine. L'exemple d'Abidjan*, Ed. Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble.
- FAINZANG, S. y JOURNET, O. (1988), *La femme de mon mari. Anthropologie du mariage polygamique en Afrique et en France*. Paris: L'Harmattan.
- LAVIGNE, P. (1991), *La riziére et la valise*, Ed. Syros-Alternatives, Paris.
- MENDIGUREN, B. (2006), *Inmigración, medicalización y cambio social entre los soninké: el caso de Dramané (Malí)*. Tesis doctoral. URV, Tarragona.
- MEF-DNSI (2001), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (avril 98)*. Tome 4 : Répertoire du village.
- PNUD (2003), *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003*, Ed. Economica, Bruxelles.
- , (2007), *Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008*, Ed. PNUD, Nueva York.
- Service Sociosanitaire de Kayes (1997), Evaluation du CSCOM de Dramane, CSREF Kayes.*
- , (2002), *Rapport de Supervision CSCOM de Dramané (Kayes)*, CSREF Kayes.
- SIS (2002), *Région de Kayes, DRS Kayes.*

Mientras tanto en Ecuador... El contexto de origen en el estudio de salud y migraciones¹

Arantza Meñaca

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Gran parte de la bibliografía sobre salud y migraciones ha adoptado la perspectiva de los sistemas de salud de las sociedades receptoras de inmigrantes definiendo las ¿nuevas? problemáticas a las que la inmigración les enfrenta, y tratando de aportar respuestas, conocimientos y vías de solución. En las próximas páginas pretendo reflexionar sobre las aportaciones que un enfoque que incluya el contexto de origen — y no sólo el de «acogida»— puede suponer para los estudios sobre la salud de los emigrantes. Utilizaré, como contexto específico de análisis, la emigración ecuatoriana en España.

Este interés por la sociedad de origen toma como referencia a Abdelmalek Sayad (1933-1998), uno de los primeros y más importantes sociólogos de las migraciones en Francia. Sayad sostiene que inmigración y emigración son las dos caras indisolubles de una misma realidad, que como dimensiones de un mismo fenómeno no son autónomas, y que si se separan es debido a los intereses y luchas políticas de distintas sociedades —de emigración e inmigración—, que mantienen entre ellas una relación fundamentalmente asimétrica (Sayad, 1999: 15). Plantea, así mismo, que la desaparición de la

1 Artículo realizado en el marco de una beca FPU del Ministerio de Educación asociada a los proyectos financiados con fondos europeos Partners for Health I y Partners for Health II, y como investigadora asociada a FLACSO Ecuador durante una parte de mi trabajo.

emigración del binomio explicativo «entrapa el estudio de los migrantes en una problemática artificial de carencia y deficiencia que sólo encuentra una explicación convincente en referencias ritualizadas, unas veces a su formar parte de la clase baja y a sus malas condiciones de vida, y otras a las peculiaridades de la cultura que han traído consigo» (Bourdieu y Wacquant, 2000: 184). Una referencia ritualizada a las peculiaridades culturales de los grupos emigrantes en la que muchas veces se ha buscado respuesta, con dudosos resultados, a los problemas que el sistema sanitario encuentra en su relación con los sujetos inmigrantes (Van Dijk, 1998). Evitar caer en este falso énfasis en las especificidades culturales, y en el exotismo subsiguiente, es precisamente una de las razones por las que propongo esta mirada a los contextos de origen en toda su complejidad.

Un segundo motivo está sujeto a mi interés por las desigualdades en salud, las causas y los significados sociales de enfermedad. Parto de la hipótesis de que existen problemas de salud fundamentales relacionados con el fenómeno migratorio que son silenciados cuando el discurso científico sobre salud y migraciones queda confinado a su impacto en la sociedad receptora, como procuraré demostrar para el caso de Ecuador. Una última razón para integrar el estudio de los contextos de origen y de acogida surge de reconocer el papel activo de los inmigrantes a la hora de buscar soluciones a los problemas que encuentran en la sociedad receptora, y especialmente a la hora de gestionar su salud. En el momento en que se da la palabra a las personas emigrantes — así como observando la cantidad de locutorios, locales de Internet y franquicias de envío de dinero y paquetes que han proliferado en los barrios donde se instalan — aparecen los amplios vínculos que mantienen con la sociedad de origen. En concreto, sus preocupaciones, problemas y cuidados de la salud traspasan fronteras, en la medida en que sigue siendo la familia una unidad relevante de autoatención y es, por tanto, dentro de familias transnacionales como se cuida y atienden la salud y las enfermedades de sus miembros.

Con este punto de partida, y ya centrados en el contexto específico de las migraciones ecuatorianas a España, la exposición se organiza en torno a los tres puntos siguientes. En un primer momento se desarrollan algunas de las relaciones que, en el ámbito de la estructura, existen entre las condiciones económicas, políticas y sociales de Ecuador, el estado de salud de su población y las migraciones. En una segunda etapa se pasará a reflexionar sobre las diferencias que existen entre los sistemas biomédicos de ambos países y que muchas veces son el origen de malentendidos en la sociedad receptora,

incidiendo en el hecho de que estas diferencias son diferencias culturales. Por último, en un tercer momento, se abordarán las prácticas de autoatención de las familias transnacionales.

Salud y migraciones: en relación desde la estructura socioeconómica

Ecuador, que sufre desde 1982 un largo periodo de estancamiento con el comienzo de los planes de ajuste neoliberal, ha finalizado el siglo xx con una crisis económica sin precedentes. Tómese como referencia la caída del PIB de 19.710 millones de dólares en 1998 a 13.769 en 1999, o el aumento de la pobreza —entre 1995 y 2000— del 34% al 71% de la población, y de la pobreza extrema del 12% al 31%. Un empobrecimiento que vino acompañado de una concentración de la riqueza; así, el 20% más pobre recibía en 1990 el 4,6% de los ingresos, y en 2000 tan sólo el 2,5%, mientras que el 20% más rico aumentaba su participación en los ingresos del 52% al 61% en esa misma década². Esta crisis no es exclusivamente económica, sino también política y social, y en ella se incluyen detonantes de orden natural como el fenómeno del Niño en 1997; factores económicos como la caída de los precios del petróleo, un peso de la deuda externa equivalente al 128,4% del PIB y el congelamiento de los depósitos bancarios en marzo de 1999; y la inestabilidad política que supone el hecho de tener cinco gobiernos en cinco años³.

Se calcula que, en relación con esta crisis, asistimos a una ola emigratoria sin precedentes en el Ecuador, que fluctúa alrededor del millón de personas. Una nueva corriente migratoria con rasgos característicos que la diferencian de los movimientos migratorios anteriores existentes desde 1950. Algunos de ellos son:

Un gran aumento del número de emigrantes por año. El saldo migratorio ecuatoriano medio, que entre 1992 y 1997 era de unas 31.300 personas al año, asciende a más de 116.000 para el periodo entre 1998 y 2001⁴.

Una generalización del fenómeno migratorio en Ecuador. No sólo en lo que se refiere a su distribución por provincias, donde se han puesto a la cabeza Guayas —capital Guayaquil— y Pichincha —capital Quito—, mientras que anteriormente los flujos de emigración estaban concentrados en las pro-

2 ILDIS, 2003.

3 Centro de Investigaciones CIUDAD, 2001.

4 Falquez, 2004.

vincias de la Sierra sur —Azuay y Cañar— y en Manabí, provincia costera⁵, sino también en lo que respecta a posiciones económicas, grupos étnicos y población rural que emigra⁶.

Un cambio del lugar de destino, orientándose hacia Europa, y fundamentalmente España. Con anterioridad, era Estados Unidos el mayor receptor de emigrantes ecuatorianos. Así, en España, Ecuador pasa de ocupar el décimo puesto en 1998 a ser el principal país de procedencia de los extranjeros residentes en 2003, con 390.119 residentes a 1 de enero de 2003⁷, principalmente localizados en las provincias de Madrid, Barcelona y Murcia.

Una mayor presencia de las mujeres en el contingente migratorio. Mientras en los flujos migratorios tradicionales a Estados Unidos la proporción de mujeres era mínima al principio, ha ido aumentando a lo largo de los años, especialmente mediante las reagrupaciones familiares. En Europa, hay redes migratorias exclusivamente de mujeres.

Un incremento de las actividades transnacionales tanto en sectores económicos como políticos y sociales⁸.

Esta crisis, que está en el origen de la nueva oleada migratoria, también ha tenido sus repercusiones en el plano social, y concretamente en el gasto público. Así, en 1999 el Gobierno suspendió el pago de sueldos y salarios a maestros, enfermeras, médicos, policías y militares durante varios meses, sin poder al final sostener el servicio de la deuda, que se colapsó en agosto del mismo año⁹. Mientras, la inversión social se redujo de manera alarmante a la par que lo hacía el PIB, y con ella el gasto público en salud —del Ministerio de Salud Pública— (tabla I), lo que redundó en el consiguiente deterioro del sistema de salud. La consecuencia lógica de esta crisis incluye el empeoramiento de las condiciones de trabajo y de los servicios públicos, la caída de la confianza en el país y el deterioro de la calidad de vida y de salud en la población.

5 Camacho, 2004.

6 Jokisch, 2001.

7 Instituto Nacional de Estadística (2004) *España en cifras 2003-2004*. Madrid, INE.

8 Jokisch y Pribilsky, 2002.

9 Acosta, López Olivares, Villamar, 2004.

Tabla I: Gasto público social y en salud, en relación con el PIB

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Inversión social (en mill USD)	1.038	1.099	1.170	1.040	853	717	685
Gasto público social (% PIB)	4,4	4,4	4,4	5,9	5,1	4,3	5,8
Gasto público en salud (% PIB)	1,1	1,0	0,8	0,9	0,5	0,6	0,8

Fuentes: Banco Central del Ecuador 2001, V.V.A.A. 2001.

En relación con el deterioro de la salud de la población ecuatoriana –que ya había comenzado en el periodo de estancamiento de la economía¹⁰–, se puede añadir que, según los estudios de las Cuentas Nacionales en Salud, en 1997 el gasto total en salud habría sido equivalente al 3,8% del PIB, un 21% menos que en 1995, y de ese gasto casi un 40% correspondería a gasto directo de los hogares en adquisición de medicamentos, pagos de atención médica y otros insumos y exámenes¹¹. No sólo disminuyó el gasto público en salud, también los hogares tuvieron que recortar gastos, tanto en salud como en las dotaciones alimenticias. Así se comprende que también pudieran verse afectados los niveles de nutrición –en el censo de 2001 es la décima causa de muerte en orden de importancia– y que aumentaran las enfermedades infecciosas¹². Además, en el contexto de la crisis también crecieron la delincuencia y la violencia. Esta última es un problema de salud pública, dado que las agresiones ocupan el sexto puesto en cuanto a causa de mortalidad de la población en general, siendo la causa declarada del 3,6% de las defunciones en 2001¹³. En 1990 ocupaban no el sexto sino el noveno puesto en cuanto a causa de mortalidad.

Hasta ahora hemos visto cómo la crisis con la que Ecuador terminó el siglo xx ha tenido mucho que ver tanto con la nueva oleada migratoria ecuatoriana como con la pérdida de calidad de vida y salud en el país. Desde mi punto de vista, esto es algo que no debemos eludir. La migración, en estas condiciones, es una estrategia de supervivencia, una manera de hacer frente

10 CEAS, 1990.

11 VV.AA., 2001.

12 Acosta, López Olivares y Villamar, 2004, *op cit*.

13 Censo 2001. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. República del Ecuador.

al empobrecimiento ocasionado por la crisis. Y la pobreza en el mundo sigue siendo la principal causa de enfermedad y muerte. Es más, una de las principales explicaciones macroestructurales de las migraciones es la creciente inequidad en la distribución geográfica de la riqueza y la calidad de vida, si bien numerosos estudios de las migraciones han llamado la atención sobre la necesidad de hacer más complejo el análisis de los factores que influyen en los movimientos migratorios más allá de los factores macroeconómicos de expulsión y atracción, incluyendo por ejemplo el análisis de redes sociales e imaginarios colectivos. No debemos cometer el error opuesto de quedarnos en una perspectiva exclusivamente microsocia.

Otro paso importante para profundizar en las relaciones entre salud y migraciones en el plano estructural es analizar las repercusiones del fenómeno migratorio en el estado de salud del contexto de origen. En este sentido, las remesas de dinero juegan un papel fundamental.

El valor de las remesas en la economía de los países con grandes flujos de emigración lleva mucho tiempo en el centro de los estudios económicos y políticos sobre las migraciones. Ecuador no se ha quedado al margen, y en los últimos años se ha producido una gran cantidad de materiales al respecto¹⁴. Se calcula que en Ecuador son en torno al millón las familias receptoras de remesas, que recibirían una media mensual de 117 dólares¹⁵. Así mismo, distintos estudios nacionales y regionales apuntan al consumo básico como el principal destino de las remesas, siempre por encima del 50%¹⁶, seguido del pago de la deuda. Se puede ver el papel fundamental de este ingreso por remesas para las familias si tomamos en cuenta que el coste medio de la cesta familiar básica¹⁷ en Ecuador, a diciembre de 2003, era de 378,34\$, y que con el ingreso mínimo mensual de una familia con 1,6 perceptores (253,17\$) se cubría sólo el 67%¹⁸. Gracias, entonces, a las remesas, muchas familias pueden cubrir de mejor modo sus necesidades básicas, con la importancia que esto tiene para la salud. Aún más allá; en una mayoría de las encuestas, la variable consumo básico no sólo incluye el pago de la renta y la compra de

14 Parte de ellos ya han sido citados en el texto, como Acosta, López Olivares y Villamar 2004; Benedixen & Associates 2003; ILDIS 2002; Jockisch 2001; Larrea 2004.

15 Benedixen & Associates 2003.

16 Véase por ejemplo Herrera, 2004; Sánchez Mendieta, 2004, y López Olivares y Villamar, 2004.

17 La cesta básica es el presupuesto necesario para cubrir las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de una familia compuesta por dos adultos y dos menores en edad escolar.

18 Acosta, López Olivares, Villamar, 2004, *op cit*.

comida, sino también el gasto en salud: visitas y tratamientos médicos, con lo que se desvela la importancia directa de las remesas para el cuidado de la salud. Volveremos sobre ello al estudiar los flujos e intercambios dentro de la autoatención en las familias transnacionales. Por otra parte, las remesas también inciden, de manera indirecta, en la calidad de vida de las familias, al impulsar la economía.

Este papel que la emigración, principalmente a través de las remesas, ha tenido como factor de desarrollo en Ecuador, con su repercusión positiva en el nivel de vida y salud de la población, no debe ser idealizado. En primer lugar porque las remesas no se distribuyen equilibradamente en la población, beneficiándose más de ellas los sectores medios empobrecidos —con ingresos entre los 250 y los 500\$ mensuales— que los más pobres —con ingresos inferiores a los 250\$¹⁹—. Así, la inequidad tanto económica como en salud puede estar aumentando. En segundo lugar porque se estima que las remesas no van a seguir creciendo al mismo ritmo en los próximos años; es más, podrían incluso disminuir. Esto se debería, por una parte, a la drástica reducción de la emigración ocasionada por el cierre de fronteras en la Unión Europea, que incluye la demanda de visado de turista para viajar a España desde septiembre de 2003; y por otra, a que un número cada vez mayor de emigrantes disminuye sus aportaciones a la familia en Ecuador al proyectar asentarse en el país receptor e ir reagrupando a los principales miembros de su familia.

La migración también supone una pérdida de población activa con repercusiones tanto en los índices de desempleo, que han disminuido con la emigración, como en la financiación del sistema sanitario, de tal manera que, mientras las cotizaciones de los trabajadores extranjeros en Europa, y concretamente en España, son imprescindibles para una posible continuidad del sistema del bienestar, en Ecuador disminuye de una manera muy notable la población activa, lo que sería un elemento fundamental para la mejora y viabilidad de su Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Mientras, gracias al trabajo de los inmigrantes en España, se podrían contrarrestar las cargas que supone una población cada vez más envejecida para nuestro sistema de salud²⁰, en Ecuador se quedan los grupos de población por edades

19 Benedixen & Associates, 2003, *op cit.*

20 Se habla en condicional porque en la medida en que la gran mayoría del trabajo realizado por los inmigrantes sea irregular, no cotice a la Seguridad Social, puede parecer que es atender la salud de los inmigrantes lo costoso, y no el subempleo, para formar parte del cual no es requisito ser inmigrante sin papeles.

que más necesidades de salud y demanda tienen asociadas: niños y ancianos. Sin olvidar que entre las pérdidas de capital humano, y de las inversiones que han sido necesarias para su formación, se encuentran profesionales de la salud que también están emigrando, aunque en su mayoría no puedan ejercer en España estas profesiones sanitarias para las que están capacitados.

En esta primera parte hemos tratado de integrar la dimensión salud/enfermedad²¹ en la explicación estructural de las migraciones desde el origen, reconociendo las causas comunes del deterioro de las condiciones de salud en Ecuador y la emigración, así como las consecuencias que para el estado de la salud de «aquellos que se quedan» tienen algunos factores macroestructurales asociados con las migraciones. En el siguiente apartado nos centramos en las repercusiones de las diferencias entre los distintos sistemas de salud: el ecuatoriano y el español.

El Sistema de Salud Ecuatoriano: también hay culturas dentro de la biomedicina

Entre las simplificaciones más recurrentes, cuando se habla desde las sociedades receptoras, de las culturas de salud de los inmigrantes se encuentra el hecho de eludir que en sus sociedades de origen no sólo existen las medicinas tradicionales y la autoatención, sino también un sistema biomédico que los inmigrantes tienen como referencia. De tal manera que en muchas descripciones pareciera que la cultura —conocimientos y prácticas— de salud de los inmigrantes sería exclusivamente lega y/o tradicional, y no tendría ninguna influencia de sistemas biomédicos. Esta imagen —con la cual se hace más exótico, más lejano, al inmigrante— suele ir acompañada de otra simplificación, aquella que nos hace pensar que el sistema biomédico, en su cientificidad, es homogéneo geográficamente y se ha desarrollado y transmitido objetivamente, sin la intermediación de factores culturales, de especificidades históricas y geográficas²². Una mirada a los sistemas de salud en los contextos de origen nos permite evitar estas simplificaciones que, en lugar de ayudarnos a mejorar las relaciones del sistema médico con los

21 Un ejemplo clásico de cómo integrar la importancia estructural de la dimensión salud/enfermedad no sólo en sí, sino básicamente para la explicación de la estructura social en su conjunto, es Menéndez (1981).

22 Para una crítica de la producción de imágenes monolíticas, mecánicas y reduccionistas del proceso de medicalización léase Comelles (2004).

inmigrantes, fomentan los estereotipos y la consiguiente incomprensión de las demandas de estos nuevos usuarios.

Voy a poner tres ejemplos que están tomados de mi trabajo de campo en una unidad de pediatría de un Centro de Atención Primaria de la periferia de Barcelona²³. Allí, una de las primeras demandas de las familias inmigrantes era el certificado de vacunas, puesto que se lo requerían para escolarizar a sus hijos. En algunas ocasiones, las familias no traían consigo ningún certificado de vacunación; en otras, el equipo de pediatría dudaba del valor de algunos de los «cartoncitos» que les llevaban. Al cabo de unos meses, por la experiencia adquirida tras gestionar varios certificados de vacunación por mes para niños recién llegados del Ecuador, ya se conocían más o menos las vacunas que normalmente llevaba puestas un niño ecuatoriano y, por consiguiente, cuáles eran las que había que administrar. Disponer de información acerca del calendario de vacunas del Ecuador, así como de la cobertura, desde un primer momento habría agilizado la labor del equipo de pediatría con el que trabajé. Para este equipo, en el contexto de un sistema de atención primaria donde no se tienen más de cinco minutos para una visita a demanda, y de quince para una programada, el tiempo extra consumido en las visitas de los nuevos emigrantes era un motivo de malestar.

Una de las demandas de los inmigrantes ecuatorianos que más llamaba la atención eran las desparasitaciones periódicas. En Ecuador, todos los años se llevan a cabo campañas escolares de desparasitación, promovidas tanto por el Ministerio de Salud Pública como por organismos no gubernamentales como INNFA (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia). Estas campañas, que están de acuerdo con las políticas sanitarias de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, están relacionadas con una alta prevalencia de infecciones parasitarias en la población, con diversas consecuencias para la salud. Es preciso conocer esta situación para encontrar una manera adecuada de responder a estas demandas, para dar una respuesta que incluya la explicación de por qué en España no se consideran necesarias, así como el respeto de un conocimiento previo y asociado a las directrices biomédicas internacionales en países como Ecuador.

Un último ejemplo está en relación con las demandas de vitaminas. En el Ecuador, donde la desnutrición se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad, existen programas de micronutrientes, tanto para las embarazadas como en el caso de los niños. Estos programas se crean

23 Meñaca (2003), *op cit.*

mediante la colaboración de organismos internacionales, las instituciones públicas de salud y algunas organizaciones privadas sin ánimo de lucro, como la INNFA. Así, nuevamente, las demandas de los inmigrantes no están necesariamente asociadas con los desconocimientos y mitos legos²⁴ sobre el valor de las vitaminas, sino con pautas biomédicas llevadas a cabo en su país de origen y avaladas por las políticas sanitarias internacionales.

Con estos tres ejemplos he querido mostrar que existen diferencias culturales entre los sistemas biomédicos de España y Ecuador; es decir, diferencias en los programas, las políticas, las decisiones y las prácticas realizadas desde dichos sistemas biomédicos. Estas diferencias tienen su origen no sólo en el desarrollo histórico diferente de la medicalización entre ambos países, sino también en las directrices de los organismos internacionales — Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud — para las distintas regiones, y apunto este dato por dos cuestiones. En primer lugar, para evitar que se tome la realidad ecuatoriana como algo aislado. Es necesario tener en cuenta la existencia de paralelismos entre los programas y proyectos de salud realizados en distintos países no sólo de la región, sino en general en los países de la periferia. En segundo lugar, para alertar ante valoraciones negativas de las prácticas biomédicas realizadas en el Ecuador como «atrasadas, desfasadas o de segunda clase», ya que, bien al contrario, siguen las recomendaciones más actuales de los organismos del panorama internacional — Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) —. En todo caso, la reflexión debería orientarse hacia las limitaciones del sistema biomédico ante las condiciones de vida en muchos países: pobreza, desnutrición, malas instalaciones de agua y residuos, etc., que hacen que se proyecten a escala internacional para los países periféricos programas visiblemente distintos a los de los países centrales.

24 No debemos olvidar que estos mitos sobre el valor de las vitaminas no son exclusivamente creación lega de los emigrantes, sino que, presentes también en países como España, nacieron de un proceso de coproducción histórica de conocimientos en el que el sector médico también ha estado involucrado.

Prácticas de autocuidado en las familias de emigrantes: flujos desiguales

El contexto de origen también está presente en la gestión de la salud y las prácticas de autoatención²⁵ de las familias emigrantes. Las familias transnacionales utilizan los medios a su alcance para mantener los vínculos económicos, sociales y afectivos: envío de dinero y de otros bienes mediante transferencias, paquetería y encargos; comunicación por teléfono, correo, e-mails, videoconferencias, etc.; y viajes de personas – cuando son posibles –. Estos mismos medios también se utilizan para el cuidado de la salud entre los miembros de la familia: se generan flujos de información, dinero, bienes y personas, en parte destinados a la gestión de la salud de la familia.

Con anterioridad hablábamos de la importancia de las remesas para la supervivencia familiar, así como para el cuidado directo de la salud. Por lo que respecta a las remesas regulares, aquellas que se mandan todos los meses para los gastos habituales, se incluyen partidas para una mejor alimentación, y en muchos casos, para la medicación continuada de algún familiar. En momentos concretos se envían remesas extraordinarias para sufragar gastos mayores relacionados con la salud: para comprar unas nuevas gafas, para los partos y, en general, para las situaciones en las que se considera necesario internar en un hospital a uno de los familiares en el Ecuador para operarle, hacerle ver por un especialista o realizar costosas pruebas diagnósticas.

No sólo se trata de un envío de dinero que permite a las familias receptoras de remesas afrontar ciertos gastos necesarios en salud. En el caso de las mujeres emigrantes, una gran parte de ellas se dedican en España al cuidado de niños y ancianos, así como al servicio doméstico. Los aprendizajes que realizan desde esta posición también pueden revertir en sus familias, ya que, en algunos casos, en lugar de dinero envían medicamentos concretos: aquellos que utilizan con las personas a las que cuidan, personas que comparten características etarias con las que se suelen quedar en Ecuador.

Ahora bien, el flujo de tratamientos para el cuidado de la salud es más importante en el otro sentido: son muchos más los medicamentos y remedios que parten desde las familias en el Ecuador hacia Europa que al contrario. Una parte de estos envíos se realizan a petición de los emigrantes, mientras que en otros casos la iniciativa parte de aquellos que viven en el Ecuador,

25 Para una revisión de los conceptos de cuidados legos, autocuidados, autoatención y otros similares, ver Haro (2000).

principalmente de madres y abuelas, que muchas veces no sólo han tenido que cuidar de sus hijos sino que también han asumido la responsabilidad de cuidar a sus nietos, al menos en una primera fase de la migración. Dentro de los remedios y tratamientos que se envían se encuentran: *a)* antiparasitarios, vitaminas, determinados métodos anticonceptivos cuyo uso sistemático en Ecuador, y no en España, está relacionado con las diferencias entre los sistemas biomédicos que veíamos con anterioridad; *b)* medicamentos de uso regular que se conocen por su nombre comercial y no por sus componentes: analgésicos, antigripales, cremas para eczemas; *c)* hierbas con las que preparar «agüitas» para la circulación, para el corazón, para el hígado, para los nervios, etc., así como preparados naturistas; *d)* remedios y prevención de enfermedades tradicionales, especialmente para la *ojeadura*.

No sólo circulan recursos materiales, sino que también pueden llegar a hacerlo los enfermos: de igual modo que González Chévez (2002) narra para el caso de una comunidad nahua con parientes en Estados Unidos, algunos adultos ecuatorianos pueden ser diagnosticados y/o tratados en España, adonde llegan mediante procesos de reagrupación familiar. En algunas ocasiones que se necesitan tratamientos costosos de manera regular, como es el caso de las diálisis, la imposibilidad de un correcto tratamiento en Ecuador, por lo costoso, hubiera podido tener dramáticas consecuencias para la familia. González Chévez también habla de la posibilidad de retorno de algún emigrante enfermo, de manera que sus familiares no dejan de brindarle sus formas de cura. Dentro de mi trabajo de campo no he conocido ninguna situación similar, si bien es cierto que tengo referencias de emigrantes retornados que están siendo tratados en unidades de psiquiatría (Campana, 2001). En otras ocasiones son las cuidadoras, y no los enfermos, quienes retornan para hacerse cargo de sus familiares.

También existe un flujo de profesionales. Junto con los trabajos que muchas inmigrantes ecuatorianas realizan en el sector de cuidados, cabe tener en cuenta que entre los emigrantes ecuatorianos hay personas con distintos grados de estudio en el ámbito de la salud, que incluyen licenciados médicos y odontólogos; sin embargo, por lo costoso y largo de la equiparación de títulos en España, se ven forzados a aceptar trabajos mucho menos cualificados o, en algunos casos, trabajar de manera irregular al servicio de compatriotas. La circulación de profesionales en sentido contrario no está estrictamente asociada al fenómeno migratorio, sino a distintas maneras de cooperación internacional, a través de las distintas ONG españolas que trabajan en el territorio ecuatoriano.

Debe quedar claro que ninguno de estos flujos es simétrico; lo que se envía en una dirección no es equiparable a lo que se manda en la otra. Se podría decir que mientras en un sentido se envía principalmente dinero, y en algunos casos tecnologías sanitarias, en el otro se envía cuidado de los problemas de salud cotidianos, tradición cultural y cariño; mientras excepcionalmente algunos enfermos pueden beneficiarse de los derechos adquiridos por algún familiar emigrante, los niños y ancianos — a la sazón, los que más altas cotas de morbilidad presentan — se quedan en Ecuador; mientras los profesionales ecuatorianos se sitúan en puestos de salud devaluados o no obtienen los derechos para llevar a cabo su profesión de manera reglada, los profesionales españoles encuentran respeto y gratitud. Estos desequilibrios son una muestra más de las relaciones desiguales entre los países de emigración e inmigración.

Breve conclusión

A lo largo de estas páginas he pretendido mostrar la importancia que tiene tener en cuenta el contexto de origen en el estudio de las relaciones entre salud y migraciones. Tomando como ejemplo la migración ecuatoriana a España, hemos recordado las importantes diferencias de calidad de vida y salud entre ambos países. Hemos visto cómo la crisis económica y política que padece Ecuador en los últimos años del siglo xx afecta a la salud de los ecuatorianos tanto como propulsa la gran oleada emigratoria que, en parte, termina llegando a España. Hemos planteado los efectos que las remesas pueden estar teniendo en la salud, y advertido ante visiones simplificadas y excesivamente optimistas al respecto. En un segundo momento, hemos demostrado que no se puede omitir la existencia de un sistema biomédico en el Ecuador, así como sus características específicas, si se quieren comprender las pautas de autoatención, las demandas y los recorridos asistenciales de los inmigrantes ecuatorianos. Para terminar, hemos apuntado brevemente las prácticas habituales de autocuidado transnacionales de las familias emigrantes. En todo momento se ha constatado la profunda desigualdad existente entre ambos contextos. Al poner el énfasis en el contexto de origen, han faltado datos sobre el contexto receptor, necesarios para poner en relación ambos contextos. En la medida en que, en futuros trabajos, se profundice en las desigualdades y la relación asimétrica que se da entre ambos países, y sus

repercusiones en la salud de las familias emigrantes, podremos comprender mejor los lazos e interacciones entre la migración y la salud de las familias divididas entre aquellos que «viajan» y aquellos que «se quedan».

Bibliografía

- ACOSTA, A; LÓPEZ OLIVARES, S; VILLAMAR, D. (2004). «Ecuador: Oportunidades y amenazas económicas de la emigración», en HIDALGO, F. (ed.) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala.
- BENDIXEN Y ASSOCIATES (2003). *Receptores de remesas en Ecuador. Una investigación de mercado*. Quito, Fondo Multilateral de Inversiones, Banco Interamericano de Desarrollo, Pew Hispanic Center.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. (2000). «The organic ethnologist of algerian region». *Ethnography*, 1-2, págs. 182-197. <http://sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/algerian.pdf>
- CAMACHO, G. (2004). «Feminización de las migraciones en Ecuador», en HIDALGO, F. (ed.), *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala.
- CAMPAÑA, A. (2001). «Salud mental y migración», conferencia del Cuarto Curso Internacional «Nuevos Paradigmas en Psiquiatría». Quito, Asociación Latinoamericana de Psiquiatría y asociación Ecuatoriana de Psiquiatría.
- CEAS (1990). *El deterioro de la vida: Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito, Corporación Editora Nacional y Asesoría en Salud (CEAS).
- CENTRO DE INVESTIGACIONES CIUDAD (2001). *El proceso migratorio de ecuatorianos a España*. Quito, Proyecto «Migración, Comunicación y Desarrollo»: ILDIS-FEPP-ALER-Cáritas España-Intermón Oxfam.
- COMELLES, J.M. (2003). «El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el s. XXI». *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3 (1), págs. 6-21.
- FALQUEZ, A. (2004). «Consecuencias de las remesas y emigración a España», en HIDALGO, F. (ed.) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala.
- FERNÁNDEZ-RUFETE, J. (2004). «Dispositivos asistenciales y políticas sociosanitarias de la inmigración en la región de Murcia. El caso del colectivo de

- inmigrantes ecuatorianos». *Workshop* internacional. Migraciones, interculturalidad y salud. IV Coloquio de la red latina de antropología médica (REDAM). Ponencia del *workshop*. Murcia, Universidad Católica San Antonio y Universitat Rovira i Virgili.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ, L. (2002). «La atención a la salud y sus transformaciones: impacto de la migración en una comunidad nahua multisituada», en *Cultura y Política*, Actas del IX Congreso de Antropología. Barcelona, Institut Català d'Antropologia.
- HARO, J.A. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud», en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra, págs. 101-161.
- ILDIS (2003). *Causas del reciente proceso emigratorio ecuatoriano*. Quito, Cartillas sobre migración 3, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- ILDIS (2002). *Las remesas de los emigrantes y sus efectos en la economía Ecuatoriana*. Quito, Cartillas sobre migración 1, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2001) Censo 2001. Quito, República del Ecuador. <http://www.inec.gov.ec/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2004) España en cifras 2003-2004. Madrid, INE. <http://www.ine.es/>
- JOKISCH, B. (2001). «Desde Nueva York a Madrid. Tendencias en la emigración ecuatoriana». *Ecuador Debate*, 54. Quito, Centro Andino de Acción Popular. <http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/debate/>
- JOKISCH, B. y PRIBILSKY, J. (2002). «The panic to leave: economic crisis and the new emigration from Ecuador». *International Migration*, 40 (4), págs. 75-101.
- LARREA, C. (2004). *Pobreza, dolarización y crisis en el Ecuador*. Quito, ILDIS, IEE, FLACSO y Abya Yala.
- LÓPEZ OLIVARES, S. y VILLAMAR, D. (2004). «El proceso emigratorio en el Sur de Quito», en HIDALGO, F. (ed.) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala.
- MENÉNDEZ, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México D.F., Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.
- MEÑACA, A. (2003). «¿Dónde están las diferencias? Inmigrantes en una consulta de pediatría». *Medical Anthropology at Home*, 3. *Medical anthropolo-*

- gy, welfare state and political engagement*. Ponencias del congreso. Perugia, Fondazione Angelo Celli.
- SAYAD, A. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris, Éditions du Seuil.
- SÁNCHEZ MENDIETA, B. (2004). «El impacto de la emigración en Loja», en HIDALGO, F. (ed.) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*. Quito, Abya Yala.
- VAN DIJK, R. (1998). «Culture as a excuse: the failures of health care to migrants in Netherlands», en VAN DER GEEST, S. y RIENKS, A., *The art of medical anthropology. Readings*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- VV.AA. (2001). *Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Culturas médicas y emigrantes en el casco antiguo de Génova

*Serena Brigidi*¹

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Las investigaciones sobre migraciones y salud se han interesado exclusivamente en los usuarios extranjeros, en cómo se produce el acceso al sistema sanitario del país de acogida de los usuarios extranjeros y el uso que hacen de él. Así mismo, contemplan el número de personas que emplean los servicios, desde la atención primaria hasta los servicios de urgencias, con el objetivo de entender cómo y para qué los emigrantes recurren a ellos.

Este acercamiento, aunque interesante, resulta exiguo ya que no garantiza una visión completa del fenómeno. No examina la realidad socio-sanitaria desde una perspectiva relacional que implique tanto a los agentes presentes en los servicios (también en términos de desigualdad y estratificación social) como a las administraciones, leyes y políticas desarrolladas en materia sanitaria. Aunque es cierto que el interés por la cuestión ha generado un debate alrededor de temas como la interculturalidad o el énfasis en estudios cualitativos en salud reevaluando el impacto de las diferencias presentes entre personal sanitario y pacientes, algo que, curiosamente, se hizo sólo de forma muy marginal en los procesos migratorios interiores de hace dos décadas en Italia o España (Comelles, 2006). Sin embargo, la presencia de emigrantes muta las reglas de las relaciones asistenciales, ya que resalta

1 Con el apoyo del Departamento de Universidades, Investigación y Sociedad de la Información de la Generalitat de Catalunya.

la alteridad y el personal sanitario se enfrenta más con problemas sociales y culturales que clínicos. Esa dificultad en la práctica sanitaria no está vinculada directamente a los emigrantes, sino a las organizaciones, gestiones, infraestructuras, recursos y disponibilidades de los servicios.

El presente trabajo nace de algunas reflexiones surgidas durante una parte de mi trabajo de campo en Génova, entre 2005 y 2006. Permanecí en el *Dipartimento d'Emergenza e Accettazione* (DEA) del E.O. Galliera a lo largo de nueve meses, durante los cuales, con un equipo interdisciplinario, se llevaron a cabo estudios sobre el modelo de gestión de los usuarios latinos (Brigidi *et alii*, 2006; Brigidi *et alii*, 2008). Estas investigaciones evidenciaron el papel significativo de la Ley de extranjería (L. 1998/286) en el acceso y uso del DEA por parte de personas sin permiso de residencia. Esta ley creó obstáculos a los usuarios autóctonos y extranjeros (tiempo de espera, mal uso de los recursos y, sobre todo, desprotección), a los equipos sanitarios (desconocimiento del sistema jurídico, lo que generaba falsas imágenes de los pacientes, superposición con el médico de cabecera, pérdida de tiempo en visitas y urgencias, etc.) y al sistema político sanitario (ambigüedad, descontrol, otras formas de asistencialismo, etc.) Por ese motivo acabaron tomando protagonismo las asociaciones voluntarias que garantizaban una atención primaria a los emigrantes «ilegales».

Este estudio es un análisis crítico acerca de los recursos sanitarios destinados a los emigrantes «irregulares» en Génova. Por ello resulta necesario contextualizar su situación a través del marco legislativo vigente en Italia en los años de trabajo de campo, así como por medio de una breve descripción del casco antiguo de Génova donde se desarrolló el análisis. Se establecen los centros de salud presentes en el territorio, integrando el estudio con partes del diario de campo perteneciente al DEA y los centros examinados. El objetivo es reflexionar sobre las dificultades rescontradas por el personal sanitario, los servicios asistenciales y los pacientes emigrantes. El colectivo emigrante entrevistado se centra exclusivamente en latinoamericanos, principalmente procedentes de Ecuador, Perú y Chile, a consecuencia de su elevada presencia en el territorio².

2 La población residente extranjera a 31 de diciembre de 2006, en toda la provincia de Génova, era de 41.134 personas. De ellas, las provenientes de América Central y Sudamérica eran 19.217 (14.322 ecuatorianos, 2.424 peruanos, 517 colombianos y 482 chilenos), frente a las 7.507 del continente africano y las 4.586 asiáticas (www.demo.istat.it).

El marco legislativo y la asistencia sanitaria en Italia

La asistencia sanitaria en el territorio ligure —la región de Génova— está organizada en cinco *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) que se ocupan de la gestión de los hospitales, las estructuras de hospitalizaciones y los centros de acogida. Éstos se subdividen, a su vez, en *Presidi Ospitalari*, *Aziende Ospedalarie* y *Enti Ospedalieri Convenzionati*.

La atención primaria (consulta médica, prevención, profundización y evaluación de las condiciones de salud) está garantizada por el médico de cabecera, quien recibe algunos días por semana, o con cita previa, sólo a las personas inscritas en el Servicio Sanitario Nacional (SSN). No existe un Centro de Atención Primaria (CAP) que reúna los médicos y garantice exámenes primarios. En Liguria, cada médico tiene su despacho (a veces en su propia casa, en otras compartido con distintos especialistas). En caso de necesitar una consulta de especialista, el médico de familia facilita un volante.

Los servicios de Urgencias utilizan un sistema internacional para la gestión del paciente llamado «códigos de colores» o «de gravedades». A la entrada de los usuarios, los enfermeros del triaje evalúan los síntomas y registran los pacientes atribuyéndoles un código de gravedad: rojo (inminente peligro de muerte), amarillo (situación grave, ningún peligro de muerte, espera no superior a diez minutos), verde (urgente, tiempo de espera dentro de las dos horas) y blanco (ninguna urgencia, tiempo de espera indefinido). Es decir, se crean listados de espera informatizados en base a la gravedad y no al orden de llegada.

Casi todas las prestaciones sanitarias (consultas especializadas, exámenes, fármacos y también el servicio de urgencias en casos de código blanco y verde) son de copago; esto es, el asegurado paga y posteriormente se le reembolsa el importa por la SSN³.

El derecho a la asistencia sanitaria de los emigrantes, en cambio, lo regula la Ley Bossi-Fini⁴ de 1998, que asegura a los ciudadanos extranjeros sin el permiso de residencia la atención ambulatoria y hospitalaria urgente (286/1998). La circular ministerial del año 2000 (5/2000) garantiza a los emigrantes «irregulares» la tutela de la gestación y maternidad, la salud de los menores, las vacunas y la intervención de profilaxis internacional; la cura

3 A diferencia del modelo español, más próximo a los «modelos Beveridge», el modelo italiano, como el francés, corresponde a los «modelos Bismarck» de seguridad social.

4 «Texto único de las disposiciones concernientes la disciplina de inmigración y pautas sobre la conducción de extranjero».

de las enfermedades infecciosas, y bonificas de los focos; la medicina penitenciaria y la ayuda para la toxicodependencia. Todo ello sin el pago de honorarios a cargo de los solicitantes, ya que se los considera sin recursos económicos.

La inscripción en el SSN se obtiene presentando el permiso de residencia o el recibo de renovación, el autocertificado de domicilio y una autodeclaración del número de código fiscal. Por tanto, los extranjeros sin un permiso regular no tienen médico de familia asignado. Por ese motivo se creó la tarjeta STP (*Straniero Temporaneamente Presente*), que, solicitada en un hospital o en un consultorio regional, tiene seis meses de validez, es renovable y reconocida en todo el territorio italiano. Permite obtener asistencia médica urgente, curas y prescripciones de fármacos o visitas de especialistas en las urgencias o los ambulatorios específicos para inmigrantes. Cabe destacar que todas las prestaciones sanitarias se realizan a cargo de las ASL, aunque se lleven a cabo en hospitales o institutos de investigación, y no implican ningún tipo de comunicación a la policía y a las autoridades de inmigración.

El casco antiguo de Génova y los colectivos de emigrantes

Génova, conocida como *La Superba*, tiene una historia tan gloriosa como decadente que refleja perfectamente su fisonomía, su arquitectura y el carácter de sus habitantes. Es un puerto con «gente de mar» acostumbrada al comercio (legal e ilegal), al tránsito de personas de procedencias diversas, donde el intercambio funciona mientras nadie perturbe el delicado equilibrio del dar y del recibir. Su casco antiguo es el más grande de Europa, un centro principal de afluencia de la migración interna, extranjera y estudiante (tanto nacionales como Erasmus) de toda la región.

A consecuencia de las «nuevas» gentes instaladas en la capital y, al mismo tiempo, del declive del modelo de «ciudad industrial» de los años noventa del pasado siglo, la estructura urbanística de la ciudad cambió notablemente. Se pusieron en marcha planes de rehabilitación, empezando por los Colombiadi (1992) y seguidos, tras la reunión del G8 (2001), por los financiados por el plan *Genova città della cultura* (2004), y por la proclamación del casco antiguo de la ciudad como Patrimonio de la Humanidad por la

Unesco (2006), a raíz de lo cual se intervino en el centro histórico⁵ y zonas limítrofes.

A pesar de la notable presencia de emigrantes, no creo que se pueda hablar de una *guetización* en esta zona. Los sucesivos planes urbanísticos han permitido readaptar características de la ciudad y rehabilitar bellísimas casas, hoy alquiladas y vendidas a la clase media, lo que ha facilitado una furiosa especulación edificatoria en todo el barrio⁶. Además, a partir de los últimos años, la presencia de latinoamericanos es tan relevante⁷ que los diversos barrios residenciales se han ido apartando del centro urbano⁸.

En el casco antiguo, el *sestiere* (barrio) más influido históricamente por la migración interna y externa ha escapado en parte a la rehabilitación especulativa de la zona, en especial el ámbito de la Via Prè, el corazón de la Génova vieja. Los ancianos afirman que esta vía acoge hasta 53 etnias diversas. Aunque no es un dato comprobable, residen muchos africanos (procedentes de Senegal, Nigeria, Marruecos y el Magreb), latinoamericanos (Ecuador, Perú, Chile, Venezuela, Colombia), chinos, paquistaníes y europeos del Este (rumanos, albaneses). También viven allí italianos, sean estudiantes o migrantes del sur Italia, la mayoría de Nápoles⁹. Todo ello conforma una mezcla de bancos, tiendas diversas, aromas, especias e idiomas.

A pesar de la importante presencia latina en el territorio, hay pocos estudios sobre ello (ver Brigidi *et alii*, 2006; Brigidi *et alii*, 2008), puesto que las investigaciones llevadas a cabo estos últimos años se han financiado por parte de los principales centros que se ocupan de inmigración (*Fondazione Auxilium*, CEDRITT y *Centro Studi Medi*), y se basan en análisis cuantitativos y, muy excepcionalmente, en investigaciones de campo.

5 Desde 2007 cabe mencionar también el plan de Renzo Piano «Urban lab» (2007-2008).

6 Exactamente lo mismo que pasó, años atrás, con el barrio del Borne de Barcelona, y que se está verificando actualmente en el del Raval (el antiguo barrio chino) de la misma ciudad. Las casas se rehabilitan, los precios suben y los emigrantes, junto con los autóctonos de recursos bajos o bajos-medios, se trasladan a la periferia urbana. Desde ese momento sí se puede hablar de *guetización*, como sucede en cierta manera con el modelo de *banlieue* parisino.

7 La población residente a 31 de diciembre de 2002, procedente de América Central y Sudamérica, alcanzaba las 7.958 personas. Los datos de 2006, siempre a 31 de diciembre, ofrecían una suma de 19.217 residentes; es decir, que en cuatro años la población originaria de Centroamérica y Sudamérica ha experimentado un incremento del 141'4% (www.demo.istat.it).

8 A partir de los años 2004-2005 los emigrantes latinos empezaban a distribuirse hacia otros barrios, como Sampierdarena, Cornigliano, Sestri Ponente, Borzoli, Rivarolo, Bolzaneto, Ponte Decimo, etc.

9 Considerados por los ancianos «otra etnia» porque sus diferencias acusadas con los genoveses.

El Dipartimento d'Emergenza e d'Accettazione del E.O. Ospedali Galliera

Por su cercanía al casco antiguo, la presencia de emigrantes en el DEA era muy elevada, por lo que decidí hacer allí parte de mi trabajo de campo. Además, era el único centro en toda la Liguria¹⁰ que dispensaba tarjetas STP, por lo que fue un centro privilegiado de referencia para la atención sanitaria de emigrantes «irregulares».

Mi entrada fue extremadamente agradable¹¹. El médico jefe facilitó mi admisión y me asignó a un tutor en caso de dificultades. Tanto el personal de enfermería como los médicos entendieron perfectamente que mi papel consistía en «acompañarlos» durante las consultas médicas y «observar».

Mi papel como antropóloga «con bata blanca» (Tosal *et alii*, 2007) fue diverso: traducía¹², recogía exámenes, traía medicamentos o instrumentos que se habían dejado en otras habitaciones y, también, llamaba o alejaba a los familiares de los pacientes, además de ocuparme de elaborar mi trabajo. Con frecuencia, el personal me hacía participe de sus preocupaciones o de cómo actuar en situaciones «socialmente» difíciles. Durante los nueve meses que duró me sentí completamente parte del equipo.

Para los pacientes era una especializada «muy tímida», ya que no diagnosticaba ni me mostraba muy interesada por el tratamiento farmacológico. Aprendí rápidamente a repartir grandes sonrisas (*flash smiles*) para prevenir posibles preguntas. Revelaba mi identidad sólo a los informantes con los que iba a trabajar. En efecto, las urgencias, por sus características espacio-temporales, no permiten un contacto con todos los pacientes que acuden. Evidentemente, mis informantes sabían que no era licenciada en Medicina y algunos asistieron en directo a mi excesiva sensibilidad (nauseas o bajadas de tensión) durante las extracciones de sangre. Con muchos de ellos logré

10 La Liguria tiene una extensión de 5.410 km². En este territorio se encuentran tres empresas hospitalarias, veintidós *presidios* hospitalarios, dos entes hospitalarios consorciados y dos institutos científicos.

11 Después del inicial contacto con el Primario, propuse mi proyecto a la Dirección general del Hospital, y a partir de su aprobación pude iniciar el trabajo de campo.

12 Los servicios de urgencias son espacios donde el tiempo asume otro significado, por lo que el mediador cultural es, a menudo, sustituido por un miembro del mismo equipo socio-sanitario que, por su lengua materna o por conocimiento, logra entender y comunicarse con el paciente. No se habla de mediación sino de traducción y, a veces, de intuiciones empáticas y lingüísticas, porque los tiempos de acción son acelerados.

un alto grado de confianza, que me permitió desarrollar también entrevistas a domicilio.

Elaboré mi trabajo de campo tanto en el despacho de los «Códigos Blancos¹³» (tres meses) como en el triaje, en la consulta del médico internista y, a veces, en el ámbito quirúrgico (en total, seis meses). Mis observaciones se dividieron entre la mañana (de 8:01 a 14:00), la tarde (de 14:01 a 20:00) y la noche (de 20:01 a 8:00).

Durante cada consulta, en presencia de un paciente latino con condiciones médicas idóneas, iniciaba un preliminar coloquio «en el pasillo» en lengua española acerca de sus condiciones sanitarias y aspectos migratorios. Cuando los exámenes médicos se habían acabado y el paciente había demostrado disponibilidad para seguir adelante con la entrevista, le proponía un encuentro más profundo. En cada entrevista se abordaban temas sociodemográficos, aspectos socioantropológicos y, en fin, médico-antropológicos (Brigidi *et alii*, 2008). Además, también llevaba a cabo cotidianamente entrevistas con el equipo sanitario.

