



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Belmonte García, Teresa; Checa Olmos, Juan Carlos; Arjona Garrido, Ángeles
Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 63-75

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263668012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Servicios de Salud e Inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro¹

Health Services and Immigration in Andalusia (Spain):
a view from inside

Teresa Belmonte García

Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social.
Profesora Titular de Enfermería de la Universidad de Almería.
Dirección: Carretera de Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano,
04120, Almería, España.
E-mail: tbgarcia@ual.es

Juan Carlos Checa Olmos

Doctor en Sociología. Profesor Titular de Sociología de la Universidad de Almería
Dirección: Carretera de Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano,
04120, Almería, España.
E-mail: jcheca@ual.es

Ángeles Arjona Garrido

Doctora en Antropología Social. Profesora Titular de Antropología de la Universidad de Almería.
Dirección: Carretera de Sacramento s/n. La Cañada de San Urbano,
04120, Almería, España.
E-mail: arjona@ual.es

¹ Esta investigación es fruto de los resultados del proyecto de investigación ODISEO financiado por la Dirección General de Políticas Migratorias de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía.

Resumen

El objetivo de este artículo es conocer la visión, tanto de los usuarios como de los profesionales, sobre determinados aspectos de la gestión del Sistema Nacional Español de Salud (SNS), especialmente, en la atención a la diversidad. Para ello, se analiza el modelo de acceso al sistema, los recursos empleados en la atención y la demanda sanitaria que realizan los inmigrados asentados en Andalucía (España). Los datos se han obtenido a partir de la realización de 15 entrevistas semiestructuradas a inmigrantes y otras 7 a profesionales del sistema andaluz de salud. Además, el trabajo de campo está complementado por una observación directa, durante un año, del uso de los servicios públicos de salud. Los resultados muestran, primero, que a pesar de que los inmigrantes tienen un acceso universal a la atención sanitaria, deben sortear una serie de barreras administrativas, lingüísticas y culturales que impiden un uso totalmente satisfactorio. Límites que son eludidos, en la mayoría de las ocasiones, a través de las redes sociales. Segundo, los recursos utilizados no se han adaptado a las necesidades específicas de la población inmigrada, como son la acumulación del bien salud, valoración subjetiva sobre bien salud y las agresiones o deterioros que sufre el bien salud. Y, tercero, el uso que hacen los inmigrados del sistema de salud no difiere del realizado por los autóctonos tanto en la frecuencia, como en la patología.

Palabras clave: Inmigración; Interculturalidad; Salud; Acceso.

Abstract

The aim of this paper is to understand the view of both users and professionals on certain aspects of the management of the Spanish National Health System, especially with regard to dealing with diversity. In order to do so, the model of access to health care is analyzed, as well as the resources employed in health care and the sanitary demand made by immigrants in Andalusia (Spain). The data were collected through the performance of 15 semi-structured interviews with immigrants and 7 with professionals from the Andalusian health system. In addition, the field work is complemented by direct observation of the use of the public health services for one year. The results show, first, that although immigrants have universal access to health care, they must overcome a series of administrative, linguistic and cultural barriers, which prevent a totally satisfactory use. These limits are avoided, in most cases, through social networks. Second, the resources used have not been adapted to the specific needs of the immigrant population, such as the accumulation of good health, subjective assessment of good health and the aggressions or damage suffered by good health. And third, the use made by immigrants of the health system does not differ from that performed by the locals regarding both frequency and pathologies.

Keywords: Immigration; Interculturalness; Health; Access.

Introducción

La consolidación de las migraciones en España no ha pasado desapercibida para los científicos, hasta el punto que es uno de los fenómenos sociales más estudiados, generando una vasta literatura, donde se refleja el papel que tiene la migración en los procesos de transformación social. No obstante, siguen quedando amplias lagunas de análisis sobre la cotidianidad y necesidades de los migrantes, como es el caso de la salud y la atención sanitaria; a pesar de ser uno de los aspectos que mayor impacto ha tenido con la migración (véase, Estébanez, 2002). Más concretamente, los profesionales de la salud afrontan el desafío cotidiano de atender una población diversa, con saberes y prácticas diferenciadas en cuanto a la salud y con procesos de búsqueda de ayuda, que incluyen dispositivos y sistemas médicos diversos.

El sistema de salud español ha tenido -tiene- que adaptarse a todos los condicionantes sociodemográficos y epidemiológicos derivados de los movimientos transnacionales de población. Ahora bien, este ajuste debe responder, previamente, a un ejercicio de pensamiento crítico sobre sus propias instituciones sanitarias y la atención dispensada a la población inmigrante (Rodríguez y De Miguel, 1990). Es necesario destacar que el objetivo social de una buena salud, para el conjunto de una población, carece absolutamente de sentido si no resulta sostenible a través de las generaciones futuras y para todas las personas -sin ninguna distinción.

De entrada, uno de los retos con los que se encuentran los dispositivos asistenciales es eliminar la visión y opinión de que los inmigrados son, exclusivamente, consumidores de servicios (véanse, por ejemplo, Ramos et al. 2001; Cots et al., 2002), sumado a los determinantes sociales y culturales, en materia de salud, que impone la sociedad de acogida a los nuevos vecinos. O lo que es igual, prima un enfoque economicista con grandes dosis de etnocentrismo, lo que implica, *per se*, la ruptura con el concepto de protección de la salud como derecho de cualquier persona, independientemente de su capacidad de pago y de cualquier condicionante político-administrativo (regular *vs* irregular).

