

"Salud y fenómeno migratorio: respuestas a las necesidades sociosanitarias de la inmigración"

Alfonso Cuadros Riobó

Psicólogo

La situación en nuestro entorno en materia de atención sociosanitaria a la inmigración no es muy diferente de la de otros países europeos. Irónicamente, en el proceso actual de convergencia económica, se están dando graves PROBLEMAS DE DIVERGENCIA entre "los que están dentro y los que están fuera", frente a la tradicional metáfora de clase de "los que están arriba y los que están abajo". Estamos hablando de los singulares procesos de exclusión social de diversos colectivos, de los que los inmigrantes procedentes de países pobres son una muestra, como resumiremos seguidamente.

Los colectivos que llegan a nuestro territorio escapando de las terribles situaciones en sus países de origen encuentran, si cabe, otras condiciones de desigualdad a nivel político, económico, social y cultural. Podríamos hablar eufemísticamente de "desencuentro" en lo referente a la conculcación de una serie de Derechos Sociales, derechos naturales de toda comunidad. El Estado Democrático se supone que representa al Derecho Social Organizado, y sin embargo en nuestro país nos gastamos menos por usuario, paciente, estudiante, pensionista o discapacitado que la mayoría de los países de la Unión Europea². Todo ello cuando nuestro nivel de riqueza está al 75% del promedio de esa UE, gastándonos en protección social un 12% menos de lo que nos corresponde.

Con todo, en esta comunicación nos centraremos en la poca Respuesta y casi más en la emergente y necesaria Propuesta que, como hecho excepcional por la previsión, podrían planificar a efectos del bionomio salud-inmigración los dispositivos públicos sociosanitarios con la inestimable (y actualmente casi exclusiva) participación del tejido social organizado. Igualmente, por la prioridad de sus necesidades en materia social y sanitaria, constituirán el foco de nuestra atención el colectivo inmigrante "irregular", el más desprotegido sanitariamente.

Palabras Clave: Inmigración, prevención sanitaria, derechos sanitarios.

● Situación "de llegada" de la inmigración y su posición "de partida" entre nosotros

Se hace necesario realizar una pequeña reseña sobre las condiciones de acceso de la población inmigrante a nuestro país, así como de las referidas al ámbito sociolaboral, para poder explicar posteriormente las repercusiones de estos y otros factores en sus niveles de salud. A partir del tratado de Maastricht, únicamente tienen derecho a la libre circulación en los países de la UE los propios ciudadanos de origen Europeo. Aquellos ciudadanos procedentes de

terceros países, y en especial los procedentes de países pobres, deben pasar una auténtica barrera de obstáculos, en lo que se refiere a los condicionantes legales de documentación, permisos, etc. Su estancia aquí es, después, bastante penosa pese a cumplir una función social esencial en el ámbito laboral, teniendo en cuenta las necesidades de mano de obra que el

¹ TOURAINE, A.: Pourrons-nous vivre ensemble?, Fayard, 1997.

² Informe EUROSTAT, 1997

mercado económico de nuestro país tiene en ciertos sectores laborales que rechazamos los españoles, los autóctonos.

El *Gráfico 1* ilustra la diversidad de barreras administrativas y normativas que impiden, a la hora de su establecimiento en España, el desarrollo de diversos derechos a las poblaciones inmigrantes procedentes de los países con menos recursos.

Jean Pierre **GAZÓN**, responsable del Departamento de Migraciones de la OCDE en 1996, exponía en un informe el papel que representan en el mercado laboral europeo los extranjeros en situación irregular, de los cuales el 70% son hombres con una edad menor a 40 años en un 80% de los casos. Estas personas trabajan en pequeñas empresas de construcción, confección y servicios, en puestos que exigen la menor cualificación, son los más precarios y

también los más duros. **GAZÓN** se pregunta si estos resultados inducen a preguntarse por una sociedad de mercado que requiere mano de obra irregular, con sueldos bajos, sin protección social y sin contrato de trabajo.

