

SALUD

materiales didácticos

Edita: Junta de Andalucía

Consejería de Empleo

Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias

© de la presente edición: Junta de Andalucía

Coordinadores: Francisco Checa y Olmos y M^a Pilar Baraza Cano

Diseño gráfico: Faustina Morales

Maquetación: Teresa Barroso, Ensenada**3**

Imprenta: Escandón Impresores

Depósito Legal: SE-5543-2009

ISBN: 978-84-691-6845-5

PRÓLOGO

La Consejería de Empleo, a través de los Proyectos FORINTER (Programa Operativo Integrado de Andalucía 2000-2006) y FORINTER2: Formación en Interculturalidad y Migraciones (cofinanciado al 80% por el Programa Operativo de Andalucía 2007-2013 del Fondo Social Europeo), cuenta con un Plan de Formación en Materia Intercultural dirigido al personal de las Administraciones Públicas de Andalucía. La finalidad del plan formativo es el desarrollo de un proceso político y técnico, ya iniciado, que implique nuevas maneras de pensar y enfocar las políticas, los modos organizativos y la forma de trabajar de las instituciones, basado en la incorporación transversal de la perspectiva intercultural, con el objetivo de lograr una mayor cohesión social.

De la sistematización del conocimiento generado, aprehendido y compartido en las diferentes acciones formativas sobre interculturalidad y gestión de la diversidad en contextos específicos de intervención con población inmigrante extranjera, surge la colección "Cuadernos de Interculturalidad".

El presente cuaderno, segundo número de la colección, se presenta con el título "Interculturalidad y Salud". Coordinado desde la Universidad de Almería, pretende acercar a los y las profesionales que trabajan en el sistema sanitario aquellos conocimientos básicos en interculturalidad enmarcados en su ámbito de especialización, el de la salud, de una manera gráfica, amena, didáctica y de fácil comprensión y seguimiento.

La publicación de estos materiales en interculturalidad recogerá y difundirá los contenidos básicos en materia de migraciones y gestión de la diversidad de una manera ordenada, y secuencial. Los contenidos, a modo de manual, elaborados por las Universidades que participan en la formación, cuentan con las aportaciones, sugerencias, experiencias y necesidades surgidas entre los y las participantes en las diferentes acciones formativas.

La colección parte con ocho números:

- Policía Local
- Salud
- Diversidad e Interculturalidad
- Educación
- Empleo
- Medios de Comunicación
- Normativa y legislación
- Servicios Sociales

Se cuenta con la posibilidad de ir ampliando la colección contando con las demandas y necesidades que irán surgiendo en un contexto intercultural dinámico y cambiante. Necesidades a las que el proyecto de Formación en Interculturalidad y Migraciones seguirá adaptándose para cubrirlas.

Este conjunto de materiales y propuestas bibliográficas no se debe entender como una guía, sí como un cuaderno didáctico que puede por sí sola constituir un recorrido formativo. Se trata de la documentación complementaria a las intervenciones en los cursos. Es una selección de documentación básica que ayudará a completar, aumentar y a asentar el conocimiento adquirido en los cursos de formación en interculturalidad para trabajar el fenómeno de la presencia de población extranjera en determinados contextos desde una perspectiva intercultural y de género. Estos materiales ayudarán, sin duda, a aprender del conocimiento ya existente, derivado de la propia experiencia y práctica profesional del/ de la lector/a.

Rocío Palacios de Haro
Directora General de Coordinación de Políticas Migratorias

Sevilla, junio de 2009

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
• Introducción	9
• Objetivos	10
• Contenidos	10
CONTENIDOS	13
• Tema 1. La competencia intercultural y las habilidades de Intervención en mediación social intercultural, por Octavio Vázquez Aguado	15
• Tema 2. La visión de la otredad en torno a población inmigrante extranjera desde la atención primaria de salud	30
• Tema 3. Inmigración: adaptación y duelo, por Nabil Sayed-Ahmad Beiruti	45
• Tema 4. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de Atención Primaria para un nuevo modelo de sociedad?, por José Vázquez Villegas	64
• Tema 5. La salud y la mujer inmigrante, por María Isabel Oliver Reche, Pilar Baraza Cano y Encarnación Martínez García	67
• Tema 6. Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas, por M ^a Casilda Velasco Juez	98
• Tema 7. Síntesis didáctica de la ponencia "migración y prostitución. Una aproximación desde la etnografía", por Estefanía Ación González	111
CASOS PRÁCTICOS (orientaciones y recomendaciones de intervención)	117
• Casos prácticos	118
• Práctica individualizada de reflexión	121

TESTS	122
• Tests	122
• Soluciones tests	126
GLOSARIO DE CONCEPTOS	127

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la inmigración ha sido un hecho constante en el proceso de conformación de la humanidad, siendo vehículo de transmisión de conocimientos y costumbres y modelando, junto con otros factores, la sociedad actual.