Más concretamente, parte de la abundante lite-

ratura sobre inmigración y salud (véase, Amezcua et al., 2009), especialmente aquella que se centra en la organización y gestión de la atención sanitaria, ha dejado a un lado los análisis y las interpretaciones basadas en la integración social, equidad y disminución de las desigualdades en salud, para prestar atención exclusiva al tipo de enfermedades que padecen los inmigrados, como hecho diferencial. De manera que crean una imagen social del inmigrante como paciente al que es complejo acceder, presentando muchos problemas en la atención, puesto que está encerrado en su cultura de origen, con problemas de salud específicos y diferentes a los sufridos por el resto de la población (Garvi et al., 2003; Jansá y García, 2004). A lo que se añade la dificultad de la adaptación en la sociedad de acogida y, por ende, a los servicios de salud, sobre todo, por sus deficiencias en competencias lingüísticas y con un deseo implícito de retornar o asentarse en otro lugar (Moreno, 2004).

Estudios que, en ciertos casos, desembocan en una saturación de información sobre tabúes, mitos, religión y rarezas culturales que hacen difícil la adaptación del inmigrante al entorno cultural-salud (Moreno, 2003; Fernández et al., 2004), ya que la salud pareciera que no constituye una prioridad para quien emigra (Ramos et al., 2001). Además, esos análisis se encuentran orientados a comprender el caos asistencial provocado por el buen o mal uso del sistema de salud de las personas inmigradas (Garvi et al., 2003). En contadas ocasiones los estudios ponen el acento sobre la percepción que del inmigrado, como usuario, tienen los profesionales de la salud, ni tampoco sobre la necesidad de adquirir competencias (administrativas, sociales, culturales y asistenciales) que éstos deben alcanzar para adaptarse a las necesidades de los nuevos usuarios. En cualquier caso, el inmigrante se convierte, en muchos casos, en objeto de estudio permanente, quedando transformada su alteridad en un continuo problema.

Si bien es cierto que hay varias razones de fondo en las que se escuda esta situación, como el aumento de la presión asistencial, la singularidad de la demanda, el incremento progresivo de las necesidades en salud y, también, la hegemonía de un modelo biologicista basado en un orden racional y eficiente. Sin embargo, éste ignora la importancia

de las dimensiones sociales y culturales de las enfermedades y de los tratamientos médicos, que no refleja la diversidad de situaciones personales y proyectos humanos que configuran la realidad migratoria, que atraviesa el sistema de salud como subsistema social y cultural. Por ello, autores como Seppilli (2006) hablan, incluso, de pseudo-cientifismo de esta perspectiva, haciéndose necesaria una atención respetuosa con las diferencias, construida en el diálogo intercultural y articulada a partir de derechos y deberes.

Por todo esto, la formación y la investigación transcultural de los profesionales de la salud se convierte en imprescindible, e incluso se torna como el principio de la solución y/o receta para todas las dificultades expuestas (Moreno, 2003; Antonín y Tomás, 2004; Limia et al., 2005).

En consecuencia, estudiar las dificultades de acceso a los servicios de salud por parte de los inmigrados conlleva a reflexionar sobre los derechos sociales; es decir, implica detectar desigualdades en salud (Benach y Muntaner, 2005). Con esta manera de acercarse al fenómeno, la pretensión última es entender - para romper-la dicotomía irresoluble autóctono-extranjero con respecto a la utilización de los servicios de salud y ver cómo se construye - para reconstruir- el imaginario social de los profesionales de la salud que encierra conductas de la cultura máter, sin tener en cuenta la complejidad de saberes que añade el proceso migratorio.

Por todo ello, en este texto queremos profundizar sobre la gestión en la atención a esa diversidad desde Sistema Nacional de Salud (SNS). A la vez que nos interesamos por las opiniones vertidas por los usuarios inmigrados. Puesto que, como sostiene Pizza (2007), la atención de los científicos sociales dedicados a estudiar cómo se organizan las prácticas sanadoras ha sufrido variaciones, pasando de las concepciones y visiones generalistas a las prácticas entendidas como acciones sociales concretas.

Los datos de los que nos valemos provienen de una investigación llevada a cabo en el Distrito Poniente de la provincia de Almería, durante el año 2009. Se entrevistaron tanto a los profesionales -especialmente, médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y mediadores/as interculturales-, como a inmigrados usuarios -asentados en los

principales municipios receptores de inmigrados- sobre ciertos aspectos organizativos y realidades de gestión del Servicio Andaluz de Salud (SAS), como son: acceso al sistema de salud, los recursos humanos y la demanda sanitaria de los inmigrados. Concretamente se entrevistaron a 15 inmigrados y a 7 profesionales del Sistema Andaluz de Salud que trabajan en Almería. Además, el trabajo de campo está complementado por una observación directa, continuada durante un año, del uso que los inmigrantes hacen de los servicios públicos de salud. En cualquier caso, y atendiendo a la estrategia metodológica empleada, los resultados deben ser leídos no como una generalidad de la realidad y sí como elementos que se dan o reproducen en el sistema de atención sanitaria.

En definitiva, consiste en entender los procesos en *clave subjetiva*, donde los sujetos no son excluidos del proceso, todo lo contrario, puesto que lo social se comprende a través de sus miradas, opiniones o acciones. El propósito final no es “enfrentar” los argumentos de ambos grupos, sino conocer sus visiones².

Gestión en la Atención Sanitaria a Inmigrantes

El acceso a los servicios de salud en Andalucía está asegurado a través de la tarjeta sanitaria³. Pero la entrada a un servicio, casi siempre, es algo más que su posibilidad de uso. La interacción entre inmigrantes y profesionales de salud en el contexto asistencial promueve el acercamiento cultural, nuevo aprendizaje mutuo sobre el abordaje de la

salud y los cuidados. Los conflictos en el sistema de salud, derivados de la articulación de procesos asistenciales e interpretaciones socioculturales de los mismos, permiten no sólo evidenciar carencias en la atención a la población inmigrante, sino también las posibles soluciones. La gestión del conflicto en este ámbito es un claro indicador de crecimiento del sistema de salud, tanto en capacidad de aumento de sus prestaciones como en la rapidez para hacerlo.