Los usuarios totales del año 2005 fueron 51.000 pacientes, de los cuales 3.832 eran latinoamericanos, la mayoría procedentes de Ecuador (72,32%) (Brigidi *et alii*, 2006). De todos ellos, 1.951 tenían una tarjeta STP (35,52% de hombres y 64,48% de mujeres¹⁴).

La cifra de pacientes extranjeros con código blanco era muy elevada, sobre todo comparada con los datos de los pacientes autóctonos a escala local y nacional (Sartini *et alii*, 2007). De los estudios llevados a cabo se concluyó que la mayor parte de las consultas tenían que ver con situaciones de no urgencia, y que existía una correspondencia directa con la presencia de la tarjeta STP. Es decir, que los pacientes, no pudiéndose inscribir en el SSN por «irregulares», no tenían otro recurso que acudir al DEA. En efecto, durante todas las franjas horarias los pacientes aducían abdominalgias, problemas obstétrico-ginecológicos (69,90% con STP y 31,10% sin STP) y solicitud de prescripciones (85,19% con STP frente al 14,81% de sin STP) (Brigidi *et alii*, 2008).

La actitud del personal sanitario fue siempre respetuosa; en ningún momento surgieron diferencias evidentes en la gestión del paciente extranjero con respecto al autóctono. Las principales dificultades se relacionaban

13 A consecuencia del número elevado de códigos blancos se creó el despacho de los *Codici Bianchi*: una consulta específica para los pacientes autóctonos y extranjeros que, registrados en el Triaje con un código blanco, necesitaban de atención médica no urgente. El 60% eran STP.

14 La mayoría de los informantes entrevistados eran ya al segundo o tercero renovación

con la elaboración del diagnóstico, el seguimiento del tratamiento y con la atribución de códigos de gravedad. La única tendencia observada fue que se tomaba más confianza con pacientes extracomunitarios (en las expresiones verbales y modales) que con los autóctonos o procedentes de otros estados europeos. Los profesionales se veían forzados a desempeñar el papel de médicos de cabecera con numerosos pacientes, curando patologías no urgentes. Aunque esto no represente un problema «propriadamente dicho», creo que a lo largo del tiempo generará desconsuelo y subestima profesional, lo cual acabará repercutiendo en los pacientes.

Los centros «invisibles» de atención sanitaria para sin papeles

Durante mi trabajo previo en Clínica Psiquiátrica mi tutor me habló de la existencia de una asociación que atendía emigrantes irregulares en el casco antiguo genovés. Sus investigaciones no habían dado ningún resultado porque tanto los pacientes que lo conocían como algunos médicos contactados se negaron a pasarle más información o a invitarlo al centro. Llegamos a la conclusión que se debía a su profesión de médico psiquiatra y pensamos que una antropóloga podría resultar más aceptada. Visité diversas veces la asociación y tras mucha insistencia pude localizar un par de veces a la presidenta. Al mismo tiempo, algunos informantes del DEA me hablaron de otras asociaciones voluntarias de atención primaria localizadas en el casco antiguo. Empecé mi investigación a través los medios oficiales, buscando en los listados del Ayuntamiento las asociaciones para/de emigrantes que se ocupaban de temas sociosanitarios. Todas las informaciones resultaron no estar actualizadas.

Las organizaciones con mayor entidad de las que actuaban con emigrantes tenían muy poca información sociosanitaria, y solían reenviar a la Cruz Roja u otros centros «oficiales» a los pacientes con problemas específicos (alcohol, droga, salud de la mujer), pero no a los emigrantes con STP. Enseguida me di cuenta de que el tema de la migración se pensaba sólo en relación con la problemática legal (regularización de la situación en Italia, reagrupación familiar, etc.)

Mis informantes se convirtieron entonces en la principal fuente de información sobre las estructuras de atención médica alternativas a las oficiales. Tardé casi seis meses en obtener un listado de centros de atención

primaria para emigrantes «irregulares», y un año y medio en completar una breve reseña etnográfica.

Cambié y readapté mi rol constantemente según la asociación o la persona a la que, simplemente, pedía información para encontrar el centro cívico de la asociación. Sin duda fue una notable escuela de «campo». La gente no hablaba, no sabía, y los que trabajaban en los centros no veían muy bien mi pertenencia a la Universidad. Me preguntaron muchas veces si era periodista, a pesar de que repetía constantemente la finalidad de mi trabajo. Utilicé todas las estrategias conocidas sin obtener mucho éxito, hasta que advertí que todas las asociaciones estaban relacionadas con iglesias, por lo cual me dirigí directamente a los sacerdotes, menos desconfiados y más abiertos a mi interés por el fenómeno.

Durante el trabajo de campo dividí las asociaciones en tres grupos: las que dispensan informaciones sanitarias generales, las que ofrecen prestaciones sanitarias gratuitas para «los irregulares» y las centradas en la salud de las mujeres. Sin profundizar en cada uno de los tres apartados, quiero destacar los centros que se ocupan de ofrecer un servicio médico de base tanto para niños como para adultos. En el casco antiguo había cuatro de estas asociaciones, además del centro «Salute Donna», que garantizaba asistencia sólo por problemas ginecológicos: prueba de Papanicolaou, análisis de sangre y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Los servicios pediátricos eran «Camici & Pigiami» y «Ambulatorio Pediatrico Pré».

«Camici & Pigiami» fue fundada por el médico Paolo Cornaglia Ferraris, y estaba abierta todos los viernes por la tarde. Su objetivo consistía en «el desarrollo de una cultura del dialogo entre quien cura y quien es curado» (Cornaglia, 2000: 7). En esta asociación colaboraban gratuitamente un dentista, un neuropsiquiatra infantil y varios pediatras. La mayoría de los médicos pertenecían al Instituto Giannina Gaslini, un hospital pediátrico de fama mundial. Tuve la posibilidad de entrevistar a la neuropsiquiatra infantil y a un residente de pediatría, los cuales me confirmaron la elevada presencia de niños ecuatorianos. Como ya había notado en el DEA, los médicos confirmaron que los padres no sufrían graves problemas lingüísticos: «ninguno utiliza los niños como traductores» (Laura, 2006). El pediatra observó que las madres latinas «son más hipocondríacas y también más aprensivas con respecto a las italianas. Existe la tendencia a enviarlos más pronto al parvulario [...] pero esto es evidentemente una exigencia de trabajo» (Marco, 2006), pero «acuden por problemáticas muy parecidas a los italianos [...] tal vez hay

más sarna y piojos», comentó la neuropsiquiatra. El residente notó que muchas cefaleas de los niños podrían estar vinculadas a un estrés migratorio.

La otra asociación era el «Ambulatorio Pediátrico Pré», abierto el miércoles por la tarde y dirigido por un pediatra jubilado. El ambulatorio se componía también de un centro de emergencia para las primeras necesidades alimentarias de los bebés, ropa y medicamentos, que estaba abierto todas las tardes. La responsable comentó que fue concebido «para las personas que no existen» (Bruna, 2006). Lo sostenían las cuatro parroquias de la zona y también Cáritas. Como en el anterior, «la mayoría de los niños son ecuatorianos – me comenta el médico –, luego hay muchos del Este de Europa, Egipto, Senegal, Marruecos, Argelia, Perú, Colombia y Albania. Ningún chino». Los problemas principales eran sarna, pediculosis, resfriados y tos. «Sin duda, a causa de las condiciones de vida, de los espacios en los que se alojan.» El médico observó que «muchos llegan al servicio de pediatría esperando obtener, con la excusa del niño, algo para comer [...]. Vemos situaciones de muchas dificultades» (Giuliano, 2006). «Las principales diferencias culturales – analizó el médico – consisten en la alimentación después de la lecha materna [...] pero, a ver, cada uno debe desarrollar sus tradiciones: ¡no voy imponer el régimen de la Asociación Italiana de Pediatras! Sin duda el instinto materno no tiene diferenciación de cultura, ¡es universal!» (Giuliano, 2006).

Mientras, para los adultos estaba el «Consultorio Familiare della Croce Rossa¹⁵», un ambulatorio médico que garantizaba también apoyo en prácticas legales. El centro radicaba en una de las calles más comerciales de la ciudad, algo alejado del casco antiguo, pero lo cierto es que cerró sin explicaciones y trasladó las actividades sanitarias a la sede central, situada en otro barrio.

Otro centro, sin duda el más interesante y, al mismo tiempo, inaccesible, fue el primero con el que contacté: el «Ambulatorio Internazionale Città Aperta», abierto de lunes a viernes a partir de las cinco de la tarde. Lo fundó en 1994 una asociación llamada «Città Aperta», y se declara totalmente laico aunque durante dos años la iglesia de San Donato le prestó sus locales. Actualmente se encuentra en un espacio concedido por el Ayuntamiento. La asociación posee 9.334 carpetas y unas 25.000 visitas realizadas (datos de 2005), y recibe sólo inmigrantes con STP, ya que los demás tienen derecho a médico de cabecera. La mayoría del personal sanitario hablaba español (que se ha convertido en el segundo idioma de Génova), francés o inglés. Tan-

15 No conseguí visitar el centro durante el trabajo de campo.

to la administrativa como la presidenta me explicaron que años atrás había muchísimos norteafricanos (senegaleses, marroquíes, nigerianos), mientras que ahora son en su mayoría de Ecuador y de Europa del Este (rumanos, ucranianos, albaneses).

Las principales enfermedades tratadas eran gastrointestinales, hipertensión, resfriados, problemas dermatológicos, alergias, tuberculosis, artritis, problemas articulares («causadas por el trabajo», observaron) y amigdalitis. La mayoría, sostienen las entrevistadas, eran enfermedades psicosomáticas (la administrativa dijo que en el 70% de los casos). Como en otros centros, el ambulatorio no podía prescribir recetas médicas, y por eso utilizaban muestras de fármacos, dispensaban aquellos procedentes de algunas donaciones privadas y religiosas, y mantenían relaciones con algunas farmacias del casco antiguo que vendían medicamentos a precios más bajos (en presencia de la tarjeta de «Città Aperta»). En ningún caso fue posible entrevistar los farmacéuticos.

A menudo, en el DEA, llegaban emigrantes con un papel del ambulatorio que «enviaba» pacientes para efectuar exámenes especializados, pero sin acuerdo previo entre las dos instituciones. De hecho, la mayoría del personal sanitario no conocía la existencia de estos centros antes de que yo llegase.

Reflexiones finales

«Il dolore degli altri è sempre un dolore a metà»
(Fabrizio De Andrè).

Por lo general, solemos referirnos a las dificultades para el acceso y el uso de recursos sanitarios por parte de los inmigrantes como barreras, que son todos aquellos obstáculos que comprometen, limitan o prohíben el uso eficiente de los servicios sanitarios por parte de un grupo específico. En este apartado haremos referencia a las barreras en salud en términos más amplios.

He destacado cómo la Ley de Extranjería (289/1998) representó un obstáculo no sólo para los pacientes sino también para el personal sanitario y los propios servicios médicos presentes en el territorio. En efecto, concibo como muy improbable que los emigrantes que acudían a otras urgencias sin STP fuesen enviados al DEA para que consiguieran su respectiva tarjeta. Lo que resulta más presumible es que acudían a atenderse sin ser registrados,

o bien a nombre del acompañante con «papeles». Nadie evaluó los efectos a nivel económico, ni en términos humanos (las esperas de los usuarios o la posibilidad de presentar recursos, obtener reembolsos en el caso de seguro privado, etc.).

Para los extranjeros, la principal consecuencia es el sentimiento de desprotección, dispersión y confusión hacía el sistema sanitario. A menudo esto se suma al desconocimiento de los dispositivos tanto a nivel práctico (dónde acudir, cómo reservar una consulta médica) como de derechos (tutela del embarazo, vacunas para los niños, prevención de cáncer, etc.). Algunos emigrantes debían recurrir a los centros «alternativos» de salud o al DEA, aunque estuviesen regularmente inscritos en el SSN, porque aducían problemas con los médicos de familia¹⁶ a causa de las ausencias o falta de adaptabilidad de horarios.

La mayor parte del personal sanitario entrevistado en el DEA desconocía la Ley de extranjería y atribuía la numerosa presencia de emigrantes a razones relacionadas con la falta de tiempo, condiciones y horarios laborales. Lo que resultó más desconsolador fue que se consolidaba la idea de que los latinos tenían una baja tolerancia al dolor respecto a los autóctonos, y por esto frecuentaban con asiduidad los servicios de urgencias. La mala comprensión del sistema sanitario por parte de los emigrantes, así como de las diferentes organizaciones que ofrecen servicios de salud por parte de los profesionales, derivó, sobre todo, en una mínima coordinación y cooperación entre los centros, además de en una exigua y casi ausente campaña informativa. Eso sin hablar del total desinterés por parte de las instituciones en hacer «visibles» estas realidades.

La mayoría de las asociaciones tenían papeles informativos sólo en italiano y, aún más absurdamente, colgados en el interior de sus edificios, y no fuera. Es decir, confiaban en el «pasa palabra» como medio propagandístico. Por eso, los profesionales del DEA desconocían las asociaciones existentes y sus actividades asistenciales. Con el tiempo, la impresión fue que cada uno de los centros hacía su trabajo sin interesarse en ampliar su espacio, ni en crear una red de contactos. De hecho, no existía una organización que los acogiera y eran casi nulas las relaciones entre ellos. Todos vivían una forma de asistencialismo voluntariamente silencioso y mi presencia fue concebida

¹⁶ Durante el trabajo de campo recogí numerosas quejas procedentes también de usuarios autóctonos. Todos hacían referencia a la presencia de sustitutos del propio médico de cabecera y a la necesidad de reserva de una cita (práctica introducida bastante recientemente) para ver al médico.

como una intrusión, y a menudo obstaculizada. Nunca me fue posible participar en las consultas médicas, en las reuniones del equipo, ni entrevistar a pacientes ni a la mayoría de los médicos.

Las asociaciones no llevaban un resumen estadístico (a excepción de «Città Aperta») o de informes sobre sus actividades asistenciales (o así me comentaron), ni promovían sus experiencias a través de actos públicos. Todo se desarrollaba en la sombra.

La presencia de estos centros, por absurdo que fuera, aumentaba además la confusión hacia el sistema sanitario, ya que generaba «leyendas urbanas» entre emigrantes (presencia de curanderos o médicos «más capaces» que otros, posibilidad de obtener papeles acudiendo a uno de estos centros, etc.). Sobre todo, su eficacia se cuestionaba en el momento en que se invitaba a los emigrantes a que acudieran a urgencias para efectuar análisis clínicos. Aunque la necesidad de estas asociaciones era reconocida como una «exigencia social» (o «¿deber cristiano?») tanto por las dificultades legislativas como por el número de emigrantes presentes en el territorio, me parece importante no considerar la salud como un tema de voluntariado, ya que oscurecería su dimensión de derecho y, así mismo, de obligación institucional. Es decir, una concepción voluntarista permite a las administraciones «cerrar los ojos», lo que fomenta situaciones paralelas y descontroladas de atención sanitaria caracterizadas por una actitud caritativa, evitando la elaboración de una intervención útil y eficaz en este marco. La salud no se puede limitar a una situación voluntarista, ni se puede relegar a los servicios de urgencias.

Otro aspecto interesante fue el uso de las «diferencias culturales» por parte del personal sanitario, tanto a la hora de describir al colectivo emigrante como a la de colocar su propia presencia (o persona) frente al paciente emigrante.

En pacientes latinoamericanos, las diferencias se anulaban en cierto modo gracias a la cercanía lingüística y religiosa, que permitía en ocasiones excluir a priori el uso de un mediador cultural. Otras veces, en cambio, estas diferencias se acentuaban y remarcaban cuando se hacía referencia a la violencia, la promiscuidad sexual, la falta de educación y sentido cívico, un proceso que reducía la realidad latina a los ítems de las bandas, la delincuencia y las familias disgregadas, unos temas cotidianos en la prensa local y na-

cional¹⁷. Estas ideas reduccionistas, así como los prejuicios culturales, ¿cómo incidían en el análisis y evaluación del estado de salud del paciente¹⁸?

Como ya he observado antes, una de las dificultades «prácticas» referidas surgía en la fase de asignación de los códigos de colores, sobre todo cuando se vinculaban a la frecuencia de algunas patologías en el colectivo latino (cefaleas, dolores pélvicos y durante la gestación); es decir, se traducía en una subestimación del padecimiento por parte de los profesionales, lo que explica el número elevado de códigos blancos entre emigrantes inscritos al SSN, o en la generación de aproximaciones (la excesiva naturaleza psicosomática de algunas enfermedades, las cefaleas de los niños vinculadas con el estrés migratorio o, peor aún, las aproximaciones por etnia) y malentendidos. En efecto, la similitud comúnmente reconocida entre italiano y español puede generar incomprensiones a la hora de la relación terapeuta-paciente, así como omisiones de algunas informaciones fundamentales a causa del desconocimiento lingüístico entre ambos (alergias, nombres de patologías infectivas, embarazo, presencia de elementos externos en el cuerpo, sin hablar de los fármacos utilizados, etc.). Hay que pensar que la similitud lingüística constituye una aproximación cultural que no garantiza un intercambio limpio entre los actores.

Además, por lo que concierne específicamente a la práctica biomédica, resultó evidente la existencia de algunas dificultades a la hora de cumplir con la anamnesis o de obtener un consentimiento (suministración del suero antitetánico, TAC, RX, etc.) y, en casos más específicos, de negociar una dieta con un paciente diabético que concuerde con su régimen alimentario. Signos y acontecimientos considerados significativos a nivel biomédico no siempre coinciden con lo que es estimado «importante» por el paciente. Se daban aspectos casi inabarcables, relacionados en la mayoría con la visión mágico-religiosa del enfermar y del cuerpo.

Las dificultades en la relación terapeuta-paciente se debían, también, a las diferencias en las expectativas por parte de ambos sobre las conductas que podemos definir como «atendidas» o «esperadas» dentro de un marco cultural. Al mismo tiempo, el tratamiento resultaba poco válido (si no se in-

17 Sobre la construcción mediática del emigrante véase, por ejemplo, el texto de Alessandro Dal Lago (1999).

18 Quiero remarcar, otra vez, que todo lo que estamos observando no es algo relacionado con la presencia de emigrantes en el sistema sanitario. Las diferencias, asimetrías, desigualdades, incomprensiones, traducción de signos y síntomas y cuantos problemas se den, siempre han estado presentes en las relaciones terapeuta-paciente. Por lo tanto, la pregunta no es nueva, sino que se puede aplicar a muchos otros servicios (como la escuela, por ejemplo).

terrumpía a medias) y, a menudo, se combinaba con medicinas tradicionales o biomédicas prescritas en sus países de origen «porque son más eficaces» (Ángela, 2006)¹⁹.

Bibliografía

- BRIGIDI, S.; CREMONESI, P.; CRISTINA, M. L.; COSTAGUTA, C.; SARTINI, S. (en prensa). «Inequalities and health: analysis of a model for the management of Latin American users of an emergency department». En *Journal of Preventive Medicine & Hygiene*.
- BRIGIDI, S.; SARTINI, M.; COSTAGUTA, C.; CASTELLANETA, M.; ROMBOLÀ, F.; CUNEO, A. E.; ZANELLA, F.; CREMONESI, P. (2006). «Indagine sull'utenza Latinoamericana nel DEA dell'E.O. Ospedali Galliera, Genova». En el «V Congresso Nazionale Società Italiana Medici d'Urgenza» (SIMEU), 9-11 noviembre de 2006, Turín.
- COMELLES, J. (2007). «Migraciones, vulnerabilidad y la crisis del modelo de atención primaria en España». En ESTEBAN, M., *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: Osalde.
- CORNAGLIA-FERRARIS, P. (2000). *Pigiarni e camiri. Cosa sta cambiando nella sanità italiana*. Brescia: Laterza.
- DAL LAGO, A. (1999). *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*. Milano: Feltrinelli
- DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero GU n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139
- ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT) Cittadini Stranieri. Popolazione Residente per Sesso e Cittadinanza al 31 Dicembre 2006 e Bilancio Demografico Anno 2006. [<http://demo.istat.it/str2005/index.html>]
- JELLOUN, T. (1999). *L'estrema solitudine*. Milano: Bompiani.
- MINISTERO DELLA SANITÀ. Circolare del 24 marzo 2000, n. 5 Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla

19 Como por la atribución de sentido diferente, tampoco el problema de la *non compliance* está vinculado exclusivamente a un público emigrante. Por ejemplo, consultar el trabajo sobre la presión arterial de Blaumaghen, desarrollado en 1989 en Estados Unidos.

condizione dello straniero» - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. G.U. n. 126 del 1/6/2000.

SARTINI, M.; CREMONESI, P.; TAMANGO, R.; CRISTINA, M. L.; ORLANDO, P. y SIMEU GROUP, (2007). «Quality in Emergency Departments: a study on 3,285,440 admissions». *J Prev Med Hyg*, 48 (1): págs. 17-23.

TOSAL, B.; HURTADO, I.; BRIGIDI, S. (2007). «Antropólogas en bata blanca». En el «VII Coloquio REDAM Etnografías y técnicas cualitativas en investigaciones sociosanitarias», 5-6 de junio de 2007, Tarragona.

Autoatención y estructuras sanitarias en inmigrantes senegaleses en Cagliari

Rita Gungui

Universidad Rovira i Virgili

Esta investigación la desarrollé en Cagliari, la capital de Cerdeña (Italia), desde noviembre de 2002 hasta diciembre de 2003. Me propuse como objetivo la observación de un grupo de inmigrantes de origen senegalés, centrando mi atención en un aspecto específico del fenómeno migratorio, el proceso de salud/enfermedad/atención. Me he fijado tanto en las percepciones y las conductas como en lo que es relativo a su transformación y desarrollo en el contexto de una nueva realidad social.

La investigación parte de los testimonios de los interlocutores a través de entrevistas abiertas y en profundidad. Esta metodología tiene la virtud de dejar una libertad de expresión total a los entrevistados y favorece, además, la expresión de los estados de ánimo, de las emociones y de los sentimientos, hasta el punto de crear una situación más informal y confidencial¹.

La metodología ha ido desarrollándose conjuntamente con las necesidades del trabajo, y por lo tanto he modulado el enfoque a medida de las condiciones de los coloquios: los diferentes interlocutores, los momentos, los lugares en que se ha producido el encuentro.

Los movimientos migratorios comienzan en Cerdeña alrededor de los años setenta y ochenta del pasado siglo, cuando los senegaleses y los ma-

1 Han sido realizados en contextos no formalizados: en la playa, en alguna tienda y, posteriormente, cuando el conocimiento y la confianza se han ahondado, también en las viviendas.

roquies empezaron a llegar para trabajar en el comercio ambulante aprovechando el turismo de las playas (ya que esta isla no ofrece muchas posibilidades laborales²). A lo largo de esos años, la isla, de tierra tradicionalmente exportadora de mano de obra, comenzó a transformarse en meta de flujos de inmigrantes³.

Con el paso de los años, la migración dejó de ser estacional para convertirse en estable⁴. A partir de entonces, los senegaleses empezaron a reunirse hasta la creación, en 1988, de una asociación laica de representación de los inmigrantes, que tenía el objetivo de intermediar con las instituciones locales y ofrecer a la ciudad una imagen positiva del colectivo. Tal actividad se revela fundamental, ya que permite la creación de un primer puente entre los inmigrantes y los autóctonos.

Tres años después se fundó la asociación religiosa paralela, ésta ya dirigida fundamentalmente a aspectos internos del colectivo, tras la visita a Cerdeña de Serigne⁵ Mourtada M'Backe, el jefe religioso de la cofradía islámica de la Muridyya⁶, que animó a su creación con vistas al refuerzo de las relaciones de hermandad y solidaridad del grupo. También, sin duda, se querían remachar y consolidar los valores fundamentales de la religión islámica y difundir el mensaje del fundador de la Muridyya, Amadou Bamba: seguir los principios del pacifismo mediante un islam apaciguador y tolerante, capaz de respetar las diferencias religiosas.

Es relevante observar que tal asociación está compuesta por miembros de pertenencia *murid* y también de otras cofradías, como la Tidianyya y la Qadiryya.

2 Actualmente, el comercio ambulante es la actividad más difundida, pero en los últimos años han surgido las primeras tiendas que venden artesanía de Senegal, los primeros restaurantes, academias que ofrecen cursos de bailes tradicionales y conciertos de músicos senegaleses.

3 Según el Istat (Istituto Nazionale di Statistica), los inmigrantes senegaleses registrados en la provincia de Cagliari eran 816 en 2003 y 876 en 2006.

4 El aumento de las presencias permanentes queda regulado gracias a la Ley n. 943 del 30 de diciembre de 1986, pero el periodo de mayor afluencia se dio en correspondencia con la promulgación de la Ley n. 39 del 28 de febrero de 1990, la Ley Martelli, con la que 240.000 inmigrantes habían sido regularizados (www.interno.it).

5 Palabra árabe para indicar el *marabout*.

6 La Muridyya, del término «murid», que significa «el que quiere», es un movimiento sufí que nace en 1880 alrededor de la figura de Amadou Bamba, un verdadero «apóstol de la no violencia», que desarrolló un papel fundamental por su mediación pacífica con los colonizadores franceses. La cofradía se basa en los principios de tolerancia y promueve un *jiid* interior, del alma, contra el materialismo, los vicios y las impurezas (Piga, 2000; Schmidt De Friedberg, 1994).

Después de la visita del jefe religioso empezó una colecta de fondos que implicó a todos los senegaleses de Cerdeña y que culminó con la adquisición de una casa donde hospedar al Serigne en ocasión de sus visitas anuales y permitir el encuentro entre los fieles.

La sede presenta las características de la *daa'ira*⁷ y forma parte de la red de las cofradías religiosas en Senegal. Éstas se inspiran en un islam «popular» capaz de colocarse entre el islam «formal», oficial, y la población; en efecto, presenta sincretismos con las creencias culturales preexistentes, lo que permite la supervivencia de elementos propios de la religión animista y, por lo tanto, asume rasgos menos ortodoxos (Schmidt De Friedberg, 1994).

Aquí se realizan actividades de rezo colectivo, de estudio del Corán, de festejos en ocasiones importantes —como las festividades religiosas—, pero sobre todo se llevan a cabo proyectos de solidaridad, de ayuda recíproca hacia los que se encuentran en dificultades. Si alguien tiene problemas económicos, como puede ocurrir por ejemplo a causa del secuestro de mercancías ilegales, el grupo organiza una colecta para remediarlo; también con la muerte de alguien se activa el mismo principio organizativo, finalizado, en este caso, con el transporte del cadáver a Senegal.

Su imagen es la de una comunidad heterogénea, basada en el mensaje de su fundador y en los importantes valores del pacifismo, de la solidaridad y de la ayuda recíproca. Los principios esenciales del grupo se fundan en una visión grupocéntrica que cristaliza en la creación de un tipo de control y guía sobre los miembros que intenta evitar eventuales formas de desviación o marginación. En ese sentido se puede hablar de una «comunidad extensa», que prima una integración pluralista por encima de una pertenencia religiosa en sentido estricto (Saint Blanc, 1999).

Esta concepción de grupo permite aligerar las sensaciones de malestar consecuentes al desplazamiento. Cuando está determinado por la necesidad de ganarse la vida en el exterior —como en el caso de los inmigrantes—, causa dolor por haber abandonado una situación de seguridad para dejar paso a otra de desequilibrio y falta de referencias, dentro de la cual se debe reorganizar el estilo de vida. Con la emigración entran en crisis todos los que se identifican como puntos de referencia de la existencia de un individuo: el

7 La *daa'ira* es una asociación religiosa urbana que nace alrededor de los años cuarenta y cinco, cuando Senegal experimentó el gran movimiento migratorio interior desde los poblados hasta las ciudades de Dakar, Thiés y Kaolack. Se propone recrear entre los miembros las dinámicas de la comunidad tradicional de procedencia, dando así cohesión y seguridad (Piga, 2000; Schmidt De Friedberg, 1994).

mundo afectivo, la lengua y la integridad física, sometida al cambio de clima y de alimentación (Atxotegui, 2000). La persona está «desplazada», fuera de lugar, vive una condición de «doble ausencia» tanto del país de origen como del lugar de destino. Aquí a menudo su presencia se justifica sólo en cuanto mano de obra, mientras se da poca atención al hecho de ser emigrante, con su historia de vida, su decisión de partir, su itinerario migratorio y su identidad (Sayad, 2002 [1999]).

En este contexto, el apoyo y la referencia del grupo puede constituir una ayuda fundamental contra los trastornos de la migración y la condición de aislamiento. Por eso aquí se habla de «comunidad inmigrada», aunque hay que reconocer que el concepto lleva consigo fuertes ambigüedades, ya que no presenta las características esenciales de la comunidad en la acepción antropológica del término.

Redfield habló de comunidad sobre la base de la pequeña dimensión, de la definibilidad, de la homogeneidad y de la autosuficiencia (Redfield, 1976 [1956]). La comunidad inmigrada, en cambio, justo por el hecho de estar «en movimiento» se presenta heterogénea y en continua transformación.

No existe «definibilidad»: en la ciudad en la que nace, la presencia de los inmigrados se dispersa entre los distintos barrios; ni siquiera hay «homogeneidad» de las procedencias, porque provienen de las grandes ciudades, de los pequeños centros urbanos o del campo. Finalmente, tampoco se encuentra la característica de la «autosuficiencia», porque el hecho mismo de ser inmigrado ya les pone en una condición de dependencia económica, laboral y jurídica (Giacalone, 2002).

La comunidad inmigrada siempre presentará una dimensión de fragmentariedad. El denominador común que une a los miembros de la comunidad inmigrada es la misma experiencia de inserción en una nueva realidad sociocultural.

Para entender mejor el concepto, es útil insertarlo en la visión del *ethnoscape*, es decir, el panorama de personas que forman el mundo actualmente tan poliforme: los turistas, los inmigrados, los refugiados, todos aquellos grupos en movimiento que se encuentran viviendo una situación de desterritorialización (Appadurai, 2001 [1996]). A través de este abordaje teórico uso el concepto de «comunidad» de manera crítica.

Eso concurre a contextualizar el análisis de los aspectos conceptuales y conductuales del fenómeno salud/enfermedad. En efecto, las acciones terapéuticas que pone en marcha el grupo en cuestión derivan de una con-

ceptualización de la enfermedad dentro de un marco cultural y socialmente orientado.

La representación de la enfermedad en el universo cultural senegalés aparece no circunscrita únicamente al cuerpo —es decir, que no pospone a una entidad clínica—, sino que se refiere a cualquier mal, acontecimiento negativo o quebranto (Beneduce, 1997) que rompe el equilibrio de un individuo, y también que se extiende hasta implicar a toda la comunidad.

La causalidad de la enfermedad y las modalidades con las cuales un individuo cuida de sí mismo responden a la vida de su grupo social y a las representaciones del malestar y sufrimiento que son construidas por sus miembros para su comprensión, explicación y, por lo tanto, reelaboración (Lanternari, 1994).

He podido llegar a mis conclusiones mediante un continuo entrelazamiento entre el material bibliográfico de referencia y las entrevistas que he llevado a cabo; todo ello me ha provisto de los elementos necesarios para luego indagar en los itinerarios terapéuticos y observarlos en su transformación y contemporánea comparación entre el país de origen y el de destino.

El concepto de itinerario terapéutico se configura como aquella sucesión de decisiones y estrategias realizadas por los individuos para afrontar los episodios concretos de padecimiento. Estas estrategias se llevan a cabo sobre la base de representaciones y prácticas sociales destinadas a la cura que implican a instituciones, estructuras y servicios para la salud, y que engloban a los usuarios, los enfermos/pacientes, los terapeutas y otros mediadores (sistemas de referencia profanas, personas que proveen de cura y seguimiento de los enfermos [Osorio Carranza, 1998]).

El itinerario terapéutico está jalonado por una serie de fases: percibir y experimentar los síntomas, localizar la enfermedad, establecer la tipología del enfermo (crónico, agudo, psiquiátrico), decidir cómo actuar, activar precisas acciones de búsqueda de cura y, por fin, valorar el efecto del tratamiento propio o de aquél producido por otros medios de cura (Kleinman, 1980).

Es fundamental el entorno del enfermo, ya que delimita el radio de acción del individuo y reviste el papel de una fuente real por la cual conseguir los remedios contra el mal. Las posibilidades de elección, por lo tanto, son múltiples: frente al individuo existe una variada elección terapéutica, que va desde la cura doméstica hasta los curanderos tradicionales y los médicos de hospital (Schirripa, 2002).

En tal universo se distinguen tres sectores de cura: el doméstico, que no presupone la intervención de un mediador externo y sólo implica a los

miembros del microgrupo con la intervención directa sobre el propio trastorno a través del recurso al patrimonio de conocimientos empíricos y representaciones terapéuticas transmitido de generación en generación (el saber popular); el ámbito ocupado por la figura del curador tradicional, que puede curar empíricamente, con la farmacopea y masajes corpóreos, o simbólicamente, con actuaciones propias de la religión islámica o animista; y el sector de la biomedicina, que se caracteriza por partir de un corpus médico-científico oficial.

Después de la manifestación de una enfermedad y de su toma de conciencia individual, la víctima emprende una serie de acciones para afrontar el mal y para restablecer la anterior situación de equilibrio. La primera fase del itinerario terapéutico está constituida por el proceso de autoatención, un concepto ampliamente tratado por Menéndez y que se refiere a cada solución provisional emprendida frente a una molestia leve y cotidiana, que se da en el ámbito doméstico y que no implica el recurso a un agente exterior. El autor la define como «la forma más frecuente de los conjuntos sociales respecto al proceso 's/e/a'⁸» (Menéndez, 1993: 74).

Desde la alimentación hasta la higiene, desde los masajes corporales hasta la farmacopea, desde la prevención hasta la cura de sí mismos: todas estas acciones dirigidas a ofrecer soluciones provisionales o definitivas a la víctima del mal (Menéndez, 1996).

La autoatención se divide en otros dos aspectos: la automedicación, que se refiere a las acciones de suministro de sustancias naturales o medicamentos farmacéuticos, y el autocuidado, que se refiere a los hábitos y conductas cotidianas para el mantenimiento de la salud.

El proceso de autoatención puede ejercitarse con el recurso a los saberes de la biomedicina (con la ayuda de los fármacos) o al saber popular. Menéndez lo define como una apropiación e integración de saberes de diferentes orígenes, que reformula su práctica médica (Menéndez, 1982⁹).

Los inmigrados contactados han explicado sus experiencias vividas en Senegal y luego en Cagliari de modo que se pudiera comparar las distintas actitudes en ambos polos del itinerario migratorio. Han apuntado que la primera forma de atención a la salud sucede precisamente en el ámbito do-

8 Salud/enfermedad/atención.

9 Una continua transformación a través de un encuentro/integración entre los saberes preexistentes (los saberes de las clases subalternas) y los saberes que están fuera del microgrupo, los producidos por la sociedad dominante (los biomédicos).

méstico. Esta actitud precede, en caso de necesidad, al recurso al agente de la salud, sea éste un exponente de la medicina tradicional o de la biomedicina.

En Senegal, cuando la autoatención no era suficiente, en la mayoría de los casos se acudía a las curas de un curandero tradicional. Los interlocutores me han hablado a menudo de experiencias de este tipo: desde el escayolado a través de trozos de madera y actuaciones religiosas, hasta los masajes acompañados por actuaciones contra el mordisco de serpiente.

Aquí la elección de la terapia se explica, además, mediante factores socioeconómicos que la condicionan: las técnicas de curación procedentes de la medicina tradicional asumen los rasgos de un repertorio utilizado en el momento en que el derecho a la salud no es respetado.

Los notables obstáculos económicos, determinados por la situación de los hospitales casi completamente privatizados y, además de eso, los problemas de desplazamiento para quien vive en el campo —lejos de los centros urbanos donde se emplazan las estructuras sanitarias—, hacen que la medicina tradicional sea la alternativa a las curas biomédicas. «En mi zona, en Senegal, hay algunos viejos que no han ido nunca al hospital¹⁰».

La accesibilidad al servicio de salud queda obstaculizada, entonces, tanto por el alto coste como por las paupérrimas condiciones de los hospitales públicos: «¡No hay nada! ¡No hay maquinarias, medicinas, aparejos, médicos! Luego te tratan mal¹¹».

Del análisis de los testimonios que se refieren al contexto de Senegal, se perfila un cuadro perfectamente en sintonía con lo que Menéndez sostiene sobre la persistencia del «saber popular» en el sentido de instrumento a través del cual la población sustituye la falta de apoyo médico con la creación de una línea alternativa a la oficial y dominante; es lo que Menéndez inserta en el Modelo Médico Subalterno (en contraposición al Dominante de la biomedicina).

En Cagliari la situación es muy diferente. Ante todo, el grupo primario no reviste el mismo papel tan determinante como en la tierra de origen, ni han surgido episodios de recurso a curanderos tradicionales en la tierra de acogida —a excepción de los *marabouts* de visita en la ciudad—. En segundo lugar, las dinámicas de hegemonía/subalternidad aparecen ampliamente reorganizadas: la posibilidad de recurrir a las curas adecuadas del hospital,

10 M., 39 años, Kaolack.

11 M., 39 años, Kaolack.

sin costosos gravámenes económicos, refuerza la sensación de seguridad de los individuos emigrantes.

En este contexto, los procesos de autoatención se refieren a los remedios ofrecidos por el repertorio de la medicina tradicional en términos de autocuidado; al respecto, se usa predominantemente la farmacopea, mediante hierbas e infusiones, para combatir los problemas de dolor de cabeza, dolor de estómago y cansancio excesivo; por lo tanto, para molestias leves y para mantener un bienestar.

El uso de la farmacopea es posible gracias a la intensa red de comunicación con el país de origen que se activa cada vez que un emigrante va y viene de Senegal, lo que permite superar las dificultades de provisión de las hierbas medicinales. «Aquí nuestra medicina se usa menos, porque hay el hospital y, si tienes a tu médico, con la receta las medicinas cuestan muy poco. De toda manera se usa, porque nos intercambiamos algo entre nosotros. Algunas hierbas también se encuentran en una tienda en Cagliari, pero en todo caso quien vuelve de Senegal lleva siempre consigo un poco de estas¹²».

En Cagliari, la prioridad de elección, en caso de enfermedades graves, se ha dirigido al sistema biomédico por su calidad de diagnóstico, eficiencia y rapidez de curación. «Demasiado a menudo en Senegal ocurre que estás enfermo y que piensas que aquel trastorno sea debido a brujería, a la culpa de una persona mala, que te quiere hacer mal [...] Entonces te cuidas de modo equivocado y a lo mejor alguien muere, porque en esta manera se ha descuidado de sí mismo. En el hospital, en cambio, sólo con una radiografía se ve todo y así estás seguro de no tener nada grave o, si lo tienes, de ser curado enseguida¹³».

Se dan también, no obstante, episodios de recurso a prácticas de cura de trasfondo religioso. Al diagnóstico hospitalario, elegido prioritariamente por los instrumentos tan seguros de que dispone, le sigue el recurso al *marabout* en visita y a su cura resolutive basada en el Corán (con actuación o baño purificador). La práctica más difundida, llamada *Safara*, consiste en sumergir en un vaso lleno de agua una hoja de papel con algunos versos coránicos escritos; «desatado» el ruego, el fiel la bebe o luego la usará para mojarse con fines purificadores. En estos casos, las posibilidades de la biomedicina encuentran sus límites. «Hay algunas enfermedades que el hospi-

12 A., 40 años, Louga.

13 F., 43 años, Dakar.

tal no puede curar. Por ejemplo, si estás mal porque tienes un *djiin* dentro de tu cuerpo, el médico no puede verlo. Puede hacer todas las radiografías que quiera, pero no servirán a nada¹⁴».

La inmigración es considerada necesaria por el senegalés, sea bajo el aspecto económico, porque permite la posibilidad de vivir, una vez de vuelta en el país de origen, con más decoro él mismo y su familia, sea bajo otros condicionantes, como la adaptación a la diversidad y la adquisición de madurez y de sabiduría.

En este último caso, la experiencia migratoria estará, entonces, fuertemente proyectada hacia lo que enriquece espiritualmente. «Para nosotros, el viaje es muy importante también para conocer otros lugares, otras personas, otras culturas. Para nosotros es importante vivir experiencias nuevas para aprender muchas cosas. Así, cuando vuelvas a casa, podrás contar mucho, porque has hecho muchas experiencias¹⁵.»

La importancia de las creencias espirituales se nota en la vida cotidiana de las personas, aunque se dé en un contexto no conforme a ellas. Por ejemplo, la inabarcable separación de la propia tierra comporta también falta de seguridad por la imposibilidad de «pisarla» y, de este modo, recibir protección por los antepasados que la habitan. Esa lejanía expone a riesgos y peligros, contra los cuales se puede hacer frente con el *gris-gris*, un amuleto que se prepara antes de emprender el viaje. Su forma es la de una pulsera de cuero para la muñeca o el antebrazo, aunque también se puede presentar en forma de cinturón. Además, lleva un saquito en donde se depositan algunas hierbas y versos coránicos o animistas, que el sujeto recitará cotidianamente. La preparación es requisito indispensable para su eficacia y por eso tiene que ser hecho por una persona experta, un *marabout*, que lo elaborará según la exigencia. Existe una enorme variedad de *gris-gris*: contra los espíritus malvados, contra ataques de brujería, contra la derrota durante una pelea y contra un resultado negativo de la misma experiencia migratoria, como, por ejemplo, el peligro de encontrar un oficial de las fuerzas del orden en caso de irregularidad¹⁶.

Es interesante observar cómo el amuleto, nacido para afrontar las problemáticas propias de un determinado universo de creencias, se «recontextualiza» y asume nuevos sentidos en relación con las problemáticas que de-

14 K., 57 años, Dakar.

15 M., 39 años, Kaolack.

16 En caso de falta de permiso de residencia.

rivan del nuevo entorno social de referencia. «Cuando la policía me paraba, yo lo apretaba fuerte con la mano sobre el brazo y cada vez me han siempre dejado ir¹⁷», nos comentó un interlocutor, presentándose el objeto como el remedio utilizado durante el primer periodo de permanencia en Italia contra el riesgo cotidiano de ser expulsado por la falta de permiso de residencia.

Por lo que concierne a los servicios de asistencia sanitaria ofrecidos por la ciudad, los interlocutores han manifestado durante los coloquios un alto nivel de satisfacción: trato respetuoso y digno, maneras amables durante las visitas, etc.

Sorprendentemente, no han surgido cuestiones vinculadas a las dificultades de comunicación entre los senegaleses y los agentes sanitarios. Nadie entre ellos ha hablado de obstáculos por la diferencia de universo cultural, conceptual y terapéutico, ni por las aún más plausibles dificultades lingüísticas.

Por eso he intentado en todo momento ponerme en la óptica de una interpretación crítica de los resultados, teniendo en cuenta la eventualidad de que, a través de las entrevistas, de forma más o menos voluntaria, los interrogados desearan proyectar no tanto la misma percepción del fenómeno salud/enfermedad, sino un modelo ideal al cual aspiran.

De todas formas, entre los inmigrados contactados muy pocos han ido al hospital y eso encuentra su reflejo en otro concepto importante, el llamado «efecto emigrante sano», que se refiere a una autoselección individual que se realiza antes de emprender el viaje. En un principio, se valora el propio cuerpo como la moneda de cambio que se ofrece a la nueva sociedad y, por lo tanto, un requisito fundamental es ser jóvenes, fuertes, sanos y con espíritu de iniciativa (Geraci, 1995; Colasanti, Geraci y Pittau, 1991).

Con posterioridad, el malestar psicológico de la condición de inmigrado, la falta de trabajo y dinero, la falta del apoyo familiar, el clima y las costumbres alimenticias distintas crean «factores de riesgo». En este sentido, me ha parecido interesante observar que en Cagliari las enfermedades más extendidas entre los senegaleses se presenten como consecuencia de condiciones de vida incómodas: vivir en casas ruinosas, húmedas, con condiciones higiénicas precarias¹⁸.

17 F., 43 años, Dakar.

18 Los datos ofrecidos por la ASL (Empresa de Sanidad Local) de Cagliari, referidos a los años 2001 y 2002, nos dan un cuadro del empleo de los hospitales por parte de los senegaleses y de las enfermedades más difundidas. En 2000 fueron principalmente de tipo infeccioso y parasitario, de la sangre y del aparato gastrointestinal; en 2001, de tipo cardiocirculatorio, de la espalda, de la piel y del aparato gastrointestinal. Todos los trastornos aparecen por lo tanto atados a las con-

En segundo lugar, resulta imprescindible reflexionar sobre las dinámicas entrevistador/entrevistado para analizar las informaciones de manera flexible. El ámbito que he indagado constituye una esfera personal del individuo y, por consiguiente, he supuesto que mi solicitud de información podría resultar, en cierta medida, entrometida o generadora de incomodidad. Insistir con preguntas sobre el tipo de enfermedad o sobre la relación de comunicación-comprensión entre el médico y el paciente ha llevado a menudo a respuestas que revelaban un velado malestar embarazoso; a esto se añade el hecho de ser mujer¹⁹.

Además, es necesario relacionar la percepción tan positiva de los servicios sanitarios con la realidad del país de origen. Está claro que, si para recibir en el país de origen curas de nivel apropiado hay que pagar, sólo puede ser considerado en términos positivos un sistema que les permite a todos, pobres y ricos, disfrutar de los servicios ofrecidos de modo gratuito, con las prestaciones a cargo del Estado.

En todo caso, es una impresión que debe considerarse matizadamente. La literatura de referencia nos dice que el itinerario de inserción del extranjero en el sistema sanitario italiano ha encontrado siempre dificultades. El debate que el problema de la salud de los inmigrados y de los «extranjeros» suscita a escala política y social es amplio: el extranjero, por ser externo al tejido social autóctono, por venir de lejos, aún más si es de países «pobres», poco conocidos, con culturas diferentes, es visto en todo caso como una persona «a controlar», especialmente desde el punto de vista sanitario.

Por otra parte, la evolución de la actitud manifestada por el personal médico respecto a los inmigrados se divide en tres momentos (Geraci, 1995): el del exotismo, el del escepticismo y el del criticismo.

La fase del exotismo se refiere al proceso de «producción de imágenes» del otro, el paciente inmigrado, tal vez considerado como potencial portador de enfermedades de tipo exótico y gravemente contagiosas.

En la fase del escepticismo, el extranjero pierde estas apariencias de contagio, pero su demanda de curación, igualmente incomprendida por el personal médico, es interpretada ahora como hipocondría, y el propio paciente es considerado a menudo un «mequetrefe».

diciones ya señaladas, pero también a las de malestar cultural, a somatizaciones engendradas por un desequilibrio entre expectativas y situaciones reales de vida.

19 Sólo han sido entrevistados hombres, por la escasa presencia de mujeres senegalesas en Cagliari y su «invisibilidad» en la vida cotidiana de la ciudad.

Por fin llega la fase del criticismo, después de que se tome conciencia de que la incomprensión ante las exigencias del paciente extranjero derivan de un elemento bien preciso, que va más allá de un virus u otro mal desconocido. El enfoque recae ahora en el hecho de que el paciente, en cuanto «hombre» ante todo, aporta una historia personal y una concepción del propio cuerpo, de la salud y de la enfermedad (Geraci, 1995).

En este ámbito de investigación, asumen una importancia determinante los estudios sobre los *explanatory models* (Kleinman, 1980), que representan los saberes médicos, tanto de los terapeutas – tradicionales y profesionales – como de los pacientes, respecto a la etiología de la enfermedad, a la sintomatología y a la cura del mal. En otras palabras, representan las nociones y las concepciones acerca de un episodio de enfermedad y de su trato que son utilizadas por los individuos implicados en el proceso terapéutico. Estos modelos, cuando se expresan en el encuentro clínico, pueden crear conflictos comunicativos; por otro lado, son fundamentales para los objetivos de la relación terapeuta/paciente, en cuanto instrumentos que le permiten al médico entender el sentido que el paciente le da a su propia enfermedad y a su posible remedio (Comelles y Martínez-Hernández, 1993).

La legislación italiana en materia de asistencia sanitaria para los inmigrantes²⁰ ofrece la posibilidad, en efecto, de acceder al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a los ciudadanos regularizados y domiciliados que desarrollan una actividad laboral, lo que les permite obtener el seguro contra la enfermedad. La inscripción en el SSN es un derecho y un deber tanto para los italianos como para los extranjeros que presenten tales requisitos. Los que no tienen el permiso de residencia han podido acceder al tratamiento médico – sólo a partir de los años noventa del pasado siglo – a través de las tarjetas STP (Extranjero Temporalmente Presente), con las cuales únicamente se tiene derecho a curas ambulatorias y hospitalarias urgentes y esenciales.

En resumen, de este cuadro general se desprende que los comportamientos de autoatención en la tierra de procedencia representan una modalidad de acción por parte de quien no goza de plena accesibilidad a las estructuras sanitarias, lo que responde al esquema clásico de las dinámicas hegemonía/subalternidad, mientras que en la tierra de migración se encuentran en continua transformación y adaptación a las variadas situaciones de desplazamiento.

20 Para las leyes italianas se puede consultar la página web del Ministerio del Interior (www.interno.it).

Es decir, se confirma una vez más lo que la cultura representa: nunca algo estático y fijo, sino una realidad que, con sus disparidades, experimenta cambios y transformaciones en relación con el contexto con el que se pone en contacto.