En España se sabe que hay unos 568.984 extranjeros residentes, pero de éstos la mayoría son (pese a las falaces creencias populares) procedentes de la propia Unión Europea (319.327). Las estimaciones respecto a los extranjeros en situación irregular (sin papeles) son muy diversas, llegándose a considerar la existencia de 250.000 (**VALCARCEL**, 1997), aunque otros autores e instituciones barajan cifras inferiores.

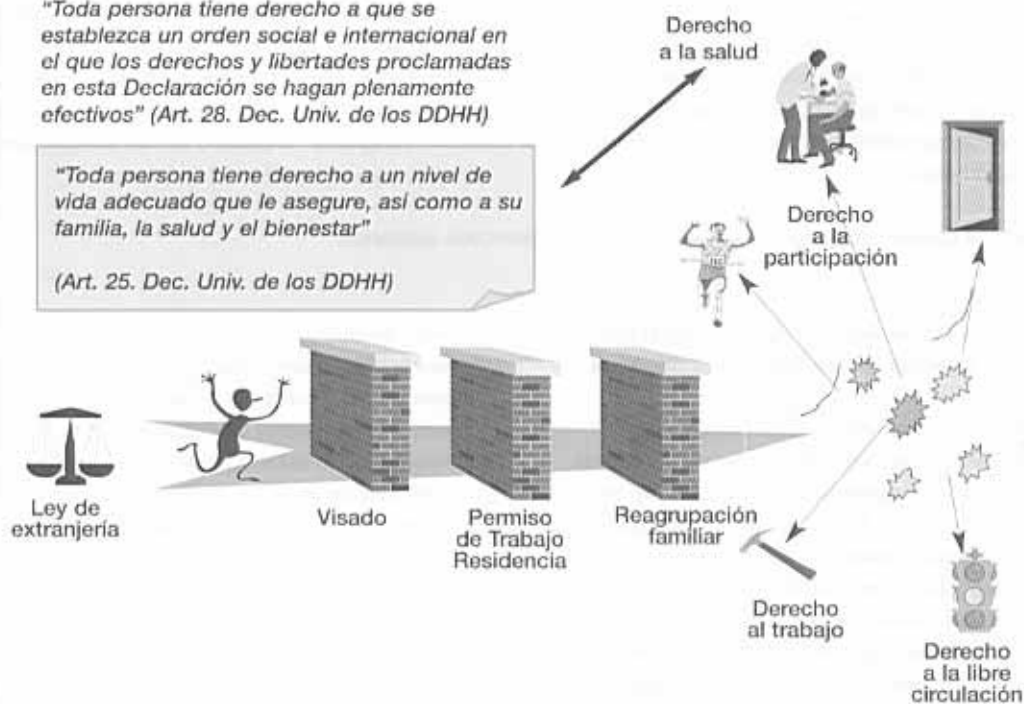
En cualquier caso, y pese a las penosas condiciones de desempeño de sus trabajos, a la hora de su llegada a España los inmigrantes vienen con un nivel de salud bastante aceptable; de hecho, no podría ser de otra forma dadas las

Cuadro 1:

"Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración se hagan plenamente efectivos" (Art. 28. Dec. Univ. de los DDHH)

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar"

(Art. 25. Dec. Univ. de los DDHH)



circunstancias azarosas del itinerario que siguen muchos de ellos para llegar hasta aquí (en especial los procedentes del continente africano) y que exigen unas capacidades psicofísicas francamente sólidas.