A continuación, nos centraremos en el análisis de la variable accesibilidad al sistema de salud, entendida ésta como la facilidad con que se obtiene la atención sanitaria en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales de los servicios de la salud, además de profundizar en la importancia del capital social y la petición de asistencia.

Puerta de Entrada al Sistema: mecanismos de control para el acceso a la salud

Definitivamente, el proceso de extensión de la cobertura del sistema de la salud pública a la población inmigrada ha seguido el mismo patrón que el establecido, a finales de los años ochenta del siglo pasado, para la población autóctona (Moreno, 2004). No se exige como condición indispensable la previa incorporación al mercado laboral, ni cotizaciones previas a las arcas de la Seguridad Social. Por este motivo, el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud se hace en igualdad de condiciones que con la autóctona; es decir, con independencia del menor

2 Las limitaciones de espacio han obligado a seleccionar aquellas afirmaciones de los entrevistados –tanto de inmigrados como profesionales– que hemos considerado más significativas.

3 La descentralización de los servicios de salud en las comunidades se produjo por razones de política general, ajenas a la mejora real del funcionamiento de los servicios. Este hecho ha propiciado que en determinadas comunidades autónomas los inmigrantes pudieran acceder al sistema de salud, mientras que en otras debían contratar seguros privados para asegurar una atención sanitaria. Esta situación se ha ido subsanando paulatinamente, pero en algunas regiones se ha dilatado en el tiempo (Serrano, 2001). Actualmente, los sistemas de salud con dispositivos activos tienden a optimizar la adaptación de los inmigrantes a la sociedad receptora, por lo que existe una mayor probabilidad de que los inmigrantes, tanto individual como colectivamente, disfruten de mejores condiciones de protección de su salud (Bermúdez, 2006). Más concretamente, la Ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en el Estado español y su integración social (Ley de Extranjería) constituye el marco jurídico actual sobre la situación de los inmigrantes en nuestro país. El artículo 12 de esta norma, dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, estipula que: “Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta el alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto”.

o mayor consumo de los servicios y la capacidad de pago de los mismos (López-Casanovas, 2000).

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma Andaluza, el servicio de la salud se garantiza a través de la tarjeta sanitaria, expedida inicialmente para un año, pero renovable. Por tanto, la única diferencia con los andaluces es que éstos no necesitan renovarla. El trámite administrativo para obtenerla está regulado por los convenios firmados con instituciones sociales y la Fundación Progreso y Salud, dependiente del SAS. Incluso, algunas de estas instituciones sociales garantizan servicio de acompañamiento a las mujeres inmigrantes para recoger la tarjeta sanitaria en los Centros de Salud. Al igual que todas ofrecen información y facilitan la tramitación administrativa. De este modo, se pretende favorecer el acceso al documento que asegura la atención, con independencia de la situación de regularidad administrativa en la que se encuentre el solicitante.

Cada mes se envía una memoria de usuarios que van a por la tarjeta, eso se manda al SAS [...]. Para obtener la tarjeta sanitaria, la mayoría nos trae pasaporte o el DNI de su país. En algún caso, hasta la partida de nacimiento, todos estos papeles en regla. Quieren la tarjeta sanitaria y muestran toda la documentación que tienen, aunque les explicamos que no es necesaria (Trabajadora Social, El Ejido).

La mayoría viene a Cruz Roja por la tarjeta sanitaria, otros vienen con la tarjeta aquí porque tienen problemas para sacar número para la consulta médica [...]. Tramitamos enganchar con el servicio de salud, nadie ha venido en condiciones de regularidad a pedir la tarjeta, ya que están de alta en la seguridad social. La práctica total es de inmigrantes en situación ilegal (Trabajadora Social, Cruz Roja, Roquetas de Mar).

Uno de los servicios que le ofertamos a las mujeres es el acceso al sistema de salud mediante la tramitación de la tarjeta sanitaria. Vamos con ellas para darles de alta en el Centro de Salud. Colaboramos con las instituciones y las administraciones en salud para asegurar la atención a colectivos específicos (Mediadora intercultural, ONG, Roquetas de Mar).

Aunque la obtención de la tarjeta se puede

concebir como un logro social, también es un claro mecanismo de control del sistema, no sólo actúa como registro administrativo para hacer visible la condición de regularidad del inmigrante, además cosifica la asistencia sanitaria de los inmigrantes para conseguir legitimar la utilidad del sistema de salud de forma universal, con independencia de la necesidad de uso del mismo que tenga cada individuo, equiparando el derecho a los servicios de salud con el acto administrativo que supone la asistencia sanitaria (Douglas, 1986).

Es necesario recordar que el Convenio de Colaboración en materia de Salud Pública para el Colectivo de Inmigrantes, suscrito en marzo de 1999 entre varias organizaciones y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, pretendía corregir los principales obstáculos para el acceso a los servicios de salud pública, evitando barreras administrativas e idiomáticas. Aunque las dificultades al acceso parecen superadas, las barreras administrativas como los retrasos en la obtención del documento de reconocimiento de asistencia, el idioma o el lugar específico para realizar la solicitud continúan pendientes de una mejor resolución:

Los papeles me los arreglaron las administrativas, me dijeron los papeles que tenía que traer... no tuve ningún problema, la tarjeta de mi niño me tardó más que la mía... bueno, sí el idioma, cuando yo vine tan sólo hablaba francés pero no tuve muchos problemas porque hablan francés en el centro de salud (Mujer, marroquí, Vúcar).

Hice la tarjeta con ayuda de las compañeras que trabajan en administración. Mi marido vino a preguntar los papeles necesarios y arregló todo él ¿sabes? (Mujer, senegalesa, Roquetas de Mar).