En los últimos diez años, España se ha transformado de país emisor de población inmigrante en país receptor, tanto de inmigrados procedentes de la Europa comunitaria como de países en desarrollo. Las causas de la emigración son diferentes en ambos casos, ya que en el primer se debe a motivos turísticos, climáticos o sociales y en el segundo es el factor económico el que determina el proceso migratorio. Por tanto, también son diferentes sus condiciones de vida y sus posibilidades de integración y de participación social.

En la actualidad el fenómeno de la globalización está provocando un crecimiento económico y social divergente, aumentando las diferencias y desigualdades socioeconómicas entre el Norte y el Sur. Este hecho, junto a la evolución de los transportes y el acceso, mediante los medios de comunicación, a la información sobre cualquier lugar del mundo, ha generado un mayor conocimiento de las sociedades desarrolladas, produciendo un crecimiento importante y sostenido del movimiento migratorio a nivel mundial desde los países pobres a los países

ricos, para encontrar unas mejores condiciones de vida.

En este material formativo nos interesamos, básicamente, por la población inmigrada cuyas condiciones de vida y relaciones con la sociedad de acogida generan menores posibilidades de desarrollo personal y de integración.

La inmigración en relación con la salud es una dimensión de la diversidad cultural que se caracteriza por tres importantes rasgos: la ruptura con su medio, las diferencias de cultura y de idioma y las dificultades para el acceso a los servicios de salud. Estos hechos originan desigualdades sociales que generan desigualdades en salud, a las que tenemos que ser sensibles todos los agentes sociales y, en especial, los y las profesionales de los sectores públicos.

Por ello, es necesario desarrollar actitudes positivas, tanto individuales como colectivas, en las que tengamos presente estos dos factores: inmigración como desigualdad e inmigración como contextos culturales diversos.

Desde este planteamiento, los y las profesionales de los sectores públicos debemos enfrentarnos al reto de proveer servicios a personas procedentes de distintas culturas. Y para ello es necesario que contemplemos formas de relación que impliquen respeto hacia al "otro" e intercambio de conocimientos, creencias y costumbres.

OBJETIVOS

- Describir en qué manera el proceso de inmigración afecta a la salud de las personas que emigran.
- Definir qué es ser culturalmente competente en salud.
- Describir por qué es importante para los profesionales de los sectores públicos ofrecer información adaptada culturalmente a las personas inmigrantes.
- Describir por qué es importante para los profesionales de los sectores públicos ofrecer servicios culturalmente congruentes a las personas procedentes de otros países.
- Identificar estrategias de abordaje en la atención sanitaria a la población inmigrante con el fin de orientar los servicios sanitarios a la diversidad cultural.
- Desarrollar habilidades para identificar en la población inmigrante prácticas tradicionales positivas y negativas para la salud.

CONTENIDOS

En el proceso de inmigración influyen factores macroestructurales: política, globalización, comunicación; así como factores microestructurales: la familia y las redes sociales. Desde este prisma es importante analizar cómo el derecho a las prestaciones de salud para la población inmigrante, que es reconocido por los organismos internacionales (OMS, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Parlamento Europeo, etc.), se traduce en la práctica y cuáles son los mí-

nimos que deben cumplir los servicios sanitarios para que se garantice dicho derecho. Es necesario, así mismo, identificar cuáles son los factores que dificultan la accesibilidad a los servicios, que van más allá de la situación administrativa en que se encuentre la persona y de su idioma, ya que, independientemente de estas u otras cuestiones, la actitud de los profesionales es básica para poder prestar un servicio aceptable y de calidad.