Así, podríamos diferenciar dos etapas diferenciadas referidas a la salud de la población inmigrante:

a) A la llegada:

Se trata de una población joven (media edad 27 años), sin enfermedades manifiestas y un alto nivel de resistencia.

b) En la estancia:

A la hora de enfermar, parecen darse una serie de problemáticas comunes, según todas los registros de las diversas ONGs e Instituciones que atienden social y sanitariamente al colectivo; genéricamente serían, en orden de prevalencia:

- 1º Infecciones del aparato respiratorio
- 2º Dermatitis
- 3º Problemas osteoarticulares
- 4º Problemas salud mental (no psiquiátricos)
- 5º Problemas digestivos
- 6º Problemas de alimentación

Aunque no existen por desgracia estudios que investiguen las causas o factores determinantes de estos cuadros, existe un consenso en atribuir cada uno de ellos a los estilos de vida, condiciones medioambientales y sociolaborales. Así, las problemáticas 1ª y 2ª responderían a los aspectos referidos al hábitat o espacio de la vivienda, en las que se dan condiciones de hacinamiento y falta de posibilidades de higiene y autocuidados (infravivienda, chabolismo). La 2ª categoría de patologías referentes a traumatismos o compromiso de las articulaciones serían obvia consecuencia de tareas continuadas con sobre-esfuerzo (construcción, etc.), tiempos excesivos y condiciones de seguridad inexistentes.

Los problemas psicológicos, de salud mental, presentan también una alta incidencia (en algunos centros hasta el 45% de los motivos de consulta³), y son un indicador de las circunstancias de inseguridad personal, falta de proyecto personal estable, desconocimiento del entorno y presiones por la carencia de permiso de residencia o trabajo. **Depresiones y neurosis reactivas** representan el mayor índice de morbilidad, como respuesta a las problemáticas condiciones de subsistencia de este colectivo, antes descritas.

Igualmente el 5º grupo de problemas de salud presentados por muchos inmigrantes (alteraciones del aparato digestivo) puede también tener relación con respuestas psicósomáticas consecuentes a las permanentes dificultades sociolaborales y de inestabilidad personal descritas. Sin embargo, este capítulo de problemas también tendría una estrecha correlación con el grupo 6º de patologías, referidas a las dificultades del tipo de alimentación, consecuencia asimismo de patrones culturales de ingesta muy diferentes a los de la población autóctona.

● Necesidades sanitarias de la población inmigrante y niveles de respuesta

Como se señalaba más atrás, la información de que se dispone respecto a los niveles de salud de los colectivos inmigrantes en nuestro país es, además de escasa, apenas avalada por estudios epidemiológicos rigurosos. Por ello, son los informantes-clave y los datos de atención de las diferentes organizaciones no gubernamentales que tradicionalmente cubren este servicio (Médicos del Mundo, Karibu, Cruz Roja...) las casi exclusivas orientaciones para realizar una aproximación diagnóstica adecuada. En el caso de estas últimas, su experiencia se centra en la población inmigrante irregular, que

³ Ver Memoria Médicos del Mundo 1998.

carece del derecho a la atención sanitaria normalizada⁴ por parte de los servicios públicos de salud.

Recordamos que, como decíamos al principio de este artículo, las prioridades de conocimiento de las dificultades sociosanitarias y sus posibles soluciones o respuestas, se refieren a las migraciones que acuden a nuestro país procedentes de países pobres o en proceso de desarrollo (del continente africano, de ciertas regiones de Latinoamérica o de los llamados "países del Este" europeo). Es decir, aquellos extranjeros procedentes de la propia Unión Europea o de los Estados Unidos (como se expuso, la mayoría de los *residentes* en España), además de no tener especial dificultad en recibir atención médica, sus patrones *occidentalizados* de salud-enfermedad y socioculturales son idénticos a los nuestros.

Con todo, y aunque la carencia de posibilidad de atención médica, en los inmigrantes irregulares, sea el mayor factor generador de exclusión social (y, por ende, de malestar y enfermedad), tampoco aquellas personas de otras culturas con permiso de trabajo o residencia (muchas veces efímero), y con el subsiguiente derecho a la atención, pueden llegar a encontrar una respuesta adecuada y adaptada a sus necesidades sanitarias (ver más adelante dificultades en la atención).