No tuve mucho problema porque los trámites los conocía de Melilla. Tuve que preguntar el lugar donde se encontraba todo. Al principio tuve que preguntar varias veces la misma pregunta para llegar. Cuando estaba ya, hablé con una chica del turno de tarde para que explicara cómo hacerme la tarjeta sanitaria. La chica me dijo "tráeme estos papeles rellenos y fotocopia del carné de residencia (Mujer, marroquí, El Ejido).

Una barrera tácita, no tan evidente como otras, es la desinformación que afecta al acceso y a la

cobertura de los servicios de salud. El estudio de Bermúdez (2006) sobre mujeres inmigradas y salud ha demostrado que no existe un intercambio de información suficiente acerca de los servicios ofertados desde el sistema de atención. Dicho de otro modo, teniendo en cuenta la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Salud y las disposiciones legales relacionadas con la atención a la salud de extranjeros en España pareciera que los inmigrados no tienen grandes problemas de accesibilidad a los servicios de salud, puesto que ésta es universal; pero algunos de los testimonios, sí mostraron que existen importantes problemas que sortear en los itinerarios de atención.

No hay un hilo conductor entre la gente y el sistema de salud, ambos tienen intereses distintos [...] la cultura burocrática y administrativa lo impregna todo, eres tu pasaporte (Mediadora intercultural, Roquetas de Mar).

Tuve un problema de vesícula y fui al centro de salud, de ahí me mandaron al hospital: ¡Allí tuve muchos, muchos problemas! me dio un ataque de nervios; ¡no me escuchaban...! tuve un problema con una enfermera ¿por ser marroquí es que no tengo derecho a estar aquí?... escuché a la enfermera hablar de mí por eso le contesté así (Mujer, marroquí, Vúcar).

Algunos médicos piensan que el problema es mío y no te miran... lo que tienen que hacer es escucharnos, que nos miren, que expliquen (Mujer, senegalesa, Roquetas de Mar).

No obstante, la difícil orientación en el sistema de salud es interpretada por algunos profesionales como abandono, informalidad o falta de respeto a los agentes y sus indicaciones. Por ello, éste es uno de los elementos en los que se debe centrar la formación que reciben los profesionales de la salud, bajo la tutela directa del sistema, para evitar, de este modo, estereotipos y prejuicios que hacen un flaco favor al servicio.

Jamás entenderemos desde los equipos médicos del hospital como muchos pacientes inmigrantes se saltan las citas periódicas de seguimiento, como en el caso de las embarazadas. O los tratamientos, sustituyéndolos, en el mejor de los casos por medicinas supuestamente tradicionales, y en el peor,

eliminándolos directamente. Nos parece una falta de formalidad. Pero, sin embargo, en algunos de esos casos posteriormente han pedido responsabilidades (Médico, El Ejido).

Recursos Humanos y Red Asistencial

El SNS y el SAS son modelos hegemónicos dominantes de atención a la salud, ya que organizan las pautas de comportamiento en esos sistemas de salud, al igual que el itinerario de entrada a los mismos. Pero no debemos olvidar que en el proceso migratorio, las redes de relaciones resultan de gran interés para controlar el proceso de salud/enfermedad/atención en la sociedad de acogida. Estas redes son básicamente familiares, de afinidad étnica o de nacionalidad, de movimiento asociativo o vecinal, según los casos. Principalmente permiten el acceso de los inmigrados al sistema y permiten la reorganización de los complejos asistenciales y de nuevas estrategias de abordaje de la salud. Dicho de otro modo, las redes operan como sistemas de transmisión oral de conceptos sobre cuidados, que aconsejan y median a través de la traducción en las fases iniciales de inserción de los inmigrados. En concreto, las redes de alianza eran experiencias tradicionales eficaces, que se deterioraron con el paso del mundo rural al urbano y de la vida tradicional a la moderna. Sin embargo, con el proceso migratorio se vuelven a poner en uso, aunque de una manera más instrumental (Van der Gaag y Snijders, 2005).

La gestión de la salud no ha quedado exenta de esta activación del capital social, porque, principalmente, las mujeres aparecen como depositarias de una serie de conocimientos fundamentales en este campo. Hemos observado como las mujeres del mismo grupo cultural sirven de fuente de información, apoyo y ayuda para la entrada en los servicios de salud. La solidaridad orgánica es un mecanismo de cohesión grupal:

Lo primero que hice es pedir ayuda a mi vecina, ella me llevó (Mujer, marroquí, El Ejido).

Cuando llegas no sabes nada y recurres a tus amigos. Ellos te entienden más fácil y te indican que hacer en lo del médico, sino fuera por ellos la cosa era más difícil (Mujer, rumana, Roquetas de Mar).

Me enteré donde estaba el centro de salud porque me llevó una amiga mía, ella esperaba conmigo en el médico porque no sabía hablar nada (Mujer, gambiana, Roquetas de Mar).

Más aún, uno de los aspectos que mide el desarrollo del estado de bienestar del inmigrante consiste en entender cómo se produce el acceso a los servicios de salud pública. Nuestros resultados nos advierten que, aunque este proceso se está llevando a cabo, son múltiples las adversidades que el inmigrado debe sortear. De acuerdo con las aportaciones de Bermúdez (2006), las mujeres inmigrantes padecen con frecuencia una doble o triple discriminación que puede ser aplicada a los servicios de salud, sobre todo, por su condición de extranjera -étnica- y condición de mujer. Situación que, evidentemente, afecta a su salud, ya que su autoestima se ve disminuida y se generan sentimientos de frustración. La escasez de conocimientos acerca del uso de los servicios y las resistencias culturales a pedir ayuda en un entorno extraño (Estébanez, 2002) permiten que las mujeres inmigradas contacten con más facilidad con otras mujeres de su círculo para acceder al sistema de salud, que el instaurado oficialmente. Por tanto, otras inmigradas son la llave que abre la verdadera “puerta de acceso” al sistema.