Bibliografía

- AMSELLE, J. L. (2001[2001]), *Conessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*, Bollati-Boringhieri, Torino [edición original: *Branchements. Antropologie de l'universalité des cultures*, Flammarion, Paris].
- APPADURAI, A. (2001[1996]), *Modernità in polvere*, Meltemi Editore, Roma [edición original: *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis-London].
- ATXOTEGUI, J. (2000), «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial», en PERDIGUERO y COMELLES (compiladores), *Medicina y cultura. Estudios sobre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- AUGÉ, M. y HERZLICH, C. (compiladores) (1986[1983]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano [edición original: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers].
- BENEDUCE, R. (compilador) (1997), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmanattan, Torino.
- BENEDUCE, R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- CARITAS DI ROMA (2003), *Dossier Statistico Immigrazione 2003*, Anterem Editore, Roma.
- CARTA, M. G.; CARPINIELLO, B.; COPPO, P.; HARDOY, M. C.; REDA, M. A.; RUDAS, N. (1990), *Cambiamento sociale e modificazioni psicopatologiche. Risultati di un programma di ricerche in popolazioni africane*, Clinica psichiatrica, Università di Cagliari.
- COLASANTI, R.; GERACI, S.; PITTAU, E. (1991), *Immigrati e salute. Paure, miti, verità*, COLLANA ISCOS- Lavoro, Roma.
- COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ ERNÁEZ, A. (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Edema, Madrid.

- GERACI, S. (1995), «La salute degli immigrati in Italia», en MORRONE, A. (compilador) (1995), *Salute e Società Multiculturale*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- GERACI, S. (ed.) (1996), *Immigrazione e salute. Un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale italiana e regionale*, Edizioni Anterem, Roma.
- GIACALONE, F. (ed.) (2002), *Marocchini tra due culture. Un'indagine etnografica sull'immigrazione*, Franco Angeli, Milano.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- LANTERNARI, V. (1994), *Medicina Magia Religioni Valori*, Liguori, Napoli.
- LOSPINOSO, M. (1987), *Ombre divine e maschere umane*, Liguori, Napoli.
- MASCARELLA, L.; COMELLES, J. M.; ALLUÉ, X. (2002), *La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España*, [Documento en línea www.salutepertutti.org/spain.pdf].
- MENÉNDEZ, E. L. (1982), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.
- MENÉNDEZ, E. L. (1993), *Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo.
- MENÉNDEZ, E. L. (1996), «Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura», AM. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1996, n. 1-2.
- MORRONE, A. (compilador) (1995), *Salute e Società Multiculturale*, Raffaello Cortina Ed., Milano.
- OSORIO CARRANZA, R. M. (1992-1993), *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles*, Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- FIGA, A. (2000), *Dakar e gli ordini sufi: processi socioculturali e sviluppo urbano nel Senegal contemporaneo*, Bagatto, Roma.
- PERDIGUERO, E.; COMELLES, J. M. (compiladores) (2000), *Medicina y cultura. Estudios sobre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- REDFIELD, R. (1976 [1956]), *La piccola comunità, la società e la cultura contadina*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- SAYAD, A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano [edición original: *La double absence*, Editions du soleil].

- SCHIRRIPA, P. (2002), «Uguaglianza di diritti e cittadinanza plurale. Il servizio sanitario pubblico e le risposte alle domande di cura degli immigrati extracomunitari», *L'arco di Giano*, 2002, n. 31.
- SCHMIDT DI FRIEDBERG, O. (1994), *Islam, solidarietà e lavoro. I muridi senegalesi in Italia*, Fondazione Giovanni Agnelli, Torino.
- SENGHOR, L. S. (1971), *Poemi Africani*, Rizzoli, Milano.

Las dinámicas de la relación entre médico y paciente inmigrante: un estudio etnográfico en Umbría (Italia)

Maria Pellicciari

Fondazione Angelo Celli, Perugia

Traducción: Serena Brigidi y Laura Mascarella

I

Desde hace mucho tiempo, la antropología juega un papel fundamental en la comprensión de las dinámicas que estructuran las relaciones sociales en el seno de la biomedicina. Esto ha favorecido, a distintos niveles, la popularización de algunos conceptos clave de la antropología en relación con algunos temas; así, en medicina se habla de las diferencias sociales y culturales de las que son portadores pacientes «diversos», y de cómo su reconocimiento y su comprensión son un factor clave en una correcta relación médico-enfermo. Suelen, de manera más difusa, organizarse cursos de «medicina transcultural», o *cross-cultural*, que enseñan cómo pacientes venidos de los más diversos contextos sociales y culturales pueden presentar diferencias en su aproximación a la salud y la enfermedad que deben saberse interpretar y gestionar de manera adecuada por los profesionales de la salud.

Una reflexión antropológica correcta y «crítica» debe, sin embargo, estar alerta ante un acercamiento que a la larga puede, paradójicamente, contribuir a reforzar la convicción de que la «diferencia» sea una esencia, un dato casi genético, y resida exclusivamente en el Otro (Beagan, 2000); que

la «diversidad» sea una característica objetivamente presente en sujetos y comportamientos específicos (Fabian, 2000 [1983]). Con el fin de facilitar la actividad de los profesionales de la salud, desde la Medicina no se impulsa la autorreflexión y autocrítica a partir de una discusión a un mismo nivel, a la que desde las Ciencias sociales no se ponen obstáculos, y se termina por consolidar y perpetuar una visión cosificante e instrumental de la cultura, típica de una teoría antropológica superada por las perspectivas críticas de los últimos veinte años.

Nosotros, como antropólogos, no podemos – por el hecho de que afrontamos el tema de la inmigración, y que nuestras investigaciones sirven para producir material formativo para profesionales sanitarios – dejar de distanciarnos de un concepto rígido, estático y esencialista de «cultura», ya que ésta debe ser entendida como una concepción procesual, como «práctica», como proceso de producción dinámico históricamente determinado. Son las relaciones sociales las que dan autoridad y poder a determinados «códigos» culturales específicos, los cuales legitiman a su vez la estructuración de relaciones sociales específicas, en un esquema dialéctico en constante mutación.

Es en la obra de Antonio Gramsci (de forma un tanto paradójica, si pensamos en la época de la escritura *gramsciana*) donde encontramos claves decisivas para subvertir los viejos límites de una idea de cultura como un catálogo sencillo y estático de valores, representaciones, actitudes y comportamientos. Basta pensar en su concepto de *hegemonía* o sentido común, ambos caracterizados como elementos cambiantes, en constante relación dialéctica. La cultura está ligada al Ser, a la individualidad, a la percepción subjetiva: el individuo no es un sujeto meramente pasivo de una cultura impuesta inconscientemente por otro e incorporada, es un sujeto que a través de una especie de metabolización crítica (ya que está filtrada por la experiencia y por las relaciones) se convierte de algún modo en productor de cultura¹.

La revisión del concepto de cultura ha permitido también una nueva discusión crítica de conceptos relacionados como «etnia» e «identidad», que vuelven a ser claves en un discurso sobre la migración. Son productos, en cierta medida, de la ambigua connivencia de la antropología con el colonialismo, que continúan formando parte de la producción, manipulación y legitimación de conflictos sociales, del ocultamiento de dinámicas de poder

1 La antropología anglófona ha elaborado el concepto de *agency* enlazando con un elemento constitutivo del pensamiento de Gramsci, presente en toda su obra. El movimiento crítico en Antropología médica ha usado mucho este concepto –autores como Comaroff, Margaret Lock o Nancy Scheper-Hughes.

generadoras de violencia social y, en la práctica, de estereotipos como «técnica» —en términos de Foucault— de creación y gestión de tipologías específicas de sujetos, en este caso de ciudadanos. En realidad, favorecen la naturalización, biologización o medicalización de las desigualdades y del sufrimiento social.

Son las relaciones sociales las que producen diferencias, y son éstas las que, a su vez, estructuran relaciones sociales específicas. También el encuentro entre médico y paciente —y, en particular, entre médico «local» y paciente «extranjero»— puede ser observado desde esta perspectiva para intentar comprender que «etnia» e «identidad» son instrumentos o ámbitos conceptuales que producen una enorme energía «cultural», y que incluso en el contexto terapéutico son utilizados con fines y estrategias específicas. Parfraseando a Dal Lago, un notable sociólogo italiano, podemos decir que «no es el contacto entre culturas lo que provoca el conflicto, sino que otro tipo de conflicto si acaso crearía algunas tipologías de identidad cultural»; un conflicto que encuentra su origen a menudo en las lógicas y en las políticas de los Estados-nación (Dal Lago, 1999). El por qué esto ocurre hace necesario comprender desde esta perspectiva puede ser útil e interesante al observar la cuestión «migración y salud»: es decir, si los «problemas» que se encuentran en su interior son meramente *de los inmigrantes* o, al contrario, de la sociedad «indígena» y de sus instituciones *frente a los inmigrantes* (Sayad, 2002).

II

Desde esta perspectiva, y con este enfoque teórico, presencié visitas —con bata, y por lo tanto, como un estudiante en prácticas de Medicina— en algunos ambulatorios de medicina general del distrito n. 2 de la *Azienda sanitaria locale* de Perugia (Italia), desde diciembre de 2000 hasta marzo de 2002, durante la experiencia de campo en el doctorado de investigación en «Metodologías de la investigación etnoantropológica». Es en el lugar de encuentro entre el médico y el paciente donde lógicas culturales y retóricas discursivas sobre cuerpo, «salud» y «enfermedad» enlazan, chocan, se transforman en un proceso de negociación que no puede ser banalizado como una especie de pulso entre dos individuos portadores de diferentes valores culturales, sino como una arena en que cada uno de ellos utiliza la presencia del otro

para afirmar la propia subjetividad sobre la escena, las modalidades que sucesivamente se le ofrecen y qué es lo que valora como más idóneo.

Si la hegemonía es persistente y su presión se ejerce con fuerza sobre médicos y pacientes, en cuanto sujetos de un único «campo», podemos decir también que la posición del médico es ambivalente, ya que el juego entre poderes sigue dinámicas muy similares a aquellas que maneja cada paciente. También sí, según modalidades diferentes, en ambos casos lo que se mide es el drama de la afirmación autónoma del sujeto, y a su vez la resistencia a las formas hegemónicas, en particular de las instituciones médicas. Cada uno de los actores utiliza con este fin los instrumentos que tiene a su disposición y que, paradójicamente, son a menudo los mismos —aunque a veces utilizados en clave «subversiva»— que la hegemonía les garantiza a ambos con finalidades de control, para sancionar y delimitar la propia escena social (por ejemplo, todos aquellos objetos que constituyen el andamiaje simbólico de la profesión médica, y que además de su función técnica aportan un valor de estatus: la bata, el estetoscopio, el esfigmomanómetro, etc.) En efecto, si en alguna medida el espacio del encuentro terapéutico constituye también para el paciente una oportunidad para reafirmar el derecho a la autogestión del propio cuerpo, para el médico es el lugar en el cual —a resultas de la continua confrontación entre la institución médica y la «identidad» profesional que aquella ha hilvanado para él— en el que es posible reivindicar una *propia* modalidad de ser médico. Resulta reduccionista contemplar la relación entre médico y paciente sólo como oposición: a veces son aliados, a veces son adversarios, el desafío para cada uno de ellos reside mucho más allá de los confines de la consulta. La estrategia retórica que los opone el uno contra el otro parece responder a la voluntad de anular la carga del desafío.

El cuerpo del paciente, donde van a inscribirse las formas hegemónicas, no es un recipiente inerte y pasivo, sino un lugar que elabora formas de resistencia a las inscripciones sociales y las formas políticas dominantes. Los médicos, en cuanto intelectuales «orgánicos», desarrollan una función de mediación de un poder que, a través de ellos, el Estado ejerce sobre los cuerpos de los enfermos, una acción posible porque entre estas dos tipologías de sujetos (los médicos y los pacientes) existe un ámbito compartido de cultura más o menos amplio (Frankenberg, 1988). Pero, ¿cómo reaccionan los sujetos solos en estas dinámicas? Y, ¿qué pasa cuando ese ámbito de cultura compartida se reduce, o está oculto, como sucede en la relación con algunos pacientes extranjeros?

III

Lo que entre médicos y pacientes es un diálogo a escala «local» tiene un valor en sí «supralocal» más amplio, de resonancia dialéctica con los distintos ámbitos del campo social: ambos dialogan simultáneamente y de manera implícita con la estructura social, sus formas, sus sujetos y sus instituciones, unas veces incorporando los hábitos de la hegemonía, otras tratando de «quitarse de encima» sus trazas naturalizantes. Las connotaciones sociales de la salud y la enfermedad proyectan, en realidad, la interacción entre médico y paciente sobre la arena de una especie de drama colectivo, de una *performance* en la que los actores, solos – tanto el médico como el paciente, aunque de forma distinta –, expresan adhesión y pertenencia o, al contrario, rechazo, incomodidad, alienación: «estas dos formas de expresión corporal existen en relación dialéctica, expresando las tensiones y alienaciones que existen en cada lugar de la vida social» (Scheper-Hughes, 2000 [1994]: 285). Como todos los ámbitos sociales en los que actúan los individuos, también el encuentro terapéutico puede ser interpretado como un lugar de producción de entendimiento o disentimiento.

Los médicos, por ejemplo, estructuran la relación con los pacientes extranjeros de forma diferente y compuesta, no siempre coherente, según el momento y la situación (como es obvio, una vez establecido que «pacientes extranjeros» es un concepto de por sí abstracto): a veces incorporando de manera total el modelo dominante, a veces resistiéndose.

Aunque la misma dinámica acompaña también el encuentro con los pacientes locales, en el caso de los médicos locales y pacientes de reciente inmigración adopta trazos específicos y peculiares. Dado lo problemático de la presencia inmigrante en cuanto a que reta los límites materiales y simbólicos de los estados nacionales, tal ámbito parece objeto, más que nunca, de una fuerte presión hegemónica con vistas a la consecución de espacios de resistencia sin duda angustiosos. El proceso hegemónico se expresa, por ejemplo, con la «naturalización» de la categoría de inmigrante como «sin derecho», como «no ciudadano». La desigualdad social es, en ciertos casos, incorporada profundamente por médicos y profesionales sanitarios, y considerada como una condición no sólo «obvia», sino que cada intento de aproximación también puede ser visto como una acción en alguna medida criticable, cuando no condenable. Esta actitud se ejemplifica en el modo de tratar al paciente inmigrante, con una retórica asistencialista y pedagógica

que, como sugería Sayad (*op. cit.*) a propósito de los inmigrantes argelinos en Francia, desemboca en resentimiento cuando el inmigrante accede a recursos utilizados habitualmente por los pacientes «locales». Por ejemplo, cuando, enfermo o desvalido, busca obtener un reembolso más ventajoso para él y hacer fructificar mejor el daño recibido. O al intentar forzar la diagnosis en clave «somática» cuando el lenguaje médico ya lo tiene situado en el ámbito psíquico o «funcional», sin considerar —como ha dicho Sayad— que si el discurso sobre el inmigrante tiende a identificarlo con su cuerpo en cuanto fuerza de trabajo (y que en el trabajo y en las otras circunstancias que resguardan y utilizan el cuerpo del inmigrado es *inferior*), sólo la enfermedad diagnosticada como somática adquiere legitimidad también para el mismo inmigrante. Como consecuencia, la «somatización» o el no reconocimiento de la enfermedad física termina por generar en el paciente extranjero la duda acerca del juicio médico. Ya que, entre otras dificultades, «la enfermedad parece privar al trabajador inmigrado enfermo del estatus que tiene en la inmigración y el relativo equilibrio [conquistado], él espera de la institución médica la curación que pueda determinar la restitución casi mágica de la propia identidad de inmigrado y del equilibrio desaparecido. Al inmigrado, incierto sobre su propio estatus —recuerda siempre Sayad (*op. cit.*, págs. 243-244)—, no le queda más que refugiarse en la enfermedad» esperando que la medicina lo cure y le restituya el daño sufrido. Pero la institución médica lo elude, no interrogándose sobre las raíces profundas de su sufrimiento, y condenándolo a ser responsable de su estado. «De esta manera entre el inmigrado y la institución médica se establece una relación ambivalente, hecha de malentendidos» Sayad (*op. cit.*, 246), una mutua incompreensión vinculada a las expectativas divergentes que cada uno pone en la acción del otro, al uso «irracional» y anárquico que el inmigrado hace de la medicina por fines distintos de aquéllos que ella misma se atribuye. Una tensión provocada por el hecho de que sus «reivindicaciones excesivas» ponen en discusión los presupuestos implícitos que presiden el sistema de justificación compartido «normalmente» entre médicos y pacientes. Esta lucha desigual genera a menudo una violencia que las instituciones, y también los médicos, juzgan gratuita e «irreconocible», no reconociendo así la dificultad que estos individuos encuentran a la hora de comprender y hacer propias las «llaves» que abren las puertas de la reciprocidad y de la legitimación, aquellos «códigos» que, en el interior de una sociedad dada, regulan también las controversias y las relaciones conflictivas.

En tal sentido, se entiende – sobre todo en estos casos – el énfasis de algunos médicos, al comentar sobre esos pacientes, en el «nosotros» y el «vosotros»/«ellos», lo que parece vehicular, aunque inconscientemente, el pensamiento de Estado sobre desigualdad de derechos y privilegios:

«¡Se les trata mejor que a los italianos! Demasiadas pretensiones, deberían contentarse. Son ellos que deben adecuarse [...]» (Dr. G.) «Tienen su manera de hacer, son todos ilegales. Eh, sí, porque estos proceden en general de Sudamérica o de Albania y allí deben pagar el médico o no tienen los medicamentos, no tienen fármacos, y entonces cada cosa es un problema. Y estos han entendido que Italia es el País del Bienestar, que pueden darse una vueltita por el hospital, hacer unas RX [...] Se aprovechan de todo, de todo» (Dra. M.) «¿Sabes que me comentaban cuánto ganan estos en los semáforos? ¡Pero ganan mucho, eh! Y «pero como yo tengo que trabajar, tengo que pagar los impuestos», y esta gente aquí gana todo en negro, y todos lo permiten. ¿Por qué? [...] Son aprovechadores, se aprovechan, ¿entiendes? A ver, por caridad, también está la persona de verdad que viene porque necesita trabajar, porque es un desgraciado, pero después ves aquellos que sacan el paquete de Marlboro, que vale tres euros el paquete, y te dice que no tiene el dinero para pagarse las analíticas. ¿Eh? No, aquellos con la chaqueta de piel de la Nike, ¿no?, ¡pues te cuentan que no tienen dinero! Eh, pero entonces que no compren aquella ropa y se hagan los análisis, ¿no?» (Dra. B.)

Desde esta perspectiva pueden también contemplarse las dificultades comunicativas puramente lingüísticas de las que se quejan los profesionales: «¡Es un asco! No entienden el italiano, no conseguimos hacerles entender lo que han de hacer» (Dr. T.), pero que son muy poco relevantes cuando se trata de desarrollar en la práctica cotidiana una estrategia comunicativa que permita que sean comprendidos. Porque para estos médicos parece ser irrelevante, por ejemplo, el uso del dialecto local o de un lenguaje médico especializado en el diálogo con el paciente que gestiona, aun de modo precario, la competencia lingüística en el país de inmigración. ¿Por qué, si no es por una naturalización de las jerarquías sociales, el doctor T., aunque abierto y disponible, no pone en duda tampoco que una joven mujer ecuatoriana llegada para visitar la hija por problemas de abdomen pueda no comprender su diagnóstico cuando tras la visita dice: «¿será un malestar de bases funcionales?».

Pero existe también otro dispositivo que los médicos ponen en juego en su relación con extranjeros (aunque no sólo con ellos), y que atestigua el éxito del proceso de incorporación a la hegemonía: el de la reivindicación

«identitaria». Mediante la apropiación y reproducción de estereotipos (sobre todo de matriz étnica) se intenta afirmar la propia posición de poder en el interior de la institución médica. Por eso el doctor S., figura de relieve en el ambiente político de la medicina general de Perugia, utiliza la retórica identitaria tanto en el diálogo directo con los pacientes inmigrantes (en presencia de la «mirada» del antropólogo, n.d.r.), como en el diálogo con pacientes italianos (también conmigo), con los que intenta construir alianza e infundir confianza:

«Yo estoy vinculado a mis raíces, y no me avergüenzo de decirlo, ¿qué hay de malo?» A una paciente italiana le dice en tono irónico: «sois o quedáis pocos, en aquella calle, de autóctonos. ¡Dentro de poco se necesitará el pasaporte para ir por aquella calle!». Mientras escribe su nombre en una prescripción, dice bromeando a una paciente peruana: «¿Por qué no os naturalizáis los nombres? ¡Qué faena escribirlos!». Con una paciente de edad avanzada bromea acerca de cómo se ha instaurado ya entre ellos una relación de confianza, ya que se levanta y saludándola dice: «Ahora le saludo [...] que están los extracomunitarios allá que esperan».

Es interesante también observar casos en los que, al contrario, se da en la actitud del médico una resistencia contra las formas dominantes de construcción de la diversidad, lo cual confirma lo dicho a propósito de las dinámicas de poder y el uso de estereotipos identitarios. Son médicos que, de alguna manera, se oponen abiertamente, manifiestan una actitud de solidaridad y expresan, a través de alianzas de tipo «horizontal», su oposición a los modelos dominantes. Es el caso del doctor O., ex médico del trabajo, que se enfadaba frecuentemente por la falta de servicios de la sanidad pública y por los derechos no atendidos de los pacientes, y que frente a las peticiones de un joven marroquí de darle algo que lo «levantara», porque se sentía siempre cansado y no conseguía trabajar, le regaló unos frascos de vitaminas que tenía en el cajón y le aconsejó tomarse tiempo para descansar:

«¡Ponte de baja! Si puedes, naturalmente [...] sé que para vosotros las cosas son muy duras. Me acuerdo de tu amigo Mohamed, que lo han despedido porque se quedó en casa por baja un par de semanas».

En un artículo reciente del *Annual Review of Anthropology*, Nguyen y Peschard han subrayado la importancia de la «dimensión política de la terapia», recordando que las políticas terapéuticas influyen sobre el cuerpo de los individuos midiendo el impacto de la desigualdad social en salud. Ya que los sistemas terapéuticos legitiman las formas que el sufrimiento asume en una sociedad dada, es en su interior donde pueden encontrarse espacios

de autonomía y de resistencia dialéctica a las formas dominantes. Los sujetos que conforman los «pulsos operativos» (en este caso los médicos), concededores más o menos, contribuyen de manera activa a exacerbar o alienar las desigualdades existentes. El reforzamiento de esta conciencia puede ser uno de los objetivos del acercamiento entre la medicina y la antropología.

Bibliografía

- BEAGAN BRENDA, L., «Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients», en *Social Science & Medicine*, vol. 51, n. 8, 16 de octubre de 2000, págs. 1253-1265.
- DAL LAGO, A., *Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano, Feltrinelli, 1999.
- FABIAN, J., *Il tempo e gli altri. La politica del tempo in antropologia*, traducción del inglés al italiano de Lucia Rodeghiero [edición original: *Time and the other*, Columbia University Press, New York, 1983], L'Ancora del Mediterraneo, Napoli, 2000, 222 págs.
- FRANKENBERG, R., «Gramsci, culture and medical anthropology: Kundry and Parsifal? Or rat's tail to sea serpent?», en *Medical Anthropology Quarterly. International journal of the cultural and social analysis of health*, vol. 2, n. 4, diciembre de 1988 [nuova serie], págs. 324-337.
- NGUYEN, V.-K.; PESCHARD, K., *Anthropology, inequality, and disease: a review*, vol. 32, octubre de 2003, págs. 447-474.
- SAYAD, A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, prólogo de Pierre Bourdieu, introducción de Salvatore Palidda, traducción del francés al italiano [edición original: *La double absence*, Éditions du Seuil, Paris, 1999], Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002, XVI, 404 págs.
- SCHEPER-HUGHES, N., «Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica», en BOROFKY, R. (ed.), *L'antropologia culturale oggi*, págs. 281-295, traducción del inglés al italiano [edición original: *Assessing cultural anthropology*, McGraw-Hill, 1994], Meltemi, Roma, 2000, 667 págs.

Reflexiones sobre una investigación precaria: la salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao) a finales del siglo xx

Mari Luz Esteban

En la primavera de 1996 un equipo de seis mujeres llevó a cabo una investigación sobre salud y migración extranjera en el barrio de San Francisco (Bilbao), que fue coordinada por la autora de este artículo. Todas nosotras habíamos participado previamente en un ciclo de seminarios sobre la promoción de la salud entre los inmigrantes extranjeros, organizado por Beatriz Díaz¹ a partir de un convenio de la Fundación EDE² con la Secretaría General de Acción Exterior del Gobierno Vasco³. La formación y conocimientos de las seis investigadoras, tanto sobre migración y salud como sobre metodología y práctica de investigación, eran totalmente desiguales, pero básicamente se daban tres perfiles: dos de nosotras teníamos escasa formación académica e

1 Beatriz Díaz ha sido cooperante y brigadista de paz en América Latina y ha publicado distintos libros en torno a la población inmigrante: *Todo negro no igual* (1997), *El color de la sospecha* (Javier Fantova, 1998), *La ayuda invisible* (1999). Acaba de finalizar un manuscrito sobre el uso de las lenguas entre inmigrantes extranjeros.

2 La Fundación EDE, con sede en Bilbao, es una entidad de formación y servicios orientada a la acción social.

3 Además de Beatriz Díaz y yo misma, las otras cuatro integrantes del equipo de investigación fueron: Esther Arcera (trabajadora social en prácticas en Cruz Roja); Amparo Doce (voluntaria en Cáritas, jubilada como administrativa); Begoña Varona (voluntaria en Sos Racismo, administrativa); y Loli Velasco (psicóloga en ONG, experiencia en trabajo en cárceles y con jóvenes en situación de marginación social).

investigadora, pero mucha información sobre la población inmigrante del barrio; tres tenían formación académica y buen conocimiento del barrio; y, por último, la coordinadora, que tenía experiencia como investigadora pero un conocimiento mucho más limitado del medio, ya que su contacto principal con la inmigración extranjera se debía al hecho de haber trabajado durante periodos cortos como médica de planificación familiar en la consulta del Módulo de Asistencia Psicosocial Auzolan situado en el mismo barrio.

Se subraya la composición del equipo porque está directamente relacionada con la precariedad de la investigación, pero también con sus aspectos positivos. En conjunto, podemos decir que la experiencia, que se tradujo en un libro (Esteban y Díaz, 1997) así como en distintas actividades puntuales de difusión e intervención social⁴, fue muy positiva. Algunos de los problemas analizados por nosotras estaban perfectamente identificados previamente y el estudio sirvió para profundizar en ellos, así como para identificar y explorar otras problemáticas. Los resultados fueron limitados pero suficientes, dada la carencia de estudios similares tanto en la zona como incluso en la Comunidad Autónoma Vasca por aquel entonces⁵. Además, en 1996 existían todavía poquísimas investigaciones y publicaciones en castellano sobre inmigración y salud, por lo que, al margen de presentar los resultados principales del estudio, un objetivo indirecto de este artículo es el de servir de referencia para hacer balance de los cambios que han ocurrido en este periodo en el ámbito geográfico de la investigación, e incluso en España en su conjunto.

Por otra parte, en este artículo se quieren defender y argumentar algunas cuestiones que, a primera vista, podrían ser consideradas «pecado» en el contexto académico y antropológico que ha dado origen a este libro.

Un primer aspecto es que, aun siendo conscientes de las limitaciones del equipo y del trabajo realizado, una investigación en equipo de estas características puede ser realizada por gente que no sea ni antropóloga, ni socióloga, ni investigadora formada como tal; o, dicho de otra manera, que no

4 Dentro del estudio se diseñaron una serie de propuestas de acción dirigidas al ámbito sanitario y al barrio de San Francisco, que consistieron básicamente en actividades de información, sensibilización y debate.

5 Posteriormente se pusieron en marcha en la CAV un par de investigaciones específicas sobre inmigración y salud, una en el ámbito universitario (Escuela de Enfermería del Campus de Vizcaya) y otra en Médicos Mundi (Guipúzcoa). Así mismo, recientemente ha finalizado un estudio sobre inmigración extranjera (no centrado en la salud) realizado por un equipo de investigación vinculado al Área de Antropología Social de la UPV-EHU, cuyo coordinador ha sido el antropólogo Txemi Apaolaza.

todo el personal investigador debe tener formación académica como tal. Aun así, sí parece necesario que el equipo cumpla un requisito mínimo, como es el de poseer conocimientos y habilidades diferentes y bien complementadas, y que el trabajo esté correctamente diseñado y coordinado durante todo el proceso. Si se cumplen estas condiciones, la diversidad de situaciones puede reportar más ventajas que inconvenientes, y puede servir además para la formación de los participantes. En nuestro caso, por ejemplo, y teniendo en cuenta las limitaciones temporales del estudio, que duró sólo tres meses, con un equipo de investigación mejor formado pero menos «situado» en el barrio hubiera sido imposible llegar a los resultados obtenidos.

Una segunda cuestión a reseñar tiene que ver con el hecho de que la investigación cumplió algunas de las características de lo que en antropología social suele denominarse una «etnografía rápida»; es decir, que no fue solicitada por ninguna institución, sino que se llevó a cabo por iniciativa de la propia Beatriz Díaz. A pesar de que compartimos la preocupación general de otros colegas por la limitación, e incluso inadecuación, en algunos casos de dicho tipo de etnografías, se considera que, en un contexto y un momento determinados como los que caracterizan nuestra investigación, una «etnografía rápida» puede ser totalmente pertinente y servir a su vez de impulso para la intervención social o nuevas investigaciones. Es decir, que en el ámbito de la investigación y acción social se deberían diferenciar distintos niveles y espacios de reflexión e investigación cuyos resultados, eso sí, sería preciso ir articulando debidamente con posterioridad.

Presentación de la investigación

En el estudio se partió de la constatación de que el trabajo realizado hasta el momento en Vizcaya por grupos y asociaciones relacionados con el tema de la salud de los inmigrantes era muy escaso, y que lo poco que había no estaba sistematizado. Hay que tener en cuenta también que el cómputo total de población inmigrante extranjera en Vizcaya era todavía bastante bajo, aunque una gran proporción se agrupaba en el barrio de San Francisco, marco del estudio⁶. Además, no existían apenas datos previos que nos permitieran

6 De acuerdo con los datos del INE, en la Comunidad Autónoma Vasca había en enero de 2003 un total de 37.501 inmigrantes extracomunitarios (excepto Estados Unidos, Canadá y Oceanía, empadronados) distribuidos de la siguiente manera: Álava, 8.444; Guipúzcoa, 9.801; Vizcaya, 19.256.

obtener una fotografía mínima de dicha población, ni por supuesto datos suficientes para valorar las necesidades y prioridades en el campo de la salud, aunque algunas de nuestras hipótesis estaban prácticamente comprobadas. En la actualidad se puede afirmar que la situación no ha mejorado mucho, aunque hay más experiencia acumulada, sobre todo en el ámbito asistencial, que es además cada vez más sensible al tema de la inmigración. Así mismo, existe ya en funcionamiento un centro específico de atención a inmigrantes dentro del programa de Médicos del Mundo de Vizcaya. Pero la información sobre la población inmigrante sigue sin estar bien sistematizada y habrá que esperar a los resultados de las investigaciones en curso citadas anteriormente. Por otra parte, cabe subrayar que la nuestra fue una investigación diseñada y dirigida a la intervención social, cuyo propósito principal era el de identificar las prioridades a la hora de actuar socialmente en el tema de la salud y la inmigración.

Se eligió como marco geográfico del estudio el barrio de San Francisco de Bilbao por ser, como ya hemos apuntado, el área de Vizcaya donde más inmigrantes extranjeros vivían y viven, y donde a priori la intervención resultaba más urgente. Sabíamos que la inmigración extranjera presentaba en cada zona de Vizcaya características diversas y no creímos adecuado que se extrapolaran sin más las conclusiones de este estudio a zonas de fuera del barrio. Por otra parte, y dada la dificultad para obtener datos epidemiológicos y cuantitativos referidos específicamente a la población inmigrante, así como la carencia de estudios previos sobre el tema propuesto, y teniendo en cuenta el marco general de la investigación, se optó por una metodología básicamente cualitativa que nos permitiera un trabajo exploratorio de la situación y poder así corroborar algunas de nuestras hipótesis y obtener otras nuevas, aunque sí es cierto que tuvimos el apoyo de ciertos datos cuantitativos obtenidos de organismos de ayuda a inmigrantes.

Salud e inmigración extranjera: algunas ideas de partida

Realizar un acercamiento a la situación sanitaria y el estado de salud de este colectivo no es ni fue tarea fácil, puesto que disponíamos, como ya hemos repetido, de pocos datos cuantificables o generalizables, por lo menos referidos a España⁷. Los estudios que existían por aquel entonces cubrían áreas

7 En otros países industrializados se han realizado muchos más estudios. Según Ugalde, «el banco de datos computarizado sobre salud e inmigración que ha establecido el *New York Task Force on*

geográficas específicas tales como Madrid (De Vicente, 1993; López Serrano, 1994; Pumares, 1993), Barcelona (Balanzo Fdez, Bada Ainsa y González, 1984; Ganduxer y Villalbí, 1993; Jaume Pou y Viñamata, 1993) y Granada (Gómez Rodríguez, 1992), o bien eran informes más generales, como el del Defensor del Pueblo (1994).

Antonio Ugalde, en una ponencia titulada «Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España», incluida dentro de un congreso sobre «Etnicidad y desigualdad» (Jaén, 1993), ofrecía una revisión general y señalaba algunos factores que influyen directamente en la salud de los inmigrantes que nos parecieron muy pertinentes: las condiciones laborales de alto riesgo —agricultura y construcción—, los horarios largos y la explotación laboral, que provocan una alta incidencia de accidentes e intoxicaciones por pesticidas y enfermedades respiratorias, oftalmológicas y dermatológicas; la precariedad laboral y legal, así como el riesgo de detención y expulsión; la separación de la familia y la falta de apoyo psicosocial que conlleva, así como la necesidad de enviar dinero a su país de origen; las condiciones de vivienda y hacinamiento; la discriminación racial, a partir de la cual se pueden derivar desórdenes mentales y psicosomáticos, un consumo elevado de alcohol y el uso de drogas; las barreras idiomáticas y culturales; la carencia de información sobre los servicios; la dificultad para la compra de los medicamentos; la gran movilidad y el temor a ser detenidos, como factores que influyen negativamente en su salud; y la falta de información general. Otra cuestión señalada por Ugalde se refería a que es preciso tener en cuenta las diferencias entre inmigrantes y las no excesivas diferencias con la población autóctona que vive en las mismas condiciones socioeconómicas. Por último, apuntaba que los síntomas y enfermedades más habituales entre los inmigrantes eran los problemas respiratorios, los digestivos, los cutáneos, los osteomusculares, los de salud mental, el insomnio y las cefaleas, la tuberculosis, las ETS, la hepatitis y las enfermedades parasitarias y tropicales.

Marco etnográfico: el barrio de San Francisco (Bilbao)

Inmigrant Health contiene 2.700 ítems» (1993: 3).

Al hablar de San Francisco nos referimos en realidad a tres barrios contiguos: Zabala, con una alta proporción de personas de etnia gitana; Bilbao la Vieja, el de más identidad como barrio; y San Francisco, con una parte de población autóctona y otra de inmigrantes extranjeros. Hace 30-35 años, el barrio de San Francisco estaba habitado en parte por una clase obrera estable, y la propia calle de San Francisco, junto con las calles perpendiculares que descienden hacia la ría, constituía una de las zonas más comerciales de Bilbao. La parte superior era zona de prostitución y espectáculos, y su población estaba también ligada al trabajo en las minas circundantes. Era un barrio con mucho movimiento de dinero y personas y una cierta marginalidad, no marcadamente económica, por la presencia de personas dedicadas al juego y compraventa de objetos robados y por homosexuales, que eran vistos con más normalidad dentro del barrio que fuera.

Desde mediados de los años 80 del pasado siglo, esta situación comienza a cambiar. Parte de la prostitución pasa a los clubes, algunos de nueva apertura fuera del barrio; aparecen los travestis en las calles y los comercios van decayendo. Las inundaciones que asolaron Bilbao en 1983 afectaron también a la parte baja del barrio. Además, comienza a traficarse con droga, cuyo tráfico pasa a estar paulatinamente en manos de población gitana y, posteriormente, de inmigrantes extranjeros, frente al cual surgió posteriormente un movimiento vecinal. De manera progresiva va ganando terreno la percepción real de la absoluta impunidad, ya que no se dan intervenciones policiales contra los grandes traficantes, sólo contra los pequeños. Por otra parte, urbanísticamente el barrio va decayendo, no existen ayudas para mantenerlo ni recuperarlo, y arrecia la crisis económica de aquellos años, a raíz de lo cual muchos de los antiguos trabajadores se convirtieron en parados o en jubilados con bajas pensiones. En la zona más baja del barrio acabó de hundirse el comercio tradicional y surgieron otros pequeños comercios. Y en todo este proceso, hasta la actualidad, la prensa y los medios de comunicación en general no han ayudado para nada a dar otra imagen mejor del barrio.

Hoy en día continúa la conflictividad social y la marginalidad, al tiempo que crecen los intereses económicos por su céntrica ubicación y potencial urbanizable, pero existe una gran diversidad de asociaciones y cierto dinamismo social. El año anterior a nuestro estudio se había creado lo que se denominó la Mesa por la Rehabilitación, donde tenían representación todas las asociaciones ciudadanas, los parados del barrio y representantes técnicos y políticos municipales, para analizar los principales problemas del barrio

y estudiar las posibles vías de solución. Actualmente sigue existiendo una Coordinadora de asociaciones del barrio y cabe subrayar que existe una visión muy diferente de la situación entre esta Coordinadora y los agentes sociales del barrio, por una parte, y los técnicos y políticos municipales, por otra, estos últimos mucho más optimistas.

En cuanto a los centros asistenciales del barrio, existe una dotación bastante adecuada. Los principales centros son el ambulatorio de Bailén (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud); el Módulo Auzolan de Asistencia Psicosocial, que integra servicios de ginecología, salud mental, drogodependencias y asesoría jurídica; la Comisión Ciudadana anti-sida; una Consulta de enfermedades de transmisión sexual perteneciente al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; varias farmacias y distintos centros de apoyo a toxicómanos y a las personas que trabajan en el ámbito de la prostitución. Por último, como decíamos anteriormente, desde hace tres o cuatro años existe un centro asistencial gestionado por Médicos del Mundo-Bizkaia, que atiende a inmigrantes extranjeros y que cuenta también con una narcosala para la población general.

Situación de los inmigrantes extranjeros en Vizcaya y en el barrio de San Francisco

Además de todo lo apuntado en el apartado anterior, es necesario señalar que San Francisco es, desde hace décadas, un barrio de inmigración: la migración interior de hace 40-50 años, y la inmigración extranjera que comenzó a hacerse más notable hace 10-15 años. La mayoría de los extranjeros se han dedicado desde el principio a venta ambulante en mercadillos, fiestas locales, bares, calles y playas; aunque una proporción cada vez mayor desempeña trabajos ilegales como el tráfico de drogas (hombres) y la prostitución (mujeres), y otro grupo considerable es el constituido por mujeres empleadas de hogar. Cada vez existen más locales comerciales regentados por extranjeros (tiendas de bisutería y alimentos, bares, peluquerías), y algunas personas se dedican a la construcción, a trabajos profesionales y/o, los menos, a tareas relacionadas con estudios medios o superiores.

En el barrio se hacen muy presentes personas que no duermen allí, como toxicómanos y traficantes, y hay también un grupo importante de inmigrantes que se acercan por motivos laborales o relacionales, al ser el lugar

de mayor densidad de extranjeros de Vizcaya. Los lugares de reunión de extranjeros son sobre todo los bares, algunas tiendas (de marroquíes y senegaleses principalmente) y la mezquita del barrio (hay otra mezquita en otro barrio de Bilbao).

Objetivos, variables fundamentales y técnicas de investigación

Los objetivos que nos fijamos fueron los de conocer y analizar los condicionantes de todo tipo de la salud del colectivo de inmigrantes extranjeros (en adelante, CIE); los recursos formales e informales disponibles; las necesidades de salud del CIE del barrio de San Francisco, desde el punto de vista del mismo colectivo, de las instituciones socioasistenciales y de las ONG, y teniendo en cuenta la diversidad dentro de cada ámbito; las propuestas, también desde los tres ámbitos; y la visión de la salud del CIE, teniendo en cuenta diversidad e incluyendo datos cuantitativos y cualitativos.

En cuanto a las variables, las que consideramos que determinan diferencias fundamentales en la salud de los inmigrantes extranjeros son⁸ el sexo; la edad; el país, región o contexto de procedencia; el tiempo de estancia en España (menos de un año, de 1 a 5 años, más de 5 años); la ocupación (trabajos físicamente duros, prostitución y tráfico de drogas); la religión; la situación legal; el conocimiento del castellano; la forma de convivencia; las condiciones ambientales; y los estilos de vida (hábitos de consumo y alimentación, consumo de drogas ilegales o legales, uso del tiempo libre, etc.)

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la observación participante, las entrevistas individuales y un grupo de discusión que se llevó a cabo al final. Por otra parte, se analizaron algunos datos cuantitativos de la atención prestada en diferentes organismos: Cruz Roja, Cáritas y Bilbao-Etxezabal⁹.

Se realizaron 25 entrevistas¹⁰ a otras tantas personas pertenecientes a los tres colectivos señalados: inmigrantes, personal sociosanitario y miembros

8 El orden de estas variables no presupone jerarquía entre ellas.

9 Fundamentalmente contamos con datos de las revisiones para los solicitantes de asilo/refugio admitidos a trámite llevadas a cabo en Cruz Roja; y datos deducidos de la relación de ayudas para medicamentos y otras pruebas médicas, así como de las solicitudes de tarjeta para los comedores sociales de Bilbao.

10 Todas estas entrevistas individuales se hicieron de acuerdo con unos guiones previos confeccionados y consensuados entre las autoras de la investigación.

de ONG. Los inmigrantes entrevistados fueron diez, seis hombres y cuatro mujeres, de edades comprendidas entre 22 y 43 años, que vivían la mayoría en el barrio (dos estaban en la cárcel por implicación en tráfico de drogas), en pisos compartidos con otros paisanos o con familiares, y que llevaban en Vizcaya entre uno y 22 años. Tres eran del Magreb, dos de Angola, tres de Senegal, uno de la República Dominicana y otro de Guinea Ecuatorial. Cinco se declararon musulmanes, tres cristianos y dos no practicantes; sus ocupaciones eran variadas y su situación legal también (asilo/refugio, ilegal o no definida, nacionalidad española, etc.); su conocimiento del castellano era también muy desigual.

Fueron entrevistados también ocho representantes de ONG de apoyo a inmigrantes, miembros de las siguientes organizaciones: Afro-Vasca, Bilbo Etxezabal, Cáritas Diocesana, Cruz Roja-Departamento de Extranjeros y SOS-Racismo. Estos entrevistados presentaban características distintas en cuanto a su edad, dedicación a la asociación, tiempo que llevaban en la asociación y formación académica.

Otras ocho personas entrevistadas eran profesionales del ámbito sociosanitario, que trabajaban en las siguientes instituciones: Ambulatorio de Bailén, Módulo de Asistencia Psicosocial Auzolan, Consulta de ETS-Conde Mirasol, una farmacia del barrio, Servicio de Urgencias del Hospital de Bar-surto y Comisión ciudadana anti-sida. Presentaban distintas características en cuanto a edad, dedicación a la institución (parcial y completa), tiempo que llevaban en dicha actividad, residencia (sólo una vive en el barrio) y formación académica. Sólo una de estas personas, perteneciente a la Comisión ciudadana anti-sida, realizaba trabajo de calle¹¹.

En la primera semana de julio de 1996, cuando la investigación estaba ya muy avanzada, se llevó a cabo un seminario de presentación y discusión de los datos preliminares en la Coordinadora de asociaciones de ayuda a inmigrantes, donde estuvieron presentes los siguientes grupos: Afro-Vasca, Asociación Chilena, Bilbo Etxezabal, Cáritas, CEAR-Comisión Española de Ayuda al Refugiado, Comisiones Obreras, Cruz Roja, Hegoa, Psicólogos sin Fronteras, Sos-Racismo y Unión General de Trabajadores¹².

11 Otros sectores de la atención sanitaria a inmigrantes, o no pudieron ser contactados o no quisieron responder a nuestras preguntas.

12 En esta coordinadora, que en la actualidad recibe el nombre de *Harresiak Apurtuz* (Rompiendo los muros) participan también otras asociaciones de Vizcaya, como Amnistía Internacional y Asociación pro Derechos Humanos del País Vasco.

Resultados y conclusiones principales

La presentación de los resultados se hará revisando las hipótesis que nos planteamos al comienzo del estudio (ocho en total), agrupando dichos resultados en cuatro subapartados: condiciones de accesibilidad al sistema sanitario; situación social y legal del barrio; especificidad cultural pero diversidad interna; y oferta sociosanitaria.

Condiciones de accesibilidad al sistema sanitario

Nuestra primera hipótesis se refería a que aquellos inmigrantes que no disponían de tarjeta sanitaria estaban en una situación más precaria que los que sí la tenían. Este aspecto demostró ser uno de los principales elementos que determinan la salud del colectivo de inmigrantes extranjeros, sobre todo en su relación con el ámbito sanitario. Hay que tener en cuenta además que los inmigrantes sin documentación sanitaria eran y son mayoría¹³. Por ello, pensamos que era (y sigue siendo) necesario estudiar las posibilidades de ampliación de la cobertura. La posibilidad mejor aceptada por todos los agentes sociales con los que contactamos fue la de la universalización de la asistencia (tarjeta sanitaria de Osakidetza) a todos los inmigrantes ilegales, algo que está mucho más garantizado en la actualidad en el caso de los menores. Mientras esto no se logre para toda la población inmigrante se deberían estudiar otras posibilidades jurídicas o sociales, como la de impulsar servicios sin ánimo de lucro y/o privados (como el que tiene en la actualidad Médicos del Mundo, subvencionado por el Gobierno Vasco).

En nuestra segunda hipótesis suponíamos que los inmigrantes tenían limitaciones específicas para hacer un uso óptimo de los recursos de salud relacionadas con cuestiones diversas: uso del castellano, descoordinación de los recursos existentes y falta de información sobre ellos, situación legal o la propia situación de los consumidores de drogas¹⁴.

El no conocimiento del castellano supone para muchos extranjeros un obstáculo importante en su relación con el medio sanitario o en la resolución de sus problemas de salud. Por tanto, sería necesario implementar vías para la traducción (voluntaria y/o pagada por Osakidetza) en los diferentes servicios y niveles sanitarios, como se está haciendo en otros países, algo

13 No tenemos cifras relativas a Bilbao o Vizcaya, pero algunos datos de ámbito nacional apuntan a que sólo un 30% de los inmigrantes tienen cobertura sanitaria (Defensor del Pueblo, 1994).

14 Nos referiremos a algunos de estos aspectos en posteriores subapartados.

que no ocurre, de una manera formal al menos, en ninguno de los centros de atención a inmigrantes, ni a nivel ambulatorio ni hospitalario. Además, los inmigrantes no poseían ni poseen buena información general sobre las prestaciones sanitarias. Esto se complica más por la falta de coordinación de servicios y centros, que se da más en unos servicios que en otros, algo que comentaremos más adelante. Un aspecto que queremos remarcar aquí es que muchos de los problemas de los inmigrantes en el ámbito sanitario tenían y tienen que ver con las características y deficiencias del propio sistema y guardan similitudes con los conflictos y carencias a los que se enfrenta la población autóctona, en concreto la población del barrio de San Francisco. Así mismo, la situación de algunos centros sanitarios del barrio (poca dotación de recursos personales y materiales, saturación de las consultas) influye negativamente en los inmigrantes.

Situación social y legal del barrio

En la tercera hipótesis se suponía que las condiciones político-sanitarias en torno a las drogas ilegales incidían e inciden negativamente en la salud de una parte del CIE de San Francisco.

Este es un aspecto también muy significativo y que afecta a la población inmigrante en general y a los traficantes y/o consumidores en particular. A escala general influye directamente en la estigmatización y negativización tan notable que existe respecto a los extranjeros («todos los extranjeros son traficantes»). Por otra parte, es un hecho que hay extranjeros que se dedican a la venta de drogas ilegales y que algunos conocen esta posibilidad previamente a su llegada a Bilbao. Otros se introducen en el tráfico una vez aquí, y en estos casos muchas veces la venta es menor y los beneficios suelen utilizarse para el propio consumo. Una vez implicados, las complicaciones en el ámbito judicial y sanitario serán mayores para los extranjeros (indocumentados y con menor red social) que para los autóctonos.

Algunos de los consumidores acudían y acuden a los centros de tratamiento del barrio, y su situación física, al menos en el momento del estudio, era relativamente mejor a la de la población toxicómana autóctona. Esto está relacionado con la utilización de diferentes vías de consumo (menor proporción de vía parenteral), un menor número de años de consumo y un mejor nivel de formación. De todas formas, se constataron dificultades para la derivación de estas personas a centros sanitarios que no eran del barrio cuando se requerían consultas o pruebas específicas. Por otra parte, una proporción significativa de inmigrantes se quejaba de la implicación social de todo el

colectivo en la problemática de las drogas, y explicitaban su no relación con este tema. Algunos incluso se van del barrio para escapar a este problema. Además, el asunto de la droga influye directa y negativamente tanto en los propios inmigrantes como en las asociaciones de ayuda. De este modo, cualquier medida encaminada a la mejora de los conflictos socioeconómicos del barrio debería tener en cuenta que las alternativas o vías de solución aplicadas en su conjunto influirán positivamente también en la población inmigrante. La problemática de la droga necesita una reflexión conjunta de todos los colectivos afectados, así como de las instituciones, en la búsqueda de soluciones que vayan más allá de medidas represoras para los grupos más desfavorecidos y la población inmigrante.