En el Cuadro 2 hemos pretendido resumir precisamente tanto las **necesidades de salud** en general, como las asistenciales, de estos colectivos. En este cuadro de doble entrada, a su vez, hemos distinguido entre las demandas habituales que se expresan en las consultas médicas, y aquellas demandas no expresadas (sentidas) y que por diversas razones no llegan a verbalizarse pero que constituyen un problema para las personas inmigrantes.

Así, las solicitudes de servicios sanitarios son tanto de atención primaria (consulta ambulatoria de medicina general) como de atención

secundaria (especialidades médicas, pruebas diagnósticas complejas, etc.). Igualmente, ante el número cada vez mayor de mujeres inmigrantes⁵, la planificación familiar es otra necesidad expresada habitualmente. También, y al no disponer de cobertura de la seguridad social o de recursos económicos, el coste de la medicación supone un serio problema para estos colectivos.

Por otro lado, y por los diferentes o inexistentes hábitos de utilización de los servicios de salud (en muchos casos por "inexistencia" de éstos en sus países de origen), hay un abanico de problemáticas no expresadas pero sí sentidas y padecidas por los colectivos inmigrantes, como son los referidos a la **salud mental**, y todos aquellos relacionados con los estilos de vida, a nivel de la **alimentación** u otros, en los que el bagaje cultural respectivo y la dificultad de adaptación a nuestros patrones culturales exige complejos esfuerzos para ellos.

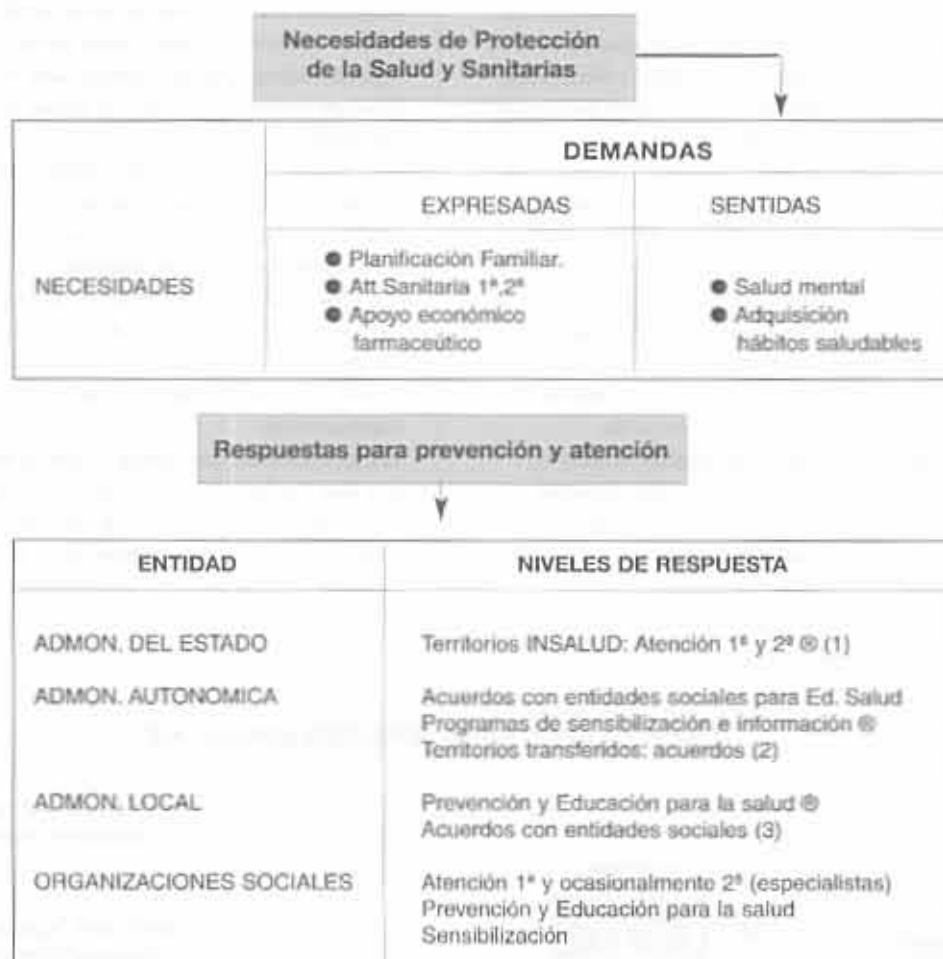
También el Cuadro 2 resume los diferentes **niveles de respuesta en materia de protección de la salud y sanitaria**, así como las instituciones responsables. Además de los tres niveles de las administraciones, como se señaló más atrás son las entidades sociales del tercer sector (ONGs) las que llevan años trabajando en primera línea intentando apoyar y suplir las carencias en lo referente al derecho a la salud de la población inmigrante.