En definitiva, la inexistencia de una hoja de ruta que estructure el diseño de políticas de tratamiento de la diversidad en el ámbito del estado español ha propiciado una ausencia de conciencia en salud, acerca de la necesidad de afrontar las consecuencias de atender a la nueva diversidad (Moreno, 2004), teniendo en cuenta los posibles procesos de discriminación social y cultural en los que pueden estar inmersos los inmigrantes. Sin negar que se haya conseguido introducir la cuestión de la igualdad de acceso de los colectivos inmigrantes en el SNS, tan sólo se han adaptado las estructuras al funcionamiento en esta nueva situación, no frente a las necesidades específicas de la población inmigrada, que quedan diluidas en el concepto de atención a la mayoría.

Las variables que hemos utilizado para el estudio del uso del servicio salud, contemplan los motivos que provocan la petición de la asistencia sanitaria y que se concretan en el consumo directo del servicio de salud.

La Petición de Asistencia Sanitaria

En un estudio realizado en Almería sobre atención a inmigrantes, en Centros de Atención Primaria (Jornadas de Coordinación, 2003), se obtuvieron datos que aseguraban la normalidad en los procesos patológicos de los inmigrados asentados en esa provincia; entendiendo por ésta que las anomalías y dolencias más frecuentes que presentaban los inmigrados eran iguales a las de los autóctonos; más concretamente, sobresalían, para ambos grupos, dolores osteomusculares, procesos de vías respiratorias altas y analíticas (véanse, entre otros, Fernández et al. 2004; Pérez y Rinken, 2005). Dicho de otro modo, son excepciones los casos que los inmigrantes presentaban diagnósticos de enfermedades importadas. Además, el propio estudio cuando ahonda en la normalidad del uso del servicio de salud, demuestra que es menor entre los inmigrantes que en la población autóctona, excepto en la utilización de los servicios de urgencias. Tendencia que se repite en el resto del país. Así, por ejemplo, el informe de la Fundación Pfizer (2008) mostraba que los inmigrantes van al médico es un 9,3% menos que los autóctonos al Sistema Salud Público Español. Incluso en la atención primaria y en los especialistas la diferencia asciende hasta el 19% menos.

También en nuestras entrevistas los profesionales médicos nos afirmaron que no existía una especificidad concreta en el uso de los servicios por parte de la población inmigrada.

Hay extranjeros que no van al médico, otros todos los días [...]. Exactamente igual que los nacionales. Las dolencias son las mismas. Los que trabajan en el campo, hostelería o lo que sea, tienen las mismas o similares dolencias y problemas, independientemente de su origen (Médico, La Mojonera).

Es cierto que hay trabajos que tienen más riesgo para la salud que otros. Y estos son ocupados principalmente en Almería por inmigrantes. Pero es el trabajo, no la procedencia. Vienen lo mismo españoles que extranjeros. Es más, a veces, los extranjeros tardan más en venir a los servicios médicos porque desconocen sus derechos y vienen con dolencias de varios días (Médica, El Ejido).

Más aún, las entrevistadas extranjeras no expre-

saban una hiperdemanda de servicios, e incluso en una charla informal sobre el control y seguimiento del embarazo una mujer extranjera afirmó, con ironía: “me están dando ganas de quedarme embarazada para ir mucho al médico”. Más aún, Oliver (2010) cuenta que, al contrario de lo que se piensa, las mujeres inmigradas embarazadas se saltan muchos de los controles preestablecidos durante la gestación, situación que no se repite con las autóctonas. Ahora bien, según nuestras entrevistadas, el uso de los servicios públicos de salud se intensifica cuando el demandante es algún hijo suyo.

Por tanto, la realidad, tal y como apunta también Moreno (2003) difiere de la opinión existente en la “calle”, donde se tiene una imagen de colectivos vulnerables sin participación en intercambios y, por tanto, hiperdemandante de servicios de salud ya que presentan un grave riesgo de enfermar. En definitiva, en una sociedad globalizada, lo ideal sería entender la salud como bien indivisible, un objeto social deseable, centrado en valores humanos (Franco, 2003) y no tanto en la cuantificación de su uso. Sin embargo, la obsesión de determinados agentes por contar y comparar el uso de la sanidad pública de los inmigrados responde a varias razones: una, para la protección de la salud (cuestión obvia), pero también para justificar y anticipar la dotación presupuestaria que van a recibir las diferentes comunidades. De ahí que al SAS le interesa registrar a toda la población susceptible de ser atendida (sobre todo, la población inmigrada), pero esto no implica que esa población consuma continuamente servicios.

Demanda Sanitaria en la Población Inmigrada

La demanda se define como la solicitud consciente que realizan los usuarios del sistema de salud de determinados servicios, en relación a sus necesidades (Mompart y Durán, 2003). Se basa en una decisión libremente adoptada por el usuario y expresada en una petición concreta de atención sanitaria, que dependerá tanto de la situación del propio individuo o grupo, como de los servicios de salud y sus profesionales.

La demanda sanitaria de la población inmigrada en Andalucía está dirigida mediante los itinerarios de salud/enfermedad/atención, adaptados específi-

camente a los servicios de salud que el SAS oferta para toda la población. Pero en estas pautas de acceso, tan marcadas dentro de la organización de salud, no se tienen en cuenta los componentes de la demanda sanitaria, como son la acumulación del bien salud, valoración subjetiva sobre bien salud y las agresiones o deterioros que sufre el bien salud.

Acumulación del Bien Salud

Se entiende por acumulación del bien salud la cantidad de salud que un individuo ha sido capaz de preservar durante toda su vida (Mompart y Durán, 2003) y, por tanto, el uso que hace del sistema salud. Desde el sistema de salud existe la necesidad de controlar exhaustivamente a esta población mediante el acto salud (es decir, acudiendo a los servicios de salud), aunque la población sea joven y sana.