En la cuarta hipótesis se abordaba el tema de las condiciones de habitabilidad de las viviendas de San Francisco, apuntando que éstas no perjudican seriamente la salud de los inmigrantes.

En relación con esto último obtuvimos resultados de distinto tipo que nos llevaron a corroborar la hipótesis pero también a matizarla. El deterioro de muchos inmuebles es un elemento que influye claramente y la situación de las viviendas no es la óptima, aunque la práctica totalidad posee luz eléctrica, agua y gas, siendo más deficitaria su infraestructura. Por otra parte, es preciso aumentar el conocimiento sobre la proporción de inmigrantes que viven en pisos alquilados, propios o en pensiones. Pero en nuestra opinión, la necesidad principal en este tema es la de implementar una política de vivienda y control de los inmuebles mucho más adecuada que la que actualmente existe, haciendo hincapié en su rehabilitación, en su control sanitario y en la promoción de viviendas sociales (créditos o alquileres bajos). Se necesita también tener un mejor conocimiento de las redes de alquiler, y realizar un control de los alquileres y de los pisos y pensiones sin que esto perjudique o entre en contradicción con los derechos y la situación legal de sus ocupantes¹⁵.

Especificidad cultural pero diversidad interna

La quinta hipótesis se refería a que las necesidades de salud del CIE se percibían y se perciben de manera diferente en los tres ámbitos que hemos analizado: CIE, ONG e instituciones, y a su vez existe variabilidad dentro de cada ámbito en relación con la procedencia, el nivel económico y la ideología.

15 En los últimos años el Gobierno Vasco ha puesto en marcha algunas medidas para promover el alquiler de viviendas a extranjeros, premiando de distintas maneras a los dueños de los pisos. No tenemos datos sobre la efectividad de dichas medidas.

Las diferencias entre estos colectivos quedaron perfectamente constata-
das, las más significativas de las cuales se referían a la valoración global de
la atención sanitaria. La visión más optimista era la de los sanitarios, frente a
la de los inmigrantes y miembros de ONG, mucho más pesimistas. Además,
existía y existe una percepción muy diferente de la situación en San Francis-
co y de la vida y la salud de los extranjeros desde dentro y desde fuera del
barrio, incluso en el caso de las asociaciones de ayuda a inmigrantes. Como
es lógico, cada persona entrevistada generalizaba desde su parcela de la rea-
lidad, y algunos son más optimistas que otros, pero esto también tiene que
ver con circunstancias y características personales.

De todas formas, la variabilidad dentro de cada colectivo quedó más
evidenciada en el caso del personal sanitario. La principal diferencia constata-
da es que algunas consultas (las ginecológicas, atención de ETS y trata-
miento de toxicomanías) atendían y atienden exactamente igual a personas
indocumentadas y documentadas, lo que no ocurre en otros servicios, salvo
en urgencias. También se percibieron diferencias manifiestas en la actitud
ante los traficantes de drogas. En cuanto al CIE, las diferencias constatadas
se referían a cómo ven las necesidades o la situación en general entre ellos,
de acuerdo con su nivel socioeconómico, formación, sexo y tiempo de estanc-
ia en Bilbao.

Nuestra sexta hipótesis se centraba en las diferentes culturas de salud
(visiones y prácticas) de los inmigrantes extranjeros, en relación con la cultu-
ra dominante en nuestra sociedad.

En este ámbito identificamos cuestiones diversas que se corresponden
con sistemas de valores y costumbres también diferentes (alimentación,
comportamientos reproductivos, sexualidad, actitud y sentimientos frente a
la vejez, etc.) Sin embargo, no estuvimos en condiciones de valorar hasta qué
punto y cómo estas culturas de salud se van aproximando a la dominante
a medida que transcurre el tiempo. De todas formas, estas diferencias no
sólo estarían asociadas a la cultura de origen, sino que intervienen en ellas
factores como el grupo étnico, la clase social, la formación, el sexo, la edad,
la religión, la ocupación laboral, el tiempo de estancia en la sociedad recep-
tora o la generación de inmigración. Cualquier análisis de dichas diferencias
debería contemplar la influencia de estos factores, además de incluir una
reflexión sobre los sistemas de valores y de prácticas autóctonas de cuidado
de la salud, de las que nosotras sólo obtuvimos indicios.

Aun así, algo que considerar en su justa medida es que la existencia
y constatación de estas diferencias culturales por parte de los extranjeros y

de los autóctonos funciona a dos niveles: un nivel objetivo, donde las ideas y las prácticas son diferentes, tienen implicaciones diferentes y pueden dar lugar a situaciones de tensión o conflicto; y un nivel constituido básicamente por estereotipos y estigmas sobre dichas diferencias, por parte de unos («los africanos son así», «los extranjeros comen mal»), y otros («en Europa hay más enfermedades»), que dan lugar a barreras y conflictos añadidos en el intercambio cultural y la acción sociosanitaria. La alimentación, por ejemplo, es un campo claramente cargado de estereotipos negativos en relación con los inmigrantes¹⁶. Algunos extranjeros no tienen una nutrición adecuada por falta de recursos económicos, falta o carestía de los productos que ellos utilizan, no conocimiento de los platos habituales y asequibles en Bilbao, o condiciones laborales o de vida; por lo que no se debe relacionar la supuesta alimentación deficitaria de algunos con sus costumbres culturales. Por otra parte, en algunos centros sociales y escolares se estaba discriminando a aquellos extranjeros o hijos de extranjeros que no consumen carne de cerdo, algo que había sido ya subsanado en la escuela del barrio.

Dentro de las transformaciones ocurridas a partir de la emigración e integración en una cultura diferente se producen cambios, algunos de los cuales afectan a las esferas más íntimas o de relación afectiva. Entre ellos destacamos las transformaciones en las relaciones hombre/mujer, con la posibilidad de un aumento del protagonismo de las mujeres en los núcleos familiares. Las relaciones sexuales es otro de los campos que se ve afectado, tanto por el aislamiento de muchos varones como por el contraste de ideas sobre la sexualidad. Este es un terreno donde aparecen también estereotipos sobre los extranjeros. También constatamos cambios en los comportamientos reproductivos: disminución del número de hijos, utilización de métodos «modernos» de contracepción, etc. Los modelos sobre el cuerpo y la belleza sufren también cambios al integrarse en la sociedad vasca, siendo las mujeres las que más se ven afectadas por esto. En otro orden de cosas, los inmigrantes se mostraron preocupados por su vejez y por la relación que van a poder establecer con su tierra. Algunos regresan a sus países de origen de forma puntual o estable. Otros pasan largas temporadas sin volver.

Oferta sociosanitaria

La séptima hipótesis apuntaba precisamente al alto nivel de descoordinación existente entre los diferentes agentes sociales y servicios en relación con

¹⁶ La mayoría tiene una alimentación similar a la del resto de la población.

la atención a la salud del CIE, lo cual supone en la práctica un obstáculo importante en el cuidado de su salud.

Constatamos diferentes niveles de descoordinación: en general, los contactos entre asociaciones u ONG se daban alrededor de casos puntuales o sólo entre algunos organismos o personas concretas. Algunos trabajadores sanitarios del barrio, por ejemplo, no conocían ni la oferta sanitaria ni la ubicación de servicios situados en el mismo barrio, y menos aún de las asociaciones de ayuda a inmigrantes. Además, se considera que son «los otros» quienes tienen que promover la coordinación, no existen diagnósticos ni criterios de trabajo comunes, y las actividades se programan, cuando se programan, desde el propio centro sin tener en cuenta lo que hace el resto.

Por último, partíamos de la idea de que dentro de las necesidades de salud del CIE de San Francisco, el nivel de salud mejor atendido era el correspondiente a la salud reproductiva (ginecología y enfermedades de transmisión sexual). Efectivamente, comprobamos que el campo de la salud reproductiva era, y probablemente lo sigue siendo, el que mejores condiciones de atención y funcionamiento reunía, por lo menos en lo que se refiere a las mujeres. Los hombres no acudían apenas a este tipo de consultas. Además, las mujeres pueden encontrar en dichos servicios apoyo y orientación para cuestiones al margen de su salud reproductiva y sexual, por lo que es preciso plantearse la situación específica de los hombres.

Ideas finales y reflexiones metodológicas

Las principales reflexiones que vamos a incluir en este apartado final tienen que ver con las técnicas de investigación utilizadas. En el estudio de una población de las características del colectivo de inmigrantes, por su situación legal irregular, marginalidad y precariedad general, se dan dificultades que no se presentan en otro tipo de estudios, como son el desconocimiento o dificultad con el idioma, los diferentes esquemas culturales o la actitud de desconfianza por las mismas condiciones de vida y emigración. Así, consideramos que la observación participante, con un tiempo largo y programado de contacto con los inmigrantes, es la técnica de elección para una investigación de estas características. Pero esto hubiera requerido una serie de elementos de los que no disponíamos: duración total mucho más larga, mayor financiación, dedicación exclusiva durante algún tiempo, etc. En nuestro caso, la observación participante fue aplicada como técnica auxiliar durante la realización de las entrevistas, la recogida de información y los contactos y

reuniones formales con diferentes grupos. Así mismo, se sistematizó toda la experiencia previa de las integrantes del equipo.

Respecto al uso de la entrevista, en el caso del colectivo de inmigrantes una conclusión clara fue que el marco formal de la entrevista no era siempre el apropiado para la obtención de la información requerida. Por ejemplo, algunas personas conocidas previamente no aportaron datos significativos sobre su salud o su vida, o no se mostraron cómodas a la hora de responder ante una grabadora o ante un guión confeccionado previamente. Es decir, algunas de las dificultades presentes en cualquier investigación cualitativa se vieron agudizadas en nuestro caso, probablemente por la influencia de distintos factores: el contraste de culturas y de códigos de relación; el estar en una situación irregular; la posible extrañeza o desconfianza ante un estudio que no sabían a qué respondía y de qué manera les iba a beneficiar o perjudicar; y el contexto de un barrio muy conflictivo donde se mezclan muchas situaciones extremas en las que la discreción es esencial. Confirmamos, por tanto, que la entrevista formal no es probablemente la mejor manera de conseguir información de este colectivo. Algunos autores apuntan problemas similares en relación con trabajos estadísticos sobre población inmigrante (Credes, 1993), entre los que se pueden subrayar la mayor posibilidad de inclusión de riesgos de error por no entendimiento, respuestas no adecuadas o ambiguas o deseo de «quedar bien».

La técnica de la entrevista se mostró de más ayuda con los miembros de instituciones sociales y sanitarias y asociaciones de ayuda a inmigrantes. De todas formas, en estas instituciones y organismos no hay apenas datos cuantificables de la asistencia a población inmigrante, lo que dificultó en gran medida el poder ofrecer una visión detallada de su realidad. Algunas personas que viven o trabajan en el barrio prefirieron no ser entrevistadas, argumentando que no conocían el tema, que no eran quienes mejor lo conocían, o que no percibían que los inmigrantes tuvieran diferentes problemas que el resto de los vecinos del barrio que acudían a sus servicios.

Concluiremos este artículo destacando una vez más las cuestiones apuntadas en la introducción: en primer lugar, el hecho de que la investigación estuviera dirigida sobre todo a la intervención sociosanitaria, lo que condicionó la formulación de las hipótesis, la elaboración de las conclusiones y la marcha general del proceso. En segundo lugar, las características generales del estudio: el ser una «etnografía rápida» llevada a cabo por un equipo irregular e insuficientemente formado, pero bien coordinado y situado en el barrio. Así mismo, consideramos que se dio un balance positivo entre la

identificación de las problemáticas y la exploración de nuevas hipótesis, por una parte, y los resultados obtenidos, por otra.

Pero no queremos terminar sin subrayar que, en definitiva, algunos de los problemas estructurales (sanitarios y políticos) apuntados que afectan a los inmigrantes son tan evidentes y tan graves que no sólo es urgente la realización de nuevas investigaciones sino la búsqueda inmediata de soluciones donde participen todos los sectores implicados.

Bibliografía

- BALANZÓ FERNÁNDEZ, X.; BADA AINSA, J. L.; GONZÁLEZ, C. A. (1984). «La atención sanitaria en la población africana residente en la Comarca del Maresme (Barcelona)». *Rev. San. Hig. Pub.*, 58, págs. 769-778.
- CREDES-CENTRE DE RECHERCHE D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTÉ (1993). *Acces aux soins et état de santé des populations immigrées en france*. Paris. Junio.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (1994). *Informes, estudios y documentos. Situación jurídica y asistencial de los extranjeros en España*. Madrid.
- DE LA REVILLA, L.; GÁLVEZ, M.; DELGADO, A. (1985). «El Consejo de Salud del barrio de Cartuja (Granada): una experiencia de participación comunitaria». *Atención Primaria*, 2 (2), págs. 63-67.
- DE VICENTE, J. (1993). «Los inmigrantes negroafricanos en la Comunidad Autónoma de Madrid», en GIMÉNEZ, C. (coord.), *Inmigrantes extranjeros en Madrid*. Tomos I y II. Madrid: Comunidad de Madrid y Universidad Autónoma, págs. 251-336.
- DÍAZ, B. (1997). *Del acercamiento a la acción: promoción de salud entre los inmigrantes extranjeros*. Cuaderno de trabajo. Bilbao: Fundación EDE-Gobierno Vasco.
- DÍAZ, B. (1997). *Todo negro no igual: voces de emigrantes*. Barcelona: Virus editorial.
- DÍAZ, B. (1999). *La ayuda invisible. Salir adelante en la inmigración*. Bilbao: Liki-niano Elkartea.
- DIPUTACIÓN DE BARCELONA (1994). «El sistema sanitario, fuente de salud». Cuaderno sobre el sistema sanitario para los inmigrantes extranjeros (francés y castellano). Barcelona.

- ESTEBAN, M. L.; DÍAZ, B. (1997). *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao)*. Bilbao: Fundación EDE.
- FANTOVA, J. ; DÍAZ, B. (1998). *El color de la sospecha: el maltrato policial a personas inmigrantes en el barrio de San Francisco (Bilbao)*. Bilbao: Javier Fantova.
- GANDUXER, D.; VILLALBÍ, J.R. (*Institut Municipal de la Salut*. Barcelona) (1993). «Asistencia médica y cobertura vacunal de los hijos de mujeres de origen filipino». *An. Esp. Pediatr.*, 39 (3), págs. 235-239.
- GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. J. (1992). «Necesidades de salud y utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes africanos en Granada». Tesis de maestría. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- LÓPEZ SERRANO (1994). »Excluidos de salud, los inmigrantes». *Revista Monitor-Educador*, 52, págs. 30-31. Bilbao.
- OMS-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1984). «Grupo consultivo de las minorías étnicas». *Rev. San. Hig. Pub.*, 58, págs. 575-578.
- PUMARES, P. (1993). «La inmigración marroquí», en GIMÉNEZ, C. (coord.), *Inmigrantes extranjeros en Madrid*. Tomos I y II. Madrid: Comunidad de Madrid y Universidad Autónoma, págs. 119-223.
- RIBAS BATLORI, M. A.; SENDRA PINA, M. P.; MIRALLES GISBERT, S.; LLOBET VILA, J.; MORENO MARÍN, J.; OROZCO BELTRÁN, D.; GIL GUILLÉN, V.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M. (1987). «Evaluación de una experiencia de participación de la comunidad: el Consejo de Salud de Novelda (Alicante)». *Atención Primaria*, 8(4), págs. 407-412.
- UGALDE, A. (1993). «Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España». II Jornadas Nacionales sobre Etnia y Desigualdad. 22 y 23 de octubre. Jaén.

Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán

M. Alonso

Mientras realizaba una investigación sobre la migración de mujeres de origen marroquí en las comarcas del Camp de Tarragona (Alonso, 2002)¹, solía preguntar de manera habitual a mis informantes sobre su percepción de nuestra sociedad y sobre qué aspectos de ésta valoraban más positivamente. En una proporción muy elevada de los casos la respuesta era la sanidad pública catalana. Procedentes de un país donde la sanidad pública presenta graves deficiencias, el acceso a un sistema sanitario con un elevado grado de profesionalidad y con servicios e infraestructuras modernas era percibido por estas mujeres como un elemento al que otorgaban gran importancia y sus respuestas evidenciaban una valoración muy satisfactoria de nuestras instituciones sanitarias.

A pesar de los elogios que incidían masivamente en los aspectos positivos de la institución, un análisis más profundo revelaba que en realidad existían carencias evidentes en la atención que este colectivo recibía, lo que ponía de manifiesto que la atención sanitaria a un público con necesidades y características diferentes a las del perfil mayoritario de los usuarios era aún una asignatura pendiente que se resolvía a menudo de manera ineficaz. Era, pues, evidente que había que establecer los mecanismos y estrategias nece-

1 Publicada bajo el título *L'altra riba: trajectòries de vida i migració de dones d'origen marroquí al Camp de Tarragona*. Ed. Arola, 2002.

sarios para conseguir normalizar la atención a estos usuarios y hacer frente a las dificultades que su presencia cada vez más numerosa generaba.

«La diversidad cultural asociada a la inmigración representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población por varias razones: porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso; porque desafía las organizaciones de los profesionales y las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación; y porque supone desde el punto de vista político —y especialmente en Europa—, un reconocimiento de los derechos de las minorías»

(Comelles, 2003: 124)

Estas deficiencias en el modelo asistencial se hacían todavía más patentes en el caso de las mujeres marroquíes, que por sus características componen un colectivo que demanda una atención muy específica que dé respuestas a sus necesidades.

Nos encontrábamos a mediados de la década de los noventa del pasado siglo, y numerosas voces empezábamos a advertir sobre la necesidad de atender a los inmigrantes partiendo de un análisis y un conocimiento previo de su realidad socioeconómica y cultural. Proponíamos la presencia de mediadores culturales en los ambulatorios y hospitales como mecanismo válido para mejorar la atención tanto primaria como hospitalaria, y planteábamos también la formación de los profesionales sanitarios como otro factor clave para conseguir estos objetivos.

En la actualidad han mejorado algunas cosas. En los últimos años ya no resulta extraño encontrar mediadores en diversos centros de salud, y en numerosos casos este servicio viene realizándose ininterrumpidamente desde hace tiempo con resultados muy positivos. También la demanda de cursos de formación ha aumentado; ya se incluyen, en los diferentes cursos de formación continua para el personal sanitario, aspectos relacionados directamente con la atención a los inmigrantes, lo cual pone de manifiesto que existe un mayor interés por parte de los profesionales por conocer la realidad de los inmigrantes y encontrar los mecanismos adecuados para mejorar la atención a este colectivo. Por otra parte, también se han realizado diversas campañas informativas dirigidas a colectivos de inmigrantes para facilitarles el conocimiento de los distintos servicios que integran la red sanitaria pública e informarles sobre las diversas campañas de prevención, vacunación, planificación familiar, etc.

A pesar de todos los logros obtenidos, es evidente que aún queda un largo camino que recorrer y que las carencias que afectan a la sanidad en el campo de la asistencia a inmigrantes, y en particular al caso que nos ocupa, el de las mujeres de origen marroquí, son evidentes. A lo largo de este trabajo analizaremos estos aspectos y trataremos de incidir también en otros puntos de interés que afectan específicamente al grupo estudiado, a través de tres ejes de análisis que parten de un planteamiento específico muy centrado en la necesidad de conocer previamente su realidad y su contexto: la situación de la mujer en el Marruecos actual, la experiencia sanitaria de las mujeres marroquíes en su sociedad de origen y, finalmente, la adaptación de éstas al sistema sanitario de la sociedad de acogida al producirse la interacción entre las instituciones sanitarias y el colectivo de mujeres marroquíes.

La mujer marroquí

Nos hemos referido anteriormente a la necesidad de conocer el contexto socioeconómico y cultural de los inmigrantes como medio para mejorar la calidad asistencial dirigida a estos usuarios. En este sentido, no podemos olvidar que la percepción que cada individuo tiene sobre la salud y la enfermedad, sus hábitos y comportamientos más o menos saludables, son el resultado en buena medida del medio social, cultural y económico en el que han desarrollado su vida.

«Frente a un modelo estático se presenta un modelo dinámico y, fundamentalmente, frente a otra visión de la salud como estado abordable y diferenciable de otras facetas de la vida del individuo, se opone una visión de la salud como resultante de las actitudes y actividades que desarrolla el sujeto en todas las esferas de su vida: su biografía, la historia en que esta se engarza y la relación entre sujeto y medio sociocultural que le rodea»

(Uribe, 1989: 27)

En relación con lo expuesto, constituye una necesidad evidente realizar un análisis previo que permita comprender la realidad de las mujeres que viven en el Marruecos de hoy en día con el fin de aprender las características de esta población, puesto que el conocimiento previo de su contexto nos permitirá detectar mejor sus necesidades asistenciales en el campo de la sanidad.

He tenido la suerte de poder establecer a lo largo de diversas estancias más o menos largas en Marruecos, que comenzaron hace ya casi quince años, relaciones de amistad con numerosas mujeres marroquíes, gracias a las cuales he podido aprender muchas cosas sobre su vida y su mundo. El contacto con estas mujeres me ha permitido captar la realidad de una sociedad en la cual las mujeres ocupan un lugar muy determinado, aunque en ella se están produciendo cambios muy importantes que giran precisamente en torno a la mujer, pues ellas son, por una parte, el motor que las hace posible, y por otra, las que más directamente reciben las consecuencias (Mernisi, 1996). En este Marruecos en transformación, que se debate entre la modernidad y la tradición, las mujeres nos ofrecen la imagen más evidente de esta realidad cambiante. Es por ello, posiblemente, que el concepto que mejor define actualmente el universo femenino de Marruecos es el de heterogeneidad, un elemento que se hace patente en todos los aspectos de la vida cotidiana de las mujeres: vestido, trabajo, educación, sexualidad, etc., y que hace en todo caso imposible establecer un arquetipo o modelo único de mujer marroquí.

Esto contrasta plenamente con la visión estereotipada que, a menudo, ofrecen los medios de comunicación occidental, que nos muestran una mujer sumisa, analfabeta y arraigada a las tradiciones. No cabe duda de que esta tipología puede corresponder a una parte importante de la población femenina, pero en ningún caso es aplicable a la totalidad, que, como hemos dicho anteriormente, se caracteriza precisamente por la heterogeneidad de modelos y comportamientos (Nash, 1999). La repercusión que tiene sobre nuestra sociedad la repetición sistemática del modelo arquetípico tradicional que nos muestran los medios de comunicación es doblemente negativa: por un lado, fundamenta la predisposición de una gran parte de la sociedad a considerar este modelo como único y, por tanto, aplicable a la totalidad de las mujeres marroquíes; por otro, favorece la realización de políticas sociales inadecuadas, ya que a menudo se dirigen tan sólo a aquella parte del colectivo de mujeres inmigrantes que responde al modelo tradicional, obviando que entre las mujeres marroquíes hay muchas que presentan un perfil muy diferente, para las cuales, en consecuencia, sería necesario realizar otro tipo de propuestas y actuaciones.

Uno de los factores que incide de manera más evidente en las diferencias que observamos entre las mujeres marroquíes es su adscripción a un medio rural o urbano. Las desigualdades que uno y otro medio establecen sobre sus habitantes son, en el caso de Marruecos, un elemento muy importante que hay que tener en cuenta. En general, en el mundo rural las mujeres

que viven en el seno de pequeñas comunidades están sometidas a un control social muy estricto, por lo cual son poco habituales los casos que rompen con el modelo tradicional hegemónico y, en consecuencia, predomina un modelo mucho más homogéneo y próximo a las formas más tradicionales. Así mismo, la pertenencia a un medio rural dificulta el acceso de la mujer a la educación y también al mundo laboral, con lo que se limitan las expectativas de cambio.

«Sin duda la sociedad tradicional y los comportamientos familiares están siendo transformados en muchos aspectos como consecuencia de los procesos de transformación experimentados en las últimas décadas [...] Ahora bien, tanto la profundidad de los cambios como su alcance social y espacial recubren un panorama muy diferenciado y con grandes disparidades según se trate del ámbito urbano o rural, o de unas clases sociales u otras. Pero quizás la mayor diferencia la constituya la enorme distancia que existe entre el campo y la ciudad. Es en la ciudad donde está teniendo lugar el paso de la gran familia a la familia nuclear, de la familia numerosa a la reducida y es donde se está modificando el estatuto tradicional de la mujer y se están erosionando las jerarquías patriarcales porque es donde se están desarrollando los tres factores principales del cambio social: la educación, el acceso al trabajo asalariado y el control de la sexualidad»

(Martín, 1999: 78-80)

Por el contrario, las ciudades permiten esquivar este control con mayor facilidad y es en el marco urbano donde se desarrolla más ampliamente la diversidad de modelos, que van desde los más tradicionales a los más occidentalizados. También la vida, los hábitos y las expectativas de las mujeres del campo son muy diferentes a los de las de ciudad, como puede observarse a través de los diferentes aspectos que citaremos a continuación: escolarización, acceso a los servicios y opciones laborales².

En primer lugar nos referiremos al acceso a la instrucción y a las grandes diferencias que se observan según el lugar de residencia, como demuestra el hecho de que el porcentaje de mujeres escolarizadas en el ámbito rural es considerablemente más bajo que el de las de ámbito urbano³. Diversos factores explican estas diferencias. Por un lado, la accesibilidad a la escuela es a veces complicada para aquellas niñas que viven en núcleos dispersos y

2 Los aspectos relacionados con la sanidad los trataremos en el siguiente apartado.

3 Las zonas urbanas con tasas de escolarización del 88,5% contrastan con las regiones rurales, donde la tasa de absentismo femenino es aún elevada.

alejados de los centros escolares donde no existe un servicio de transporte regular. Por otro lado, las tareas domésticas de la mujer rural son muy duras —como veremos más adelante— y se hace necesario contar con la ayuda de la mano de obra que proporcionan las niñas, quienes suelen cuidar de sus hermanos más pequeños y colaboran en las diversas tareas diarias, descargando así a las madres de una parte del extenuante trabajo que realizan habitualmente. Otro factor muy importante que condiciona la escolarización de las niñas en las áreas rurales son las motivaciones o ideas de tipo cultural, muy arraigadas entre esta población, sobre cuál debe ser el papel tradicional de la mujer: suele considerarse que su papel fundamental es el de ser esposa y madre, y que su sitio está en el hogar. En este sentido, la formación escolar se considera innecesaria, e incluso se le atribuyen connotaciones negativas, puesto que puede influir de manera inadecuada sobre la mentalidad de las jóvenes con el aporte de ideas de modernidad y cambio que no son deseadas en ningún caso por sus progenitores (Belarbi, 1987). En las ciudades, en cambio, es mucho más habitual la presencia de niñas en las aulas, ya que se le da a la instrucción un valor más importante; aun así, se observan muchos casos en que las jóvenes son obligadas a abandonar sus estudios al llegar a la pubertad, ya que para sus familias ésta es una edad peligrosa, en que la niña se convierte en mujer y la protección de su virginidad se erige en objetivo prioritario del grupo familiar, que prefiere recluirla en el ámbito doméstico a fin de evitar posibles riesgos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta que distingue a las mujeres de campo de las de ciudad es la accesibilidad a los distintos servicios, ya no sólo sanidad, educación, administración, etc., sino también, a menudo, a bienes tan elementales como el agua potable, la calefacción, la luz, etc.⁴. Todo ello dificulta enormemente la vida de las mujeres rurales, haciéndola más dura y aumentando sus cargas cotidianas, ya que ella es la encargada de proporcionar bienestar a los miembros del grupo familiar y, por tanto, debe conseguir el agua para beber, lavarse o cocinar, la leña para cocer el pan y calentarse en invierno, etc.⁵. No es, pues, extraño que sean las propias madres las más interesadas en propiciar el absentismo escolar de sus hijas, ya que necesitan su ayuda para realizar todas las tareas que tienen encomendadas. En contraste, la vida de la mujer de ciudad es mucho más cómoda, ya que

4 Sólo el 28,3% de los hogares rurales disponen de fuente de agua potable y el 22,4% de electricidad. Fuente: www.statisc.gov.ma.

5 El tiempo medio empleado diariamente por las mujeres rurales para aprovisionarse de agua es de 1 h y 2 m, y para conseguir leña de 1 h y 47 m. Fuente: www.statisc.gov.ma.

habitualmente tiene garantizado el acceso a todos estos servicios y, por ello, sus tareas domésticas son más livianas, con lo que dispone así de más tiempo libre. Además, puede acceder fácilmente a los medios de comunicación, como la televisión, los diarios, etc., lo cual le proporciona una información sobre la realidad social mucho más amplia que la que posee generalmente una mujer rural.

Por lo que respecta a las opciones laborales de las mujeres, es evidente que el medio rural proporciona pocas oportunidades más allá del trabajo doméstico y del campo, ambos concebidos como ayuda familiar y, por tanto, faltos de cualquier tipo de retribución económica. Para estas mujeres, las salidas laborales más habituales son el trabajo textil a domicilio o bien en pequeños talleres artesanales, o la venta de productos agrícolas en alguno de los diversos mercados que abundan en el país. En el caso de las mujeres urbanas, las posibilidades son mucho más amplias, desde trabajos que no exigen ningún tipo de formación laboral, como el trabajo en diversas fabricas o en el sector doméstico y limpieza, a empleos más especializados en bancos, establecimientos comerciales, hospitales, escuelas y la administración pública. A pesar de que las oportunidades de las mujeres en el mundo del trabajo aumentan considerablemente en las ciudades, no podemos olvidar que, a menudo, el trabajo femenino es infravalorado y que la mujer marroquí vive una situación de discriminación laboral evidente (Benabdeni, 1997).

Una vez expuestas las principales diferencias entre las mujeres de ámbito rural y las de ámbito urbano, queda de manifiesto la heterogeneidad que caracteriza actualmente a las mujeres marroquíes a la que hacíamos referencia al comienzo de este apartado. Creo que este aspecto es capital para comprender la realidad de estas mujeres y su adaptación particular al proceso migratorio, ya que es obvio suponer que no tendrá las mismas posibilidades de adaptarse a nuestra sociedad una mujer procedente de un pequeño núcleo rural, analfabeta, arraigada a sus tradiciones y sin ningún contacto previo con la cultura occidental, que una mujer de ciudad que ha cursado estudios superiores, más moderna en sus hábitos y costumbres, y que además está familiarizada con la sociedad europea a través de la información obtenida de libros, medios de comunicación, etc.

En relación directa con el grado de adaptabilidad que cada mujer experimenta al entrar en contacto con la sociedad de acogida, habrá que presuponer también una adaptabilidad similar a nuestras instituciones sanitarias, ya que precisamente en este terreno las experiencias que las mujeres han vivido en su sociedad de origen son también muy diversas. Para muchas mujeres,

especialmente aquellas que vienen del ámbito rural, la sociedad catalana representará un *shock* importante en relación con el modelo sanitario que han usado habitualmente, poco familiarizado con la medicina moderna y mucho más cercano, por contra, a prácticas sanitarias de tipo tradicional, que como veremos en el siguiente apartado, están muy ligadas al ámbito de la religión, la espiritualidad o la magia. Para las mujeres procedentes de un medio urbano, en cambio, nuestro modelo sanitario será mucho más próximo y comprensible, ya que están acostumbradas a una sanidad moderna a la que han accedido de manera habitual en las diferentes ciudades de las que proceden, y tendrán por tanto pocos problemas para adaptarse a la realidad catalana.

Mujer y salud en Marruecos

Una de las cosas que más llama la atención al analizar el sistema sanitario marroquí es la importante presencia que tiene aún, a lo largo del país y especialmente en las zonas rurales más aisladas, la medicina de tipo tradicional (emplearé este término en oposición al de medicina moderna o institucionalizada, por cuestiones prácticas). A pesar de los éxitos innegables que la medicina moderna ha conseguido en el tratamiento de enfermedades graves como la polio, la tuberculosis y un largo etcétera, es aún muy frecuente encontrar gente que sigue empleando los servicios de los diversos especialistas pertenecientes a la comunidad de sanadores tradicionales, que en Marruecos componen un amplio abanico en el que se incluyen *fikhs*, *achabs*, comadronas, barberos-dentistas, etc. Mientras los *fikhs* estarían ligados directamente al ámbito religioso y su espacio es la mezquita, el resto compone un grupo variopinto de sanadores y curanderos tradicionales conocedores de las propiedades terapéuticas de plantas y animales, y suelen ubicarse preferentemente en los mercados. Unos y otros cuentan con un importante número de clientes, lo que demuestra que buena parte de la población sigue confiando en estos profesionales, que han sido durante mucho tiempo los únicos que han velado por su salud, cuando no tenían acceso a la medicina moderna y había que encontrar una salida al dolor y la enfermedad. Además, cabe tener en cuenta que aún hoy en día a muchos habitantes del país les resulta difícil poder acceder a los modernos centros sanitarios debido a la falta de transporte y comunicaciones que afecta todavía a determinadas zonas del territorio, y también porque la sanidad moderna resulta cara. Por otra parte,

la medicina tradicional está revestida de un papel mágico-simbólico muy importante que da cabida a todas aquellas personas que sufren enfermedades que la medicina moderna no ha podido curar, especialmente todas las relacionadas con patologías de tipo mental. La medicina tradicional aporta a los enfermos un espacio donde, además de sanar el cuerpo, los elementos mágicos, los mitos y los símbolos recuperan todo su valor, y donde encuentran los recursos para afrontar la enfermedad desde una perspectiva muy diferente a la que ofrece la sanidad moderna.

«Esto no es un atavismo. No es una creencia, se trata más bien de una confianza basada en un sentimiento de seguridad que no ha podido ser conseguido por la medicina moderna. Esta última queda reducida a un aporte foráneo que trata de suplantar un arte curativo aceptado desde hace milenios por una población que vive el mundo del sufrimiento y del dolor de manera muy particular. La medicina moderna [...] se muestra inoperante ante las causas profundas de la angustia del ser marroquí, para quien la salud física representa tan sólo una ínfima parte de su estructura espacio-temporal»

(Akhmisse, 1985: 15)

Así pues, no es extraño encontrar un buen número de personas que combinan ambos ámbitos —el moderno y el tradicional— de manera simultánea. Por un lado, acuden al hospital y compran en la farmacia las medicinas prescritas, pero a la vez encargan un talismán que las proteja del mal de ojo por si acaso fuera éste el verdadero causante de la enfermedad.

Por lo que respecta a las mujeres marroquíes, los estudios realizados demuestran que son también usuarias habituales de la medicina tradicional, especialmente en todos los aspectos referentes a la reproducción; es decir, desde tratamientos para estimular la fertilidad hasta remedios para controlar los embarazos, métodos abortivos, etc. No podemos olvidar que la maternidad es un tema de importancia capital en la vida de las mujeres marroquíes. A lo largo de su infancia el proceso de socialización va dirigido mayoritariamente a convertirla en esposa y madre, y su papel como reproductora está considerado su principal objetivo. Para aquellas mujeres que no pueden tener hijos, la maternidad se convierte en una necesidad vital y no ser fértiles las angustia de manera obsesiva, ya que les impide realizarse plenamente en un contexto en que, precisamente, procrear es la principal tarea destinada a la mujer. En las zonas rurales este hecho tiene una importancia

aún mayor, ya que el modelo tradicional de la mujer como reproductora y ligada al hogar persiste de manera hegemónica.

«La importancia de su papel como madre es crucial para la mujer de la montaña, toda su vida está destinada a conseguir este objetivo y su lugar dentro de la comunidad vendrá definido por su capacidad de procrear»

(Alonso, pág. 205)

Para otras mujeres, sin embargo, el problema recae precisamente en evitar los embarazos continuados, en reducir el número de hijos o en conseguir métodos abortivos para frenar los embarazos no deseados. Para todas ellas la medicina tradicional aporta numerosos remedios, que suelen tener como base combinaciones de plantas con elementos animales y/o minerales, o bien diversos tipos de rituales o sortilegios que son adecuados para cada caso concreto (Plantade, 1988). Aun así, una gran parte de las mujeres prefiere confiar en las técnicas y medicamentos que aporta la ciencia moderna, y se dirigen a los dispensarios y centros de planificación familiar para resolver estos problemas. El Gobierno marroquí ha realizado un importante esfuerzo de promoción de los métodos de planificación familiar mediante la difusión de campañas informativas que han tenido como objetivo principal reducir la tasa de natalidad del país, que a finales de la década de los noventa era todavía muy elevada en las zonas rurales (5,2% frente al 2,3% de las ciudades), donde la incidencia de estas campañas es menos considerable, unas medidas que han conseguido unos resultados tan aceptables como para permitir que el crecimiento anual actual del país se sitúe en torno al 1,5%. Actualmente, el esfuerzo se centra también en aumentar la tasa de escolarización de las mujeres rurales como un factor clave para conseguir la reducción de la natalidad.

La salud general de la mujer marroquí presenta hoy en día algunas carencias importantes, especialmente en las zonas rurales del país, donde la maternidad lleva asociados una serie de problemas físicos importantes que nos proporcionan datos francamente impactantes: aún se observa una elevada tasa de mortalidad femenina a consecuencia del parto — supera las 6 defunciones por cada mil partos⁶ — y todavía muchas mujeres sufren problemas graves derivados (anemias, descalcificación, etc.), que no son tratados de manera adecuada, ya que muchas de ellas no realizan ningún tipo de revisión ni seguimiento previo o posterior al parto, que a menudo tiene lugar

6 Datos obtenidos en www.unicef.org.

en el propio domicilio asistido por las mujeres de la familia o por las *qablas* o comadronas⁷. Evidentemente, de esta situación derivan problemas de salud que también afectan a los niños y, en general, se observa una perspectiva poco satisfactoria de la salud materno-infantil especialmente en las zonas rurales aisladas, donde se mantienen con mayor vigencia estos hábitos. En las ciudades, por el contrario, los datos son mucho más positivos, ya que el control médico de las diferentes fases de la gestación y el parto es un fenómeno mucho más habitual.

El contacto entre las mujeres inmigrantes y la sanidad catalana

Teniendo en cuenta todo lo que acabamos de exponer sobre la realidad diversa y heterogénea de la mujer marroquí, y también sobre su experiencia en relación con el sistema sanitario de su sociedad de origen, podemos deducir que la llegada de estas mujeres a nuestro país y el contacto con nuestro sistema sanitario comportarán para ellas un impacto importante, que provocará cambios en su comportamiento sociosanitario (Kaplan, 1998) especialmente entre el grupo de mujeres procedentes de zonas rurales, que experimentarán este cambio de manera más evidente.

Las entrevistas realizadas ponen de manifiesto que se da, en general, una rápida adaptación a nuestro modelo sanitario, que como afirmábamos al principio de nuestro artículo, es percibido de manera muy positiva. La confianza que les inspira la profesionalidad del personal médico de nuestro país proviene del uso frecuente de los servicios, en especial la atención pediátrica, que es, por otra parte, uno de los mejor valorados. Este seguimiento regular de los niños repercute en la mejora de su salud, en contraste sobre todo con la atención mínima que recibían en zonas rurales. Se constata también una mejoría en los hábitos de alimentación y en la salud dental, y también en el control de las vacunaciones periódicas obligatorias, ya que la asistencia a las consultas se realiza de manera mucho más frecuente.

Para muchas mujeres marroquíes, especialmente para las que vienen de zonas rurales, el contacto con la sanidad catalana comporta la adaptación a un modelo sanitario diferente, en el que el uso de la medicina tradicional queda relegado a un terreno de inferioridad ante el predominio de la idea de modernidad y conocimiento científico, y en el que, por tanto, no queda

⁷ En Marruecos, actualmente, el 40% de los partos no son atendidos por personal sanitario; evidentemente, esto es más habitual en el medio rural.

espacio para los elementos mágicos y simbólicos. Aun así, se observa mayoritariamente un evidente deslumbramiento ante nuestro modelo sanitario, lo que hace que abandonen sin ningún problema las prácticas tradicionales, encantadas de poder insertarse plenamente en la medicina moderna (pienso que es interesante constatar este proceso cuando, paradójicamente, en el seno de nuestra sociedad hay mucha gente que retorna a la medicina tradicional y a las terapias alternativas), a la que pueden acceder además de manera próxima, inmediata y gratuita.

Este contacto comportará también, obviamente, algunos cambios en las pautas y comportamientos sanitarios de las mujeres inmigrantes, que tienden progresivamente a parecerse a los comportamientos más corrientes entre la población de acogida. Este hecho es especialmente significativo en los aspectos relacionados con la planificación familiar, donde se observa una importante reducción del número de hijos por mujer y un uso más elevado de los métodos anticonceptivos. También se abandona la práctica de dar a luz en el domicilio familiar, optando de manera habitual por la asistencia hospitalaria. Se mantiene, sin embargo, en un elevado porcentaje la práctica de amamantar durante un periodo prolongado, que se sitúa alrededor de los doce meses, muy superior por tanto al de la media de las mujeres catalanas.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es que, en general, la salud de las mujeres en todos los aspectos relacionados con la gestación mejora ostensiblemente, ya que el seguimiento del embarazo, el parto y el posparto se realizan de manera más regular; el control más frecuente de la salud de la madre evita, así, trastornos y patologías derivadas de la maternidad⁸.

Existe, no obstante, un importante aspecto a destacar, que afecta a un elevado porcentaje de población inmigrante y también, en concreto, a bastantes mujeres marroquíes. Se trata de trastornos de tipo psicosomático que aparecen en relación directa al proceso migratorio, y que tienen su origen en las dificultades de adaptación, el desarraigo, la sensación de pérdida, etcétera, que vive el inmigrante al instalarse en la sociedad de acogida; es lo que se ha venido en llamar «duelo migratorio»⁹, un fenómeno habitual que ha afectado a diversas generaciones de inmigrantes a lo largo de la historia.

8 El amamantamiento prolongado que las mujeres marroquíes practican mayoritariamente se concibe como positivo por gran parte de los especialistas, que tratan de que no pierdan este hábito a pesar de que, como demuestra un estudio realizado por el consorcio sanitario de Mataró (1996), existe cierta tendencia a reducirlo por influencia de los hábitos de la sociedad de acogida.

9 Este trastorno ha sido también definido últimamente con el término «síndrome de Ulises». Sobre trastornos derivados de la migración son especialmente interesantes los estudios realizados

«Para que el proceso inmigratorio de trasplante psicosocial llegue a elaborarse de manera satisfactoria, ha de pasarse por un periodo que hemos llamado de asentamiento, seguido de otro de adaptación, para poder llegar a una verdadera integración del inmigrante -probablemente siempre parcial. Pero este proceso, este camino, es largo y costoso, sujeto a numerosas dificultades y obstáculos interpuestos tanto por el sujeto como por el medio ambiente»

(Tizón, 1994: 23)

Según diversos especialistas, estos trastornos son más graves en el caso de las mujeres, ya que los hombres suelen superarlos al estabilizar su situación, al encontrar un trabajo, etc. Las mujeres, en cambio, viven más aisladas en el hogar familiar y se integran en menor grado en la nueva sociedad, con lo cual las dificultades para superar sus dolencias son mayores y a menudo derivan en ansiedad, fatiga, depresión o en trastornos de tipo psicosomático, especialmente relacionados con el aparato digestivo o las cardiopatías. A ello hay que sumar que el desconocimiento del idioma impide que puedan expresar correctamente lo que les ocurre realmente, lo que dificulta considerablemente a los profesionales médicos la detección del problema y la consecuente aplicación de las terapias adecuadas¹⁰.

Las diversas entrevistas realizadas a mujeres de origen marroquí a lo largo de diversos años de estudio me han permitido conocer su percepción sobre la sanidad catalana, y también detectar las principales deficiencias que ponen de manifiesto a través de las entrevistas realizadas. Por otro lado, a partir de diversas conferencias y cursos de formación destinados al personal sanitario que he impartido en diversos centros de atención primaria y hospitales de las comarcas de Tarragona, he podido obtener una buena perspectiva de la percepción de este colectivo sobre la atención sanitaria a las mujeres marroquíes. De las opiniones de unas y otros podemos extraer diversas conclusiones que demuestran que existen elementos comunes donde convergen las preocupaciones de ambos colectivos. Entre ellos, destacamos los tres factores que con más frecuencia han aparecido en las manifestaciones tanto de las mujeres inmigrantes como del personal sanitario:

por Tizón, Atxotegui y Pellegero (1993).

10 También la Dra. Amina Bargach, eminente psiquiatra marroquí, ha estudiado en profundidad cómo afecta la migración a la salud femenina. El resultado de sus investigaciones ha sido expuesto en diversas conferencias realizadas en nuestro país durante los últimos años.

- La dificultad de comunicación derivada del desconocimiento de nuestra lengua que afecta a un número importante de mujeres marroquíes, lo que hace necesario que acudan a las consultas acompañadas de un familiar o vecina que actúe como traductor, lo cual dificulta la relación directa médico-paciente. Si la paciente acude sola, el médico tiene dudas a menudo de que haya comprendido bien sus indicaciones.
- La falta de canales de información destinados al inmigrante, lo que conlleva que las usuarias realicen a menudo un uso inadecuado de los servicios sanitarios debido al desconocimiento del funcionamiento de nuestra red asistencial.
- Los factores de tipo cultural, y especialmente aquellos ligados a una determinada tradición religiosa que concibe el cuerpo de la mujer desde una perspectiva de riguroso pudor. Las trabas a su exploración por parte del personal médico masculino llegan a su máximo exponente en el caso de las consultas de ginecología.

Para hacer frente, precisamente, a los aspectos anteriormente citados, que preocupan a ambos colectivos —el de las mujeres inmigrantes y el personal sanitario—, constituye un elemento clave la presencia de la figura del mediador cultural en los centros de salud, ya que puede actuar como puente entre unos y otros con lo que se evitarían posibles problemas que pudieran surgir. Su trabajo consigue un doble objetivo: por un lado, mejorar la calidad asistencial de estas pacientes, y por otro, evitar al personal médico —que a menudo trabaja en consultas sobreesaturadas y en condiciones de estrés evidentes— situaciones de conflicto provocadas por los malentendidos que la atención a los inmigrantes genera en numerosas ocasiones. Los mediadores culturales conocen la cultura de origen de estos pacientes y sus experiencias en el campo de la sanidad en el contexto de su sociedad de origen, y están plenamente familiarizados con el funcionamiento y las características de nuestro modelo sanitario, con lo cual poseen las estrategias adecuadas para poder actuar como intermediarios en la solución de conflictos y también como elemento clave para facilitar información a los inmigrantes y dirigirlos por los canales adecuados en el uso de los servicios. En el caso concreto de las mujeres, su labor como mediadoras resulta aún más interesante por la evidente importancia del papel que la mujer ejerce como puente entre las instituciones y el grupo familiar.

«Los pacientes y los profesionales sanitarios también señalan que la intervención de las mediadoras hace posible la provisión de una atención sanitaria más fluida puesto que, gracias a la mejora en la comunicación, pueden cooperar entre ellos más fácilmente»

(Verrept, Louckx, 1997: 215)¹¹

Por último, cabe destacar también como otro elemento fundamental para mejorar la calidad asistencial del colectivo de mujeres inmigrantes de origen marroquí la necesidad de trabajar en el campo de la información. Ésta debe llevarse a cabo desde una doble vertiente: por un lado, desde la formación del personal sanitario que permita aportar los mecanismos y estrategias más adecuadas por lo que se refiere a la atención médica a estas mujeres; por otro, se incidirá en la realización de campañas informativas destinada a las mujeres inmigrantes sobre aquellos temas que necesitan difusión, como la planificación familiar, la salud materno-infantil, las campañas preventivas, etc., sin olvidar que el objetivo principal ha de ser adecuarlas plenamente al tipo de colectivo al que se pretende informar, lo que implica obviamente un conocimiento previo del contexto socioeconómico, de la cultura de origen y de las características propias del grupo al que se dirige la información.

Bibliografía

- AKHMISSE, M. *Médecine, magie et sorcellerie au Maroc*. Casablanca, 1985.
- ALMA, W. *Psycho-social problems of migrants*. Ed. Ginebra. OMS. 1986.
- ALONSO, M. *L'altra riba: trajectòries de vida i migració de dones d'origen marroquí al Camp de Tarragona*. Ed. Arola. Tarragona. 2002.
- BELARBI, A. «La représentation de la femme à travers les livres scolaires», en *Potraits de femmes*. Ed. Le Fennec. Casablanca. 1987.
- BENABDENI, F. «L'activité féminine. Le cas du Maroc», en *Droits de citoyenneté des femmes au Maghreb*. Ed. Le Fennec. Casablanca. 1997.
- COMELLES, J.M. «Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina» en *A propòsit de cultura, Quaderns de l'ICA*, nº 19. Barcelona. 2003.
- DOWNING, B.T. «The use of bilingual/bicultural workers as providers and interpreters», en *International Migration*, 1992; xxx: págs. 121-130.

11 Hay un gran número de estudios realizados en diversos países sobre el papel de los mediadores culturales en los centros de salud (PODRHO, 1994; DOWNING, 1993; PUSTCH, 1985).