El grupo de inmigrantes que tienen sus "papeles en regla" (en el cuadro @ de *regularizados*) son atendidos por el INSALUD en aquellos territorios o comunidades en que todavía no se han realizado las transferencias en materia sanitaria, o bien por los propios servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) con competencias en atención sanitaria. Hay algunas excepciones de atención de los inmigrantes sin papeles desde servicios públicos, pero con la acción de los profesionales de la salud de manera voluntaria, como es el caso de Palma de

⁴ Excepto por la vía de "urgencias", derecho universalizado.

⁵ Vg., en la Comunidad de Madrid a finales de 1999 superan en nº las mujeres a los hombres.

Cuadro 2:



(1): Excepciones de atención con profesionales voluntarios: Ejemplos Area 6 (Leganés, Madrid), Palma de Mallorca.

(2): Excepciones, ejemplo: SAS: Convenio de Marzo99 entre CA, ONGS, Sindicatos

(3): CIS de Ayto. Madrid: atención profesionales voluntarios. Consorcio Sanitario Barcelona (Ayto, Generalitat, Diputación): atención sanitaria y SAPPPIR

⊗ = Inmigrantes regularizados sólo.

Mallorca (y a consecuencia del trabajo de sensibilización de la Organización Mètjes del Mon), o en algún área de atención de Madrid, a cargo del INSALUD, como es la correspondiente a Leganés.

A nivel autonómico, las Consejerías responsables de la salud (principalmente aquellas sin

competencias de atención directa, pero sí en materia de Prevención y Vigilancia epidemiológica) tienen como principal objetivo el facilitar subvenciones a entidades sociales para que desarrollen Programas de Educación para la Salud, indistintamente para regularizados e irregulares. En algunos casos, en aquellas CCAA

con competencias sanitarias (País Vasco, Cataluña, Andalucía), las Consejerías llegan a acuerdos de coordinación, como en el caso del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que en 1999 firmó con un Convenio con ONGs y Sindicatos para cubrir la atención sanitaria de la inmigración en una zona con una alta densidad de trabajadores africanos y sin cobertura sanitaria. Los grandes Ayuntamientos tienen igualmente algunos acuerdos de colaboración, aunque sus competencias se centran en la Prevención y en Programas de Educación para la Salud. Sin duda, aunque en condiciones precarias, son las ONGs las que aportan un más ambicioso abanico en las prestaciones, que va desde la atención primaria hasta proyectos de sensibilización hacia la población autóctona, sobre la realidad de la inmigración. Además, al estar en contacto directo y permanente con todo el espectro de grupos inmigrantes, independientemente de su situación