No se fomenta la autonomía en la salud de la mujer inmigrante, si no la dependencia de esta población específica, sobre todo en las mujeres que no conocen el idioma (Médica, Adra).

Mira, la mayoría de los inmigrantes trabaja duramente, muy físico, es bueno que de vez en cuando se hagan revisiones (Mediadora, ONG, Roquetas).

Los inmigrantes, igual que los autóctonos, sólo vienen cuando sienten las dolencias y consideran que son muy graves, aunque es cierto que la juventud, por definición, es signo de buena salud, pero eso no implica que nos olvidemos del médico para siempre (Trabajadora social, El Ejido).

En cambio, tal y como Moreno (2007) destaca, la población inmigrada hace menos uso de los hospitales, siendo la estancia mediana, las complicaciones, los reingresos, la mortalidad y el consumo de fármacos menor entre la población inmigrada que en la autóctona.

Mira, como ya te conté, yo no tuve muchos problemas de salud. El único problema mío es el asma, el ventolín [...] bajaba a la farmacia y me lo compraba. Yo sabía cómo lo tenía que aplicar y ya está, nada de médico (Mujer, colombiana, Roquetas de Mar).

Al médico sólo se va cuando se necesita, no por dolor de cabeza (Mujer, senegalesa, Roquetas de Mar).

Siempre que es una cosa grave sí, pero para el resto

yo sé como cuidar a mi hija, como hizo mi madre conmigo. Para que te mande pastillas o jarabes yo tengo otras cosas más naturales, y siempre se cura (Mujer, gambiana, Roquetas de Mar).

Evidentemente, la capacidad para el autocuidado de la salud incide en una menor demanda de servicios. Determinados trabajos, como el de Jansá (1998), sostienen que los inmigrantes extranjeros, cuando llegan al país de destino, no constituyen grupos de riesgo específicos, al tratarse de población mayoritariamente joven que goza de buen estado de salud. Por ello, se puede afirmar que la acumulación del bien salud arroja un saldo positivo en población inmigrada, que no conlleva la solicitud del acto salud.

Otra cuestión es la dependencia de los inmigrantes del sistema de salud, que puede ser creada por los profesionales de la salud, derivada de los mecanismos sancionadores y controladores que posee el sistema. De manera que los proveedores de la salud no son inmunes a la construcción social de la realidad de los individuos que atienden. El peso de la anormalidad social recae sobre la enfermedad, pero también sobre el rol de paciente-inmigrante, cargado de representaciones estereotipadas que inciden en el “otro” como necesario de ser estudiado, vigilado y seguido desde el sistema de salud. Los profesionales de la salud a través de sus prácticas pueden obviar la capacidad de acumulación del bien salud que poseen los inmigrantes, además de sus conocimientos culturales sobre el cuidado y la protección de su salud de forma autónoma.

Hemos descubierto en más de una ocasión, especialmente, entre las subsaharianas y, más concretamente, las nigerianas que utilizan recursos y métodos pocos saludables o científicos a la hora de buscar solución a sus enfermedades. Debemos estar muy atentos a esta situación para que no se generalice (Trabajadora Social, El Ejido).

Yo no niego la importancia del autocuidado, porque si todo el mundo viniera por cualquier cosa los servicios estarían, aún, más saturados. Pero otra cosa es lo que hacen algunos inmigrantes, que no vienen nunca porque admiten, como nos dicen los mediadores, que la santería y otras prácticas son tan o más eficaces que nuestra medicina (Médico, La Mojonera).

Autopercepción del Bien Salud

La salud se considera como un bien que se puede producir en los sistemas de salud. Se define por dos elementos fundamentales: por un lado, la salud demostrada (aquella que las autoridades sanitarias manifiestan mediante encuestas y estadísticas) y, por otra, la salud percibida, entendida como aquella que los individuos dicen sentir; expresada de acuerdo con su percepción del propio estado de salud y con la opinión que les merece la atención recibida. Así pues, la salud percibida es un elemento constitutivo de la demanda sanitaria, ya que la percepción subjetiva del estado de enfermar es lo que justifica la necesidad sanitaria; es decir, se solicita un servicio salud a partir de la pérdida subjetiva y/o objetiva de salud.

El estado de salud de los inmigrantes es valorado por cada profesional que lo atiende, pero existe una imagen muy estereotipada del inmigrado, como individuo, que no se preocupa por su salud. Sin embargo, los testimonios recogidos han demostrado todo lo contrario, independientemente si escogen para sanar la sanidad pública, privada o recursos o prácticas propias:

La salud es una prioridad para ellas. Una de sus mayores preocupaciones es su salud (Enfermera, Roquetas de Mar).

Los papeles les preocupan porque creen que sin ellos no las van a atender en las consultas. La salud es importante (Trabajadora Social, Roquetas de Mar).

Por supuesto, como para la población autóctona, la salud es lo primero; además es su “carné” para insertarse en el mercado laboral. Aunque no pasen por nuestras consultas, se salten citaciones o lo que sea, la salud para ellos es fundamental (Médico, El Ejido).

En cambio, existen estudios publicados en el ámbito de las ciencias de la salud que destacan que los inmigrantes no consideran la atención sanitaria y la salud como una prioridad, concluyendo que poseen otras preocupaciones más acuciantes relacionadas con el empleo y el envío de dinero (Ramos, et al., 2001). Otros resaltan que los problemas relacionados con la salud parecen menos importantes o bien

quedan relegados a un segundo plano (Cots, et al., 2002). Nuestros testimonios también contradicen estas observaciones:

Estamos sanos porque nos cuidamos y nos alimentamos bien. Comemos comida marroquí, que se parece a la española [...], también comemos frutas. Mi mujer cocina muy bien... para mantenernos sanos (Hombre, marroquí, Vícar).

Lo más importante, eso es, que estoy sana, y mi familia también [...] con eso, ¡estoy contenta de la vida!... (Mujer, rumana, Vícar).