- KAPLAN, A. *De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social*. Fundació La Caixa. Barcelona. 1998.
- MARTÍN, G. «La dona al Marroc. Estat de la qüestió i perspectives», en *La dona al Marroc*. ICD, Barcelona. 1999.
- MERNISI, F. *El poder olvidado. Las mujeres ante un Islam en cambio*. Ed Icaria. Barcelona. 1996.
- NASH, M. «Construcció social de la dona estrangera», en *Dona i migració a la Mediterrània Occidental*. Ed. Proa ICM. Barcelona. 1999.
- PLANTADE, N. *La guerre des femmes*. Ed. La Boîte à documents. París. 1988.
- PODRHO, S. «Londres, refugiados y salud», en *Sin Fronteras*, boletín del COMRADE, nº 12, 1994.
- PUSCH, R.W. *Cross-cultural communication. The special case of interpreters in health care*. *Jama*, 1985; pág. 254 (23).
- TIZÓN, J.L. «Migración, duelo y conflicto psico-social», en *Migraciones y salud mental*. EUTS, Barcelona, 1994.
- TIZÓN, J.L. (coord.) *Migraciones y salud mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada en Catalunya*. Barcelona. PPU, 1993.
- VERREPT, H.; LOUCKX, F. «Mediadoras de salud en el sistema sanitario belga», en *Inmigración y políticas sociales*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. 1997.
- VV.AA. *L'atenció sanitària a immigrants. L'experiència del Consorci Sanitari de Mataró*. Fundació de Serveis de Cultura Popular, 1996.

Norteafricanos en áreas rurales del centro de España¹

Xavier Allué²

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

La emigración no es un problema.

Es un acontecimiento: social, demográfico, político...

El racismo es un problema.

Lo que debemos evitar es que el racismo se convierta en un acontecimiento.

La emigración de origen económico en España presenta una amplia variedad de situaciones. Esta variedad se refleja también en los problemas de salud que los emigrantes pueden encontrar. Aunque el Sistema Nacional de Salud es supuestamente uniforme, las diversas situaciones sociales y geográficas redundan en diferencias en el servicio. Los estudios más recientes se centran en áreas en las que se concentran grandes contingentes de inmigrantes, principalmente alrededor de las grandes ciudades como Madrid o Barcelona. El objetivo de este texto es el de presentar la situación en un área rural en el centro de España, con sus peculiaridades, diferencias y similitudes, especialmente desde el punto de vista de los profesionales.

1 Con norteafricanos nos referimos, en este trabajo, esencialmente a marroquíes. En España el término magrebí, de El Maghreb, el área geográfica que incluye Marruecos, Argelia, Túnez e, incluso, Mali y Mauritania, se utiliza por lo común como un eufemismo para evitar el término «moro», que se considera políticamente incorrecto. Por ello no creemos adecuado utilizar el término «magrebí» en este texto.

2 Mi reconocimiento al Dr. J. J. Morell, quien hizo posible este trabajo e introdujo al autor en la realidad de la inmigración en Extremadura.

El trabajo de observación se llevó a cabo durante un breve periodo en el invierno de 2004, en torno a una reunión profesional de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura que tuvo lugar en Navalmoral de la Mata en enero de 2004.

Situación

La región geográfica del Campo Arañuelo se encuentra en la esquina nordeste de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en la provincia de Cáceres, a unos 180 km al sudoeste de Madrid. Navalmoral de la Mata, el centro de la comarca, se encuentra ubicada junto a la Carretera Nacional VI, una de las principales vías radiales del sistema de comunicaciones español.

La población del área es de unos 55.000 habitantes; de ellos, 6.626 son inmigrantes registrados. La peculiaridad es que la mayoría viven en dos localidades: el propio Navalmoral de la Mata y Talayuela. Navalmoral es la sede del Hospital Comarcal «Campo Arañuelo», un hospital de 120 camas construido en los años 80 del pasado siglo por la Seguridad Social.

Datos étnicos

Los inmigrantes del área de Navalmoral pertenecen a 32 nacionalidades diferentes. Sin embargo, más del 90% son marroquíes (Tabla 1), la mayor parte de dos pueblos concretos del este de Marruecos, cerca de la frontera con Argelia: Oudja y Taourirt.

Tabla 1. Población extranjera en Talayuela, 2002

País de origen	Número
Argelia	49
Brasil	5
República Checa	3
Colombia	31
Cuba	1
República Dominicana	4
Ecuador	126

Francia	3
Italia	1
Jordania	1
Lituania	6
Marruecos	4.401 (93%)
Mauritania	1
Países Bajos	1
Polonia	5
Portugal	31
Rumanía	13
Senegal	31
Ucrania	2
Total	4.715

(Población española autóctona: 6.880)

Datos de C. Álvarez, *Realidad de la inmigración en Extremadura*, 2003.

Datos sociales y culturales

Idioma

Muchos de los marroquíes hablan árabe, que es la lengua oficial de Marruecos, empleada por la administración y en las escuelas. Pero muchos otros hablan tamazight (bereber) o chelja, con sus respectivos dialectos. El analfabetismo es muy común: hasta el 55% de los hombres y el 80% de las mujeres no leen o escriben árabe. Pocos pueden leer el español, aunque gradualmente empiezan a comprender los letreros y anuncios en nuestro idioma.

Religión

La mayoría son musulmanes ortodoxos. Existe una mezquita (un informante la denominó una «casi-mezquita») en Talayuela, situada en un secadero de tabaco, un edificio bastante deteriorado alquilado a su propietario por la comunidad musulmana. Hace unos cuatro años llegó un imán, que se instaló en el pueblo. Algún tiempo después reagrupó a su familia³ y actualmente

3 El reagrupamiento familiar es una forma legal de inmigración para las familias de aquéllos que llevan un tiempo instalados y trabajando en el país, y que pueden demostrar que tienen un empleo estable. La mayor parte de las mujeres norteafricanas emigran de esta forma. Muy pocas

presta sus servicios a la comunidad. Se da una asistencia regular a los servicios religiosos, especialmente los días festivos. El Ramadán es seguido por la inmensa mayoría de los inmigrantes.

El empleo de pañuelos en la cabeza, o el chador, es muy común entre las mujeres marroquíes. Sin embargo, la mayor parte de las jóvenes han dejado ese atuendo étnico-religioso y visten como europeas. Prácticamente ninguna niña lleva el chador en la escuela por decisión propia. No existe aparentemente ningún conflicto relacionado con el empleo de unos u otros vestidos o tocados⁴.

La emigración a la comarca del Campo Arañuelo data del principio de los años noventa, en un principio como trabajadores temporeros para la recogida del tabaco, que luego se quedaron y se dedicaron a las cosechas del tabaco y del espárrago, cultivos ambos que requieren mucha mano de obra.

El caso Talayuela

Talayuela es un pequeño pueblo del centro de España con una población de algo más de 5.000 habitantes. La población se fue haciendo mayor a medida que la mayor parte de los jóvenes emigraba hacia el cinturón industrial de Madrid, apenas a un par de horas de distancia en tren o en coche.

A finales de los años ochenta empezó a recibir algunos emigrantes del norte de África. El flujo creció gradualmente con la llegada de nuevos inmigrantes y con el reagrupamiento familiar de niños y mujeres. A comienzos del siglo XXI, la población inmigrante igualó a la autóctona, para posteriormente superarla ya en número.

La mayor tasa de natalidad de los marroquíes se refleja en el crecimiento de la proporción de nacidos de madres extranjeras de hasta el 18% (83 de 440 nacimientos), en el año 2002, en el Hospital Campo Arañuelo, que es donde tiene lugar la práctica totalidad de los nacimientos.

El asentamiento de inmigrantes en tales proporciones en una comunidad tan pequeña ha evolucionado sin problemas, con un escasísimo número

lo hacen ellas solas por su cuenta.

4 El mismo día en que este texto se escribía, el Gobierno francés emitió una normativa prohibiendo el uso de cualquier tipo de prenda de cabeza de origen religioso en el sistema escolar público francés, ya fuera el chador, los pañuelos en la cabeza, la kipa judía o cualquier otra. Aunque hace un par de años existió una cierta polémica sobre el uso de las prendas de cabeza femeninas, la polémica se fue apagando y actualmente no existe ninguna.

de incidentes, lo que fue descrito por un rotativo de tirada nacional como «el milagro de Talayuela», por contraste con lo que sucedía en otras áreas del país donde existía tal concentración de trabajadores inmigrantes, como en Can Anglada (en la comarca del Vallés, en la provincia de Barcelona) o en El Ejido (Almería), que experimentaron incidentes de violencia racista en el pasado reciente.

Talayuela tiene un Centro de Salud con cuatro médicos de familia y un pediatra, más un número proporcional de personal de enfermería y un trabajador social. Los principales problemas de salud detectados con respecto a la población inmigrante son los siguientes:

Problemas importados

- Infecciones parasitarias (sarna, pediculosis, giardiasis, etc.)
- Retraso del crecimiento en los niños.
- Anemias de origen multifactorial.
- Tuberculosis.
- Problemas de piel (dermatitis/dermatosis).
- Infecciones crónicas del oído medio.
- Vacunaciones incompletas.

Problemas de salud relacionados con peculiaridades culturales y situación social

- La importancia o el efecto de la religión: El Ramadán.
- La circuncisión (*tathir*).
- El empleo de tatuajes con *henna*.
- El té como bebida común en niños.
- Analfabetismo y nivel cultural bajo.
- Hacinamiento.

Mientras que los problemas generales de salud no son diferentes de los que se encuentran en cualquier otro grupo de emigrantes recientemente llegados o en población bajo el umbral de la pobreza, vale la pena repasar los problemas de salud que el personal sanitario relaciona con las peculiaridades culturales.

La concentración de un grupo numeroso de musulmanes con la consiguiente reagrupación de familias hace que las celebraciones religiosas sean algo más que una rutina. El personal sanitario percibe que las tradiciones han de alguna forma vuelto a florecer, incluso por encima de lo que tales prácticas constituían en sus comunidades de origen. El Ramadán, con sus

horarios de ayuno, acarrea problemas para algunas personas que sean más sensibles a la ingesta alimentaria, como las mujeres embarazadas, los niños o los diabéticos. Los médicos encuentran difícil explicar cómo se puede evitar el ayuno del Ramadán sin salirse de las prescripciones religiosas.

Las circuncisiones se suelen solicitar como un servicio quirúrgico. No hay evidencia de la práctica de circuncisiones por parte de personal no sanitario.

El empleo de tatuajes de *henna* está muy extendido, incluso en niños recién nacidos. La *henna* es un tinte que se obtiene de las hojas secas de una planta: la *lawsonia inermis*, que, como su nombre indica, se supone completamente inofensiva. La preocupación deriva del hecho de que algunos tintes de *henna* contienen sales metálicas de mercurio, cromo, cadmio y cobalto, que pueden absorberse y producir envenenamiento por metales pesados y reacciones alérgicas cutáneas. Algunas preparaciones de *henna* contienen PPD (parafenilenodiamina), que acorta el tiempo de impregnación del tinte. La PPD se ha relacionado con insuficiencia renal debido a una glomerulonefritis tóxica.

El té y las infusiones son las bebidas más comunes para los norteafricanos. Originalmente, el propósito de hervir el agua servía a una razón en zonas donde el agua es un riesgo constante para la salud debido a las diarreas infecciosas como la tifoidea, el cólera y otras gastroenteritis. Las infusiones de té contienen una variedad de principios biológicamente activos, como flavonoides, vitaminas o flúor, y menos cafeína que el café. Los efectos indeseables del té se relacionan con la potencial fijación del hierro, que puede producir un secuestro del hierro disponible en la ingesta de otros alimentos, lo que puede conducir a la anemia ferropénica. Esto puede afectar especialmente a las mujeres embarazadas y a los niños.

Las barreras lingüísticas y culturales se consideran muy difíciles de superar en la asistencia sanitaria. El analfabetismo, casi universal entre las mujeres marroquíes, hace imposible el recurso a las recomendaciones, prescripciones y dosificaciones escritas. Realizar la anamnesis es difícil, no sólo por la distancia idiomática sino por la incapacidad de comprender el significado real de las preguntas. Aspectos como las alergias o los hábitos higiénicos o tóxicos no se interpretan como tales y resultan prácticamente intraducibles incluso para los mediadores.

En general, la mayor parte de los inmigrantes se dirigen al Centro de Salud cuando se encuentran enfermos, pero no vuelven para las revisiones o

para evaluaciones de salud rutinarias. La idea de acudir al centro para tomar medidas preventivas les resulta completamente ajena.

Como los niños y jóvenes aprenden el idioma español fácilmente en la escuela, se utilizan a menudo como intérpretes. Tal cosa es útil, a excepción de las consultas relacionadas con el ámbito de la ginecología, pues las mujeres no confiarán sus problemas a miembros menores de la familia, y mucho menos si son varones.

Los informantes

Buena parte de la información para este trabajo la proporcionó el Dr. Magged H. Abdulrazzak, un pediatra libanés de origen palestino que recaló en Villanueva de la Vera, una localidad cercana, hace unos quince años. Con sorpresa, vio cómo paulatinamente sus pacientes dejaban de ser parte de la población española local sustituidos por un contingente de población emigrante que hablaba árabe, su lengua materna.

El resto de los participantes fueron Maria Antonia Martín, trabajadora social, que lideró la discusión en el Foro multicultural (véase más adelante); Maria Jesús Pascual, pediatra, que trabajó un tiempo en el Centro de Salud de Talayuela y en la actualidad reside en Madrid; Julián Ibáñez, médico de familia, que aportó la información sobre las vacunas; y José Luis Domínguez, enfermero a cargo de la atención infantil, que ofreció información sobre normas de puericultura.

El Foro

En el curso de la reunión que tuvo lugar el 24 de enero, se dedicó la sesión de la tarde a recoger la visión de los propios inmigrantes. Con este objeto se convocó a formar parte de un panel de discusión a un grupo de inmigrantes para que explicaran sus sentimientos e ideas sobre su propia experiencia como pacientes.

Miembros del Foro:

Abdalah. Marroquí del sudeste de Marruecos, una región muy pobre. Licenciado en Filología inglesa, mediador cultural.

Turia. Marroquí, esposa de un ingeniero técnico agrícola marroquí. Ama de casa, joven y guapa, vestida a la europea, teñida de rubio, de unos treinta años de edad.

Ana Beatriz. Ecuatoriana. Emigró a España hace seis años para trabajar en el campo. Ahora se dedica a enseñar corte y confección en Plasencia, una ciudad próxima al Campo Arañuelo.

Pape. Treintañero senegalés. Había estudiado dos años de Medicina en la Facultad de Medicina de Dakar. Ahora trabaja como vendedor ambulante.

Houria. Traductora. Marroquí, hija de un antiguo gobernador provincial en Marruecos. Ahora vive en Naval Moral y es la presidenta de una organización multicultural.

Pilar. Trabajadora social española, de Sevilla, casada con un senegalés que trabaja en la agricultura.

Todos los miembros del Foro, de una manera u otra, se refirieron al grado de tolerancia encontrado en Talayuela como algo muy apreciado y considerado como extraordinario.

Turia apuntó que considera positiva y sin problemas su experiencia con el ginecólogo. Al pertenecer a una familia con medios ya había tenido contacto con ginecólogos de estilo occidental o europeo en Larache, en Marruecos, su lugar de origen.

Ana Beatriz mencionó la situación de muchos profesionales ecuatorianos que han emigrado a España para acabar teniendo que trabajar en el campo, sin posibilidad de haber podido desarrollar sus carreras o de utilizar sus conocimientos en la sociedad corrupta y abusiva del Ecuador de su origen.

Pilar dirigió sus comentarios hacia los aspectos políticos de la emigración. Comentó la responsabilidad que el Gobierno español tiene a la hora de proporcionar una cobertura legal más sensible, e hizo una llamada para que finalizara la situación de los nuevos inmigrantes «sin papeles», un fenómeno del que culpó a la falta de entendimiento entre los gobiernos europeos y los de los países de origen de los inmigrantes⁵.

5 Pocos meses después de estas entrevistas, el nuevo Gobierno socialista español realizó una modificación de la Ley de extranjería que permitió la normalización de más de medio millón de inmigrantes sin papeles.

Integración

Ninguno de los informantes aceptaría la idea de que existe una verdadera integración de los inmigrantes. Hablan de «tolerancia convivencial» o de «vivir juntos pero no revueltos». Aunque consideran que no hay, ni remotamente, situaciones de *apartheid*, algunos admiten la idea de que existe un «ghetto disperso». Muchos creen que hará falta por lo menos el paso de una generación, cuando los niños escolarizados crezcan en la cultura europea y se hagan «normales», para poder integrar las comunidades.

Algunos mencionan la falta de voluntad de integrarse de los inmigrantes, con ejemplos como el de las mujeres marroquíes que ven los canales de televisión árabes (argelinos o egipcios) a través de las emisiones vía satélite y no hacen ningún esfuerzo para aprender español.

Si se busca Talayuela en internet, el sitio más importante es la página web de ARJABOR (<http://www.arjabor.com>), una organización que intenta aunar «voluntades públicas y privadas, individuales y colectivas para impulsar el desarrollo sostenible de los pueblos y las gentes», como indican en la portada de la página web. ARJABOR es un acrónimo de las comarcas de Campo Arañuelo, La Jara y Los Ibores, y la organización está financiada por los empresarios tabaqueros locales. La página web ofrece considerable información sobre historia, geografía, demografía, mercado laboral, asistencia sanitaria, servicios sociales, economía y comercio de la zona, completada con mapas y gráficos que la ilustran. En cambio, en toda esta notablemente completa muestra de información no figura ni una sola palabra o referencia a la inmigración. ¡Ninguna! Esta ausencia, este ocultamiento de una realidad social, dice mucho de los sentimientos oficiales/semioficiales entre los líderes de opinión de la región.

Por otro lado, los emigrantes que pudieron expresar sus opiniones se consideraban bien aceptados y se mostraban interesados en participar cada vez más en su ámbito social. Como hemos apuntado antes, los participantes en el foro multicultural expresaron públicamente su reconocimiento y gratitud a la sociedad del Campo Arañuelo por su acogida y recepción, especialmente en relación con la asistencia sanitaria.

La amenaza

Nos referimos a una nueva máquina cosechadora para la recolección de tabaco que empresarios de la zona van a importar de los Estados Unidos; una máquina que la gente del lugar empieza a llamar «Isabel la Católica» porque «va a echar a todos los moros». Ciertamente, esta moderna maquinaria eliminaría numerosos puestos de trabajo en la cosecha del tabaco, una labor que requiere una gran cantidad de brazos.

Políticos

En el curso de la reunión del 25 de enero, tuvieron lugar dos intervenciones de representantes del Gobierno autónomo de Extremadura: un alto cargo del Departamento de Bienestar Social y el Director General de Salud, el segundo en la jerarquía del Departamento de Sanidad. Ambos afrontaron la cuestión de la inmigración desde el punto de vista político, alabaron a los organizadores de la reunión y ofrecieron su colaboración desde sus respectivos puestos de responsabilidad.

El discurso del Director General de Sanidad resultó un poco más elaborado. Incluía el ofrecimiento de una categoría social a los inmigrantes con frases como «estamos todos en el mismo barco», refiriéndose a la vez a la nación y al mundo. Insistió también en que los inmigrantes necesitan ayudas sociales y asistencia sanitaria no sólo como ciudadanos y contribuyentes, sino simplemente como personas. Hizo un llamamiento para una mejor coordinación de esfuerzos entre los profesionales y la administración, al estar los profesionales sanitarios en la primera línea de contacto con la gente. Manifestó su comprensión ante el hecho de que ahora nos encontramos en una nueva era por lo que respecta a la constitución de la población de nuestro país con la llegada de nuevos ciudadanos del extranjero. En este sentido, llegó a considerar que los inmigrantes no tienen, por un lado, problemas sociales, y por otro, problemas de salud; sino más bien que se trata de una única cuestión sociosanitaria. Pidió que las Jornadas continuaran en nuevas ediciones y solicitó que se le hiciese llegar un resumen de las conclusiones para utilizarlo como guía en las decisiones políticas del gobierno regional.

Vale la pena resaltar que ambos políticos pertenecían al Partido Socialista Obrero Español (PSOE), actualmente en el poder en Extremadura,

especialmente interesado en marcar distancias con el Partido Popular (PP), el partido conservador que, a la sazón, detentaba el gobierno de España, con vistas a la cercanía de las elecciones generales de aquel año, apenas un mes y medio después de la celebración de las Jornadas. El PP había cambiado dos veces en menos de quince meses la Ley General de Inmigración española. En la primera ocasión para cambiar la ley anterior, promulgada por el PSOE, por considerarla demasiado permisiva con respecto a los inmigrantes ilegales, y en la segunda, para corregir su propia ley, que no acababa de funcionar, y al mismo tiempo para declarar la inmigración ilegal como un delito penal⁶. En su conjunto, los discursos de las Jornadas transpiraban un sentimiento general de bienvenida hacia los nuevos ciudadanos inmigrantes.

La visión de los médicos, enfermeras y trabajadores sociales

El personal sanitario se enfrenta con la realidad de la inmigración con la conciencia de que representa un problema que les viene impuesto. La mayoría siente que no está preparado para hacerse cargo de la atención a gentes de diferentes culturas y con problemas de salud que les resultan desconocidos. Al mismo tiempo, muchos emprenden sus tareas con un cierto sentido misionario, especialmente cuando el número de inmigrantes representa un porcentaje importante de sus pacientes. Se involucran en actividades comunitarias, participan en las reuniones de las asociaciones de padres de las escuelas y trabajan en colaboración directa con los servicios sociales.

El personal sanitario se queja de que no se reconoce el sobreesfuerzo que representa atender a los inmigrantes, en parte porque es una población que no figura en las estadísticas y en los censos. Y ello a pesar de que a los inmigrantes se les facilita sin mayores trabas la tarjeta de atención sanitaria. Como comenta uno de ellos: «[...] es una población fantasma, que no se ve en los niveles administrativos, pero que te la encuentras en las consultas y en Urgencias».

En el área de Talayuela la inmigración es más bien reciente, apenas unos diez años. Así, la mayor parte de las experiencias se relacionan con la

6 Para los no europeos puede ser bastante confuso el hecho de que cada uno de los países miembros de la Unión Europea tenga sus propias leyes de inmigración, a pesar de que al menos diez de ellos, a raíz del Acuerdo Schengen, comparten una política de libre circulación a través de sus fronteras. Todo emigrante legalmente admitido en cualquiera de esos países puede circular libremente por todos ellos sin impedimentos.

atención a recién llegados o al poco de su llegada. Esto se nota especialmente en la atención a mujeres y niños, que por lo general han aterrizado en la zona en los últimos cinco años. Por lo tanto, la mayoría de los problemas tienen que ver con cuestiones de salud traídas desde su país de origen y con las dificultades de comunicación debido a las barreras idiomáticas y culturales, al no haber tenido aún la oportunidad de adquirir las habilidades lingüísticas locales.

Dentro de estos parámetros, emergen de inmediato las diferencias entre unos y otros inmigrantes dependiendo de su origen en Marruecos. El hecho de que muchos procedan de las áreas de Oujda y Taourirt, una zona muy atrasada de Marruecos cercana a la frontera con Argelia, muy descuidada por las autoridades marroquíes, plantea el tema de las experiencias previas con la medicina occidental. Los emigrantes norteafricanos de la zona oeste de Marruecos y de las grandes ciudades como Marraquech o Casablanca y sus alrededores se encuentran más cercanos culturalmente, y ya han tenido acceso a médicos y hospitales. Los que proceden de la zona este son más primitivos y mayoritariamente analfabetos.

El primer contacto que el inmigrante entabla con el sistema sanitario español se da por lo general para conseguir la tarjeta sanitaria como requisito indispensable para tener acceso a la atención sanitaria y, aún más importante, para poder obtener un certificado médico oficial, que es un requisito indispensable para legalizar su situación. A menudo éste será el único contacto con el sistema sanitario, especialmente para los hombres. Las mujeres y los niños, al llegar la mayoría a través del proceso de reunificación familiar, también necesitan un certificado médico oficial. Estos primeros contactos son útiles para enrolar a esta gente en los programas de salud.

Los profesionales explican que una de las principales diferencias con las que se encuentran es que los norteafricanos acostumbran a ir al médico sólo cuando se sienten enfermos, lejos de cualquier idea de medicina preventiva. Más aún, acostumbran a abandonar los tratamientos tan pronto ceden los síntomas.

Esta actitud es ampliamente criticada por médicos y enfermeras. Los médicos de familia españoles han recibido una formación que pone un importante énfasis en la medicina preventiva. Las recomendaciones oficiales incluyen un programa muy completo de vacunaciones, de diagnóstico precoz de enfermedades graves como el cáncer de pulmón y de colon en los hombres, y el de mama y cuello de útero en las mujeres, la vigilancia de la diabetes y la hipertensión, la lucha contra el consumo de tabaco, etc. Tanto

es así que el propio nombre de los centros asistenciales (Centros de salud) responde a la distinción frente a los «centros de enfermedad», que serían propiamente los servicios de urgencias de los hospitales (ver Uribe, 1996, y Allué, 1999). Por ello puede verse con un cierto resentimiento la actitud de los inmigrantes, al considerarla como atrasada y primitiva, cuando no simplemente estúpida.

Los médicos — aunque no tanto las enfermeras y el resto del personal asistencial — se quejan de que los emigrantes se presentan en las consultas sin cita previa. El sistema está pensado para que cada facultativo reserve, en su horario de consulta, un 10% de su tiempo para consultas no programadas («espontáneos»). Por encima de ese porcentaje, los pacientes son derivados a los servicios de urgencias, aunque es una medida que puede que no constituya un cambio relevante, ya que a menudo es el mismo médico el que cubre la consulta y las urgencias. Lo que realmente molesta a los médicos es la demanda espontánea para cuestiones más bien administrativas, como certificados de salud, vacunaciones o recetas. Por descontado que tales prácticas son también comunes entre la población autóctona, pero la sensación general es que los inmigrantes son «menos disciplinados».

Al mismo tiempo, los médicos admiten que a medida que los inmigrantes han estado en contacto con el sistema sanitario algo más de tiempo, se hacen gradualmente más ordenados y aprenden a concertar y cumplir las citas de las consultas.

En general, la mayoría de los profesionales ven al colectivo de los inmigrantes como un problema debido a la distancia cultural. Las dificultades encontradas en la atención a los inmigrantes, expresadas en diferentes momentos, se acaban reduciendo a cuestiones culturales:

- Las características de los inmigrantes como colectivo, sus peculiaridades educacionales, relacionadas con el trabajo y los hábitos.
- La falta de conocimientos por parte de los profesionales de la cultura de los inmigrantes y la mejor manera de relacionarse con ellos.
- La carencia de mediadores culturales y educadores sociales.
- Las dificultades de los profesionales para ser conscientes de la existencia de esta población como un colectivo y no una excepción.
- La falta de protocolos para la asistencia al inmigrante.
- La descoordinación entre las diferentes administraciones: local, autonómica, estatal.

Y en las seis estrategias posibles apuntadas para afrontar estos problemas, la palabra cultura aparece destacada en cada una de ellas:

- Adquirir un conocimiento más amplio de la cultura de la población inmigrante.
- Formación continuada de los profesionales enfocada hacia una visión integral del proceso salud-enfermedad en el contexto cultural.
- Incluir mediadores culturales en el equipo asistencial.
- Protocolos comunes adaptados a la cultura de la población inmigrante.
- Respetar y aprovechar los conceptos culturales y los hábitos de los inmigrantes.
- Coordinar las actuaciones con las ONG, las asociaciones de inmigrantes, los líderes religiosos y comunitarios, etc. (Martín, 2004).

Niños inmigrantes

La definición propuesta para los niños inmigrantes es la publicada por la *American Academy of Pediatrics*, según la cual un niño inmigrante es todo aquél nacido en otro país que vive actualmente aquí, ya sea legal, ilegal, refugiado o procedente de una adopción internacional.

Como se ha mencionado antes, los niños de las familias inmigrantes pueden ser o bien nacidos en España, o bien traídos con sus madres en los procesos de reagrupación familiar. De un total de 5.012 niños nacidos en el área de Navalmoral entre 1992 y 2002, 319 (6,3%) nacieron de madres no españolas. De éstos, 288 eran hijos de madres marroquíes. Desde 1998, el número anual de recién nacidos se mantiene alrededor de 450 al año. Sin embargo, la proporción de españoles/inmigrantes ha pasado de 94/5,1% a 81/18,8%, respectivamente (Tabla II).

Tabla II. Nacimientos en el Hospital Campo Arañuelo

Año	Madre española	Madre marroquí	Otros	Total
1998	443	23	6	459
1999	389	43	1	433

2000	429	52	1	482
2001	408	68	6	482
2002	351	83	4	440

Esto reproduce una situación bastante común en toda España, ya que el país, con una de las tasas de natalidad más bajas del mundo, está experimentando el notable flujo de los inmigrantes y, con ello, un aumento en su proporción de nacimientos.

La atención sanitaria al niño en el Centro de Salud de Talayuela se extiende a toda la población inmigrante. Los problemas que los profesionales encuentran son comunes a la infancia: infecciones respiratorias de vías altas, gastroenteritis estacionales y cosas por el estilo. Pero, como se ha mencionado antes, se reconocen algunos problemas específicos más frecuentes entre los inmigrantes, especialmente los recién llegados: anemias por deficiencias, infecciones parasitarias (pediculosis, sarna, etc.), infecciones de oído crónicas y tuberculosis primaria.

El problema de las vacunaciones incompletas se incrementa por la dificultad a la hora de obtener una documentación adecuada de las vacunaciones que se hayan realizado en Marruecos. A esto se añade una cierta confusión en relación con la vacunación de BCG, que es obligatoria en Marruecos pero que no siempre se administra, al evaluar las pruebas tuberculínicas cuando resultan positivas.

También se han detectado problemas nutricionales en lactantes de corta edad cuando abandonan la lactancia materna.

Conclusión

La situación singular de los inmigrantes norteafricanos en la comarca de Campo Arañuelo presenta una imagen específica de la realidad de la inmigración en algunas áreas rurales en España.

Los problemas de salud encontrados muestran una combinación de situaciones de colisión «Tercer Mundo-Primer Mundo» principalmente relacionadas con que la emigración es un fenómeno reciente en esta área.

Los profesionales expresan, a su vez, una mezcla de sentimientos y opiniones cuando lamentan el pobre estado de salud con el que llega la población inmigrada y las dificultades inherentes a las distancias cultural

e idiomática, al tiempo que muestran un sentido «misionero» al afrontar la atención de esta población.

Aunque no se detectan situaciones evidentes de exclusión o discriminación — existe una distribución extensa de tarjetas de salud, se da un gradual incremento de la demanda y desaparición de barreras para el acceso a los servicios de salud —, el aumento de población y las limitaciones en los recursos disponibles pueden conducir a dificultades en la provisión de asistencia sanitaria en esta región.

Bibliografía

- ALLUÉ, X. *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas*. Ed. Mira. Zaragoza, 1999.
- ÁLVAREZ, C. *La realidad de la inmigración en Extremadura*. Badajoz, 2002.
- Cuadernos de la buena praxis. Los inmigrantes y su salud*. Col. O. Médicos de Barcelona, Barcelona, 2005.
- ESLAVA GALÁN, J. *La historia de España para escépticos*. Madrid, 2001.
- MARTÍN, M. A. «Valoración social de la población inmigrante magrebí asentada en nuestra región». *Foro pediátrico*, 2004, 14, págs. 26-30.
- REAL ACADEMA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. Espasa Calpe (eds.), Madrid, 1995.
- SEPPILLI, T. Comunicación personal: viajando por la comarca del Camp de Tarragona y viendo los letreros de los pueblos con nombres como La Pobra de Mafumet, Alcover, Bennisanet, etc.
- URIBE, J.M. *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Ministerio de Cultura, Madrid, 1996.

La atención primaria de salud ante el reto en la asistencia de la extrajería: los ecuatorianos en un municipio murciano¹

Juan Ignacio Rico Becerra

Universidad Católica San Antonio, Murcia

El presente texto arranca con algunas de las reflexiones del trabajo de investigación llevado a cabo en el marco de mi tesis doctoral (Rico, 2007), titulada «La atención primaria de salud (APS) y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca». Como sugiere el encabezado, la investigación se centró en el encuentro de un grupo de inmigrantes —los ecuatorianos— y los dispositivos públicos de salud, en concreto la APS. Lo que expongo en las siguientes líneas es el resultado de las narraciones de los protagonistas —inmigrantes y profesionales de la salud— para, desde lo descrito, buscar distintos planos de análisis y realizar algunas reflexiones que he considerado de importancia. La intención es la de ahondar en explicaciones, que quizás por estar tan íntimamente ligadas al objeto de estudio, en ocasiones pasan más inadvertidas de lo que debieran.

1 A José Fernández-Rufete.

Lo que deriva del trabajo de campo

Mi primer cometido fue el de delimitar las características sociodemográficas y el perfil de morbilidad del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en el municipio de estudio. Exploté, para tal fin, parte de la base de datos obtenida del cuestionario que se pasó al CIE en las comarcas del Alto y Bajo Guadalentín² de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, además de diversas fuentes secundarias. Para lo que aquí interesa, de todo ello destacaría dos aspectos: el paisaje etario (los mayores de 40 años sólo sumaban el 16% de los extranjeros empadronados, incluyendo a los comunitarios) y los problemas de salud referidos por los ecuatorianos entrevistados (el 41% de éstos respondió no haber tenido ningún episodio mórbido desde que reside entre nosotros. Los que sí lo tuvieron, señalan como las dos patologías sufridas más frecuentes la patología común y los problemas osteomusculares³). Los resultados de ambas variables nos indican que se trata de una población joven, sana y que cuando enferma, lo hace por patología común y no — como opinan algunos — de enfermedades importadas.

Esta exploración previa — completada con el trabajo de campo desarrollado en Ecuador — me permitió construir el marco contextual donde se insertaba el objeto de la investigación. En una primera fase, pasé a recoger información de los discursos de los protagonistas. La cantidad de datos aportados ha sido más que suculenta, si bien por limitaciones de esta comunicación retomo sólo algunos de ellos. Un aspecto que ha surgido como una constante muy subrayable es la continuada utilización de estereotipos y prejuicios insertos en los discursos de los profesionales sanitarios entrevistados. Es más, puede afirmarse que su desconocimiento de la extranjería iba más allá del ámbito profesional, ya que estaba inextricablemente asociado al propio fenómeno de la inmigración. Así, al menos, se desprende del posicionamiento general de los profesionales de la salud entrevistados. De hecho, se detectó un desconocimiento terminológico general, que se inicia ya en el

2 Que incluye, además del municipio de estudio, Águilas, Alhama, Mazarrón, Totana y Puerto Lumbreras. Los resultados de este trabajo pueden consultarse en Fernández-Rufete y Rico (2005a).

3 Lo que se extrae de las entrevistas realizadas a miembros del CIE corrobora lo anterior: se acude al médico cuando no hay más remedio: «pues ya con unos dolores exagerados»; «cuando uno tiene mucho dolor»; y en cuanto a las enfermedades más comunes, se marcan en primer lugar y de forma muy destacada las respiratorias. Éstas se expresan sobre todo como gripe, y en otros casos como resfriado; después los dolores de cabeza; y muy próxima a éstos, se encuentra la patología osteomuscular.

mismo concepto de inmigrante. Ello no es más que la primera pista del grado de desenfoque que demostraron con respecto al fenómeno migratorio.

En eso radican, considero, muchas de las razones de la negatividad con que socialmente se asume —cada día más— el término inmigrante. El profesional sanitario, en este caso, no sabe a quién tiene delante, lo que le impulsa a etiquetarlo. Tanto es así, que llega a trabajar con tópicos, con imágenes, hasta el punto de desdibujar por completo a la persona que hay detrás de esas construcciones. Es el peligro de imponer el molde cultural —en la mayoría de las ocasiones, totalmente deformado— por encima del individuo. Y no es este comportamiento una excepción circunscrita a los profesionales sanitarios —lo que tampoco los justifica—. Como me refirió uno de ellos, «somos población general». De ahí que términos e imágenes comúnmente empleadas como avalancha, descontrol, exceso o saturación de inmigrantes, emerjan continuamente en sus discursos. Expresiones, así mismo, que suelen ir asociadas a la condición laboral/legal del emigrante, ya que se centran principalmente en la inmigración económica, olvidando casi siempre la inmigración del bienestar. Esto hace que asomen de nuevo aspectos diferenciales ante la situación regular o no de los primeros y, con ello, el desconcierto que se tiene sobre la legislación española y, en particular, sobre los derechos de la extranjería en materia de prestaciones sanitarias.

Resulta inexcusable citar todo lo anterior por las consecuencias que trae aparejadas, ya que muchas de las situaciones que surgen durante el encuentro asistencial dependen de la actitud y el buen juicio del profesional; es decir, de su discrecionalidad. Que puede en numerosas ocasiones tornarse en arbitrariedad, un proceder dictado desde la voluntad o el capricho, por el desconocimiento inconsciente —aunque no deben tampoco descartarse algunos casos en los que sí hay plena conciencia del actuar arbitrario—. Además, la detección de los posicionamientos inadecuados que los profesionales sanitarios adoptan ante la inmigración es tarea harto difícil. Si atendemos a la noción de subpoder —que Foucault definió como «una trama de poder microscópico, capilar o [...] conjunto de pequeños poderes e instituciones situadas en un nivel más bajo» (1991)—, advertiremos que en la relación (no paritaria) sanitario/inmigrante, el poder escapa de la esfera política, de los aparatos del Estado, o de la legislación vigente en la materia, para situarse en un nivel más bajo: el del encuentro terapéutico que sitúa en un primer plano a una de las partes. De ahí deriva la variedad de casuísticas

que se dan durante la interacción, y por añadidura, la complicación a la hora de localizar las conductas xenófobas⁴.

Del mismo modo, la ignorancia es una especial generadora de ideas muy particulares sobre la inmigración en el ámbito sanitario. Este modo de proceder será una constante en los discursos analizados. Así se ha constatado en las referencias a los diversos aspectos que fueron apareciendo en las entrevistas. Son, por citar algunas, los casos en los que se achaca al inmigrante la voluntariedad de la separación familiar al migrar, como si de él dependiera esta decisión; lo relatado «de oídas» respecto a la vivienda del inmigrante, que pertenece a la tónica de la suposición, o cuando más, a una escasa experiencia directa de la realidad; la tentación de asociar determinados estilos de vida a una cultura: a los ecuatorianos se les imputa el problema del alcohol y el maltrato, o a los marroquíes y oriundos del Este de Europa las malas prácticas sexuales y el excesivo consumo de tabaco; la focalización de la atención en determinadas patologías, que se vinculan a la llegada de los inmigrantes de países en desarrollo; o la asociación de nacionalidad y sexo —mujer ecuatoriana— con promiscuidad, aumento de enfermedades de transmisión sexual, elevación de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), abandono de niños, etc. Es decir, unas prácticas determinadas —que pueden provenir, por ejemplo, de la inadecuada o escasa información— que se vinculan a aspectos ético/morales de grupo.

El escaso argumentario esgrimido hizo que muchas de esas aseveraciones se vinieran abajo en otras partes del discurso de los mismos protagonistas: reconocían la no existencia de motivos de consulta específicos por nacionalidades, o por su condición de extranjero; salvo alguna excepción, tampoco percibían que las enfermedades importadas fueran un problema sustancial; a pesar de hablar reiteradamente de avalanchas, descontrol, exceso o saturación de inmigrantes, después advertían que la alta frecuentación de los dispositivos sanitarios por los inmigrantes era igual o incluso menor que la de los autóctonos; y en relación con esto, casi todos consideraron justificadas las consultas de la población inmigrante, sobre todo al compararlas con las de los nacionales. Es por ello que, sin pretenderlo, la mayor parte de

4 Al hilo de esta compleja vorágine, detecté actos que los profesionales sanitarios definieron como de «favoritismo» ante determinados inmigrantes. Un análisis más detenido ante la pretendida discriminación positiva sugería más bien una actitud paternalista, un asunto casi siempre relacionado más con la mirada compasiva y recelosa que se adopta ante el inmigrante, que con vistas a su beneficio real.

las veces lo verdaderamente objetivo con respecto a la relación con sus pacientes inmigrantes entraba en contradicción con el estereotipo.

Me parece, entonces, que la construcción de estas imágenes/ideas, a las que se liga el prejuicio y en ocasiones la discriminación, pivota fundamentalmente por el desconocimiento de las partes en contacto. Lo demostraron constantemente en sus narraciones los profesionales sanitarios, quienes, aun reconociendo singularidades entre los inmigrantes, las reducen a una diversidad estigmatizada, que puede derivar al etiquetaje como usuarios de segunda fila, hasta el punto de que una asistencia sanitaria mediocre los debería complacer. De hecho, la mayoría de los profesionales sanitarios ven satisfechos a sus pacientes inmigrantes, apoyándose en la suficiencia de nuestro SNS y en relación con lo que los «otros» cuentan en sus países. La distancia entre los servicios médicos españoles y los de los países de origen de los inmigrantes se intuye de tal calibre que puede que ni siquiera se baraje la posibilidad de insatisfacción de los nuevos usuarios. Así lo expreso uno de los facultativos entrevistados: «vaya usted y compare». No queda, pues, otra opción, pero si alguno quedara descontento «sería para mandarlos de vuelta a su país». En esta línea, otro entrevistado sugirió que «los extranjeros están a gusto con cualquier cosa». En relación con esto, y derivado del hecho tangible del aumento de inmigrantes económicos en sus cupos de pacientes, existe la creencia generalizada en los profesionales de la salud de que el inmigrante obtiene con demasiada facilidad la tarjeta sanitaria. Por extensión, presuponen también que, una vez en su poder dicha tarjeta, disfrutan de un nivel de acceso a los servicios de salud públicos en igual condición que los autóctonos. Como mucho, se reconoce la posibilidad de que experimenten ciertas dificultades a lo largo de los procesos administrativos.

Desde esta sesgada perspectiva, se quedan en el tintero múltiples cuestiones: las diferencias culturales, legales, idiomáticas, de comunicación, etc., que convierten a la inmigración económica en agente potencial de inequidad⁵. Puede parecer paradójico que muchos de los miembros del CIE entrevistados aquí consideraran que poseer la tarjeta sanitaria supone hacer uso de los servicios de salud en igualdad de condiciones que los españoles.

5 Que no se pasen por alto las nuevas disposiciones que derivan de la Ley 14/2003, a propósito de su manifiesta lucha contra la inmigración irregular. Porque desde su entrada en vigor, la Dirección General de la Policía tiene la posibilidad de acceder a los datos de los padrones municipales de los extranjeros no comunitarios. Esta novedad puede provocar un efecto disuasorio en el empadronamiento de los inmigrantes en situación irregular, lo que se traduciría –en muchas comunidades autónomas del Estado– en la imposibilidad de su acceso al derecho básico de la asistencia sanitaria.

Ante esto, cabe al menos sugerir que sería necesario tener en cuenta el desconocimiento – generador de agravios – de nuestro sistema sanitario de los nuevos residentes y lo atractivo de la sanidad gratuita española – gratuidad de la que muchos de ellos no disponían en su país –. A partir de aquí, el planteamiento tendría que ser otro bien distinto: es necesario estar al corriente de lo que debiera ofrecer el sistema público de salud español, para después manifestarse al respecto. Aunque he de reconocer igualmente – en contra de lo apuntado por los profesionales sanitarios – que no fueron pocas las voces críticas con nuestro SNS cuando se les consultó sobre la satisfacción en la atención sanitaria. Echaban en falta, por ejemplo, ser escuchados con atención, ser auscultados con detenimiento, que no se fuera demasiado resolutivo con la enfermedad, o la demora en las pruebas diagnósticas y las listas de espera. Estas «quejas» son dignas de atención, porque tal como las expresaron los ecuatorianos entrevistados, traducían una peligrosa mezcla entre culpabilidad hacia lo organizativo/estructural y lo discriminatorio, pudiendo llegar – equívocamente – a convertir una cosa en la otra.

Retomando lo relativo a los estereotipos de los profesionales sanitarios, cabe subrayar que casi siempre se considera al latino como un igual. Son los «otros» menos «otros», ya que los «verdaderos» extraños son los procedentes de Marruecos⁶. A éstos sí se les asocia la diversidad – no pocas veces distorsionada – como elemento distintivo, en buena medida por culpa del idioma, y algo menos por lo religioso-cultural. Para los latinoamericanos, contrariamente, estas diferencias se difuminan apoyándose en argumentos como la similitud cultural/religiosa/idiomática con los autóctonos. Estos estereotipos positivos, no obstante, desembocarán en el ocultamiento de la singularidad de grupos como el de Ecuador, que en sí mismo – como todos – es muy heterogéneo⁷. Bajo este prisma, se llega a conceder escasísima importancia a las variables culturales del CIE, lo que tampoco es atinado. El mejor ejemplo de este caso es lo relacionado con los Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD), que se definen como elementos de creencias que sincretizan aspectos

6 Estos mismos argumentos son los que explican lo que facilitó la cuantiosa llegada de ecuatorianos a nuestra comunidad, para sustituir a buena parte de los recolectores agrícolas de Marruecos. El ecuatoriano es el «preferido». Es posible que la alteridad más lejana a «nosotros» – representada aquí en el marroquí – haya configurado un «otro» más próximo – el latino, el de Ecuador –. Pero esta imagen superficial no hace más que provocar confusión. Lo que, traducido a la atención sanitaria, tal y como se demuestra aquí, se convierte en un obstáculo por el solapamiento miope que generan los estereotipos.

7 Es preciso abundar, de nuevo, sobre el craso error que supone equiparar cultura con individuo.

de la religión católica con elementos singulares propios —brujería, el saber andino, etc.—, un aspecto que tiene una importante repercusión en lo concerniente al capítulo de la salud/enfermedad. En los discursos, por cierto, de los ecuatorianos aquí residentes, si bien se reconocía un notable conocimiento de los SCD, no fue así a la hora de consultar por ellos a especialistas. Sugiero al respecto la posibilidad de que intervenga en este silencio la evitación a ser tildados de subdesarrollados. Una comadrona quiteña, al abordar este mismo tema, ya me lo advirtió: «qué lo van a contar, les ha de dar miedo, pues imagínate: éstos son unos primitivos, éstas son unas brujas. Cómo van a contar eso ellos, si hasta aquí, cuando les dicen a cualquiera de mis compañeros “voy a hacerme una limpia”, les van a ver de reajo. O sea, aquí mismo, que es la propia tierra, le ven mal. No se diga en otros lados». Creo, no obstante, que, a pesar de la negación del uso de alternativas populares por parte del colectivo ecuatoriano, sí las utilizan —en mayor o menos grado— en sus itinerarios curativos. Lo pude constatar a partir de una entrevista a una sanadora popular de Lorca. Ésta me confesaba que, a su consulta, «vienen por igual ecuatorianos y moros. A veces se me juntan aquí un montón. Vienen *pa* los dolores, *pa* las rodillas. También se lo llevan si tienen alguien de su familia malo [...] La mayoría son, pues muchos. De cada diez, muchos, muchos. Más ecuatorianos que aquí españoles. Unos días vienen todos ecuatorianos, otros también vienen moros». Aunque este fenómeno debe seguirse con mayor atención, me atrevería a afirmar que nuestros sanadores populares están sirviendo a muchos emigrantes económicos para que den cierta continuidad a los itinerarios curativos que seguían en sus países de origen. De la misma manera —aunque hasta el momento no lo he podido constatar—, no es extraño que, en espacios donde estas comunidades sean importantes, existan sanadores populares de su propia nacionalidad.

De la descripción de los hechos a la aproximación a las explicaciones

Lo hasta aquí seleccionado del trabajo de campo requiere atender a dos campos de análisis diferenciados. Uno, de orden menor, que emana de las experiencias relatadas por los protagonistas; y otro, de orden mayor, que trata de sacar a la luz los elementos estructurales que sostienen y dan sentido a lo vivido por los sujetos de la investigación.

El primero —el análisis *micro*— en buena parte lo presento atrás, a medida que van surgiendo los diversos temas en las narraciones de los protagonistas. Aun así, no está de más insistir en el hecho de que del discurso del profesional alópata se desprenden constantes carencias con respecto al conocimiento del nuevo usuario. Salvo alguna excepción, no se hace mención de la compleja diversidad cultural —sistemas médicos de referencia no biomédicos, diferencias en la percepción del cuerpo, hábitos higiénico-dietéticos singulares o aspectos sui géneris relacionados con la sexualidad, entre otros aspectos— y, por extensión, de la variabilidad en los supuestos tipos culturales, como potenciales elementos de interferencia en el encuentro terapeuta/paciente. Se atiende casi únicamente a los aspectos lingüísticos, lo que redundará en la simpleza con la que los sanitarios contemplan la pluralidad en la mayor parte de sus pacientes inmigrantes. Porque, siendo verdad que el idioma es un elemento capital, no debe ser considerado la única barrera entre ambos. De hecho, lo que tiene que ver con la comunicación va mucho más allá de la estricta diferencia entre los idiomas vernáculos presentes. Por ejemplo, debe al menos asumirse lo diferente del lenguaje biomédico —lo cual nos llevaría a reflexionar sobre la asimetría de conocimientos entre el docto y el lego, sus particularidades en consonancia con los procesos de codificación, etc.—, la diversidad de los sistemas médicos de partida de los inmigrantes —lo que redundará en la mejor adhesión de los nuevos usuarios a las indicaciones del facultativo— o las singularidades de los individuos al margen de «su» cultura.