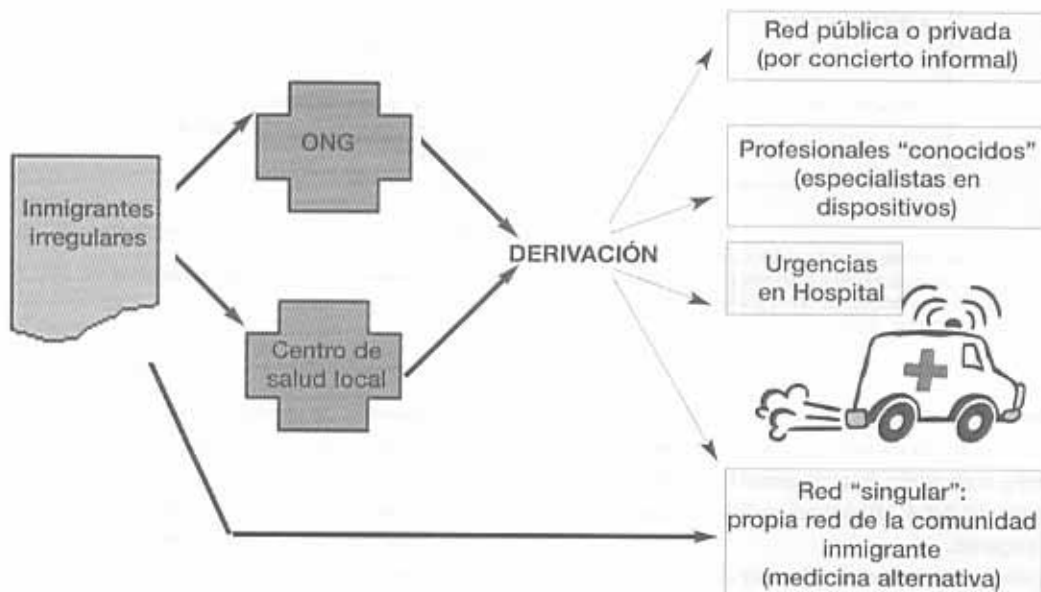
administrativa con o sin papeles, tienen posibilidades de respuesta más ágiles y adaptadas que los servicios públicos. En su contra, obviamente, está la falta de recursos especializados o equipamientos para muchas pruebas diagnósticas que sólo posee el ámbito hospitalario.

Para ilustrar la complejidad a asumir y la imaginación que se debe derrochar desde las ONGs o incluso desde ciertos servicios de salud con profesionales comprometidos en la atención a las personas sin derecho a ser atendidas por los servicios públicos, el Cuadro 3 resume el "itinerario-tipo" en lo que denominamos "atención sanitaria irregular" realizada habitualmente.

Las posibilidades son varias, y sólo la derivación a la Red Sanitaria Pública es posible cuando hay algún tipo de "convenio" informal, como se señala en el Cuadro 2. A veces, y en especial para atención de médicos especialistas (urología,

Cuadro 3:

ITINERARIO-TIPO EN LA "ATENCIÓN IRREGULAR"



cardiología, etc.), se recurre a colegas profesionales que, trabajando en ciertos dispositivos públicos, se arriesgan a "colar" al paciente inmigrante y a atenderle bajo su responsabilidad. La opción más frecuente, utilizada por la propia colectividad inmigrante, es la de la entrada por urgencias, que sólo admite situaciones límite; esto supone, además de un riesgo para la vida de las personas que utilizan esta vía extrema, un coste muy alto para el propio sistema.

Todo este despliegue surrealista de esfuerzos humanos, costes, miedos, inseguridades y, sobre todo para la población afectada, sufrimiento, sería eliminado si simplemente se diera respuesta a un derecho humano tan básico como es el de la Salud, independientemente de la situación administrativa de las personas. Todo ello aliviaría en gran medida las situaciones de muchas personas que han venido a nuestro país a cubrir espacios laborales por nosotros no asumidos, aunque necesarios para el desarrollo de nuestra sociedad, y que casi siempre carecen de permiso de residencia porque el condicionante previo (hasta la fecha) del permiso de trabajo se carece de él, ya que no tienen contrato. Imaginemos las abusivas condiciones de explotación, a nivel económico y de condiciones de trabajo, que estas personas padecen.