Estar sin ninguna enfermedad, ser feliz mi familia y tener trabajo. Si tienes buena salud es tenerlo todo...primero la salud y después trabajo (Mujer, rumana, Roquetas de Mar).

La imagen del inmigrante que desatiende su salud, redundando en el estereotipo que encierra a las personas migradas como grupos desfavorecidos y marginales en salud. Entonces las condiciones de irregularidad administrativa se confunden, en ocasiones, con las dificultades de entrada en el sistema; más aún, que esta población llega enferma o transmite enfermedades, consume muchos servicios, tiempos de atención y al que no le importa el cuidado de su salud (Blázquez y Mazarrasa, 2003).

Agresiones o Deterioros que Sufra el Bien Salud

El control social en la producción de la salud hace que la enfermedad no sea simplemente un peligro “externo”, un agente patógeno, sino que forme parte del equilibrio social mismo, por eso, los deterioros del bien salud poseen una connotación directa sobre los valores sociales que sustentan el sistema de salud (Tomás, 1999); por ejemplo, sobre el derecho a ser atendido cuando se representa el rol de estar enfermo. Éste lleva aparejado la obligación de querer sanar, por tanto, el deber de usar el servicio a través de la búsqueda de ayuda técnica competente.

A veces acuden a los servicios de urgencias para agilizar la consulta con el médico, con eso creen que ya están vistas porque han acudido al médico y no vuelven (Médica, El Ejido).

En personas migrantes, se reproducen estos

mismos roles propios del modelo médico hegemónico de atención de la sociedad de acogida y son reinterpretados socialmente a través del mismo itinerario; es decir, desde la perspectiva de querer sanar rápidamente y como obligación:

Me veo menos saludable que si estuviera en Colombia. Aquí me esfuerzo el doble y trabajo el doble de lo que mi cuerpo está acostumbrado. Creo que la gente no se cuida en las comidas. No saben comer sano, y además fuman demasiado y yo debo respirar ese aire contaminado. Yo no quiero envejecer en España, con este ritmo de vida tan agotador (Mujer, colombiana, El Ejido).

Bien, cosa de salud no he tenido... yo muy bien... claro que te da miedo, normal, porque no sabe si me entiende... pero gracias a Dios que todo ha salido bien (Mujer, rumana, Roquetas de Mar).

Cada vez es más frecuente encontrar estudios en el ámbito de la salud que ponen como manifiesto la necesidad de abordar los deterioros del bien salud en inmigrantes, desde una perspectiva más plural y multidisciplinar. El estudio de Fernández et al., (2004) sobre la influencia en la salud de los factores culturales y sociales en inmigrantes, resalta como puntos clave la necesidad de implicar en la gestión de la salud a otras instituciones, con objeto de propiciar políticas sociales de integración para conseguir mayores cotas de igualdad². Moreno (2004) destaca los estereotipos de los profesionales y estudiantes de enfermería respecto al inmigrante como enfermo (más problemático, complejo y en situación de vida más precaria) y la necesidad de abordar estas prenociones con formación.

En cambio, en el ámbito especializado de la salud, no encontramos estudios que den la palabra a los inmigrados, que acopien sus propias percepciones respecto a su vivencia de la salud y la enfermedad en la sociedad de acogida, velando por tanto sus auténticas necesidades, más sociales y afectivas que propiamente sanitarias.

A Modo de Conclusión

La salud no es una entidad estática ni homogénea, tampoco son inamovibles las estructuras organizadoras que sustentan su producción. El sistema

salud español es el resultado de la confluencia de diferentes sensibilidades histórico-políticas que han configurado un subsistema social y cultural, con diversos abordajes asistenciales (atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria).

Con la oferta de una cobertura masiva a la población, como una de sus características más relevantes, los dispositivos de salud no atienden hoy a pacientes sino a usuarios de servicios de salud, personas sanas o enfermas que comparten el hecho de acceder libremente al sistema. Actualmente, encontramos, cada vez más, publicaciones sobre inmigración en el ámbito salud, pero son escasos los trabajos que profundizan en el uso de los servicios por parte de población inmigrante desde una perspectiva social y de la gestión de los servicios de la salud.

La inmigración plantea retos a la sociedad de acogida, la cual debe articular los mecanismos necesarios para gestionar la diversidad que aportan las personas de otras culturas. Estos nuevos miembros se enfrentan a situaciones de grandes retos y desarraigos como el familiar, la ruptura de relaciones sociales y la pérdida de la cultura máter, mientras intentan aprender de forma rápida los nuevos códigos culturales, los comportamientos sociales y conocen distintos escenarios laborales. Evidentemente, todos estos elementos inciden directamente en la producción de la propia salud.

Por otro lado, la literatura precedente (véanse, entre otros, Martínez, 2008; Pizza, 2007; Sepilli 2006) y nuestra propia observación directa y continuada durante el trabajo de campo muestra una población, mayoritariamente, integrada en los itinerarios de atención trazados, exclusivamente, por la estructura sanitaria, sin capacidad para decidir sobre su propio estado de salud. Éste, además, no debe ser visto, ni entendido por parte de los profesionales como resultado de su condición de migrante o de su proyecto migratorio, sino de los mecanismos de marginación que pueden estar sometidos por cuestiones más estructurales, que afectan de igual modo a la población autóctona (por ejemplo, la introducción en nichos laborales o la situación de precariedad de la vivienda). Aunque estas premisas sean inabarcables en los servicios de la salud andaluza, no deben ser obvia para los prestadores de atención directa, ya que inciden directamente en los resultados de

salud de las personas que atienden, disminuyendo la acumulación individual del bien salud.