En Andalucía se han desarrollado dos Planes Integrales de Inmigración que, desde un abordaje intersectorial, intentan disminuir las barreras existentes en la comunidad en todos los servicios públicos, facilitando el acceso a los servicios sanitarios, estableciendo objetivos concretos en las áreas de mayor inmigración y desarrollando un trabajo conjunto con las redes sociales, ONG, sindicatos, asociaciones de defensa y apoyo de los derechos de la población inmigrante y asociaciones de inmigrantes.

Conocer cuál es el proceso que la persona inmigrante atraviesa psicosocialmente, desde el momento de su partida hasta la llegada y posterior asentamiento en el país de acogida, nos puede ayudar a establecer una relación más eficaz, que facilite la integración desde un planteamiento intercultural, es decir, buscando y encontrando las semejanzas y respetando las diferencias.

Por otro lado, sólo desde el conocimiento propio y el análisis de nuestras actitudes y conductas ante la población inmigrante, es posible modificar prejuicios y comportamientos xenófobos, a veces inconscientes, que pueden originar conflictos en el día a día, cuando prestamos servicios a población de otras procedencias.

Desde las experiencias existentes, hoy es posible identificar cuáles han sido las estrategias utilizadas en los servicios sanitarios para conseguir orientarlas a la diversidad cultural, entre las que están adquiriendo una gran importancia la formación de los profesionales, la competencia cultural institucional y personal, la adaptación de programas y la mediación intercultural. Además, es necesario que la población no regularizada se contemple en la dotación de recursos para no generar en la población autóctona rechazo por la percepción de pérdida de servicios. Todo ello hay que plantearlo desde la visibilidad de la población inmigrante, es decir, integrándola en los servicios existentes y no creando espacios específicos, lo que, aunque a corto plazo puede presentar ventajas en la comunicación, a la larga fomenta la ocultación de la nueva situación y, por tanto, no facilita la interculturalidad. Los espacios sanitarios ponen en contacto a población autóctona y población inmigrante, constituyendo un lugar privilegiado para facilitar encuentros culturales.

Para poder atender a la población inmigrante es necesario conocer cuáles son sus necesidades y sus problemas de salud. La creencia de que los inmigrantes traen enfermedades de tipo infeccioso y, en ese sentido, representan un riesgo para los ciudadanos no se ha evidenciado en los estudios realizados. La población que emigra es joven y generalmente sana, ya que ha subsistido a las múltiples dificultades que han encontrado en su proyecto migratorio. Por tanto, los problemas de salud que presenta, en su mayoría, son adquiridos en el país de acogida y están relacionados con las condiciones de vida y trabajo, así

como con su situación administrativa. Estas condiciones de vida pueden generar en ocasiones situaciones de exclusión social, hacinamiento, déficit en la alimentación, etc., que favorecen la adquisición de enfermedades infecciosas, pero dichas situaciones las propiciarían igualmente en la población autóctona que viviera en esas mismas circunstancias.

En los últimos años ha habido una feminización de la inmigración, tanto por la reagrupación familiar como por la existencia de un proyecto migratorio de las mujeres. Actualmente, la primera causa de ingreso de la población inmigrante en los hospitales es el parto. Por ello, es necesario hacer un énfasis especial en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes, especificando cuáles son sus necesidades y de qué modo podemos dar una respuesta apropiada desde los servicios sanitarios.

En varias ocasiones se ha mencionado la competencia intercultural como un elemento básico a desarrollar por el personal sanitario para prestar servicios aceptables y de calidad. La competencia cultural es un proceso que se potencia con los encuentros culturales, mediante el cual se modifican actitudes y se adquiere el conocimiento y las habilidades necesarias para aplicar cuidados en salud dentro del contexto cultural de la persona, familia o comunidad, fomentando la resolución de conflictos desde la perspectiva de la negociación. Para ello es necesario que los profesionales sean sensibles culturalmente y se posicionen como mediadores interculturales.

Las creencias religiosas de la población a la que se atiende, su concepto de salud-enferme-

dad, sus preferencias y prohibiciones alimentarias, sus costumbres sobre el nacimiento, la enfermedad y la muerte, sus prácticas tradicionales, sus sistemas de cuidados de referencia, entre otros, forman parte de la evaluación cultural necesaria para poder intervenir favoreciendo estilos de vida saludables.