● Dificultades para ejercer el derecho a la prevención y a la atención sanitaria

En resumen, consideramos que las principales dificultades que encuentran los colectivos inmigrantes en nuestras comunidades, en materia del cuidado de la salud, pueden englobarse en dos grandes grupos de factores:

ESTRUCTURALES, y que afectan fundamentalmente a aquellos inmigrantes sin papeles y con problemas económicos (circunstancias que se retroalimentan creando un perverso círculo vicioso), y **FUNCIONALES / SOCIOCULTURALES**, que tendrían que ver

esencialmente con aspectos de distancia cultural y con otros condicionantes referidos a la accesibilidad u otras trabas administrativas.

La procedencia de la mayor parte de los flujos migratorios, con origen rural en sus países y con escasas habilidades para el desenvolvimiento en un entorno urbano, complica las posibilidades de acceso a la red sanitaria, máxime si sumamos el miedo a identificarse cuando se encuentran sin documentación en regla. Otros factores que dificultan la relación profesional-paciente son los referidos a las variables culturales, que provocan inseguridad tanto en la persona inmigrante como en los técnicos de salud, ante usos y costumbres que es necesario tener en cuenta a la hora de la atención. Así por ejemplo, los problemas de pudor, en el caso de las mujeres magrebíes, o los hábitos religiosos (ramadán) que impiden tratamientos que supongan la toma de medicación en ciertas horas del día.

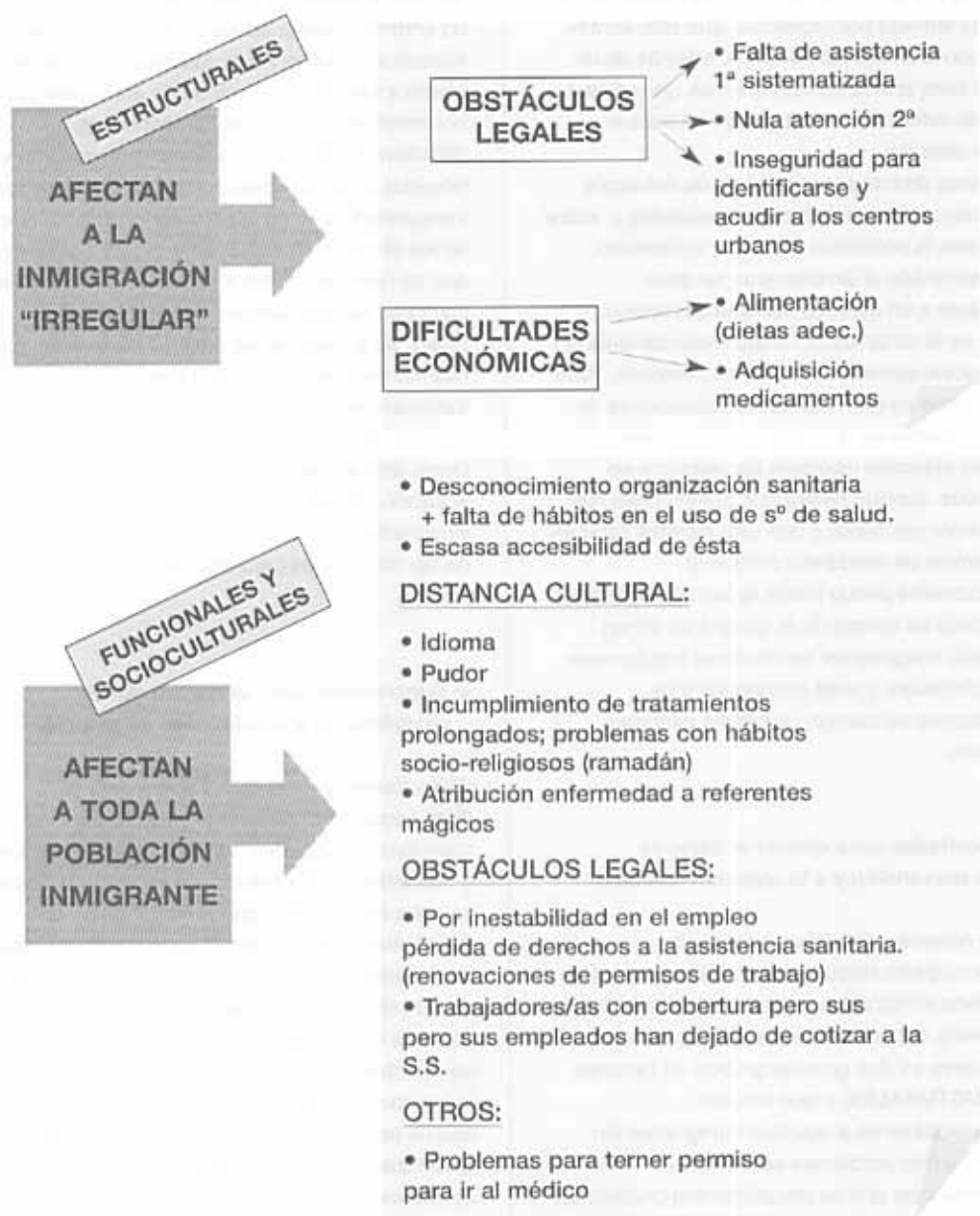
Otras dificultades, procedentes de la injusta situación laboral de muchas mujeres y hombres inmigrantes, son de índole más cruel, como es la de las dificultades para obtener permiso para ir al médico.