Por último, cabe señalar que, en las planificaciones estratégicas sanitarias, el hecho migratorio es poco visible; principalmente se basa en entender el acceso a los servicios de salud desde la indiferencia hacia la singularidad. No se estudia, por tanto, al inmigrado como un caso particular, sino un todo homogéneo. Esta forma de proceder si bien produce un reconocimiento de las necesidades de salud de los inmigrados, obvia las particularidades en resultados de salud. Puesto que, aunque se presta una atención individualizada, ésta responde a un producto salud único.

En consecuencia, se precisaría, en la gestión sanitaria, el reconocimiento de la pluralidad subjetiva de la salud, vivida y sentida, tanto por parte de los inmigrados, como por la de los profesionales que los atienden, que permita romper con el límite estanco actual del sistema de salud.

Referencias

- AMEZCUA, M.; BONILL, C.; HUESO, C. El cuidado del paciente inmigrante. Líneas emergentes de investigación en Andalucía. *Enfermería Comunitaria*, Granada, ES, v. 5, n. 2, p. 7-25, 2009.
- ANTONÍN, M.; TOMÁS, J. La escala de actitud ante la inmigración para Enfermería: validación preliminar. *Enfermería Científica*, Granada, ES, n. 262-263, p. 77-82, 2004.
- BENACH, J.; MUNTANER, C. *Aprender a mirar la salud*. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.
- BERMÚDEZ, E. *Mujeres inmigrantes y salud*. Valencia: Universidad de Valencia, 2006.
- BLÁZQUEZ, M. I.; MAZARRASA, L. La promoción de salud en población inmigrada. Una experiencia en la Escuela Nacional de Sanidad. *Index de Enfermería*, Granada, ES, v. 12, n. 42, p. 34-38, 2003.
- COTS, F et al. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, ES, v. 5, n. 16, p. 376-384, 2002.

- DOUGLAS, M. *Como piensan las instituciones*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- ESTÉBANEZ, P. Salud y grupos excluidos: la inmigración. In: ESTEBANEZ P. (Ed.) *Exclusión social y salud*. Balance y perspectivas. Barcelona: Icaria-Antrazyt, 2002. p. 99-115.
- FERNÁNDEZ, M. R. e al. Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de inmigrantes. *El Médico Interactivo*. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/inmigrantes1.htm>. Acceso em: 3 junio 2008.
- FRANCO, A. Globalizar la salud. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, ES, v. 17, n. 2, p. 157-163, 2003.
- JORNADAS DE COORDINACIÓN del Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes en Andalucía, 2., 2003, Sevilla, España. *Conclusiones...* Sevilla, España: Fundación Progreso y Salud, 2004.
- FERNÁNDEZ, M. R. e al. Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de inmigrantes. 2004. *El Médico Interactivo*. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/inmigrantes1.htm>. Acceso em: 3 junio 2008.
- FUNDACIÓN PFIZER. *Estudio sobre la inmigración y el sistema salud público español*. Madrid: Pfizer, 2008.
- GARVI, M.; GARCÍA, S.; VILLA, J. M. La población inmigrante desde la perspectiva asistencial. *Enfermería Científica*, Granada, ES, n. 256-257, p. 26-30, 2003.
- JANSÁ, J. M. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, n. 72, p. 165-168, 1998.
- JANSÁ, J. M.; GARCÍA, P. Salud e inmigración. Nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, Barcelona, ES, n. 18, p. 207-213, 2004.
- LIMIA, S.; AGUADO, M. G.; SALVADORES, P. Crecimiento de la población inmigrante y su relación con la oferta formativa en Enfermería. *Enfermería Científica*, Granada, ES, n. 276-277, p. 43-51, 2005.
- LÓPEZ-CASANOVAS, G. La financiación autonómica de la sanidad. Algunas afirmaciones, valoraciones y constataciones. *Gaceta sanitaria*, Barcelona, ES, v. 14, n. 4, p. 300-305, 2000.
- MARTÍNEZ, A. *Antropología médica*. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MOMPART, M. P.; DURÁN, M. *Administración y Gestión*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2003.
- MORENO, E. *Cambios demográficos y sostenibilidad del sistema salud público español*. Almería: Universidad de Almería, 2007.
- MORENO, M. Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. *Index de Enfermería*, Granada, ES, v. 12, n. 42, p. 29-33, 2003.
- MORENO, M. La asistencia sanitaria al paciente inmigrante: un reto para los gestores de la salud. *Gestión Hospitalaria*, Logroño, La Rioja, ES, v. 15, n. 3, p. 85-92, 2004.
- OLIVER, M. I. *Calidad en la atención sanitaria durante el embarazo y parto en mujeres inmigradas en la provincia de Almería*. Almería: Universidad de Almería, 2009.
- PÉREZ, M.; RINKEN, S. *La integración de los inmigrantes en la sociedad andaluza*. Madrid: CSIC, 2005.
- PIZZA, G. Antropología médica: una propuesta de investigación. In: LISÓN C. (Ed.), *Introducción a la antropología social y cultural*. Teoría, método y práctica. Madrid: Akal, 2007. p. 267-292.
- RAMOS, M. et al. Problemas y propuestas de mejora en la atención a inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, ES, v. 4, n. 15, p. 320-326, 2001.
- RODRÍGUEZ, J. A.; DE MIGUEL, J. M. *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990.
- SEPPILLI, T. Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, Barcelona, ES, n. 22, p. 179-202, 2006.

SERRANO, N. La protección de asistencia sanitaria a extranjeros en España. *Revista de Administración Sanitaria*, Madrid, v. 5, n. 20, p. 113-141, 2001.

TOMAS, A. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema salud (I). *Enfermería Clínica*, Madrid, v. 9, n. 2, p. 65-70, 1999.

VAN DER GAAG, M.; SNIJDERS; T. A. B. The resource generator: social capital quantification with concrete items. *Social Networks*, Pittsburgh, n. 27, p. 1-29, 2005.

Recebido Em: 14/06/2010
Reformulado em: 21/02/2011
Aprovado em: 15/06/2011