El análisis *macro*, por su carácter estructural, obligaría a poner sobre la mesa componentes de fondo como el papel del Estado, el sistema sanitario, la política de extranjería y, por supuesto, el modelo médico de la medicina occidental. Antes de introducirnos en materia, se ha de recordar el inextricable vínculo entre el Estado y el sistema sanitario implantado en su seno. Un sistema sanitario que, entre otras variables, se acoge a la perspectiva determinada en el enfoque del binomio salud/enfermedad. Este aspecto es fundamental —lo que justifica que haya sido analizado en extenso⁸—, pero no debe soterrar otros elementos, en nada baladíes, que son igualmente imprescindibles para analizar esta situación y corren el riesgo de ser infravalorados.

A pesar de ello, es de obligada mención el hecho de que la adscripción de los estados del mundo desarrollado a una medicina que se encuadra en

8 Baste como ejemplo los cuantiosos trabajos sobre el particular del antropólogo Eduardo Luis Menéndez.

parámetros biológicos desemboca no únicamente en una determinada filosofía médica, sino en su hegemonía frente a otras fórmulas posibles. La combinación de estas características explica —en buena medida— muchas de las deficiencias asistenciales del sistema sanitario que hoy se ponen de manifiesto de manera especial con la presencia de la población inmigrante. Entiéndase que el delineado y la modulación de los espacios donde se gestan y reproducen unas determinadas formas de dar respuesta a los padecimientos consultados por los usuarios tiene mucho que ver con el referido modelo biomédico. Pero, y aquí ofrezco el apunte sugerido antes, el sistema sanitario y lo que lo pertrecha supera al modelo que lo abandera; lo que provoca que, en múltiples ocasiones, no sea éste el motivo principal de inadaptación a las nuevas demandas asistenciales. No se trata sólo de si estamos dispuestos a flexibilizar y/o trascender determinadas referencias de un sistema médico. La clave está en si se dispone de los medios para ello, por lo que lo económico, lo estructural y lo organizativo del sistema sanitario —junto a, obviamente, el posicionamiento del Estado— tendría mucho que decir. El calado de lo descrito sugiere considerar una trama explicativa amplia del fenómeno, que no se ancle solamente en las deficiencias del modelo alopático. Al mismo tiempo, este planteamiento —espero— puede ayudar a construir un marco de significado a los relatos de inmigrantes y profesionales entrevistados.

Quizás donde mejor podemos probar lo que defendemos es desde el análisis de la APS. En concreto, a partir de los desencuentros entre la APS y los usuarios inmigrantes que surgieron durante el trabajo de campo al que me he venido refiriendo. Como punto de partida, cabe subrayar el intento que la Atención Primaria ha realizado para abandonar el limitado enfoque que el modelo biomédico ha concedido a la salud y la enfermedad. Apostar, además de por la dimensión biológica, por la psicológica y la social es la mejor prueba de ello. Este enfoque holístico de la medicina de atención primaria debiera convertirse en el principal entronque entre sanadores e inmigrantes. Aunque, a la vista de los problemas encontrados, no parece haber sido así. No queriendo caer en tópicos explicativos y con la intención de implicar diversas variables —históricas, estructurales, organizaciones, etc.—, sitúo la mirada en varios puntos de interés:

La APS que pudo ser y no fue. Me refiero al recorte de las originarias pretensiones que la Declaración de Alma-Ata (1978) dibujó para la medicina de atención primaria. Como apunta Tejada de Ribero (2003) al respecto: «Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una restringida interpretación conceptual», por lo que «lamentablemente, y en la práctica, las

personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas». Siendo así, no cabe otra cosa que apostillar que este corolario está más relacionado con las pretensiones de los que gestionan el nuevo orden global, los intereses estatales o la limitación de los recursos para su adecuada implementación que con la medicina. Ésta —de la mano de la APS— ha tenido, al menos, la intención de trascender la reduccionista perspectiva biológica del binomio salud/enfermedad. Es por ese motivo, entre otros, que circunscribimos a la órbita de los países democráticos desarrollados, a las decisiones adoptadas por los gobiernos de los estados al apostar por un determinado sistema sanitario, y a la forma en que se organice, deja a la medicina un papel más limitado de lo que comúnmente se le imputa.

La singular taxonomía del «enfermo» de APS, que la hace tan ajena para los no inmersos culturalmente en ella. Deriva del inusual abanico clasificatorio —proyectado desde la diversidad de los tipos de consulta— que se utiliza como herramienta para diferenciar al paciente «sano» del paciente «enfermo». Porque cuando se acude al médico por nuestra propia voluntad, es decir, al encontrarnos enfermos, no somos etiquetados como tales de acuerdo con la concepción de la APS, ya que la «verdadera» enfermedad es la del usuario que se integra en un programa —de diabetes, hipertensión, etc.— El objetivo de los profesionales es, entonces, el paciente de programa, el «verdadero enfermo» de atención primaria. Por eso, las consultas de los que acuden enfermos van a suponer un freno a su «auténtico quehacer profesional». La especial mirada de la APS respecto a la etiología de la enfermedad se reproduce también cuando se trata de diagnosticarla. Además, el tratamiento va ligado al diagnóstico que el facultativo haya hecho a partir de la consulta que planteó el usuario, en la que se pudo presentar lo casual —que será entendido como «no enfermedad»/«no gravedad»— y no la patología del programa —«la enfermedad»⁹—. Este singular entramado taxonómico quizás explique mejor los desajustes que el usuario del CIE manifiesta cuando acude al primer eslabón de la cadena pública asistencial para tratar sus padecimientos. Sobre todo si nos atenemos a su perfil sociodemográfico, compuesto fundamentalmente por población joven, lo que encaja difícilmente en un sistema primario de salud, que prima en muchos casos su atención a las enfermedades crónicas relacionadas con la vejez. Por

9 Para un análisis en profundidad de esta cuestión, ver Uribe (1996).

el contrario, el estándar del inmigrante económico es el del usuario que acude a la consulta por propia voluntad para solventar sus dolencias agudas, casi siempre relacionadas con su desempeño laboral. Como me explicó un facultativo y naturópata que entrevisté en Ecuador, «el paciente ya viene porque tiene su tosesita, su gripe, o porque esté hecho pedazos, nadie va a lo preventivo. La cultura europea es bonita, pero no acá». Ahora, en nuestro ámbito, se encuentra con una consulta de APS que, como indiqué, entiende lo puntual, lo casual, como «no enfermedad».

El desajuste entre lo que debe ofrecer la APS y lo que solicita el inmigrante. Tal como dicta el corpus de la APS, dos de sus principales elementos son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Pues bien, por el contrario ambos son, en buena medida, desestimados por la población inmigrante. En este sentido, empezaría por destacar el desconocimiento de los ecuatorianos con respecto a estas medidas, o la escasa importancia que dan a los factores de riesgo. Como botón de muestra, retomo los comentarios del médico general y naturópata citado antes: «en esta economía que vivimos no hay profilaxis. Inclusive las personas de estos países no estamos preparados, ni económicamente, ni mentalmente¹⁰ para hacer profilaxis. Ni prevención de nada, o sea, lamentablemente tenemos que vivir así». También en esta parcela la APS tiene todo por hacer. Sólo le queda la solución sobre la marcha, ya que atiende a la población inmigrante sin conocer cuáles son sus demandas y expectativas respecto a la salud/enfermedad. Los vacíos empiezan, en muchos casos, por la ausencia de diagnósticos de salud de la población adscrita a los Centros —antes exclusivamente autóctonos, y ahora éstos y también foráneos¹¹—. En definitiva, se produce un doble desajuste; por un lado, se apuesta por brindar —promoción/prevención— lo que no se solicita, y por otro, lo que la APS ofrece en estas materias lo hace desde el casi total desconocimiento de una buena parte de sus potenciales pacientes.

Un Sistema Sanitario público sobrepresionado. La Constitución de 1978 reconoce el derecho a la salud¹², y para hacerlo efectivo implementa la Ley General de Sanidad de 25 de abril que regula el Sistema Nacional de Salud como un sistema único y descentralizado de sanidad basado en el principio

10 El subrayado es mío.

11 Como destaco en el siguiente punto, no sería justo cebarse sobre esto sin hacer referencia a la escasez de recursos, que no pocas veces impide su puesta en marcha.

12 Aunque entiendo que el derecho a la salud es mucho más amplio que el derecho a la asistencia sanitaria —como apostilla la OMS: «El derecho a la salud excede la prestación de servicios sanitarios»—, aquí me refiero fundamentalmente al segundo.

de universalidad y bajo la coordinación general del Estado. En él se estructura la prestación de todos los servicios del sistema público de atención a la salud de los ciudadanos. Sobre este marco de derechos, el incremento de la demanda de los usuarios al sistema sanitario no ha parado de crecer. Por supuesto que la importante llegada de inmigrantes en la última década ha influido también de manera considerable en ello¹³. La situación que traducen los hechos es que llueve sobre mojado. Como apostilla López Sala (2005) a propósito de la llegada de los alóctonos a nuestro contexto, ésta se produce con «ausencia de mecanismos institucionales y la inexperiencia administrativa en cuanto a la planificación, regulación y gestión interna de la inmigración. Lo inesperado del cambio y la rapidez de las transformaciones han ocasionado que la política se haya constituido, en la mayoría de los casos, precipitadamente ante las exigencias impuestas por la nueva realidad social». La situación ha provocado que en España —a diferencia de países con dilatada tradición migratoria, donde se desarrolla una política institucionalizada y planificada— el fenómeno se acometa desde una política reactiva, es decir, sobrevenida a los acontecimientos, si bien nuestra política de integración «considera al colectivo inmigrante un grupo receptor más de las actuaciones asistenciales en los servicios sociales, la sanidad, la esfera educativa o la política de vivienda protegida» (*ibidem*), lo que agrava —en lo que aquí interesa— aún más un ámbito sanitario público que ya venía debilitado¹⁴.

Si nos ceñimos a la APS, y tal como fue descrito por los profesionales de salud entrevistados, sus cupos han crecido —por el aporte de la extranjería— entre un 15% y un 30%, sin que en ningún caso se reforzara la plantilla¹⁵. Y esto sucede al margen de la «vieja» reivindicación de los profesionales de APS del aumento del tiempo de consulta a 10 minutos por paciente. Baste mencionar la Plataforma 10 minutos o el más reciente Compromiso de Buitrago como referentes de esas reclamaciones. Desgraciadamente, de poco han servido las movilizaciones, ya que no se han puesto en marcha las medidas correctoras solicitadas. Entonces, a los problemas previos aún sin resolver, se suman los que acompañan a los nuevos usuarios. En este caso, no

13 Aunque excede a lo que aquí se analiza, hay que considerar que si bien los inmigrantes generan gastos, también crean recursos. Baste recordar, en este sentido, que según cifras del Ministerio de Trabajo, a 26 de febrero de 2007 más del 17% de los afiliados murcianos a la Seguridad Social son extranjeros. De éstos, el 93% son no comunitarios.

14 La laxitud de la legislación que regula el derecho a la atención sanitaria de la inmigración es buena prueba de los «ajustes» sobre la marcha (Fernández-Rufete y Rico, 2004).

15 La falta de refuerzo de los dispositivos asistenciales públicos de salud fue denunciada en Fernández-Rufete y Rico (2005b).

son sólo de orden cuantitativo — más pacientes adscritos a un cupo —, sino que también emergen otros de carácter cualitativo — la diversidad cultural, idiomática, etc. — En consecuencia, no lo podemos soslayar del análisis, ya que éste es el escenario en el que se producen los encuentros, tal como lo presento en la primera parte de este texto.

La influencia de la biomedicina en la APS. He dejado para el final el aspecto sobre el que se ha vertido más tinta. Antes defendí el esfuerzo hecho desde la medicina de atención primaria para desligarse del biologicismo médico. Si bien esto es así, también es evidente que la dilatada formación de grado de base alopática de sus profesionales no hace fácil un giro en otra dirección en los años siguientes al posgrado de Medicina de Familia. Es por eso que la profunda enculturación en el modelo médico de la medicina occidental puede explicar que los sanadores entrevistados den un excesivo peso a la mirada *disease*¹⁶, infravalorando las dimensiones sociales y culturales del binomio salud/enfermedad de los inmigrantes y del resto de la población; o que desestimen la existencia de otros sistemas médicos válidos. De ahí que distintos autores (Seppilli, 2000; Romaní, 2002; Comelles, 2004; etc.) afirmen que este acontecer permite reabrir este debate latente en nuestra medicina. En esta línea, también tiene mucho sentido que desde las Ciencias sociales, y en particular desde la Antropología, se hayan ofrecido propuestas interesantes (por ejemplo, la mediación cultural, las *anthropological abilities* — Comelles y Bernal, 2007 —, la revisión del concepto de cultura — Meñaca, 2007 —, etc.) para solventar algunas de las deficiencias señaladas. Pero todo esto — tal como reclamo — puede caer en saco roto si no atendemos a la vez a las cuestiones estructurales/organizativas del sistema sanitario. A propósito de todo esto, me recientemente comentaba un médico de familia: «si nos dan herramientas para atender mejor a la inmigración y no las podemos usar, todavía es más frustrante que si no las tenemos».

Para concluir

16 En este punto cabe advertir que el enfoque biomédico es, en muchas ocasiones, la única herramienta válida que le queda al sanitario para dar solución a la cuantiosa demanda de usuarios a la que se somete a diario. Ello genera una situación perversa: el reforzamiento del modelo de la medicina occidental.

Sin ánimo – a propósito de mi investigación – de haber recogido y analizado la totalidad de elementos que entran en juego en la realidad observada, sí que he pretendido llamar la atención sobre lo ineludible de la incorporación del mayor número de variables participantes a tal efecto. Sobre todo si lo que se pretende, además de describir y explicar el fenómeno, es implementar medidas para la mejora. La incorporación de ayudas para tal fin – con los costes que suponen a un sistema de salud muy debilitado¹⁷ – puede no servir de mucho si no se pertrechan adecuadamente. Esto sucede, como ha quedado demostrado, por no acometer acciones correctoras estructurales previas sin las cuales se vuelve imposible un abordaje racional de los retos que el fenómeno de la inmigración está suponiendo al sistema público de salud. Una vez más se pone de manifiesto que los problemas complejos necesitan abordajes múltiples e igualmente complejos. Por ello, las aportaciones que puedan hacer los profesionales sanitarios, los inmigrantes y las Ciencias sociales – por citar algunos de los implicados – son condiciones necesarias, pero no suficientes, en esta ardua tarea.

Bibliografía

COMELLES, J. M. (2004), «El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI», en G. FERNÁNDEZ (coord.), *Salud e interculturalidad en America Latina*, Abya-yala, Quito.

COMELLES, J. M. y BERNAL, M. (2007), «El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España», [consultado el 14-3-2007], disponible en <http://www.fundacionmhm.org/revista.html>

FERNÁNDEZ-RUFETE GÓMEZ, J. y RICO BECERRA, J. I. (2005a), *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*, Quaderna, Murcia.

– (2005b), «Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Mur-

17 Un reciente estudio realizado por IBM -HealthCare 2015: *ganar o perder en el proceso de transformación del sistema sanitario*- vaticina que el salvaje y constante incremento de los costes sanitarios puede hacer colapsar el sistema sanitario español en 2015.

cia», en Fernández-Rufete y García Jiménez (eds.), *Movimientos Migratorios Contemporáneos*, Murcia.

— (2004), *Imágenes, símbolos y prácticas asistenciales. La inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia y los procesos de salud/enfermedad/atención*, Universitat de Girona, Girona.

FOUCAULT, M. (1991), *La verdad y las formas jurídicas*, Ed. Gedisa, Barcelona.

LÓPEZ SALA, A. M. (2005), *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*, Anthropos, Barcelona.

MEÑACA, A. (2007), «Sistema sanitario e inmigración. El papel de la cultura», en Esteban (ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, OSALDE, Bilbao.

RICO BECERRA, J. I. (2007), «La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca», tesis de doctorado. Universidad Católica de Murcia. Murcia.

ROMANÍ, O. (2002), «La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la antropología», en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* (SEMFy C-Doyma), vol 9, nº 7, págs. 498-504.

SEPPILLI, T. (2000), «De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación», en PERDIGUERO y COMELLES (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona, págs. 33-44.

TEJADA DE RIVERO, D.A. (2003), «Alma-Ata: 25 años después», *Revista Perspectivas de Salud*, Organización Panamericana de la Salud, vol. 8, nº 1.

URIBE OYARBIDE, J.M. (1996), *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*, Secretaría de Estado de Cultura. Ministerio de Cultura, Madrid.

Sobre la construcción cultural de las emociones: Los *malestares* de las mujeres inmigrantes marroquíes de un municipio rural en Cataluña

Lina Casadó

Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Gran parte de los textos antropológicos contemporáneos, y progresiva —y afortunadamente— cada vez más trabajos médicos, inciden en el papel de la cultura en la conformación de fenómenos tradicionalmente entendidos como individuales y subjetivos. Bajo este prisma, y como consecuencia de la llegada masiva de población extracomunitaria a Cataluña, nos encontramos con que los mecanismos e instrumentos diagnósticos a través de los cuales el sector de la salud hace frente a determinados problemas emocionales (ansiedad, depresión, estrés, etc.) quedan desarticulados frente al reto que plantea la diversidad cultural. En este sentido, el presente trabajo trata de poner en evidencia como determinados tests o escalas biomédicas que se utilizan para medir el grado de alteración de las emociones en nuestro medio, no resultan útiles en su aplicación a población inmigrante de origen marroquí.

Resulta, en este sentido, una obviedad afirmar que todos hemos tenido alguna experiencia triste a lo largo de nuestra vida, y alguna que otra vez nos hemos sentido infelices y desgraciados. No obstante, estas vivencias personales y sentimientos dolorosos que nos acompañan a lo largo de nuestras vidas pueden ser percibidos de muy diferente manera en función del contexto social y lógica cultural en la que nos encontremos inmersos. Así, tener

dolor en el alma, estar roto, desesperado o sentirse hundido no significa lo mismo que estar triste, y de hecho expresan algo más incluso dentro del que creemos nuestro universo simbólico. Partiendo de la idea que la expresión de las emociones – algo que en un principio podría parecernos que forma parte del ámbito de lo personal y subjetivo – responde más a un aprendizaje cultural que a una lógica individual, en el presente estudio nos proponemos analizar las manifestaciones de lo que el DSM IV categoriza como Depresión en una comunidad¹ inmigrante de origen marroquí ubicada en un pequeño municipio rural del sudoeste de Cataluña, con el objetivo de poner de manifiesto cómo los parámetros occidentales que se utilizan para medir los trastornos del estado de ánimo en nuestro medio, resultan poco válidos para cuantificar índices de depresión en población no occidental, en este caso inmigrante marroquí.

Joseba Achotegui (2000: 12) define el síndrome del inmigrante extracomunitario con estrés crónico, o síndrome de Ulises, como «el conjunto de todos los trastornos que, siguiendo las clasificaciones del DSM IV TR, presentan sintomatología de trastorno depresivo mayor y distimia, entremezclada con sintomatología de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo». Con el referente del síndrome de Ulises descrito por Achotegui y con la necesidad de establecer un parámetro objetivo que me permitiese medir los índices de tristeza-depresión de este colectivo y establecer así una comparación objetiva con la población de referencia, decidí escoger el test de Hamilton en su versión extensa de 21 ítems validada al castellano, por estar considerado – junto con la escala de Montgomery-Asberg – con el que da una visión más amplia de la mayoría de los aspectos que engloba la depresión. Finalmente, el hecho de decidirme por el test de Hamilton estuvo en función de la escala que consideré más útil en cuanto a simplicidad de las expresiones y sencillez en el vocabulario de cada uno de los ítems que formula. El hecho de tener como referente el cuadro sindrómico de la depresión en inmigrantes, que engloba tristeza, ansiedad, depresión, temores, irritabilidad y trastornos disociativos y psicósomáticos, condicionó que el cuestionario elaborado para este trabajo tratase de abordar al menos tres de las seis áreas descritas:

1 El concepto de comunidad que utilizaré a lo largo de todo el artículo para referirme a la población de estudio trata de desvincularse del concepto de *Gemeinschaft* teorizado por Tönnies (1996 [1887]), según el cual la comunidad está vinculada a un tipo de organización social cerrada. Me encuentro cómoda, sin embargo, utilizando este término, puesto que considero que existe un lazo que va más allá de lo territorial y que hace que el colectivo de inmigrantes marroquíes mantenga lazos de compadrazgo muy parecidos a los familiares entre los inmigrantes del mismo país de procedencia afincados en el municipio.

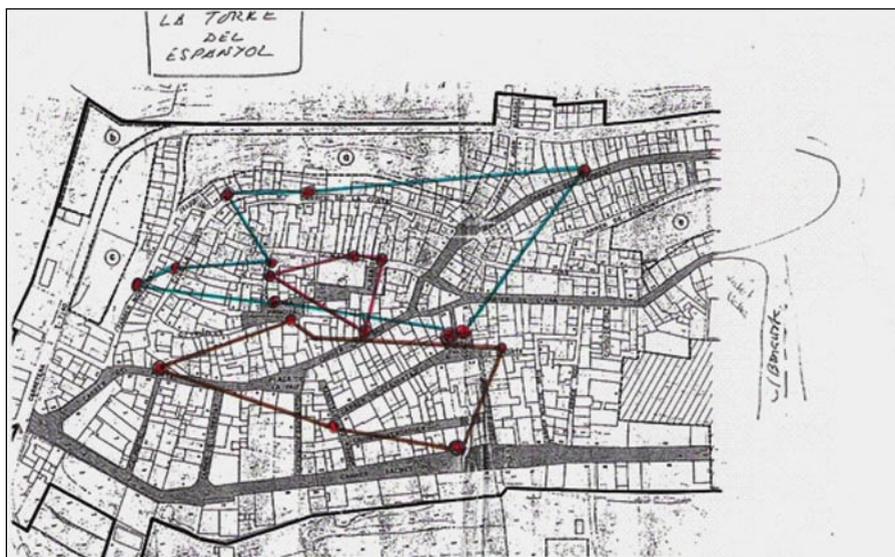
depresión, ansiedad y sintomatología vinculada a somatizaciones (fatiga, cefaleas y dolores abdominales, etc.)

Que la depresión sea considerada como una de las enfermedades de mayor prevalencia en nuestro medio, y que las mujeres sean el sector de la población con una incidencia más alta del trastorno (Ayuso, 2004), condicionó que centrarse mi unidad de análisis en el colectivo de mujeres y no de hombres de origen inmigrante marroquí. Otra cuestión que también me pareció significativa para decantarme por el sector femenino es que estas mujeres casi siempre aparecen como invisibles: identificadas únicamente en relación con sus maridos, con sus hermanos, con sus padres y como madres de sus hijos (varones), permanecen en la sombra y conviven en la más absoluta discreción. Con el objetivo de poder dar voz a la expresión de los malestares de estas mujeres a través de los elementos de reflexión que surgen a partir de las respuestas al cuestionario de las tres áreas y el test de Hamilton, en el presente trabajo pretendo verificar si las mujeres inmigrantes marroquíes afincadas en este municipio del sudoeste de Cataluña presentan mayores índices de depresión que en Marruecos, y en este sentido, si la aplicación del test de Hamilton a población marroquí y a una muestra representativa de mujeres de la localidad nos aportará elementos de contraste que nos permitan verificar la diferencia en las puntuaciones obtenidas.

En esta investigación piloto participaron las 22 mujeres marroquíes que conforman el total de mujeres de entre 14 y 71 años de la comunidad magrebí de un municipio de la comarca de la Ribera d'Ebre, en Tarragona, con una media de edad que se sitúa sobre los 28,7 años. En lo referente al número de hijos — en aquellas que están casadas: un 56,8% de la muestra —, oscila entre 1 y 9, con una media de 2,42.

En cuanto al número de años que hace que tomaron la decisión de emigrar podemos establecer dos grupos, que se corresponden con los dos momentos clave de recepción de grupos domésticos marroquíes en la población —debemos tener en cuenta que en el seno de los movimientos migratorios marroquíes, habitualmente el primero en emigrar es el hombre/marido, que posteriormente, coincidiendo con el hecho de poder acreditar una situación regularizada (aunque sea con la categoría genérica de inmigrante extranjero: tener un contrato de trabajo y acreditar el alquiler o compra de una vivienda), consigue reagrupar a su familia en la sociedad de acogida —; estos dos momentos de intenso movimiento migratorio de mujeres y niños procedentes de Taourirt, Fez y Mequinez —principalmente— hacia este municipio

Así, en referencia a la edad del cónyuge, las cifras oscilan entre los 23 y 52 años, con una edad media de 37 años, y se dedican principalmente a trabajar en el campo de forma temporal (27,3%) y en la industria (4,5%: envasado industrial de huevos en una fábrica cercana y Central Nuclear de Ascó). En referencia al nivel de estudios, cabe apuntar que un 37,5% no se escolarizó, un 16,7% realizó estudios primarios y un 12,5% secundarios.



A partir de este gráfico se pueden clasificar, mediante las líneas que unen los grupos domésticos, los diferentes grados de relaciones de parentesco que existen y su particular ubicación geográfica. Estos vínculos están mediatizados por relaciones de tipo tío/a-sobrino/a-primo/a. Obsérvese también que la mayor parte de grupos domésticos se encuentran en el casco antiguo.

Una vez presentada la comunidad marroquí estudiada, y partiendo de la idea planteada de que cada individuo moldea y adapta la expresión y manifestaciones de la tristeza, pena y ansiedad en función del contexto cultural en el que se encuentre –por ejemplo: el ataque de nervios o el Susto en México, el *Kndt*² o *towahats*³ marroquí, etc.–, y que las manifestaciones y

2 Sentir dolor/pena en el corazón

3 Estar triste: relacionado con sentir añoranza hacia su tierra.

expresiones de la tristeza están mediatizadas por la cultura en la que uno se encuentra, es de obligada necesidad cuestionarnos la validez de los tests y escalas elaborados bajo parámetros biomédicos occidentales que se utilizan como elemento cuantificador de depresión en población inmigrante —test de Hamilton, escala de Yesavage, escala de Goldberg, escala de Montgomery-Asberg de la depresión, etc.—, que necesariamente deben ser reformulados y flexibilizados en función del contexto cultural.

Tal y como ya he señalado, Joseba Achotegui habla del síndrome de Ulises o «mal del inmigrante con estrés crónico múltiple» para hacer referencia al conjunto de signos y síntomas de ansiedad, depresión, tristeza, temor, irritabilidad, disociaciones y somatizaciones, dolores de cabeza, de estómago, etc., que con frecuencia ha observado en los pacientes que acuden al servicio de atención psicopatológica y psicosocial de inmigrantes y refugiados de Barcelona. Con el referente del síndrome de Ulises descrito por Achotegui, elaboré un cuestionario de 21 ítems sobre actitudes, 20 de ellas referentes a tres de las áreas del síndrome descritas (ansiedad, depresión y somatizaciones). La mitad resultaron favorables a la hipótesis de que las mujeres inmigrantes marroquíes de este municipio tienen mayor tendencia a desarrollar actitudes depresivas aquí que en su país de origen; la otra mitad, desfavorables. Obtuve así una puntuación máxima de 100 para las que tienen una actitud completamente favorable a mi hipótesis, y de 20 para las que tienen percepciones completamente contrarias a mi hipótesis de trabajo. El ítem 21 giraba en torno a la situación económica; se estableció como un ítem más para así poder cuantificar y utilizar esta variable como un elemento más de comparación con los resultados obtenidos. Mediante el ítem «Tengo problemas económicos para llegar a final de mes» podía comparar los resultados de la puntuación total del cuestionario y de las diferentes áreas con los resultados obtenidos para la variable «problemas económicos». El cuestionario elaborado se divide en tres partes; la primera está formada por 12 preguntas cortas relativas a cifras y datos demográficos de las mujeres encuestadas: edad, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral en el país de procedencia y en el lugar de acogida, número de años que hace que salió de su país, número de años que hace que viven en el municipio, etc. Una segunda parte hace referencia a estas mismas variables demográficas pero para el cónyuge —para el caso de las casadas—: edad, profesión, país de procedencia y estudios. La última parte, que es ya propiamente el cuestionario, lo podemos subdividir en tres ejes o áreas: una primera hace referencia a sintomatología vinculada con somatizaciones: preguntas 1, 2, 14 y 15; una

segunda está dirigida a la presencia de actitudes depresivas en relación con su país de origen: preguntas 3, 6, 7, 8, 9 y 11; y una tercera —que es la que tiene mayor número de ítems— estrictamente en relación con el grado de ansiedad: preguntas 4, 5, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.

Por lo que respecta a la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*, o HRSD), cabe decir que fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo Hamilton en 1967, reduciéndola a 21 ítems. Esta versión fue adaptada al castellano por Conde y colaboradores en 1984. En cuanto a la interpretación, cada ítem se valora de 0 a 4 puntos, eligiéndose la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en cuantificar la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. A efectos de categorizar la intensidad/severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas. El criterio de intensidad de P. Bech es el que utilizaré como puntuación de corte en el análisis comparativo de los resultados en ambos grupos. En referencia a cifras relativas a las propiedades psicométricas de la escala, debo decir que, en cuanto a fiabilidad, esta escala posee, en sus dos versiones, una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott y la fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. En cuanto a su validez, la correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. Diversos estudios médicos consideran también que esta escala posee una buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación con el tratamiento, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española. El índice de melancolía, o subescala formada por los ítems arriba citados, ha mostrado una muy estrecha correlación con la versión completa de la escala, y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg. Como ya he señalado en el punto introductorio, el hecho de decidirme por esta escala como elemento de referencia que me permitiese dar una cifra cuantitativa —aunque no por ello

menos cuestionable— de los índices de depresión de nuestra muestra de estudio y la muestra de referencia con la que establecer criterios diferenciales, estuvo en función de la que consideré que poseía un lenguaje más sencillo y comprensible.

CUESTIONARIO DE LAS TRES ÁREAS

- 1) **La mayor parte del día me siento cansada:** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 2) **Des de que llegué a este pueblo tengo ganas de hacer más cosas.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 3) **En mi país de origen era más feliz.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 4) **Considero que los vecinos del pueblo respetan nuestras diferencias culturales.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 5) **La gente del pueblo nos han acogido muy bien.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 6) **La mayor parte del día me siento triste... no tengo ganas de hacer nada.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 7) **Des de que llegué aquí mi círculo de relaciones se ha visto reducido notablemente.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 8) **Básicamente me relaciono con personas de mi misma cultura: son los que mejor me entienden.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 9) **Me relaciono más con gente de aquí que con gente de mi propia cultura.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 10) **La gente de aquí no nos entiende ni respeta nuestras prácticas y creencias religiosas.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 11) **Des de que llegué a este pueblo solo tengo ganas de llorar.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 12) **Si hubiese de volver a mi país de origen lo pasaría realmente mal.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 13) **A la mayor parte de la gente del pueblo le cuesta entender que somos «diferentes».** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo

- 14) Habitualmente me duele todo el cuerpo y solo tengo ganas de dormir i no hacer nada.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 15) El hecho de estar aquí me transmite tranquilidad y seguridad.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 16) La gente del pueblo es respetuosa y tolerante con el hecho de que tengamos unas costumbres, tradiciones i religiosidad propia.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 17) Antes de venir aquí, tenía la esperanza de encontrar mejores oportunidades laborales y calidad de vida.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 18) Antes de llegar ya sabía de antemano la situación ... -calidad de vida, ocupación laboral...- con la que me encontraría.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 19) Habitualmente me siento activa y me motiva el hecho de estar en un sitio diferente para hacer más cosas.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 20) Procuero no pensar en todo lo que hemos dejada atrás... ahora sólo importa el futuro.** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo
- 21) Tengo problemas económicos para llegar a final de mes** Completamente de acuerdo de acuerdo na/nd desacuerdo completamente desacuerdo

Este estudio se llevó a cabo en dos fases y con dos grupos. En un primer momento pasé el cuestionario de las tres áreas y el test de Hamilton a las 22 mujeres marroquíes que forman parte del estudio. El acceso a mis interlocutoras se produjo a raíz de un primer contacto con una mujer del pueblo que mantiene una buena relación con el colectivo marroquí, y que fue quien me presentó a la hija de mi primera informante; y ésta, a su vez, fue la que me acompañó a la mayoría del resto de domicilios y tradujo parte de los cuestionarios al árabe. La recogida de datos se efectuó durante los meses de marzo y abril de 2004 –principalmente–. En un segundo momento seleccioné una muestra más o menos similar en cuanto a edad, sexo y número de informantes del grupo 1 dentro de la misma población, y pasé 22 tests de Hamilton. En este caso, la selección de las informantes estuvo mediatizada por los intereses de la investigación. A la mayoría le pasé el test en el consultorio médico local y al sector más joven de la población a la llegada del autobús, al volver del instituto.

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fio de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarme quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL :

Una vez finalizado el estudio, y a partir de los resultados obtenidos en la puntuación del test de Hamilton para la muestra del grupo 1 y grupo 2 de la investigación, podemos concluir, utilizando la prueba T para muestras independientes, que no existen diferencias significativas entre la media de la

población femenina española y marroquí de la Torre de l'Espanyol en cuanto a los resultados en la puntuación del test de Hamilton con un $\alpha > 0,01$.

Resultados en la puntuación del test de Hamilton en función del país de procedencia:

País de procedencia	N	Media	Desviación típica
España	22	11,1818	2,1638
Marruecos	22	7,4545	5,55258

Prueba de muestras independientes:

	Prueba de Levene para la igualdad de variantes		Prueba T para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig
Se han asumido variantes iguales	5,332	.026	1,511	42	.138
No se han asumido variantes iguales			1,511	32,537	.140

En referencia a la indexación de la puntuación total del test de Hamilton, y siguiendo el punto de corte de las puntuaciones establecido por P. Bech, obtenemos a través de la prueba T para muestras independientes el siguiente resultado, muy en la línea del resultado anterior pero significativo en cuanto a puntuaciones medias en función del país de procedencia. Así, obtenemos también el siguiente resultado: «no existen diferencias significativas entre los índices en la escala de depresión de Hamilton en la población femenina de La Torre y la inmigrante marroquí de esta misma población con un α de 0,198.»

País de procedencia	N	Media	Desviación típica
España	22	2,1818	1,33225
Marruecos	22	1,7273	.93513

Prueba de muestras independientes:

	Prueba de Levene para la igualdad de variantes		Prueba T para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig
Se han asumido variantes iguales	4,226	.046	1,310	42	.197
No se han asumido variantes iguales			1,310	37,651	.198

En cuanto a si se puede deducir si existe o no relación entre los resultados obtenidos en el cuestionario de las tres áreas y el test de Hamilton, obtenemos el siguiente resultado, a través de la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson: «existe relación entre la puntuación de Hamilton y el resultado total del cuestionario con una correlación de 0,452 y con un nivel de significación $< 0,05$ (α de 0,035)».

Otro elemento significativo susceptible de ser relacionado sería la edad, en relación con la puntuación total obtenida en el test de Hamilton y la puntuación total del cuestionario.

[Edad-puntuación total Hamilton en mujeres marroquíes] N=22: «no existe relación entre la puntuación total del test de Hamilton en las mujeres marroquíes encuestadas y la edad; hay una correlación de 0,231 con un nivel de significación de 0,302».

[Edad-puntuación total Hamilton en mujeres españolas] N=22: «no existe relación entre la puntuación total del test de Hamilton en las mujeres españolas y la edad; hay una correlación de 0,009 con un nivel de significación de 0,967».

Centrándome ahora en el análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario para el grupo 1, y en referencia a la pregunta de si las mujeres marroquíes presentan índices superiores de depresión en el país de acogida que en su país de origen, obtenemos el siguiente resultado en la aplicación de la prueba T para una muestra (valor de prueba = 60): «no existen diferencias significativas entre el estado anímico de las mujeres aquí y en Marruecos, con un α de 0,91».

	N	Media	Desviación típica
Total puntuación cuestionario	22	57,9545	5,411

Prueba para una muestra:

Valor de prueba=60

	t	gl	Sig.	Diferencia de medias
Total puntuación cuestionario	-1,773	21	.091	-2,0455

Economía (variable de agrupación) y su relación con las diferentes áreas del cuestionario

Con el objetivo de relacionar la economía (ítem 21) con cada uno de los tres ejes del cuestionario, utilizaremos la prueba T para muestras independientes.

Resultados:

Ansiedad-economía

«Las mujeres marroquíes sin problemas económicos tienen igual ansiedad que las mujeres con problemas económicos con un α de 0,783».

Somatizaciones-economía

«Las mujeres marroquíes con y sin problemas económicos manifiestan de igual manera la presencia de somatizaciones con un α de 0,117».

Depresión-economía

«Las mujeres marroquíes con y sin problemas económicos tienen igual incidencia de depresión con un α de 0,297».

Puntuación total cuestionario-economía

«No existen diferencias significativas entre las medias de la muestra en cuanto a puntuación total del cuestionario y el tener o no problemas económicos con un $\alpha > 0,05$ ».

	Prueba de Levene para la igualdad de variantes		Prueba T para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	Gl	Sig
Ansiedad					
Se han asumido variantes iguales	.077	.784	-.827	20	.418
No se han asumido variantes iguales			-.821	8,904	.433
Somatiza					
Se han asumido variantes iguales	.205	.656	-1,636	20	.117
No se han asumido variantes iguales			-1,452	7,386	.188
Depresión					
Se han asumido variantes iguales	.034	.855	-1.070	20	.297
No se han asumido variantes iguales			-.991	7,883	.351

Correlación de Pearson entre las variables edad y puntuación total en el cuestionario «No existe relación entre estas dos variables: hay una correlación de 0,188 con un α de 0,403».

Una vez comprobado esto, y aunque los resultados obtenidos en esta prueba piloto no sean los esperados —ya que nos dan resultados tan contrarios a las hipótesis planteadas que puede afirmarse que no existen diferencias entre la media de la población femenina española y marroquí en referencia a los resultados en el test de Hamilton—, es necesario añadir que el que las diferencias entre las puntuaciones medianas de los dos grupos sea de 3'73 puntos puede que no sea significativo a escala estadística como consecuencia de la escasa muestra con la que trabajamos, pero sí es indicativo de la obligada necesidad de ampliar la muestra de nuestro estudio. En este sentido, otro factor lo constituirían los resultados obtenidos en las puntuaciones medias de corte de Bech, que sitúan a la población española en la media de 2,1818 (depresión menor), y en la de 1,7273 (sin signos de depresión) a la población marroquí.

Pero, ¿podemos, con estos resultados, concluir que las mujeres inmigrantes no padecen ningún tipo de pérdida afectiva, ni han sufrido al ver cómo eran transformadas y trasplantadas sus raíces territoriales y culturales a resultas del mismo proceso de ruptura migratorio? Ciertamente no, y en este sentido, el cuestionario elaborado para esta finalidad tampoco nos da ningún resultado significativo: ni depresión, ni ansiedad, ni somatizaciones, ni síndrome de Ulises, etc. Entonces, ¿qué sucede? ¿Por qué lo que aparentemente podía resultarnos obvio desaparece en el análisis de resultados? Si, tal y como plantea Achotegui (2002), estamos hablando de una población que rompe con sus lazos establecidos en el país de origen, que llega a España con lo puesto, que dispone de escasos recursos económicos, que vive en casas viejas y hacinados, que trabaja de lo que puede; ¿por qué los resultados continúan sin ser significativos?: ni depresión, ni ansiedad, ni incremento en las somatizaciones.

Quizá — tal y como ya he apuntado — el problema sea la escasa muestra de nuestro estudio, o quizá el problema vaya un poco más allá y lo encontremos en el hecho de intentar medir aspectos que hacen referencia a los sentimientos, a las emociones, desde nuestros propios parámetros occidentales y biomédicos.

Ciertamente, al trabajar desde el ámbito de las emociones con población inmigrante, un aspecto que no podemos obviar es el de cómo se construyen y personifican estas emociones en relación con el resto de integrantes del mismo grupo, y en relación con el personal de los servicios de salud en la sociedad de acogida — puesto que son usuarios frecuentes de los Centros de Atención Primaria, y que el mismo personal médico habla de masificación de las consultas por parte de la población inmigrante marroquí, especialmente de los servicios de urgencias (Dr. J. M. R., médico ABS de referencia)—. Hemos de tener en cuenta también que, si bien el contexto social de origen modula las formas de manifestación y expresión de estas emociones, en el nuevo contexto éstas adquieren nuevas formas híbridas en sus representaciones. En este sentido, pretender medir con índices cuantificables estadísticamente estos parámetros y aplicar un mismo tratamiento psicoterapéutico o farmacológico puede resultar poco práctico, o me atrevería a afirmar que atrevido, en el sentido que al estandarizar terapéuticas obviamos las dimensiones cognitivas, morales e ideológicas, es decir, los contextos de producción y reproducción de estos sentimientos o malestares.

Bibliografía

- ACHOTEGUI, J. *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Edic. Mayo: Madrid, 2002.
- ACHOTEGUI, J. (dir.) *Depresión y ansiedad en el inmigrante*. Edic. Mayo: Madrid, 2003.
- ACTIS, W.; PEREDA, C.; DE PRADA, M. A. (colectivo Ioé). *Presencia del Sur. Marroquíes en Cataluña*. Edit. Fundamentos: Madrid, 1995.
- AYUSO MATEOS, J. L. «Depresión: una prioridad en salud pública». *Medicina clínica* (Barcelona), 2004; 123, págs. 181-186.
- BUTLER, J. *Cuerpos que importan*. Paidós, Buenos Aires, 2002.
- CHECA, F. (ed.). *Africanos en la otra orilla: trabajo, cultura e integración en la España Mediterránea*. Icaria: Barcelona, 1998.
- COMELLES ESTEBAN, J. M.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema, 1993.
- CONTRERAS, J. (comp.). *Los retos de la inmigración. Racismo y pluriculturalidad*. Madrid: Talasa, 1994.
- LE BRETON, D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 1999.
- LOSADA, T. «La mujer inmigrante de origen magrebí: de la familia tradicional a la sociedad de acogida». *Text i Context, Revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*, enero de 1992, nº4, págs. 10-13.
- LÓPEZ GARCÍA, B. et alii. *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Barcelona: Ed. Mapfre, 1993.
- MCLEEMEE, S. (2003) «Getting emotional», en *The Chronicle of Higher Education*, 49 (24), A14.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. «The mindful body. A prolegomenon work in medical anthropology», en *Medical Anthropology Quarterly*, 1, págs. 6-41, 1987.
- TÖNNIES, F. *Comunidad y asociación. El comunismo y el socialismo como formas de vida social*. Barcelona: Península, 1979.

Sexualidad y sida en cuatro colectivos inmigrantes residentes en la comunidad de Madrid

Pazos, A.; Martínez, M.; Castillo, S.; Alameda, A.; Mazarrasa, L.; Llácer, A.; Colomo, C.; Lago, M.

Este capítulo presenta algunos resultados de un análisis de discursos sobre sida y sexualidad de personas inmigrantes pertenecientes a cuatro medios socioculturales de la Comunidad de Madrid¹. El estudio cualitativo se desarrolló durante los años 2001, 2002 y el primer trimestre de 2003; consistió en 28 entrevistas a 30 informantes (dos de las entrevistas se realizaron a dos informantes de forma simultánea), cuatro de las cuales fueron semiestructuradas, y el resto entrevistas en profundidad. Entrevistas e informantes se distribuyen del siguiente modo:

Tabla A: Entrevistas realizadas por medio sociocultural y sexo del informante

	Marruecos	República Dominicana	África subsahariana	China	TOTAL
Mujeres	3	4	4	3	14
Varones	4	1	4	5	14
TOTAL	7	5	8	8	28

¹ La investigación cualitativa de la que se da cuenta se enmarca en el proyecto «Prevención del VIH/ Sida en la población inmigrante: una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales», realizado entre 2000 y 2003 en el Instituto Carlos III de Madrid, Proyecto FIPSE 3127/00.

Tabla B: Informantes entrevistados por medio sociocultural y sexo

	Marruecos	República Dominicana	África subsahariana	China	TOTAL
Mujeres	3	5	4	3	15
Varones	4	1	5	5	15
TOTAL	7	6	9	8	30

Con el material discursivo que estas entrevistas proporcionaron se intentó, en primer lugar, restituir y ordenar unidades temáticas. No se trataba de llevar a cabo una interpretación semántica, sino de ensayar una aproximación pragmática a los puntos de vista manifestados en los discursos. Por «punto de vista» entendemos el lugar social (estructural y situacional) desde el que se emiten los discursos; consideramos que lo define, en primer lugar, las problemáticas sociales (estructurales y situacionales) a las que responden dichos discursos. Un punto de vista cobra sentido en relación con otros puntos de vista, en lo que Bourdieu denomina un «espacio de puntos de vista» (1993), constituido por las relaciones entre las diversas posiciones respecto a problemáticas comunes a los sujetos estudiados.

El conjunto de datos subjetivos que constituyen un punto de vista alcanza valor sociológico en la medida que puede remitirse a los datos que sitúan esa posición objetivamente. Los puntos de vista expresados por los sujetos se refieren, en este sentido, a las situaciones estructurales y a las trayectorias de esos sujetos en tanto agentes sociales; por su parte, las problemáticas que concitan puntos de vista convergentes o divergentes remiten a situaciones y condiciones sociales y existenciales de los sujetos; finalmente, el espacio de puntos de vista se conecta con los espacios y campos en los que se configuran agentes sociales. Entendiendo que cada discurso singular sólo podía captarse en la medida en que se proyectara sobre el medio de pertenencia (relacional, más que sustantiva), el análisis cualitativo ha supuesto una primera aproximación al modo en que cada medio sociocultural se articula en tanto que espacio de puntos de vista. En suma, se han abordado los discursos tratando de restituir situaciones prácticas. Se ha buscado la comprensión de las dinámicas sociales, económicas, etc., en las que se ven involucrados los sujetos, y frente a las cuales responden. Se consideró que este enfoque era más adecuado que un estudio tradicional de representaciones para analizar, en su contexto, la vulnerabilidad de las poblaciones frente al VIH/sida.

La exposición de resultados constituye un primer abordaje de temas y problemáticas en los que hay que profundizar. Por lo demás, al considerar estos resultados conviene tener en cuenta no sólo que no es su representatividad lo relevante, sino que, además, su pleno valor radica en el lugar que esta investigación cualitativa ocupa en el proyecto global del que forma parte.

Medio sociocultural dominicano

Sexualidad, identidades y relaciones entre sexos

El primer rasgo a tener en cuenta de las entrevistas en el medio dominicano es la relevancia que adquiere el tema de la actividad sexual. El interés por la cuestión sexual apunta al dominio amplio y multidimensional en el que se percibe, se valora y se problematiza el VIH-Sida. Por otra parte, si hay un elemento que organice las formas y los contenidos de los discursos sobre sexualidad en el medio dominicano, éste podría ser el de las identidades y relaciones entre sexos, altamente sexualizadas.

La sexualidad de los hombres

La propia actividad sexual viene a ser el rasgo dominante de la identidad viril en el medio dominicano. Tiene que ver con el número de relaciones o, más bien, de parejas, que un hombre puede contabilizar. La actividad sexual sería algo valorado subjetivamente por los propios hombres, pero que depende del conocimiento y reconocimiento públicos: es el indicador por antonomasia del concepto fundamental de la masculinidad. Con suma frecuencia, se considera la característica natural del «hombre dominicano», de su modo de ser.

Muy desarrollado en los discursos más críticos de algunas mujeres es la cuestión del dominio que impone la sexualidad masculina. En las relaciones habituales, el placer sexual es el del varón, y se define como placer falocéntrico. Este deseo típico del varón se concreta en gustos y exigencias que conllevan múltiples consecuencias, en las experiencias sexuales, en la condición de las mujeres, en la vivencia identitaria de los hombres, en la prevención del sida, etc. En las entrevistas con mujeres dominicanas, cuando se reflexiona sobre la importancia de la jerarquía de sexos, aunque se abunda en la dependencia económica, se insiste en la dependencia afectiva como mecanismo

que asegura la reproducción de la estructura. Al «hombre dominicano» le gusta «enamorar»; aquí reside la importancia de la retórica con la que los hombres mantendrían la dependencia de las mujeres. Estas consideraciones pueden enmarcarse en una denuncia más general del hombre dominicano como «proxeneta»: se analizan las condiciones de la división del trabajo o las características de las emigraciones dominicanas, concluyendo básicamente que los hombres dominicanos viven, tanto en el país de origen como en España, del trabajo femenino.

Por supuesto, esta denuncia no aparece de forma tan explícita en todas las entrevistas; pero, de una u otra manera, aparece constantemente en los discursos la preocupación por la unidad matrimonial y/o familiar, por la influencia de esta unidad en la vertebración social, y por los diferentes procesos y variables que cuestionan dicha unidad; aspectos que convergen en la aparición de una forma «típica» en este medio: el grupo doméstico sin hombre-esposo-padre, que descansa en la labor y el trabajo (reconocidos ideológica y afectivamente, pero denunciados estructuralmente) de la mujer-esposa-madre.