● Sugerencias para la mejora de las posibilidades y condiciones de atención

Evidentemente la gran barrera para el ejercicio del derecho a la salud, para los colectivos inmigrantes, se basa en la legislación y normativa en materia de extranjería, que hasta la fecha ha impedido que la Red Pública de Salud atienda de manera universalizada a todas las personas inmigrantes, independientemente de que dispongan de permiso de residencia o no. A la hora de redactar este artículo, acaba de ser aprobada por Las Cortes la modificación de la Ley de Extranjería, que afortunadamente asume un carácter humanitario y de derecho al garantizar la atención sanitaria a todos los colectivos inmigrantes. Sin duda, buena parte de las dificultades esbozadas en las líneas precedentes serán eliminadas y tanto el bienestar

Cuadro 4:

DIFICULTADES PARA EJERCER EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA



físico y mental de muchas personas será garantizado; otras ventajas de paz social y relaciones positivas en el conjunto de la comunidad también serán beneficios no menos importantes que facilitarán la convivencia y la tan manida "integración" de otras culturas entre nosotros.

Pero también consideramos que, pese a este logro tan reivindicado por muchos sectores sociales, políticos y ciudadanos de la reforma de la Ley de Extranjería, no acaban los problemas de intercambio, comunicación y conocimiento respectivo entre los usuarios procedentes de otros países y los servicios y profesionales de la estructura sanitaria pública.

Por ello, nos atrevemos a realizar algunas sugerencias estratégicas respecto al papel de los profesionales de la salud (personal médico, de enfermería y administrativo) y de las organizaciones sociales comprometidas en la ayuda sociosanitaria:

1. Los/las profesionales podrían:

- Intentar eliminar las percepciones erróneas, estereotipos y prejuicios, sobre formas de enfermar por parte de los inmigrantes (v.g., no

casi todos padecen tuberculosis)

- Mejorar la comunicación (idiomática y actitudinal) con los pacientes
- Formarse en aspectos de interculturalidad: creencias y valores de las migraciones, actitudes y conductas de su entorno (familia, grupo de iguales, etc.) para asegurar apoyo y continuidad en los tratamientos, etc.
- Eliminar presupuestos sobre el "culturalismo" (no van al médico por su cultura, porque son así)

2. Las organizaciones sociales podrían:

- Desarrollar una tarea de "acercamiento" de los colectivos inmigrantes a la estructura sanitaria.
- Formar y sensibilizar a profesionales de las redes públicas de salud
- Mantener y ampliar actividades de Educación para la Salud
- Servir de "observatorios" en materia de salud comunitaria sobre la situación de los colectivos.
- Mantener una actitud de denuncia de las situaciones de discriminación.
- Sensibilizar a la ciudadanía en general.