La sexualidad de las mujeres

Existiría una imagen complementaria de las mujeres dominicanas en tanto que objetos o sujetos pasivos de sexualidad. Es una imagen tradicional con tintes, en ocasiones, morales y religiosos. De acuerdo a ello, lo propio del comportamiento de la mujer en este ámbito sería, en suma, no tomar la iniciativa en ningún sentido. La posición que recogemos en nuestro trabajo es la de mujeres con un nivel educativo y cultural alto, de nivel socioeconómico medio, y/o vinculadas al trabajo en asociaciones, e incluso en algún caso, al movimiento feminista. El punto de vista desde esta posición se caracteriza, en primer lugar, por la percepción y la discusión detenida sobre los cambios en aquel modelo tradicional; el reconocimiento de que el silencio y la inactividad de las mujeres en la sexualidad han ido sustituyéndose por la toma de la palabra y de la iniciativa; pero el reconocimiento también de que esa sexualidad de la que habrían empezado a hacerse sujetos las mujeres, es una sexualidad que sigue definida por la dependencia respecto a la sexualidad masculina. A pesar de las apariencias, el deseo mismo de la mujer se configura a partir de o en torno al sometimiento; desde las formas más extremas, en que el comportamiento dominante, e incluso directamente violento, del hombre sería objeto de deseo, hasta las formas más suaves y también más

habituales, en que la seducción masculina a través de la retórica encuentra eco en las mujeres que se «dejan enamorar».

La infidelidad masculina es un elemento central en todas nuestras entrevistas. Se da una conciencia, en primer lugar, de la amplitud de esta realidad; se apunta, además, su carácter problemático, tanto desde el punto de vista subjetivo, para la esposa o la pareja estable del varón, como desde un punto de vista estructural, por los efectos que tiene sobre la unidad de la familia y/o el matrimonio. En este sentido, la posición que obtenemos con más frecuencia es crítica. Pero, por otro lado, sorprende la cantidad de referencias a las diversas formas en que las mujeres dominicanas se adaptarían a ese comportamiento masculino. Todo este entramado expresa una problemática que de algún modo estaría «rutinizada», aceptada como «normal», como lo indica la abundancia de frases hechas, dichos y refranes que a ellas se refieren.

Información sobre VIH/sida en el medio dominicano

La impresión general sobre la información que el medio dominicano tiene sobre el VIH/sida es que se ha incrementado en los últimos tiempos, tanto en la República Dominicana como en España, aunque no es todavía suficiente. Primero, porque la información estaría desigualmente distribuida según edad, origen rural-urbano, capital educativo y cultural y sexo. Se apunta también que esta información no es completa; en algunos casos, se considera necesario que la información forme parte de una educación sexual integral, encaminada no sólo a la prevención sino a atajar el problema más profundo de las relaciones entre sexos; o que la información no esté centrada en el sida (asociado a muerte), sino en el placer de la sexualidad.

De manera paralela, se da una gran importancia a la creciente visibilidad de los casos. Los obstáculos para ésta son, ante todo, las actitudes de ocultamiento de las familias y de los propios sujetos afectados, que obedecen a la asociación de sida y homosexualidad, una condición estigmatizada, en un comunidad tan cerrada — como se denuncia en varias entrevistas — como la dominicana.

Vulnerabilidad en el medio dominicano

A partir de los discursos sobre prácticas sexuales, grupos de riesgo, actitudes ante infectados, conocimiento y recurso a medios de prevención, etc., podemos diferenciar cuatro espacios y/o situaciones de vulnerabilidad que

se corresponden con problemáticas específicas en el medio sociocultural dominicano.

Prostitución

La prostitución se reconoce como una cuestión importante, cuantitativa y cualitativamente, entre el colectivo de mujeres dominicanas. Cuantitativamente, porque se la considera una ocupación relativamente frecuente, al menos entre las mujeres de la primera migración, y también como algo «normalizado», en el sentido de que, al hablar de prostitución, se abarca un campo de actitudes en el que se incluye tanto el ejercicio profesional permanente como el recurso esporádico como complemento económico, e incluso la búsqueda de una relación estable con un hombre español. Cualitativamente, por la posición de especial vulnerabilidad en la que las mujeres se encuentran: por la dependencia económica habitualmente asociada al ejercicio de la prostitución, que las coloca en situación de desventaja a la hora de tomar decisiones sobre la prevención de ITS y del sida; además, a pesar de esa «normalización» citada, persiste en el medio dominicano una condena social normativa muy fuerte de la prostitución, lo que lleva al no reconocimiento de su ejercicio (es recurrente en el país de origen pensar que las mujeres inmigrantes trabajan en la prostitución).

Jóvenes

En las personas que trabajan en asociaciones y en los discursos de padres y madres, destaca una problemática específica relativa a la integración de la segunda generación en la sociedad española. Se pone de manifiesto una honda preocupación por el modo de vida de los hijos, asociado frecuentemente a la delincuencia. El uso de alcohol y drogas se mencionan ocasionalmente como factores de riesgo de infección de VIH, por la pérdida de control que pueden suponer. En este contexto, la sexualidad de los jóvenes se describe como «irresponsable». Los planteamientos sobre los riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad suelen referirse espontáneamente a «gente joven» o, lo que suele ser igual, «sin responsabilidades»: desde adolescentes hasta adultos no casados. El aspecto que parece erigirse como determinante para definir un modo de vida vulnerable no es tanto la edad, sino el matrimonio y la constitución de una familia. La ausencia de responsabilidades familiares y de pareja, las dificultades de transmisión y afianzamiento de unas normas tradicionales de conducta, la exposición incontrolada a influencias de la sociedad receptora, la falta de ajuste entre las condiciones sociales de vida, las

probabilidades objetivas y las expectativas generadas en la sociedad española serían las variables conformadoras de un modo de vida especialmente vulnerable.

Mujeres

Al parecer, existiría una vulnerabilidad específica de las mujeres ligada en general a los modos y maneras de sus relaciones sexuales con hombres. Las variables que la constituyen tienen que ver con la dependencia afectiva y el sometimiento a los deseos y el imaginario sexual falocéntrico del hombre; la aceptación, negación o reconocimiento ambiguo de la infidelidad masculina; y el papel pasivo, inseguro y heterónimo en la relación con el propio cuerpo y la propia sexualidad. La dificultad de las mujeres para la negociación del uso del preservativo es una de las expresiones más nítidas de esta vulnerabilidad.

En las entrevistas aparece de manera reiterada la preocupación por la problemática específica de las mujeres casadas. Habría en el medio dominicano dos posiciones opuestas. De un lado, la mujer casada no se considera un sujeto vulnerable. La percepción dominante sobre el sida en este caso se asocia al ejercicio de la sexualidad antes o fuera del marco matrimonial. De otro, esta actitud está obviando una realidad social del medio dominicano que, en otros momentos, se impone como tema central: el que los hombres dominicanos, incluso casados, tienen varias mujeres, algo que las propias esposas reconocen, aceptan o asumen. Sólo en el caso de mujeres con una posición más crítica se conecta el valor ideológico de la «confianza» con esta realidad, y se apunta entonces a una vulnerabilidad particular de las mujeres casadas.

Hombres

Las actitudes que se consideran típicas del varón dominicano pueden caracterizarse como una negación del sida y/o del riesgo. Esta negación se une a la falta de información y al mantenimiento de diversas imágenes y opiniones que parecen reforzarse mutuamente:

- El rechazo del condón. Algo que, entre los hombres dominicanos, sería habitual, sustentado en imágenes casi siempre ligadas a la representación falocéntrica de sexualidad (pérdida de placer, reducción del tamaño del pene, carácter no natural del condón).

- Negaciones «políticas» del sida o dudas sobre su existencia (el sida como un «invento» para controlar la sexualidad de los dominicanos).
- La negación del sida o del riesgo por la no visibilidad de los casos. De hecho, se manifiesta en ocasiones que la promiscuidad masculina estaría disminuyendo, o que los varones estarían más dispuestos últimamente a usar el preservativo por la cada vez mayor visibilidad y conocimiento de casos cercanos.
- La importancia que parece tener la imagen externa del cuerpo aparentemente sano y limpio como cuerpo no infectado. La juventud también se considera garantía de salud, por la asociación del sida con la frecuencia de relaciones, y de ésta con la edad.
- El supuesto control que los hombres padecerían de las mujeres con las que se relacionan. Las relaciones, aun múltiples y sin protección, se limitarían a círculos cerrados, lo que proporcionaría una sensación de invulnerabilidad. A ello se une la asociación del sida con la prostitución.
- Asociación del sida con relaciones homosexuales.
- Actitud vital despreocupada («de algo hay que morir»). Esta negación se trasluce también en las actitudes ante la prueba y las relaciones con el sistema sanitario (no querer saber, morir psicológicamente, etc.)

Medio sociocultural subsahariano

Percepción de sí mismo, de los procesos migratorios y de las sociedades de origen

La percepción de la sexualidad y el sida se enmarca en una especie de «socioanálisis» prolongado sobre la comunidad (etnia, país, continente) de origen, y en una reflexión sobre la adhesión del sujeto a ella. Esta preocupación se articula en torno a varios ejes: complejidad de los procesos históricos; conciencia de las diferencias y semejanzas de las migraciones africanas; colonización y descolonización; dinámica entre las alusiones de tipo «panafricanista» y la diversidad de realidades y trayectorias históricas de los países de origen;

relación conflictiva entre tradición y modernidad; diferencias internas en los países de origen (étnicas o «campo-ciudad»).

El lenguaje en el que se expresa este «socioanálisis» es más sociológico que interpersonal. Esta visión «estructural» determina gran parte de los contenidos, tanto en lo que se refiere a la reflexión sobre problemas sociales como en el abordaje del sida. El matrimonio, por ejemplo, no es un tema tratado en términos de relaciones personales y afectivas, sino que los discursos se centran en sus funciones sociales, fundamentalmente en la reproducción social de los grupos a través de los vínculos que crea entre familias. El fin último del matrimonio, de acuerdo con este punto de vista, es la procreación; los hijos son, en primer lugar, un beneficio, tanto económico como social. Con ellos se perpetúan las familias, aumenta el poder del grupo y, además, constituyen una ayuda para el sustento familiar. En este contexto, cobraría sentido el que la virginidad femenina no sea especialmente apreciada, o que no se establezcan diferencias en la valoración moral de los hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio. Este discurso sobre la realidad matrimonial se refiere a una estructura tradicional, y suele ir acompañado de reflexiones en torno a la realidad y a la valoración de cambios derivados de la colonización-descolonización, las nuevas condiciones sociales y económicas o la migración. A pesar de la nueva situación social y económica, las costumbres tradicionales perduran; es éste el lugar, precisamente, de una intensa reflexión en algunas entrevistas sobre el valor, limitaciones y problemas de la tradición.

No quiere todo esto decir que no se plantee el carácter problemático de estas estructuras para los individuos, pero es siempre un problema que se define en términos de oposición «estructura social-individuo»; un problema particularmente agudo en el caso de las mujeres. Es propio de la condición femenina, según aquella estructura tradicional, el casarse y tener hijos (para los grupos). Aunque en las entrevistas con mujeres se despliega una mirada crítica sobre estas condiciones, aparece también la interiorización de éstas, e incluso la concepción de su carácter inevitable. Se indica a veces que las mujeres africanas se inician en las relaciones sexuales y tienen hijos siendo muy jóvenes. El modo como se plantea con frecuencia la relación madre-hijo es muy significativo para el estudio de las relaciones entre sexos y la estructura familiar. Este vínculo se valora como algo no reconocido por las estructuras sociales pero en el que las mujeres pueden apoyarse y a partir del cual construir una autovaloración alternativa. El contraste con lo que los hijos suponen para el padre es manifiesto: elemento fundamental de la

personalidad social y la identidad viril de éste, para la mujer ha sido y es la posibilidad de resistir al poder de los grupos, y de asentar su autonomía en un lazo social no controlado. La realidad de las mujeres africanas se caracterizaría, en suma, por el sometimiento a una estructura social de género que las hace dependientes económica y socialmente respecto de los varones. Apenas se habla en términos de dependencia afectiva. La autonomía de la mujer depende básicamente de la obtención de un trabajo. En este sentido, la mujer, en los países de origen, parece no tener otra salida que casarse o convertirse en amante para ser mantenida, ya que encontrar un trabajo que garantice su independencia económica se presenta como algo imposible. De ahí la frecuencia con la que mujeres solteras recurrirían a amantes, en lo que se reconoce como una prostitución enmascarada.

Por lo demás, encontramos una estimación muy positiva de valores e instituciones tradicionales en el contexto de la inmigración, y en primer lugar, de la familia. Se contraponen dos formas de vida divergentes: la de la sociedad de acogida y la de origen; en esta última, las normas y los valores tradicionales basados en la solidaridad familiar proporcionan sustento, protección y estabilidad, algo que se pierde en la deshumanización de las sociedades individualistas. La experiencia de la inmigración proporciona elementos para caracterizar un sistema social que, aunque eventualmente presente rasgos atractivos (libertad individual), es globalmente visto como negativo. La apreciación de la familia tradicional surge igualmente al explicarse sobre los problemas de la segunda generación, y el conflicto de modelos educativos planteado al respecto.

Sexualidad

En los hombres, la actividad sexual aparece ante todo como algo positivo, ligado a la identidad viril, y de lo que se habla en términos de «capital sexual». El hombre con múltiples relaciones sexuales parece considerarse también, en algunos casos, un hombre con múltiples relaciones sociales («de mundo»), algo de suma importancia en el medio subsahariano. La actividad sexual formaría parte de la sociabilidad específica del varón. Al reforzamiento de esta imagen masculina contribuiría, en ocasiones, la actitud de las mujeres, cuando buscan y prefieren a hombres ya experimentados y muy activos sexual y socialmente.

No obstante, en las mujeres el punto de vista adoptado es otro. La actividad sexual de los varones subsaharianos se encuentra en el núcleo del problema de la «promiscuidad», arraigado, según se afirma, en el África

subsahariana. No constituye aquí el tipo de problemática que aparecía en los discursos de mujeres dominicanas. Una vez más, nos encontramos con un rasgo que tiene que ver más con las características de la estructura social o de las costumbres socioculturales que con modos de ser. Así, se considera que hay una especie de relación causa-efecto entre la «promiscuidad» y la poligamia, como si la primera derivara y se hubiera asentado a partir de las prácticas de matrimonio. Las relaciones entre la primera y las siguientes esposas, o entre esposa y amantes, constituyen una constante fuente de conflictos sociales y subjetivos que expresan no tanto el carácter problemático del varón y su manera de actuar, como el enfrentamiento entre formas institucionales y sujetos.

En términos generales, la sexualidad de la mujer se mide según cánones distintos, incluso totalmente inversos, a la del hombre. Aunque por lo general la virginidad femenina no parece algo especialmente valorado, en el contexto de relaciones de los varones jóvenes se apreciaría sobre todo a aquellas mujeres que no hayan tenido o a las que no se conozcan demasiadas parejas sexuales. Así, al contrario de lo que ocurre con los varones, el «capital sexual» visibilizado las desvaloriza en tanto que «objetos» en el «mercado sexual».

Información y discursos sobre el sida

La falta de información sobre el sida se considera que forma parte de una situación y una problemática más amplias, específicas del medio subsahariano. En primer lugar, la degradación de las infraestructuras sanitarias, en ocasiones vistas como el producto de procesos de descolonización mal dirigidos. También las dificultades de tipo social y cultural para ver y entender la enfermedad y la muerte como acontecimientos naturales; de acuerdo con esto, el sida tiene una etiología social, y escapa por ello a las explicaciones y tratamientos biomédicos, con lo que surge el recurso a la brujería. No es el único modo como se remite el sida a lo social: si, por un lado, parecen funcionar explicaciones centradas en la brujería, que buscan culpables, también parece que existen interpretaciones que remiten a formas y condiciones de vida. Se consideraría que el sida no es la primera preocupación sanitaria de los africanos, al menos de los más pobres, afectados por las deficientes condiciones de existencia. A lo anterior, se añade la importancia que al parecer tienen las lecturas políticas, que entienden el sida como parte de una estrategia imperialista de control. Es éste probablemente el medio en el que más frecuente y virulento parece este punto de vista. No es raro encontrar discursos

sos amplios en los que éstos y otros factores sociales, culturales, económicos e históricos, conforman detalladamente lo que sería una «vulnerabilidad» ante el sida específicamente «africana».

Sida, sexualidad y relaciones entre sexos

La «vulnerabilidad africana» es algo que tiene que ver aún más con la «promiscuidad», entendida como una «costumbre» arraigada en características sociales de las sociedades africanas más que en disposiciones psicológicas. No obstante, en las entrevistas con mujeres se apunta al modo en cómo esta vulnerabilidad general se ve afectada, a su vez, por el sistema de relaciones entre sexos. Si una mujer propone a su marido utilizar preservativo, éste sospechará que ella es infiel o la culpará por no querer tener hijos. Así mismo, en el caso de infección por vía sexual, se considerará que es la mujer quien contagia al varón, y se la acusará de ejercer o de haber ejercido la prostitución. Esto ocurre especialmente en el caso de mujeres que han emigrado a España; al pretender utilizar preservativo en sus relaciones sexuales una vez han regresado a su país de origen, inmediatamente son acusadas de haberse dedicado a la prostitución durante su estancia en España. Existe también una denuncia de la vulnerabilidad específica de las mujeres casadas, muy semejante a la que encontramos entre las mujeres dominicanas. El hombre africano —se indica— no usa preservativo; en primer lugar, por falta de costumbre. El arraigo de las costumbres es un tema reiterativo en los discursos subsaharianos; deja suponer, entre otras cosas, que las prácticas se pueden modificar más fácilmente entre quienes tienen menos arraigada la costumbre, esto es, los jóvenes. Así, se señalan y explican las diferencias en el uso del preservativo por parte de la población más joven. Además, los varones no aceptan el uso del preservativo porque se pierde sensibilidad. Por lo demás, no se acepta el uso con la esposa (dado que la relación está basada y dirigida hacia la procreación) y no se usa tampoco con las amantes (la posesión sobre la mujer parecería «asegurarle» que ésta no tendrá otros amantes). Esto último, no obstante, cambiaría en la situación de inmigración, en la que la mujer tiene más capacidad de decisión, y en la que el varón no puede asegurar que la relación sea exclusiva.

Medio sociocultural marroquí

Un discurso somático

En primer lugar, llama la atención la significativa presencia de referencias corporales en los discursos. En buena medida, al hablar sobre relaciones sociales y sobre la experiencia de la emigración, se está hablando de y sobre los cuerpos. La cuestión de las relaciones entre sexos se aborda casi siempre atendiendo a los modos diferentes en que están regulados los cuerpos de hombres y mujeres (cómo saludarse, cómo mirar, qué espacio ocupar.) Cuando se habla de la estructura y las relaciones de familia, éstas parecen consistir básicamente en una regulación estricta de las interacciones corporales entre los individuos que forman parte de ella, a partir de dos ejes fundamentales, la diferencia de sexo y la edad. Igualmente, al referirse al proceso migratorio, se describen vivencias en las que el propio cuerpo se ha visto sometido al juicio, a la valoración y al rechazo de los «otros» de la sociedad receptora.

La visión normativa

La apelación a las normas es prácticamente constante en los discursos. Al hablar de relaciones familiares, matrimoniales, de pareja, etc., no se acude espontáneamente a un lenguaje de sentimientos o afectos, sino de interacciones o comportamientos regulados. No obstante, la norma se menciona de diferentes y contradictorias maneras (como descripción de la realidad, como algo alejado de las prácticas reales, etc.), posiblemente en relación con las imágenes identitarias del colectivo que circulan en la sociedad española, y a las que muchas veces las personas entrevistadas parecen estar respondiendo. Por otra parte, los cambios ocurridos en la sociedad marroquí y en el contexto migratorio cuestionan la definición normativa de la sociedad, la familia, el matrimonio, etc., que se valora en términos de contraste «tradicción-modernidad».

Sexualidad

Los discursos sobre sexualidad dan también una imagen normativizada de ésta, pero que tiende a relativizarse, por ejemplo con la diferenciación entre el nivel de las normas y el de las prácticas. Un ejemplo es el discurso masculino sobre la sexualidad masculina. La castidad del varón es un modelo ideal de conducta altamente valorado, pero contrasta con la valoración que, en

las relaciones entre iguales, se hace del capital sexual. En este ámbito, la actividad sexual forma parte de la identidad viril, diferenciándose así dos ámbitos, contradictorios pero simultáneos, de realización del varón. Hay una sexualidad lícita, acorde a la norma, que transcurre dentro del matrimonio (*halal*), y una sexualidad ilícita (*haram*), aunque reconocida socialmente, que transcurre fuera del marco matrimonial. Esta sexualidad masculina «ilícita» aparece como una especie de fuerza, llamada o imperativo incontrolable, que precisaría satisfacerse de manera inmediata.

En lo que se refiere a la sexualidad femenina, la visión normativa valora la virginidad y el recato en general. Si hay una imagen dual del hombre marroquí, la imagen de la mujer es única y monocorde. Sólo la consideración de los cambios ligados a la modernización y a la emigración apunta a la posibilidad, y en menor grado a la realidad, de otras situaciones. No hay lugar social en el que tengan cabida prácticas al margen de esta sexualidad normativa, entendiéndose el matrimonio y la reproducción como ejes de la identidad social de las mujeres. No obstante, en algunas entrevistas con mujeres se percibe la presencia de espacios de sociabilidad femeninos, en los que la sexualidad podría ser un tema de conversación y reconocimiento.

La visión hegemónica de la sexualidad en el medio marroquí es, pues, predominantemente masculina y heterosexual. La homosexualidad no es un tema que surja espontáneamente, y cuando se pregunta por ello, se expresa el carácter antinatural, patológico o inmoral de la homosexualidad masculina. El lesbianismo es una realidad aún más oculta, que responde a un concepto «carencial» de la sexualidad femenina, que sólo podría desarrollarse si interviene un varón. De ahí que, cuando se habla del tema, se lo considere, en tono de burla, el resultado del mal funcionamiento de la sexualidad masculina.

Los cambios en el sistema sexual y de género

En el caso de las mujeres, el propio proceso migratorio podría acentuar determinados rasgos «tradicionales»: la estancia de mujeres solas en el país de acogida propiciaría un incremento del control social sobre ellas por parte de las familias, y la necesidad de normalizar la situación mediante matrimonios concertados. Aunque la migración imponga algunos cambios en la estructura de roles tradicional, y la incorporación de las mujeres casadas al trabajo remunerado les proporcione más autonomía, en la experiencia de algunas mujeres se contempla con cierta melancolía la situación de las esposas en el

lugar de origen, más sujetas al marido pero con menos trabajo y responsabilidades.

Con frecuencia, los sujetos entrevistados se colocan en una posición difícil, que intenta aunar rasgos del modo de vida «tradicional» y rasgos «occidentales»; el distanciamiento que en ocasiones se expresa respecto de la excesiva rigidez de las normas culturales o religiosas en Marruecos, se une a una queja por la excesiva liberalidad de las costumbres «occidentales».

Información y comunicación sobre sida

Son casi exclusivamente varones quienes apuntan a una preocupación genérica por el sida en la población, y a su presencia como un tema de conversación en medios de iguales (varones jóvenes), asociado a las conversaciones masculinas sobre sexualidad. El ámbito de la familia está vedado a la circulación de información sobre sida, por la «tabuización» del discurso sexual en este marco. El silencio sobre la sexualidad forma parte del respeto característico que preside las relaciones intrafamiliares y de la estructura normativa que las articula. Algo semejante ocurriría en el contexto religioso.

Sexualidad y sida

El sida aparece unido al dominio de la sexualidad ilícita, asociada a la prostitución o a la drogadicción, lo que conforma un modo de «mala vida» considerado el principal espacio de vulnerabilidad. En este sentido, el matrimonio, como marco de la sexualidad *halal*, es el lugar de la seguridad y de la confianza. Al hablar de la vulnerabilidad de la población marroquí, los varones subrayan como un factor de riesgo el ejercicio de la sexualidad masculina extramatrimonial, en relación con la multiplicidad de relaciones sexuales, la escasa utilización del preservativo, la consideración del aspecto exterior de las mujeres como indicador de su estado de salud y la identificación del sida con la prostitución.

La asociación del sida con esta sexualidad ilícita, de la que son sujetos los varones, parece generar un distanciamiento respecto del tema en las entrevistas con mujeres. No obstante, la sensación de seguridad que parecen querer transmitir estas mujeres, que las valora moralmente pues las sitúa del lado de la norma, parece funcionar muchas veces como una negación o una huída del problema, y deja ver los desconocimientos, las inseguridades y las preocupaciones de lo que sería una situación incierta ante la epidemia. A ello se une la invisibilidad de casos, y la aparición, en varias entrevistas, de lo que podríamos llamar una noción «azarosa» del sida, que hace inseguro

ro cualquier conocimiento que se pueda tener al respecto, y que provoca la consideración del sida como algo que simplemente «viene» sin posibilidad de tomar medidas.

Religión y sida

Parece existir en el medio marroquí una conexión simbólica entre una manera de actuar y de vivir de acuerdo a lo dictado por Dios, y la contrapartida en forma de protección divina. A veces, también se racionaliza esta relación entre sida y religión, explicando que los comportamientos lícitos, como la castidad o la abstinencia, resultan ser preventivos. En este contexto, se entiende que el rechazo de la persona afectada se haga prácticamente siempre en términos morales: el enfermo de sida es descalificado por haber actuado contra Dios, con la consiguiente calificación del sida como «maldición divina».

Retórica política del sida

Es necesario tener en cuenta la aparición de discursos políticos, que identifican Occidente como responsable, directo o indirecto, de la aparición del sida o de su difusión en los países del Tercer Mundo. Se realizan críticas a proyectos sobre sida centrados en población inmigrante, por la doble estigmatización que puede suponer la asociación ida-inmigración. Se reitera con insistencia que el sida no es un tema de prioritario interés para la población inmigrante marroquí; es mucho más importante el tema de los papeles, el trabajo y la integración económica, y en el ámbito de la salud, los accidentes laborales o las relaciones con el personal sanitario.

Medio sociocultural chino

Trayectoria migratoria e integración en España

El medio chino aparenta ser hermético, cerrado a la entrada de personas ajenas, y poco participativo en cuestiones que no les atañen directamente o que se alejen de sus intereses (trabajo y «papeles»). Otro rasgo característico es su gran movilidad, tanto en el ámbito internacional como nacional. La migración se mueve sin un destino último fijado de antemano, ya que se encuentra sometida a los obstáculos que se puedan dar en los países de acogida y a expensas del apoyo de las redes migratorias chinas ya asentadas en los países

de destino. La estancia en España se presenta en ocasiones con un carácter transitorio, como una etapa más dentro de una inmigración hacia Estados Unidos o hacia otros países de Europa. La inmigración más antigua, procedente de Taiwán, está formada por personas más cultas, más «modernas», con un mayor nivel de integración y de origen urbano fundamentalmente. La inmigración más numerosa y reciente proviene de la República Popular de China, especialmente de zonas rurales del sur del país.

La especialización económica, y en algunos casos el monopolio de determinados sectores laborales, es otra característica importante. El tejido familiar y social va a proporcionar el dinero y trabajo necesarios para la instalación en el país de acogida, haciendo que los recién llegados se vayan ocupando en los sectores laborales en los que la población china ya se ha establecido (hostelería, venta al por mayor, tiendas «todo a cien»). Esta ayuda inicial, más que ser «generosa», es una dádiva que debe ser devuelta, con lo que las personas quedan atadas a la red de relaciones sociales. Esta cadena de dependencia no permite la movilidad laboral, coarta la iniciativa propia y propicia la imitación, lo que desemboca en situaciones de competencia dentro del colectivo. Se conforma así un medio autogestionado en el que la dependencia es interna, las relaciones son intragrupalas y el contacto con el exterior es mínimo.

Aunque el mayor acceso a estudios secundarios o superiores de la segunda generación ha influido en la mayor integración de ésta en la sociedad española, la imagen que los informantes proporcionan está presidida por la desconfianza; el temor al control, a las mafias o a publicar opiniones claramente identificables planeó, en ocasiones, en las entrevistas. Escasamente se recurre a la sociedad de acogida para resolver los problemas que les afectan (papeles, salud, trabajo, ayuda social, conflictos con otros inmigrantes, etc.), para lo cual sirven las redes familiares y sociales. Ello provoca cierto aislamiento de los miembros del medio, que no se ven impelidos a aprender el idioma, conocer los entresijos de la administración o saber dónde acudir ante una solicitud de ayuda social.

Trabajar doce horas, de lunes a sábado, sin cerrar a mediodía, en lo que participan todos los miembros del grupo doméstico, son circunstancias habituales que responderían a una noción del trabajo como eje central. La relación matrimonial parece formar parte de un proyecto de trabajo, como si fuera una relación laboral más; la vida en familia se organiza a partir de las obligaciones laborales; el ocio y el tiempo libre se reducen prácticamente a cero; las relaciones sociales se ven menoscabadas por la falta de tiempo. El

dinero es, además de un elemento de prestigio, un instrumento que permite resolver rápida y fácilmente problemas de diversa índole; el cuidado de la salud o los problemas con la administración o la justicia se situarían dentro de esta relación de compraventa.

Salud y «resistencia»

Uno de los aspectos más destacados es la escasa utilización de los servicios de salud españoles, debido a factores como el desconocimiento del idioma, la poca flexibilidad horaria del sistema sanitario, la demora en la atención o la excesiva burocratización. Relacionado con lo anterior aparece la desconfianza hacia las medicinas «españolas» (bien por no poder leer las indicaciones, bien por su lenguaje técnico) y la tendencia a recurrir a la medicina tradicional china o a importar medicamentos procedentes de China.

Un importante aspecto a señalar sería la noción de «resistencia», aplicada a muchos ámbitos de la vida: se resiste en el trabajo, se resiste físicamente antes de acudir al médico, se resiste socialmente ante la injusticia o ante las necesidades de ayuda, etc. Esta cuestión, unida a lo que los informantes consideran el «carácter chino conformista», que no confía en las instituciones sociales y políticas, hace que se articulen vías paralelas, informales, en las que el Derecho ha dejado paso al dinero como instrumento de solución de problemas. En el caso de problemas graves de salud, la vuelta a China suele ser la opción a la que se recurre, reiterándose en tales ocasiones la noción de «resistencia» como elemento característico. El trabajo está íntimamente relacionado con esta actitud, quedando la salud relegada a un segundo plano, a expensas de la jornada laboral.

Sexualidad y sida

La imagen que aparece con más frecuencia es que en el medio chino el sexo no tiene importancia. La idea de respeto que preside las relaciones padres-hijos aparta del ámbito familiar la sexualidad como tema de conversación. El grupo de iguales parece ser el único espacio en el que la sexualidad se trata de un modo más amplio, pero siempre en un nivel más «técnico», fundamentalmente informativo, sin demasiada implicación en lo que se considera la vida privada. Se habla de parejas jóvenes que no mantienen relaciones sexuales antes de casarse, siendo la virginidad femenina objeto de mayor vigilancia. Se reconoce el papel de control que siguen ejerciendo las familias, con una estructura jerárquica y basada en relaciones de respeto y obediencia. Algunos informantes, aunque reconocen el peso de la tradición, comentan

que ahora hay más libertad, que las jóvenes tienen relaciones antes del matrimonio y que se casan sin demasiada presión familiar.

La sexualidad de la mujer se presenta como «dormida», oculta y a merced de los deseos del hombre. Es un tema del que no le corresponde hablar, pues está visto como una falta de educación. La sexualidad del varón surge como una necesidad satisfecha en el marco de las relaciones de pareja estable, pero en ocasiones se muestra como una necesidad imperiosa, más que placentera o deseada, que se satisface con el consumo de pornografía o con la masturbación. La promiscuidad masculina es también objeto de críticas, ya que se la considera un comportamiento irresponsable e inconsciente.

La centralidad del trabajo está íntimamente ligada a la sexualidad: la actividad laboral ocupa las horas del día y los temas de conversación. El cansancio físico y el no disponer de momentos íntimos, de ocio y de relax en los que poder practicar sexo, hacen que éste pase a un segundo término.

Respecto al VIH-sida, se habla del gran desconocimiento de la población china, pero, paradójicamente, también se comenta la escasa incidencia de la enfermedad, tanto en China como en España. Esta opinión se refuerza con la idea de que es «una cuestión de suerte» o de no andar con prostitutas o drogadictos. El sida se percibe como algo que está fuera, pero con pocas probabilidades de que «te toque a ti». Además, interviene la idea de la confianza en la pareja, basada en un tipo de relaciones estables y duraderas. No se reconoce la existencia o la práctica de relaciones fuera del matrimonio, y cuando las hay, responden a un patrón similar de estabilidad (hombre casado, con su esposa en China, que tiene una amante en España que realiza las «funciones de esposa»). Este tipo de percepciones, junto con características como el hermetismo del medio chino, dificulta las actividades de prevención.

Reflexiones finales

Con esta síntesis se pretende, en primer lugar, ofrecer una visión comparativa que permita apreciar las diferencias y similitudes entre percepciones distintas. También, mostrar que estas percepciones pueden enfocarse como si formaran parte de puntos de vista diferenciados según medios socioculturales; esto es, como si la percepción del VIH/sida, junto con otras percepciones y representaciones, se integrara en respuestas vitales a problemáticas

sociales, económicas, migratorias, etc., específicas (o articuladas de manera específica) de cada medio.

La complejidad radicaría aquí en el intento de no descontextualizar representaciones del VIH/sida, sin llevar a cabo por ello una mera contextualización cultural. Se ha tratado de integrar esas representaciones en la elaboración discursiva más prolija que los sujetos desarrollan sobre sus existencias y las de quienes los rodean. En este sentido, se intenta indicar las limitaciones de una investigación que se ciñera al nivel representacional, sin atender a la manera en que es posible acceder a las situaciones prácticas y, finalmente, a las condiciones sociales de vulnerabilidad de las poblaciones, a través de cierto tratamiento del discurso (pragmatista más que semántico).

Por lo demás, el interés por los sujetos y la singularidad subjetiva en esta investigación no supone una aproximación individualista y/o psicológica (LAHIRE, 2000). La noción de «espacio de puntos de vista» apunta a la idea de una subjetividad que se constituye y se define únicamente en lo social, y como dimensión social de los individuos.

Entre otras cosas, este abordaje determinó el planteamiento de cambios metodológicos con respecto al diseño original (como la sustitución de entrevistas semiestructuradas por entrevistas en profundidad, y el paso de un tratamiento de los discursos como fuente de información hacia un interés más marcado por su valor expresivo y sus condiciones de producción) (PAZOS *et alii*, 2002); pero, sobre todo, la restitución de la perspectiva de los sujetos ha supuesto, en el caso de esta investigación, un cuestionamiento de la definición de los objetivos y el tema, una reflexión sobre sus implicaciones en lo que podríamos llamar la «economía política del sida» (DOZON, 1999; FASSIN, 2000), y una redefinición de lo que, en estas circunstancias y con estas poblaciones, debería ser una investigación sociológica sobre percepción del VIH/sida que evitara el culturalismo que con frecuencia se sigue demandando de la antropología en el ámbito de la salud (PAZOS, 2006).

Bibliografía

- BOURDIEU, P. (1993), *La misère du monde*, París, Seuil.
- DOZON, J. P. (1999), «Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique: quelques éléments de synthèse», en

- BECKER, Ch.; DOZON, J. P.; OBBO, Ch.; TOURÉ, M. (eds.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, París, Karthala.
- FASSIN, D. (2000), *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, Boligny, Centre de Recherche sur les Enjeux Contemporaines en Santé Publique.
- LAHIRE, B. (2000), *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, París, Nathan.
- PAZOS, A. (2006), «Cuerpos, sujetos, sociedad. Lo límites de la cultura», en MUÑOZ GONZÁLEZ, B.; LÓPEZ GARCÍA, J. (eds.), *Cuerpo y medicina. Textos y contextos culturales*, Cáceres, Cícón.
- PAZOS, A.; CASTILLO, S.; ALAMEDA, A.; MARTÍNEZ, M.; MAZARRASA, L.; LLACER, A.; COLOMO, C.; LAGO, M. (2002), «Algunos problemas epistemológicos de una investigación antropológico-social sobre prevención del VIH/Sida con población inmigrante», Barcelona, IX Congreso de Antropología Social.

Fábricas de padecimientos. La salud laboral de los inmigrantes en los invernaderos del poniente almeriense

Alejandro Goldberg

El abordaje de la salud laboral desde un enfoque antropológico relacional

Esta presentación está centrada en el ámbito específico de la salud laboral, ya que consideramos las condiciones de vida y las características del proceso de trabajo como determinantes en el desgaste de la salud, como fuentes de enfermedades y como agentes de importante influencia en el cuadro de morbilidad de los trabajadores (Laurell, 1987; 1993, coord.)

Desde una perspectiva holístico-relacional que contempla las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, psicológicas y sociosanitarias, se reconoce que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, se da dentro de un marco de relaciones sociales que conforma los conjuntos sociales, más allá de su valoración (Menéndez, 1990).

Aplicando lo anterior al fenómeno de los procesos migratorios actuales, Atxotegui (2000: 83-99) señala:

«Como todo acontecimiento de la vida (*life event*), la migración es una situación de cambio que no sólo da lugar a ganancias y beneficios, sino que también comporta toda una serie de tensiones y pérdidas a las que se deno-

mina duelo [...] Los riesgos para la salud o para la integridad física no comportan tan sólo enfermedades o lesiones, sino también la puesta en marcha de procesos de duelo por lo que se ha perdido [...] Prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus [...] Cuando la vivienda no dispone de las condiciones higiénicas adecuadas (o no hay siquiera vivienda), cuando se pasa frío, o cuando la alimentación es insuficiente o inadecuada, etc., todo ello puede dar lugar a enfermedades [...] A esto se ha de añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan muchos inmigrantes.»

A partir del estudio de un caso, abordaremos una serie de aspectos relevantes en torno a la relación entre las condiciones de vida y de trabajo y la situación de salud de los inmigrantes extranjeros en España; y detectaremos el conjunto de factores que generan un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud/enfermedad.

Inhabitabilidad y riesgos para la salud en el Poniente almeriense

En la agricultura, el mercado de trabajo español incorpora, cada vez en mayor medida, mano de obra inmigrante. Tal es el caso de los municipios de Roquetas de Mar, El Ejido, Vícar, La Mojonera y Balanegra (Berja), que conforman la zona denominada «Campo de Dalías» (Poniente almeriense, Andalucía). Esta zona posee los niveles de insolación más altos de la Península Ibérica, lo que sumado a la irregularidad de las lluvias, determinan que el lugar sea extremadamente seco (Capel, 1990; Ponce Molina, 1995).

Un primer elemento importante a remarcar sobre el contexto de estos pueblos es la relación de hegemonía y subordinación que supone el hecho de que los dueños de los invernaderos agrícolas de esta zona son, al mismo tiempo, propietarios de las viviendas (los cortijos), en su mayoría cercanas a los campos donde se trabaja, que alquilan a los trabajadores inmigrantes. Estas precarias edificaciones son utilizadas también como depósitos de abonos, fertilizantes, pesticidas y otros instrumentos del trabajo agrícola; contrariamente a todas las normativas de seguridad en la agricultura, que recomiendan que los pesticidas, plaguicidas y otros productos fitosanitarios deban almacenarse en recintos con buena ventilación, destinados exclusivamente a ese fin. Del mismo modo, Martínez Veiga (2001: 151) señala que la carencia de facilidades para el baño representa un grave problema para estos tra-

bajadores, en tanto que los efectos nocivos de los insecticidas, pesticidas y herbicidas se producen por su absorción a través de la piel. Dichos efectos se reducen con el lavado y se acentúan sin él.

La investigación de Martínez Veiga (*op. cit.*: 152) demostraba que la inmensa mayoría de los cortijos no tenían luz y una importante proporción carecía de agua. Por su parte, en el estudio de CITE (1992: 7) se evidenciaba que el 75% de estas viviendas carecían de agua corriente; el 70% de servicio higiénico; el 15% de gas; el 79% de electricidad; y el 95% de calefacción y refrigeración. Seis años más tarde, en 1998, el «Informe sobre la situación de los/las inmigrantes en Almería» elaborado por la ONG Almería Acoge y los sindicatos CC.OO. y UGT, cifraba en un 55% las viviendas sin agua corriente; un 57% sin baño; y un 31% sin electricidad. Por su parte, el Defensor del Pueblo Andaluz sostuvo en su Informe 2000 que entre el 60 y el 80% de estos alojamientos son «infraviviendas».

Factores de riesgo en el trabajo y su repercusión en la salud/enfermedad de las personas

El análisis del proceso de trabajo supone la consideración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan en la salud/enfermedad del trabajador. El hecho de que el trabajo se realice en condiciones de ilegalidad, esté mal remunerado, supeditado a ritmos productivos intensos, bajo condiciones estresantes, de sobrecarga física y de deshidratación constante, con el añadido de la exposición crónica a sustancias tóxicas, constituyen facetas destructivas/deteriorantes para la salud. Paralelamente, hay que tener en cuenta que el contexto sanitario de la provincia de Almería es uno de los más deficitarios de la comunidad autónoma andaluza. La red de centros de atención primaria es, además de incompleta, absolutamente inconexa. Existen zonas, por ejemplo, en las que no hay centros de salud y la asistencia médica se reduce o bien a los médicos de cabecera, o bien a los rurales (CITE, *op. cit.*)

«[...] Los que no tienen papeles van a trabajar allí. Es un trabajo que te usa [queriendo decir que te exprime] y a lo largo de los años ya no vas a servir para nada. Gastas ahí toda la energía que tienes, toda. Todo lo que tú haces en el invernadero es muy duro. Teníamos un carro que podía llevar 52 cajas de tomate. Cada caja pesa normalmente 15 kilos cuando está llena. Lo llevá-

bamos entre dos: uno tira desde adelante y el otro empuja desde atrás. Luego la cargábamos en un camión. Hacíamos este trabajo por la mañana y por la tarde cada día en tiempo de la cosecha. Imagínate cada día tirando de este carro: eres el burro que va adelante. El trabajo que se hace en Almería es un trabajo de fuerza. Quien está ahí sobrevive gracias a su salud. Si te enfermas, estás en tu casa, no cobras, no puedes ir a ver un médico y pagas el alquiler. Siempre tienes que estar rezando para que no te ocurra ningún daño, ningún mal. Si no, estás perdido» (Notcher, emigrante fula senegalés.)

A las condiciones de esfuerzo físico en las que se realiza el trabajo y a las altas temperaturas que se intensifican bajo el plástico que recubre los invernaderos, hay que agregarle un factor que, según distintos estudios (Servicio Andaluz de Salud, 1992; CITE, 1992; Parrón *et. alii*, 1992; Asociación para la Prevención de Accidentes, 1999), produce daños, en muchos casos irreparables, en la salud de los trabajadores: el uso de plaguicidas, pesticidas, fertilizantes y otros productos fitosanitarios sin las medidas adecuadas exigidas por las normas de seguridad.

Cabe destacar que dichas sustancias constituyen factores de riesgo ligados al proceso de intoxicación en los invernaderos, no porque sean los únicos determinantes de problemas en la salud de los trabajadores, sino porque la explotación agroindustrial intensiva en los invernaderos supone el uso de plaguicidas y la elevada exposición a sustancias altamente tóxicas para un organismo sin protección. Según CITE (*op. cit.*), esto ha provocado distintos tipos de patologías y un conjunto de padecimientos inespecíficos, muchos de difícil filiación, entre los trabajadores inmigrantes.

En tal sentido, es preciso tener en cuenta que las rutas de absorción de sustancias potencialmente tóxicas son tres: inhalación, ingestión y penetración dérmica. Al parecer, esta última constituye la vía más frecuente de intoxicación por el uso intensivo de pesticidas, además de provocar un vasto conjunto de dermatosis (Breilh, 2003: 252-257). De cualquier modo, en la práctica hay casos en los cuales la intoxicación por un plaguicida, por ejemplo, se efectúa por dos o más vías simultáneamente, que en general son la dérmica y la inhalatoria (Dierksmeier, 2001: 332). En los casos de fumigación de plaguicidas en ambientes cerrados como el de los invernaderos del Po-niente almeriense, la exposición inhalatoria puede llegar a ser hasta 65 veces superior a la de campo abierto. Lo mismo sucede con la exposición dérmica (Dierksmeier, *op. cit.*: 374.)

Al respecto, Martínez Veiga (*op. cit.*: 151) cita las declaraciones efectuadas en septiembre de 1999 por el Delegado de Salud en la provincia de Almería sobre el aumento del número de intoxicados por pesticidas, en su mayoría no por ingestión sino por el contacto directo con la piel de las personas. Así mismo, las altas temperaturas dentro de los invernaderos de plástico conllevan una apertura mayor de los poros de la piel de los trabajadores, por lo que la penetración del producto por vía cutánea se vuelve más fácil y rápida. Cabe señalar que entre 1999 y 2001, en el Hospital del Poniente de El Ejido se atendieron más de 250 casos de intoxicación con estos productos, la mayor parte por contacto con la piel.

Por último, la exposición a dosis bajas de intoxicación por estas sustancias, prolongada en el tiempo, puede no llegar a provocar efectos ostensibles inmediatos en la persona, pero en cambio genera un proceso fisiopatológico que puede ir destruyendo algunos órganos vitales (hígado, riñones, médula ósea, glándulas endocrinas y gónadas, etc.), así como producir una fuerte neurotoxicidad que deteriore el sistema nervioso a largo plazo o actuar como promotores o detonantes de cáncer (Breilh, *op. cit.*: 255.)

Comentarios finales

Desde el punto de vista de los procesos migratorios actuales, se ha pretendido en este trabajo poner de relieve algunos de los factores, generales y específicos, que pueden afectar la salud y la vida de los colectivos de emigrantes en el escenario histórico global. Al particularizar en el contexto español, las condiciones generales de vida que marcan la existencia cotidiana de los inmigrantes, como se ha podido comprobar en el caso concreto analizado, caracterizada por la exclusión social y la marginación, sumado a la situación de «duelo migratorio», potencia en estas personas la exposición a trastornos, padecimientos y enfermedades específicas que pueden afectar su salud.

Como parte del análisis de la forma en que las condiciones de vida y de trabajo se expresan en los procesos de salud/enfermedad/atención de los trabajadores inmigrantes, resulta necesario enfocar la relación trabajo-salud desde la dimensión política. En el caso particular abordado, el del espacio social del Poniente almeriense, es preciso dar cuenta de la situación en la que los inmigrantes realizan el trabajo en los invernaderos, esto es, sin las

mínimas condiciones de legalidad migratoria-contractual, como una especie de masa informal excluida de la ciudadanía.

Por otro lado, desde una dimensión epidemiológica-social, el enfoque relacional adoptado permite comprender determinados patrones colectivos de intoxicación dentro de los cuales suceden procesos de intoxicación individuales que deterioran la salud de los trabajadores. Se trata de un proceso de producción concreto en el que, entre otras cosas, sobresale la exposición a la intoxicación por sustancias manipuladas nocivamente por los trabajadores, lo que les provoca padecimientos y enfermedades de difícil filiación.

El que la existencia de un conjunto social específico (los inmigrantes extranjeros del Poniente almeriense) se desenvuelva en contacto directo y permanente con sustancias tóxicas y contaminantes en la unidad de producción (el invernadero), está determinado por las condiciones laborales y sociopolíticas del contexto, que los sitúa en una posición de subalternidad caracterizada por una exclusión social y política, con la consiguiente marginación. Es decir, los procesos destructivos/deteriorantes que afectan la salud/enfermedad de los trabajadores aparecen como inseparables —volviéndolos aún más vulnerables— de los factores contextuales.

Bibliografía

- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (1999), *Seguridad en la Agricultura*. Zarautz: Itxaropena.
- ATXOTEGUI, J. (2000) «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial», en E. PERDIGUERO y J. M. COMELLES (comps.): *Medicina y Cultura*. Barcelona: Bellaterra.
- BREILH, J. (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- CAPEL, J. (1990), *Climatología de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- CITE-ALMERÍA (1992), «Situación sanitaria de los inmigrantes africanos en Almería». Ponencia presentada en las Jornadas Euro-Latinoamericanas de debate sobre sanidad pública.
- DIERKSMEIER, G. (2001), *Plaguicidas. Residuos, efectos y presencia en el medio*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

- GOLDBERG, A. (2004), «Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona». Tesis Doctoral en Antropología Social y Cultural. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira y Virgili, enero de 2004.
- LAURELL, A. C. (1987), *Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción*. México: UNAM (mimeo)
- LAURELL, A. C. (coord.) (1993), *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: OPS.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2001), *El Ejido. Discriminación, exclusión social y racismo*. Madrid: Libros de la Catarata.
- MENÉNDEZ, E. (1990), «Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones». México: CIESAS, *Cuadernos de la Casa Chata*, nº 179.
- PALOMAR OVIEDO, F. (1994), *Los invernaderos en la provincia de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- PARRÓN, T. *et alii.* (1992), *Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de plaguicidas en la zona del poniente almeriense*. Sin pie de imprenta.
- PONCE MOLINA, P. (1995), *Estudio de un municipio de la Andalucía mediterránea. El Ejido, medio físico*. Ayuntamiento de El Ejido.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (1992), «Programa de formación en relación con el uso de plaguicidas y las prácticas agrícolas». Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Penélope viaja a Ítaca: flujos migratorios y prostitución femenina

Elvira Villa Camarma

En este artículo se analiza la relación entre los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a), migración femenina y prostitución, partiendo de algunas ideas básicas:

1. Las variables de clase social y sexo son fundamentales al hablar de salud, migración y prostitución. Se parte de la hipótesis de que la migración femenina es diferente a la masculina especialmente por las siguientes razones: *a)* el imaginario social tiende a ver a las mujeres poco móviles espacialmente; *b)* las estrategias laborales de las mujeres siguen diferentes trayectorias que la de los hombres¹; y *c)* tienden a establecerse relaciones de asociación binómica en las representaciones cognitivas colectivas: «la mujer inmigrante no blanca y pobre» puede ser en potencia una prostituta, minimizándose la existencia de otras trayectorias de inserción laboral y de otras estrategias migratorias.
2. La lógica de nuestra sociedad facilita la asociación entre prostitución e inmigración irregular, pobreza, marginación y delincuencia, lo que incide negativamente en los procesos de s/e/a.

1 Entre otras razones porque los trabajos culturalmente considerados femeninos (trabajo doméstico, sexual, cuidado de mayores y niños, etc.) han estado secularmente desregularizados a escala legal; y porque las reglas de mercado son diferentes para hombres y mujeres.

3. Los principales condicionantes de la distribución de la salud y el bienestar de un colectivo parecen estar más bien en relación directa con el capital social del que dispone que con el capital económico.

En el último punto se expone un breve análisis etnográfico acerca de las dificultades más frecuentes que sufren las TSC (trabajadoras sexuales de calle) emigrantes del municipio de Madrid al entrar en contacto con el modelo sanitario oficial. De manera intencionada, dicho apartado no se centrará exclusivamente en el abordaje de la salud ni desde las ITS ni desde el VIH-sida por dos razones fundamentales. La primera, porque los datos epidemiológicos demuestran que la prevalencia de VIH es equiparable o incluso menor que la presentada por la población heterosexual en general; y la segunda, porque la línea argumental de este artículo puede resumirse en una sola frase: «lo que le quita salud a una prostituta no es practicar el sexo profesionalmente. Lo que acaba con ella es la falta de condiciones laborales» (S. L. G., ex prostituta brasileña, 2004).

Penélope viaja a Ítaca: sobre mujeres, migraciones y prostituciones

De todos es conocido el mito griego del viaje de Ulises a Ítaca. El modelo sexual queda claramente establecido: el hombre *es viajero* por *naturaleza*; es decir, es lícito que migre en busca de un sueño, mientras que la esposa fiel (Penélope) se queda en casa pacientemente, esperando indefinidamente, tejiendo de día y destejiendo de noche a la espera del regreso de su marido. Pero, ¿qué ocurre cuando es Penélope la que viaja en busca de un sueño?

Una característica evidente de la migración moderna es la selección de las corrientes migratorias por sexo, donde aparece una progresiva feminización de la inmigración a resultas de la demanda de mano de obra extranjera dirigida a sectores específicos del mercado de trabajo tradicionalmente femeninos: trabajo doméstico, servicios sexuales y de entretenimiento, enfermería, servicios de limpieza en la industria turística, etc. (Laura Oso, 2000).

Aun así, dentro de nuestro imaginario colectivo, de nuestras lógicas sociales occidentales, este viaje de Penélope (de cualquier emigrante mujer) es concebido como *anormal*, ya que lo *normal* (lo socialmente aceptado) es que una *buena* mujer esté *cerca* de su familia, especialmente si es madre.

En este sentido, Petherson (1992) considera que la migración femenina puede implicar una ruptura con el control normativo impuesto a las mujeres

por sus sociedades de origen. Sin embargo, en la actualidad esta opinión debería matizarse, especialmente si nos centramos en la sexualidad, pues para un número elevado de mujeres la migración ha supuesto un mayor control sexual: bien por la existencia de mafias que las obligan a prostituirse, bien porque las estrategias migratorias se realizan a través de redes familiares que las esperan y las introducen en España, controlándolas de forma similar a su sociedad de origen. Y a mayor control sexual, mayores prácticas de riesgo. Una informante rumana relataba la obligatoriedad de entregar a su proxeneta 1000 euros/semana, siendo golpeada o echada del domicilio (sin dinero ni ninguna documentación) hasta completar la cantidad total. Con el paso de las horas nocturnas, esta mujer no negociaba absolutamente nada, aceptando cualquier tipo de práctica a cualquier precio. Esa noche (junio de 2003) había realizado varios «completos» (felación y penetración sin preservativo) por 5 euros.

Recordemos que desde la Ilustración se define la sexualidad femenina como elemento determinante de la condición social de las mujeres, con la radicalización en dos polos opuestos: *madre/esposa* y *puta* (Villa Camarma, 2004). Aunque la sexualidad será considerada por nuestra sociedad como negativa, sucia, impura y contaminante para *todos*, serán las mujeres las que sufran el peso del estigma en función de su actividad sexual. No es objeto de este artículo profundizar en la doble moral existente con respecto a la actividad sexual de mujeres y hombres, pero hay que tenerlo en cuenta cuando hablamos de migración femenina, y especialmente si hacemos referencia a las mujeres que ejercen la prostitución, pues el sistema patriarcal ha impulsado la existencia histórica de un sector de mujeres alejado de la familia oficial, mujeres no destinadas a la procreación y a la manutención del orden doméstico, sino destinadas al placer masculino: las prostitutas. La Iglesia católica (Tomás de Aquino) justificó la existencia de prostíbulos con el argumento de que son necesarios en la sociedad al igual que lo son las alcantarillas para los desechos. En este sentido, la prostitución formaría parte de la normalidad del sistema, ya que serviría para mantener el orden hegemónico establecido. En la actualidad, las propias prostitutas ecuatorianas explican que ellas cumplen una función social: gracias a su trabajo existen menos «violaciones y menos divorcios.»

Esta vieja división entre buenas y malas mujeres se perpetúa en los discursos sobre inmigración (especialmente de los países más desfavorecidos económicamente): las buenas (las «nuestras») frente a las malas (las «otras»). Obviamente, este esquema lineal resulta un poco simplista y un análisis

histórico nos mostraría que los procesos sociales no son reducibles a una dicotomía, ya que, por ejemplo, dentro de las «nuestras» hay *buenas* (esposas, madres, asexuadas, monogámicas, heterosexuales) y *malas* (promiscuas, rebeldes, homosexuales, prostitutas); y dentro de las «otras» habría también *buenas* (dedicadas al trabajo doméstico, estudiantes) y *malas* (prostitutas). Sin embargo, una vez realizada esta matización, aparece un esquema gráfico que ilustra algunas de las representaciones sociales que subyacen en muchas notas de prensa y en determinados discursos políticos, y que son reproducidas incluso por las propias prostitutas. Es importante observar que en esta investigación ellas mismas se definen como «malas mujeres», algunas como «pecadoras» y otras como «alejadas del mundo de Dios» (especialmente las mujeres ecuatorianas que se manifiestan creyentes). Estas representaciones tienen una consecuencia directa en los procesos s/e/a: a mayor sentimiento de culpa, mayores prácticas de riesgo.

Las políticas actuales de restricción de flujos migratorios procedentes de países pobres entran en contradicción con la fuerte demanda de servicios laborales tradicionalmente considerados femeninos o personales (domésticos y de cuidados en relación con los ámbitos afectivos y sexuales) que generan nuestras sociedades occidentales. Dichas restricciones reproducen una triple discriminación: por sexo, por etnia (o nacionalidad) y por clase social.

La combinación mujer prostituta+emigrante+pobre implica una triple estigmatización, que en la vida cotidiana se traduce para estas mujeres en una mayor vulnerabilidad, al sufrir no sólo la desprotección legal sino también la insolidaridad social. Así, nuestra política de asilo y de servicios sociales deja de actuar de manera solidaria con aquellas mujeres que eligen la prostitución como estrategia laboral.

En España, la prostitución no está considerada delito, por lo que la policía no puede retener a una mujer sólo por el hecho de ejercer la prostitución; pero sí puede arrestarla por ser emigrante indocumentada (y la mayoría lo son). Resulta paradójico observar cómo en diversos municipios se están realizando redadas policiales en los lugares tradicionales de ejercicio de prostitución femenina y transexual de calle, a raíz de los cuales la mujer acaba siendo «retenida» por su condición de emigrante irregular y, en muchas ocasiones, repatriada sin tener en cuenta ningún aspecto social (como, por ejemplo, si tiene hijos o pareja en España).

Así pues, en el trabajo de campo se ha observado cómo se solicita la documentación a la mujer sospechosa de ejercer la prostitución en la calle Montero, mientras que no se le solicita al sospechoso de prostitución masculina

en la Puerta del Sol, que son dos calles adyacentes (discriminación por sexo). Estas redadas no se han realizado en los lugares donde las mujeres emigrantes cogen el transporte para acudir a los barrios periféricos madrileños de clase media/alta para realizar el trabajo doméstico (a nivel cuantitativo, hay más trabajadoras domésticas emigrantes en horas punta en algunas paradas de autobús que trabajadoras sexuales en Montera), lo que supone discriminación laboral. Se solicita primero la documentación a mujeres africanas, seguidas de las latinas y, por último, a las mujeres del Este (discriminación por etnia/raza/nacionalidad).

Si para Petherson las mujeres migran para escapar de las obligaciones que las explotan materialmente fuera de la familia y para huir del abuso sexual y físico, por lo que la migración por razones económicas es para las mujeres un acto político, en el trabajo de campo con prostitutas de origen latino en Madrid se observa el fenómeno contrario: estas mujeres han migrado para poder mantener a la familia de origen. Gracias a sus ingresos, sus familias viven holgadamente en Ecuador, Colombia o Perú. Y, a pesar de ello, son culpabilizadas y estigmatizadas. Su dinero es bien recibido, aunque su familia no quiera saber de dónde procede. Tanto si emigran por propia decisión como si lo hacen presionadas por su familia para obtener ingresos rápidos y elevados, serán etiquetadas como *putas*, lo que no supone una transgresión como mujer de los códigos de sexo, por lo menos de manera intencional, sino simplemente se trata de una estrategia rápida de obtención de ingresos. Esto incide en sus procesos de s/e/a tal y como se analizará en el último apartado de este artículo.

Retomando el planteamiento inicial, la prostituta extranjera pobre será concebida como alguien fuera de la ley (en cuyo caso se encuentra sujeta al castigo estatal y a la eventual expulsión), como una víctima pasiva e incapaz (en cuyo caso habrá que salvar, rescatar y rehabilitar a la víctima y castigar a los culpables), o como una trabajadora (en cuyo caso habrá que legislar un estatuto laboral). Cada uno de estos postulados producirá formas diferentes de entender y atender sociosanitariamente a la prostituta por parte de las políticas públicas.

Estrategias económicas: prefiero ser prostituta de cien mil al día que fregona de cien mil al mes²

En la actualidad, hablar de prostitución de calle es hablar de mujeres emigrantes pobres. El proyecto *Transnational AIDS/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe Project* (TAMPEP) (Licia Brusa, 1999) ofrece los siguientes porcentajes de prostitutas emigrantes en diferentes estados europeos: 90% en Italia, 25% en Suecia y Noruega, 85% en Austria, 62% en el norte de Alemania y 32% en el sur, 68% en Holanda y 45% en Bélgica. Se calcula que entre un 88-90% de la prostitución callejera en España está ejercida por emigrantes, especialmente latinoamericanas y subsaharianas.

Las causas fundamentales de este fenómeno son de carácter socioestructural, entre las que destacan la pobreza y la crisis socioeconómica de los países de origen (especialmente Latinoamérica y África); el desmantelamiento de la Unión Soviética y los conflictos interétnicos en los Balcanes, que han espoleado un aumento de tráfico de mujeres del Este europeo; y las políticas de inmigración de carácter restrictivo, que obligan a recurrir a redes organizadas, lo que aumenta los riesgos y endeudamientos. La consecuencia inmediata es que las inmigrantes se convierten en mano de obra barata y sobreexplotada (mujeres que trabajaban en trabajo doméstico se han encontrado con condiciones laborales más cercanas a la esclavitud que en el caso de la prostitución, según sus propias declaraciones).

Sin embargo, otras investigaciones (IOÉ, 2001) ponen en evidencia el peligro de reducir el éxodo migratorio femenino al ejercicio de la prostitución: la asociación mujer inmigrante/prostitución es un binomio cargado de estigmas ideológicos y morales.

El análisis de los flujos migratorios desgajados por sexo arroja información sobre los diferentes perfiles y estrategias de inserción en la sociedad de destino de los inmigrantes. El 48% del total de los inmigrantes en España son mujeres. Al inicio del artículo había señalado alguna matización al hecho de que la inmigración femenina *puede* implicar una ruptura con el control normativo impuesto a las mujeres por sus sociedades de origen. Profundizando en este punto, cabe señalar que la mayoría son cabeza de familia (especialmente las mujeres latinas), por lo que siguen siendo controladas a través de la presión ejercida por la familia para que le envíe dinero. A pesar de ello, convendría repensar a las mujeres como agentes activas de los procesos migratorios, mantenedoras de los hogares transnacionales.

2 Margarita Carreras Roig (trabajadora sexual de Barcelona), en su intervención ante la Comisión sobre Prostitución del Senado. Diario de Sesiones, número de expediente 715/000267.

La mayoría de estas mujeres se incorporan a trabajos considerados tradicionalmente femeninos, que son rechazados por las mujeres nacionales debido a la explotación e irregularidad que suponen: el número de extranjeras no comunitarias ocupadas en el mercado de trabajo español es de 175.000 (supone el 3,3% de la población femenina ocupada), y se dedican a las profesiones más desvalorizadas socialmente: el 68% del colectivo trabaja como empleadas del hogar (representan el 10,4% de las trabajadoras domésticas), limpieza (1,7%) y hostelería (1,6%) (IOÉ, 2001).

El trabajo doméstico parece ser la primera puerta de entrada para las mujeres inmigrantes, justo por delante de la industria del sexo. Y ambas puertas son traseras.

La prostitución es una estrategia rápida y directa que proporciona dinero inmediato en un mercado laboral complicado, competitivo y escaso, especialmente si eres mujer y no tienes papeles.

Según datos ofrecidos por el Senado Español³, de las trescientas mil personas que ejercen la prostitución, el 90% son mujeres emigrantes. Aunque este dato haya sido manejado por la prensa de manera morbosa y alarmista, como teóricos tenemos la obligación de realizar un análisis más profundo. Uno de los tópicos más corrientes que es necesario romper es confundir la prostitución de calle con la prostitución en general. Los estudios internacionales señalan que la prostitución de calle supone sólo el 20% de la prostitución general. Es importante tener en cuenta este dato, ya que son las inmigrantes sin papeles las que suelen ejercer este tipo de actividad y las que son contabilizadas y estigmatizadas como prostitutas. Son las prostitutas visibles (hipervisibles, en palabras de Dolores Juliano), frente al 80% de la prostitución no visible: alto *standing* y prostitución de lujo en general (donde encontramos algunas modelos, actrices y presentadoras de televisión), las denominadas prostitutas de pluriempleo (estudiantes, amas de casa y mujeres de bajo poder adquisitivo), y también las ofertas que ofrecen los avances tecnológicos (autónomas de teléfono móvil, teléfono erótico, líneas 906, Internet, etc.) Es decir, cabe apuntar que la idea de que el 90% de la prostitución es ejercida por mujeres emigrantes es engañoso, pues lo que realidad parece estar demostrado es que del 20% de prostitución callejera, un 90% son mujeres emigrantes. Pero en el 80% de la prostitución restante existen muy pocos estudios científicos. La mayoría de los estudios científicos fiables sobre prostitución femenina se han realizado sobre la ejercida en la calle,

3 Ver www.senado.es/legis7/publicaciones/

de los cuales se han sacado más tarde conclusiones sobre la prostitución en general, lo que supone un error interpretativo⁴.

Es también necesario recordar que el hecho de que el 90% de las prostitutas de calle sean emigrantes no quiere decir que el 90% de las emigrantes sean prostitutas: «desde que te ven piensan que eres prostituta, sobre todo en el caso de nosotras, las dominicanas, o las africanas. Si eres colombiana se supone que te dedicas a las drogas. Te encierran en un marco y ya está [...] Me ha pasado estar en un lugar y dirigirse a mí los periodistas a entrevistarme dando por supuesto que era prostituta. Los medios de comunicación siempre nos tratan como víctimas, como muertas de hambre, que si nos traen engañadas, que si cuanto sufrimos, que si damos pena [...] De los hombres no suelen dar esa imagen. Nadie va diciendo: pobrecito chico que ha venido de allí solo y que lo han venido a explotar [...]» (Rafaela Lara, 2003).

Por otro lado, nos encontramos con la dificultad de consensuar la definición de prostitución, lo cual implica un desajuste en las estadísticas en función de dicha conceptualización. Por ejemplo, los matrimonios de conveniencia no suelen contabilizarse (ni investigarse) como prostitución. La prostituta cobra explícitamente por prácticas sexuales, mientras que otras mujeres ya lo incluyen en un *pack* de tres por el precio de uno (sexo, limpieza y cuidado de los hijos), como sucede en algunos matrimonios tradicionales en los que el poder económico es detentado por el marido y lo afectivo/erótico queda en manos de la mujer.

Laura Oso expresa las similitudes entre el trabajo doméstico y el sexual de una manera singular: «unas utilizan cofia y mandil, otras liguero y botas altas, todas ellas forman parte de un nuevo proletariado de servicios (domésticos y sexuales) y nos recuerdan la necesidad de rescatar la clase social en este mosaico fracturado y fluido que caracteriza a la sociedad moderna» (Laura Oso, 2000). Coincido con ella en la necesidad de retomar el concepto de clase social, pues muchas investigaciones enmascaran la desigualdad social bajo el concepto de etnia/raza/cultura, es decir, lo que se interpreta como diferencias culturales son simplemente desigualdades sociales. Este punto es especialmente importante si nos referimos a los procesos de s/e/a.

4 Existen estudios de periodistas infiltrados en prostitución de lujo, como es el caso de Álvaro Colomer Moreno (*Se alquila una mujer. Historias de putas*), en los que se señala que la prostitución de lujo es ejercida normalmente por mujeres de nivel cultural alto, comunitarias y que podrían ejercer otra profesión. Aunque la motivación es económica, no se da para satisfacer las necesidades primarias, sino por un proyecto económico como el de pagarse unos estudios privados o comprar una casa. A estas mujeres no se las denomina prostitutas, sino señoritas de compañía. En esta misma línea se encuentra el libro de Isabel Pisano *Yo, puta*.

La enfermedad se relaciona no sólo con aspectos biológicos, sino especialmente con aspectos de desigualdad económica/política/social.

Así, se tiende a utilizar el término de *inmigrante* para referirnos a sujetos del Tercer Mundo y del Este de Europa, personas pobres y de situación ilegal e irregular, frente a los *extranjeros*, que pueden ser personas de la misma nacionalidad, etnia o cultura que los inmigrantes antes citados, pero pertenecientes a otra clase social. Si nos atenemos al concepto de etnia/raza/cultura exclusivamente, igual de inmigrantes (extranjera) son las licenciadas ecuatorianas en Medicina que acuden a realizar su doctorado a España que las prostitutas de la misma nacionalidad. Y, evidentemente, hay una gran diferencia. La clase social, el sexo y la generación parecen haberse diluido en los discursos sobre política sanitaria y social con respecto al fenómeno migratorio en general y al trabajo sexual en particular.

Ya en el siglo XIX, Madrid fue el principal foco de confluencia de numerosas corrientes migratorias de procedencia básicamente rural (Aurora Riviere, 1994), donde la mano de obra femenina se orientó hacia el trabajo doméstico. Los factores principales fueron varios, como la escasa capacitación profesional, la prolongación laboral lógica de su actividad *natural* (ser ama de casa), o la imposibilidad de empleo en otros campos. En aquel momento, el empleo doméstico podía incluir otras demandas de tipo sexual por parte de los varones de la familia. Por tanto, el principal factor que conduce a la mujer a prostituirse en el siglo XIX es la carencia de medios de subsistencia. Dos siglos más tarde parece que no hemos avanzado mucho.

Las mujeres inmigrantes pobres engrosan las filas de una nueva clase de servidoras: «las del delantal-prisión» (Pamela Pérez, poetisa chilena). Un estudio de la *Revista de Inmigraciones* señalaba que el 95% de las inmigrantes con trabajos reconocidos lo hacen en el servicio doméstico (incluso con estudios superiores). Las posibilidades laborales que estamos ofreciendo en general a las mujeres son muy limitadas, pues en el mejor de los casos un sueldo de interna es de 600 euros al mes, trabajando 6 días a la semana y 24 horas al día. Ante esta nueva forma de esclavitud laboral, muchas mujeres han optado por el trabajo sexual: «prefiero ser prostituta de cien mil al día que fregona de cien mil al mes». Esta frase pone de manifiesto la racionalidad económica que subyace a esta actividad, racionalidad que sistemáticamente se le niega a la mujer. No se suele plantear que la mayoría de trabajos no cualificados deben implicar una satisfacción personal. Se da por supuesto (y por lícito) que se trabaja por dinero. Y también se da por válido el trabajo a destajo: a mayor faena, mayor ingreso. No se las considera viciosas, ni

adictas, ni mala gente. Sin embargo, a la mujer prostituta se la etiqueta de viciosa, bien por querer ganar mucho dinero, bien porque se las considera adictas al sexo. En ambas situaciones se las patologiza socialmente.

Los obstáculos para otorgar permisos de trabajo y de residencia, la fuerte persecución policial hacia determinados emigrantes, las escasas posibilidades para las mujeres de obtener trabajos justamente remunerados, etc., suelen conllevar la elección de tareas rentables económicamente aunque sean de alto riesgo personal, como es el caso de la prostitución.

Nos encontramos así con la paradoja de un incremento en la demanda de servicios tradicionalmente femeninos (de cuidados y domésticos), a la vez que se reduce la oferta de mano de obra nacional, extremo éste que se ha ido resolviendo gracias a la afluencia de inmigrantes procedentes del Tercer Mundo. Estas mujeres contribuyen a eludir tanto las contradicciones inherentes a un cambio desequilibrado de los roles familiares como a la falta de compromiso social del Estado, que podría ampliar en cantidad y calidad la red de servicios redistributivos a domicilio.

El planteamiento de la política sanitaria y social en España sigue utilizando el principio de subsidiariedad. Es la familia *normal* (pareja heterosexual con hijos) la primera encargada de atender a sus enfermos, mayores, niños, discapacitados, etc. Sin embargo, esa familia/pareja, sobre todo de clase media/alta, contrata en el mercado servicios que tradicionalmente han sido desempeñados por sus mujeres: trabajos domésticos, de cuidados y sexuales.

Bajo esta argumentación, la prostitución parece no diferir de las lógicas sociales actuales, donde las relaciones se han transformado en servicios. Así, las actividades que antes eran realizadas en la esfera familiar, bajo la legitimación de afectividad, han pasado al ámbito de la profesionalización y se ofrecen en el ámbito del mercado. Por ejemplo, está en nuestra lógica social comprar servicios afectivos y de cuidado para nuestros mayores (residencias) o para nuestros menores (guarderías). Sin embargo, vemos la sexualidad como algo absolutamente diferente: nuestras interpretaciones sociales ven *sucio* comprar y vender servicios sexuales. Esta sacralización del sexo es un antiguo vestigio de nuestra tradición moral judeocristiana. En el fondo subyacen las ideas implícitas sobre la impureza y la contaminación de la mujer; y la construcción del cuerpo como un templo sagrado donde se custodia la dignidad individual.

Este discurso vuelve a actualizarse con la reciente manifestación de la Iglesia católica en la que pide a las mujeres que vuelvan a ocupar su lugar

natural, que es exclusivamente el ámbito familiar, responsabilizándolas de la pérdida de valores sociales y de los conflictos actuales por su incorporación al mundo laboral.

De cualquier forma, este *nuevo modelo familiar* del siglo XXI (la mujer que sale de hogar y el varón que no entra [Oso, 2001]) mantiene por lo que respecta a las normas sexuales los *viejos moldes*. La sexualidad *normal* sigue encorsetada en los límites de la pareja monógama y heterosexual. Nos encontramos con discursos *modernos* con respecto a la libertad sexual (sexo sin pagar), a la homosexualidad (masculina, pues la femenina sigue invisibilizada y cuestionada), a la invitación de tolerancia para las distintas opciones sexuales; pero, al mismo tiempo, vemos cómo los viejos discursos moralistas se están intensificando.

Ciertas conductas femeninas (como la migración, la homosexualidad o la prostitución) tienen una mayor sanción social (y a veces penal) que la misma conducta realizada por hombres. En general, descalificar el discurso de las prostitutas emigrantes y su experiencia de la vida ratifica la división patriarcal de las mujeres en buenas y malas. Y eso nos afecta a todas (seamos o no emigrantes, seamos o no trabajadoras sexuales).

Quizás es el momento de recordar el *pacto entre hermanas*⁵. El control sexual de una mujer (sea o no prostituta) es el control sexual de todas. O, en palabras de las propias trabajadoras sexuales: «Mírame a los ojos, soy una persona como tú⁶». Quizás, si aprendemos a mirar, podamos ver nuestra imagen reflejada en esos ojos, como Narciso en su lago, y enamorarnos de nosotras mismas en el reflejo que nos devuelve esa mirada.

Buenos días doctor: soy puta

Hasta ahora, este artículo ha resaltado más algunos elementos de la estructura social con el convencimiento de que uno de los principales condicionantes de la distribución de la salud es la clase social, entendida como la suma del capital social y del capital económico. Este punto intenta ser el nexo explicativo que interrelaciona de qué forma dichos elementos (estructura social, estructura económica, políticas públicas [sociales, laborales, de extranjería]

5 Teóricas feministas latinas del *empowerment*.

6 Frase reivindicativa utilizada por las trabajadoras sexuales en diferentes manifestaciones. LICIT. Julio de 2004, Barcelona.

y diversidad cultural) influyen en los procesos de s/e/a de las trabajadoras sexuales de calle (TSC).

En Madrid, los grupos mayoritarios de TSC son tres: latinoamericanas (Ecuador), africanas subsaharianas (Nigeria y Sierra Leona) y mujeres del Este europeo (Rumanía y Ucrania). Y los tres con distintas concepciones sobre lo que significa estar sano o enfermo, pero casi todas con un denominador común: ser emigrante en situación irregular en España con dificultades para acceder al sistema sanitario oficial.

En un primer momento, sería necesario aclarar sintéticamente la diferencia conceptual entre el derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria.

La salud engloba un conjunto de factores (Vidiella, 2000): a) subjetivos y objetivos (la población y la carga genética); b) personales y ambientales (medio ambiente y su incidencia en las personas); c) individuales y colectivos (los comportamientos individuales y sociales); d) los cuidados legos, los sistemas alternativos y los sistemas médicos institucionales.

El sistema biomédico sería nuestro sistema de salud desde el punto de vista institucional; pero existen otros sistemas de salud entroncados en la red social del individuo, en sus lógicas culturales, en sus definiciones sobre el origen y los remedios de las enfermedades, etc. En una sociedad multicultural es especialmente importante tener en cuenta estos «otros» sistemas.

En nuestro modelo biomédico se toma el concepto de salud como ausencia de enfermedad (Comelles, 1985, 1988, 1993; Martínez, 1993; Otegui, 1988, 1993; Esteban, 1996, 1999). Así, cada enfermedad está tipificada independientemente del paciente, que sólo es considerado el portador de los síntomas. Lo que es diagnosticado y tratado no es al portador sino a la enfermedad, por lo que no se considera prioritario conocer a esa persona en profundidad (miedos, angustias, formas de organización social y doméstica, historia de vida, etc.) Es decir, se trata igual, por ejemplo, una sífilis en un hombre español de clase media que en una mujer subsahariana que acaba de llegar a España sin recursos económicos. A priori parece irrelevante conocer que sus estrategias de subsistencia y sus lógicas culturales pueden ser diferentes, y, sin embargo, son precisamente estas estrategias y estas lógicas las que van a influir directamente en la adhesión al tratamiento o en la utilización de prácticas de riesgo.

Frente a este derecho a la salud como derecho absoluto desde el punto de vista de la filosofía política —en el que no es posible la discriminación por razón de nacionalidad, etnia, sexo o clase social—, nos encontramos con

el derecho a la asistencia sanitaria, que es un derecho relativo, ya que está delimitado por cada Estado en función de sus recursos.

B. González (2002) define el derecho a la asistencia sanitaria como «aquel que legitima a su titular para acceder a un sistema profesional para la prevención, mantenimiento y restauración de la salud, conforme a la concepción comunitaria del proceso salud/enfermedad/atención». Esto presupone que es un derecho estrechamente conectado con la distribución de los recursos de la comunidad y con el establecimiento de medidas de control al acceso a dichos recursos cuando son escasos; que es un sistema profesional reconocido bajo el paradigma de la medicina oficial (quedan excluidos los «otros» sistemas antes explicitados); y que, además, se prestan sólo aquellos servicios que el Estado considera esenciales en el proceso de s/e/a.

En nuestra sociedad, numerosos inmigrantes tienen dificultades tanto para disfrutar de su derecho a la salud como del derecho a la asistencia sanitaria. La primera parte de este ensayo ponía de manifiesto las trabas institucionales, políticas y sociales para el acceso al derecho absoluto de salud y justicia social, mientras en esta última parte se pretende ilustrar las dificultades para el acceso al derecho a la asistencia sanitaria de muchas TSC emigrantes, a través de ejemplos etnográficos recogidos en el trabajo de campo en Madrid.

I

Dificultades en los supuestos de atención sanitaria legalmente establecidos según la Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000:

El artículo 12 de la vigente Ley recoge el derecho a la asistencia sanitaria en los siguientes términos: 1) estar empadronado; 2) urgencias; 3) menores; 4) embarazadas.

Con respecto al primer apartado, empadronarse conlleva unos trámites legales que muchas TSC no pueden cumplir. En primer lugar, es necesario tener pasaporte en vigor o célula de inscripción; en segundo lugar, el dueño o responsable del piso ha de firmar la autorización correspondiente, y por último, el Ayuntamiento en cuestión debe permitir la inscripción en él –y aunque todos se basen en la misma ley LRBRL 7/85, los criterios adminis-

trativos difieren significativamente de un municipio a otro, e incluso en el propio Madrid de una Junta de distrito a otra —.

La mayoría de las TSC del Este europeo y africanas no tienen pasaporte, bien porque esté en poder de las redes o mafias que las han traído, bien porque los han perdido y no han tenido posibilidades reales de obtener otro. En el caso de las mujeres subsaharianas, es muy frecuente que, al llegar a España, los abogados privados contratados por estas redes o por ellas mismas soliciten el asilo político. Para ello suelen mentir con respecto a los países de origen, diciendo que estas mujeres proceden de aquellos países ante los cuales se concede más fácilmente el asilo, pero en la mayoría de los casos la resolución es negativa, lo que implica que en diez días deben abandonar nuestro territorio. En ese plazo es posible solicitar la cédula de inscripción, pero se ha de presentar algún documento que acredite que eres del país que dices ser, bien sea partida de nacimiento, certificado de estudios, etc., además de adjuntar un poder notarial en el que conste que tu embajada no te facilita un nuevo pasaporte (algo bastante frecuente en algunas embajadas africanas, como la de Nigeria). Para que esta cédula sea concedida se ha de estar en situación regular en España. En resumen, es muy difícil conseguir una cédula de inscripción, por lo que no pueden solicitar la tarjeta sanitaria.

En general, este no es el caso de las mujeres latinas, cuyas dificultades se centran en otras dos. La primera es el que el arrendador o subarrendador (la persona que las subalquila una habitación) no les autoriza a empadronarse en su domicilio, y la segunda es que la propia administración local no les permite incorporarse al padrón porque el piso excede el número de habitantes según el número de metros; es decir, hay más personas empadronadas que metros tiene el piso, lo que supone una irregularidad administrativa (aludiendo a cuestiones de salubridad).

A estas trabas institucionales cabe añadir también dificultades propias de determinadas concepciones y miedos. Por ejemplo, las mujeres del Este —especialmente las rumanas— desconfían de todo lo que es gratuito. Consideran que sólo es de calidad aquello que se paga, por lo que no ven la necesidad de obtener la tarjeta sanitaria, pues no tienen ninguna intención de acudir a un médico gratuito, ya sea de la Seguridad Social o de ONG. Por otro lado, las mujeres subsaharianas consideran muy importante no estar registradas en ningún sitio, pues creen que así es más difícil que las expulsen —«si no figuras en ningún lado no existes»—, por lo que perciben la tarjeta sanitaria como un mecanismo de control que puede favorecer el que sean encontradas, detenidas y deportadas. Eso sin contar con la dificultad, en un

primer momento, para captar el significado y entramado de un sistema de protección sanitaria como es el nuestro, pues en sus países no existe ni seguridad social, ni seguros ni asistencia gratuita. Es, por tanto, un modelo desconocido, en el que los conceptos de prevención, promoción de la salud, revisiones periódicas, vacunaciones, etc., nada tiene que ver con lo que ellas habían conocido. Una de las preguntas típicas con respecto a las vacunaciones es: «¿si no estás enfermo, por qué tienes que pincharte, si además luego te da reacción y te pones mala de esa inyección que te protege del mal?». La lógica es contundente. Sin embargo, una vez entendidas las ventajas de nuestro modelo, suelen acudir a los centros sanitarios, pues para ellas es muy importante no enfermar y tener un cuerpo «sano» y fuerte para poder ser madres, objetivo prioritario para la mayoría de las TSC africanas.

La Ley establece que cualquier persona, independientemente de que tenga tarjeta sanitaria, será atendida en los servicios de urgencias. Un primer punto a debatir es el propio concepto de urgencia, un concepto médico (no legal) que abarca cualquier proceso agudo que requiera atención inmediata. Son, por tanto, los sanitarios quienes deciden qué es una urgencia y qué no, según las concepciones propias de la cultura médica occidental, o según decisiones políticas. En el caso de las TSC, que padecen, por ejemplo, roturas de preservativos con relativa frecuencia, la píldora poscoital no se administra en ningún servicio de urgencia del SERMAS de Madrid. Tampoco es una urgencia la interrupción voluntaria del embarazo ni los tratamientos de muchas de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Pero ampliando más el abanico a procesos que pueden entenderse menos cercanos al ámbito del trabajo sexual, durante el trabajo de campo se ha comprobado que, si bien la rotura de una pierna es considerada urgencia, y por tanto escayolada, no sucede lo mismo a la hora de retirar la escayola y de la revisión del miembro afectado por el traumatólogo, de manera que muchas TSC han de quitarse ellas solas dicha escayola cuando les parece conveniente sin recibir el seguimiento especializado necesario (en los servicios de urgencia se niegan a quitarla por no ser urgencia; en los centros sanitarios se niegan a quitarla por no tener tarjeta sanitaria, y en las ONG de Madrid no hay voluntarios traumatólogos hasta la fecha).

Debe recalarse que no se trata de un caso aislado ni puntual, sino de un problema frecuentemente detectado en trabajo de campo, y que va en aumento, debido entre otras razones a la fuerte persecución policial a la que últimamente se están viendo sometidas, lo que implica rápidas huidas con

altos tacones en zonas mal iluminadas y poco asfaltadas, como la Casa de Campo de Madrid, y por tanto, frecuentes caídas.

Siguiendo con otros ejemplos, tampoco se considera una urgencia una hernia inguinal, que necesita intervención quirúrgica programada. Sin tarjeta sanitaria no se accede al cirujano, por lo que hay que *esperar* a que se estrangule para ser ingresada a través del servicio de urgencias.

Quizá el caso más paradójico observado en un hospital de Madrid fue el ingreso a través de urgencias de una emigrante ecuatoriana por hipertensión y necesidad urgente de diálisis y trasplante de riñón. Por miedo a no ser tratada, esta persona ingresó con una tarjeta falsa (de una compatriota) y documentación falsa. Al poco de ser realizada con éxito la intervención del trasplante, el hospital se enteró del engaño y decidió no seguir atendiéndola ni darle la medicación que necesitaba de por vida (que asciende a unos 500 euros/mes). Fue necesaria la presión de una ONG y una amenaza de denuncia pública, así como la excelente intervención de algunas trabajadoras sociales, para que esta persona siguiera siendo atendida aunque no tuviera (en ese momento) su tarjeta sanitaria.

No se trata de cargar las tintas en el personal sanitario, que carece en numerosas ocasiones de recursos para atender adecuadamente a emigrantes y a nacionales. Se trata de poner ejemplos claros, concretos (y no abstracciones), de la desatención que muchas emigrantes, especialmente las TSC, están sufriendo en nuestro sistema de salud; y de buscar entre todos soluciones legales adaptadas a la realidad social actual, recalcando que, aunque una emigrante indocumentada pueda acceder al servicio de urgencias, no tiene derecho a ser posteriormente atendida por el especialista o por la atención primaria a la que es derivada para su seguimiento. Además, en muchos centros de salud de Madrid, si no tienes tarjeta sanitaria te ponen dificultades para ser vistos por urgencias y te derivan directamente al hospital desde el propio servicio administrativo.

En cuanto al derecho a la asistencia sanitaria de los menores de 18 años, aunque la ley es clara al respecto, en la práctica se observan muchas lagunas, que varían según las distintas áreas de Madrid y de la buena voluntad de los servicios administrativos y jefaturas de los centros. Una de las dificultades tiene que ver con las nuevas tecnologías, que facilitan la vida a unos y parece que la bloquean para otros: para que sea asignado pediatra es imprescindible introducir en los datos del ordenador el número de la tarjeta sanitaria, y si no se dispone de ella no se posee ningún número oficial que aportar. Conclusión: no es posible formar parte del maravilloso programa del niño

sano (blanco, claro) del que estamos tan orgullosos. Algunos centros han podido burlar ese dictatorial ordenador simplemente con poner un número de código que corresponde al número de la Ley de extranjería 08/2000, pero otros centros madrileños han decidido que es imposible hacer ninguna modificación informática. Al niño se le atiende, por supuesto, pero si está enfermo no tendrá posibilidad de acceder a la programación y seguimiento de las revisiones periódicas, al calendario de vacunaciones, a la escuela de padres, etc., que ofrecemos a nuestros niños nacionales.

Al igual que en el punto anterior, por lo que respecta al derecho sanitario de las mujeres embarazadas, tampoco es posible la asignación de matrona sin número de código, ni el acceso al servicio de obstetricia (en función del área que corresponda se da una mayor o menor facilidad de acceso). Obviamente, todos los partos son atendidos por urgencia, al igual que en cualquier mujer nacional. Las dificultades surgen en las revisiones anteriores y posteriores al parto.

II

En otro orden de cosas, la forma de entrada en el país, las diferentes lógicas culturales y las características propias del trabajo sexual, suponen incidencias específicas con respecto a los procesos de s/e/a: así, se observa que es más frecuente el maltrato y las prácticas de riesgo en las mujeres que tienen deudas contraídas o son traídas por mafias, en especial las procedentes de la Europa del Este, seguidas de las africanas. Este maltrato es, en muchas ocasiones, de tipo psicológico o espiritual. Por ejemplo, las mujeres nigerianas pactan sus deudas a través de un ritual religioso. Se ejerce sobre ellas una violencia simbólica (más que física), pues en su creencia la ruptura de ese pacto implica engañar a sus dioses, y eso conlleva un castigo en el ámbito del cuerpo y de la salud: el impago supone que la mujer o su familia enfermarán y morirán por rituales de «vudú». Es necesario recordar que cada cultura elabora de manera diferente lo que se entiende por salud y por enfermedad. Las mujeres nigerianas enferman de vudú y nosotros de estrés. Quizás no haya mucha diferencia en la forma de tratarlos.

También es necesario detenerse en la cuestión de sus representaciones sociales acerca del cuerpo y de la sexualidad. El tipo de sexo que se practica en algunos países africanos es el llamado «sexo seco». Es decir, se entiende como una buena relación sexual aquella que implica penetración en una

vagina seca, por lo que las mujeres se introducen con frecuencia diferentes hierbas en su vagina al objeto de resecarla. Aunque conozcan el preservativo, la mayoría no lo ha utilizado en su tierra, por lo que al llegar a España uno de los problemas más frecuentes es su rotura. Además, bajo su concepción resulta difícil la aceptación de una sustancia que lubrique los genitales (y que, a la sazón, disminuye la posibilidad de rotura del preservativo), especialmente por dos razones: primero, porque lo asocian con el sexo anal y, por tanto, con la homosexualidad, y segundo, por la sensación de que el «pene entra solo y hasta dentro» (ellas lo definen como una sensación *horrible* de «tenerlo todo dentro».) La lubricación del preservativo supone una invasión para su cuerpo, ya que niega el sexo seco frente a un sexo húmedo, y facilita la entrada de «orificios» que se entienden cerrados. Para mujeres nigerianas y de Sierra Leona, el cuerpo femenino sólo tiene una entrada sexual legítima: la vagina. No aceptan prácticas anales por parte de los clientes. Tampoco entienden, aunque sí aceptan, el sexo oral. Explican que un hombre negro jamás les pediría sexo anal ni oral, y por eso consideran que los hombres blancos tienen una mente retorcida, los definen como viciosos y sucios por pedirles felaciones⁷ (que sí realizan en circunstancias especiales) y se niegan a aceptar como práctica sexual normal el *cunnilingus*⁸, con relación al cual definen a las mujeres blancas como unas «putas y guarras» porque disfrutaban dicha práctica. Bajo su concepción, una vagina sólo puede ser tocada por un pene, nunca por otra parte del cuerpo, y muy especialmente rechazan la idea del contacto por otro orificio, como es una boca o una lengua húmeda.

Ante las frecuentes roturas de condones, las mujeres africanas toman como primera medida un antibiótico (*ampicilina*), porque creen que así evitarán el embarazo y posibles infecciones. La segunda medida que utilizan, cuando se confirma el embarazo, es el uso de un protector de estómago (*citotek*), no indicado para mujeres embarazadas porque como efecto secundario puede producir contracciones en el útero y un posible aborto. Por lo general, eligen la ingesta abundante de estas pastillas de una sola vez, lo que implica que se produzcan fuertes contracciones. Si las mujeres sienten fuertes dolores y el sangrado de una regla de los primeros días, no acudirán al médico; si no sangran o creen que sangran poco, vuelven a tomarse más pastillas de una vez, lo que puede provocarles desprendimientos de útero.

7 Estimulación oral de los genitales masculinos.

8 Estimulación oral de los genitales femeninos.

Resulta muy complicado el abandono de esta práctica a pesar de la información recibida, entre otras razones por la dificultad existente en Madrid para poder acceder a la píldora poscoital y a las interrupciones voluntarias del embarazo de forma gratuita.

Otras dos prácticas de alto riesgo para la salud, utilizadas por todos los grupos culturales, son los lavados vaginales y la introducción de algodones, esponjas o toallitas húmedas dentro de la vagina para evitar el sangrado de la menstruación.

Una frase que resume lo que piensan las TSC de las indicaciones sanitarias con respecto a los lavados vaginales es que hacen «apología de la suciedad». Explican que es necesario lavarse diariamente con agua y jabón la vagina, y para ello retiran la alcachofa de la ducha y se introducen a presión el agua dentro de la vagina. A veces también utilizan peras o enemas comprados en la farmacia. Esta práctica produce un resecaimiento de la vagina y frecuentes infecciones. La información sanitaria queda relegada a un segundo plano ante su sensación de estar sucias por dentro. Sería por ello necesario conjugar los malestares de las TSC con la práctica médica, y quizá podrían elaborarse preparados de limpieza especiales que dañaran mínimamente la vagina.

Entre conclusiones y propuestas

1. La migración femenina es, por lo general, una migración laboral directamente asociada al proceso de feminización de la pobreza, donde la prostitución aparece como una estrategia de mercado rápida que proporciona dinero inmediato y en cantidad superior a las posibilidades reales que tienen algunas mujeres en un mercado laboral competitivo y escaso.
2. Se han incorporado al mundo de la prostitución grupos étnicos nuevos, con lógicas y características socioculturales específicas, sin que ni los marcos legislativos, ni políticos, ni los servicios de atención sanitarios y sociales estén suficientemente preparados para responder a esta nueva realidad social.
3. Las dificultades para el acceso a los servicios normalizados de salud se debe a varios factores:

- a. El marco legislativo y administrativo sobre extranjería impide que muchos emigrantes puedan acceder a la tarjeta sanitaria.
 - b. Diferencias culturales, problemas con los idiomas, ausencia de información sobre derechos y deberes.
 - c. La desconfianza ante cualquier tipo de poder o autoridad, incluidos los servicios sociales y los servicios sanitarios, por miedo a ser «descubiertas» y deportadas.
1. La atención sanitaria y social no es eficaz, ni eficiente, ni de calidad, dentro del marco de políticas abolicionistas que generan en la vida cotidiana de las TSC una mayor dependencia y explotación frente a proxenetas, explotadores o clientes (precios bajos por prácticas «caras», aumento significativo de prácticas de riesgo y lugares inseguros e insalubres).
 2. El reconocimiento de derechos laborales, civiles y humanos no implica en ningún caso y bajo ningún pretexto aceptar el crimen organizado, ni la explotación sexual, ni ninguna otra forma de violencia o coacción.
 3. Las TSC son un sector de alto riesgo por lo que respecta al ámbito de la salud como resultado de un triple estigma que pesa sobre ellas: mujer prostituta+emigrante+pobre. Las políticas sobre salud, prostitución y migración deben conectarse entre sí, especialmente en lo que concierne a la protección de la salud y las estrategias de reducción del riesgo para las TSC.
 4. Hay que superar el enfoque social y de salud que trata a las TSC exclusivamente como portadoras de enfermedades, ya sean de tipo sexual (ITS, VIH-sida, sífilis, etc.) o social (marginación, desviación, etc.)
 5. Las prácticas de riesgo están en relación directa con la necesidad de dinero de la TSC, por lo que sería necesario incidir en las campañas educativas para los clientes, que son los que pagan más por tener prácticas de riesgo.
 6. La existencia de mediadoras (interculturales) de salud de su misma nacionalidad, lengua y cultura, e incluso de su mismo trabajo (educadoras de pares), facilita el acceso de las TSC a los servicios de salud.

7. La promoción de la salud de las TSC emigrantes está condicionada más por las políticas sociales que determinan su estatus social y laboral que por la propia diversidad cultural y económica. Hay que recuperar en los discursos de salud las variables de clase social (entendida como la suma del capital social y del capital económico), sexo y generación, además de las diferencias culturales.

Bibliografía

- BRUSSA, L. (comp.), *Tampep Coordinating Centre Report*, European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution. http://www.europap.net/final/tampep_report.htm
- COLECTIVO IOÉ (2001), *Mujer, inmigración y trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- COMELLES, J. M., (1985), «Sociedad, salud y enfermedad: Los procesos asistenciales», *Jano*, 665, págs. 71-83.
- (1988), «Salud/Enfermedad», en A. Aguirre (comp.), *Diccionario temático de antropología*, PPU, Barcelona, págs. 596-605.
- (1993), «La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, Atención Primaria y Atención Institucional», en *Revisiones en Salud Pública*, 3, págs. 169-192.
- COMELLES, J. M. y MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Eudema, Madrid.
- CORSO, C. y LANDI, S. (2000), *Retrato de colores intensos*, Talasa, Madrid.
- ESTEBAN, M. L. (1996), «Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico», en *Mujeres de ciencia, mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*, Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada, Granada, págs. 143-184.
- (1999), «El análisis y la intervención en relación a la salud», *Actas del II Congreso Internacional sobre Género y Políticas de Acción Positiva*, Emakunde, Vitoria-Gasteiz.
- EUROPAP, TAMPEP (1998), *Trabajando para la salud: desarrollo de servicios para las personas que ejercen la prostitución en Europa*.

- GONZÁLEZ LUNA, B. (2002), «El derecho a la asistencia sanitaria de la población emigrante tras la aplicación de la LO 4/2000», Tesina del master de inmigración de la UPC. Madrid. Sin publicar.
- JULIANO, D. (2001), *La prostitución: el espejo oscuro*, Icaria, Barcelona.
- LARA, R. (2003), representante de mujeres inmigrantes de Usera (Madrid), entrevista realizada por Carmen Briz, en *Trabajadora*, nº 10. Secretaría Confederal de la Mujer. CCOO. Diciembre.
- OSO, L. (2000), *Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia y Pamplona*. 2º Congreso sobre la inmigración en España. Octubre. Madrid, pág. 3.
- OTEGUI, R. (1988), «El enfermo crónico y sus representaciones sobre la asistencia médica», en *Jano*, 808, págs. 62-71.
– (1993), «Una “mirada” antropológica sobre la salud y la enfermedad», en *Rol*, 179-180, pág. 9.
- Petherson, G. (ed.) (1989), *A Vindication of the Rights of Whores*, The Seal Pres., Vancouver (traducción española: PHETERSON, G. (comp.) (1992), *Nosotros, las putas*, Madrid, Talasa).
- RIVIERE GOMEA, A. (1994), *Caídas, miserables, degeneradas. Estudio sobre la prostitución en el siglo XIX*. Dirección General de la Mujer. Comunidad de Madrid. Colección Mujeres en Madrid, págs. 119-136.
- VILLA CAMARMA, E. (2004), *El cuerpo como no cuerpo: cuentos sobre putas*. Actas 4º Congreso de Sexología Clínica. Santander.

Este volumen recoge 28 aportaciones que giran alrededor de diferentes aspectos y problemáticas del sistema de salud que la migración ha puesto de relieve. Estos van desde el estudio de las teorías y políticas de migración hasta el análisis de casos concretos en Europa, África y América Latina, así como algunas aportaciones internacionales de carácter teórico y comparativo. El núcleo inicial del libro fueron las aportaciones al Coloquio de REDAM (la red de antropología médica española) celebrado en Murcia en 2004, revisados en 2008, al que se han añadido otras aportaciones de especialistas sobre este campo.