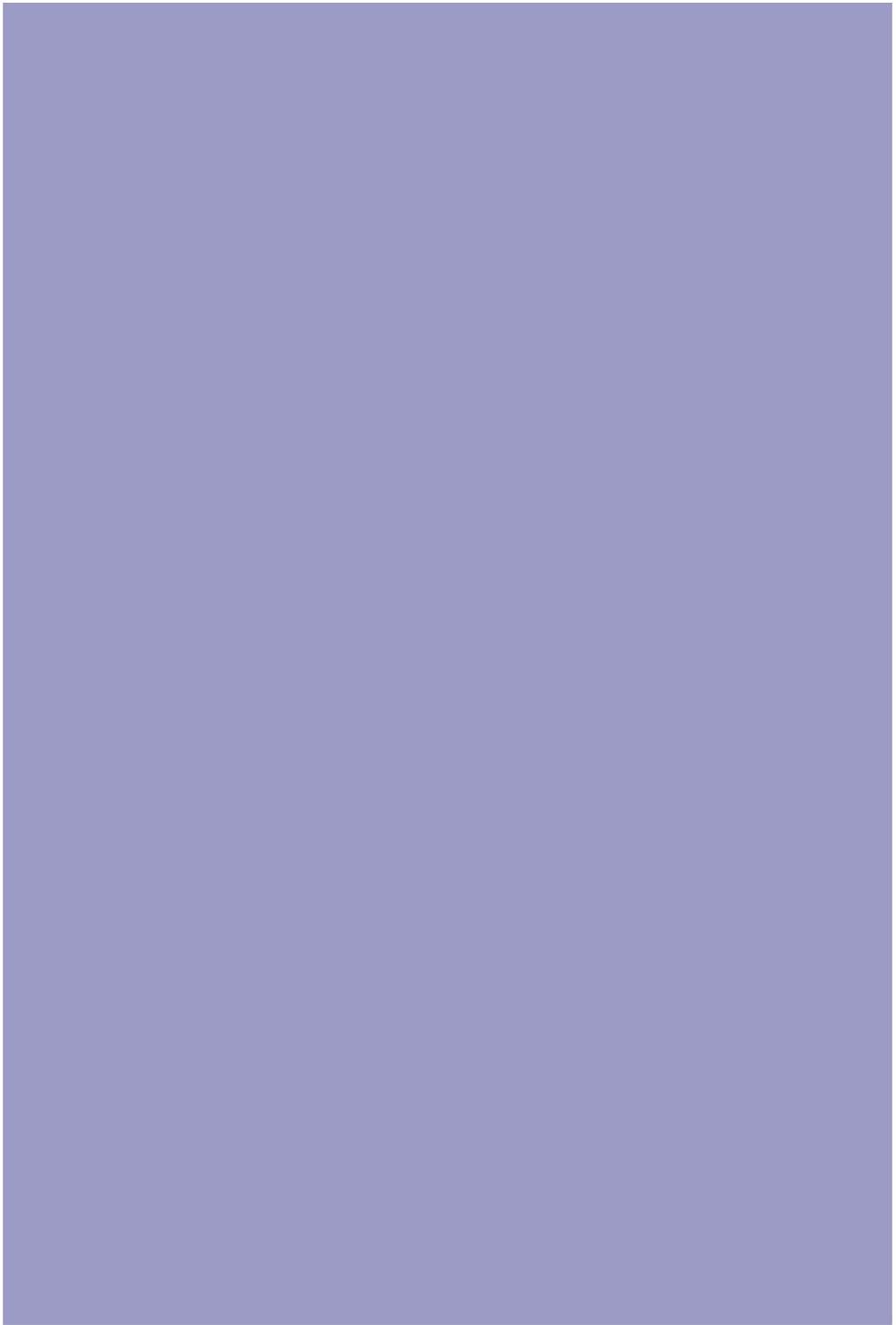
Dentro de las prácticas tradicionales podemos encontrar conductas positivas como la lactancia materna, que tiene una alta consideración en la población inmigrante, o el cuidado de los mayores en la población musulmana, (está recogido en *El Corán*), pero también existen prácticas negativas como la mutilación genital femenina que hay que ayudar a desterrar, ya que suponen un atentado contra la mujer, originando graves problemas de salud. Por ello, hemos considerado importante desarrollar un tema específico al respecto.

El proceso migratorio puede, en ocasiones, fracasar o no responder a las expectativas de la población inmigrante, situándola en posición de

vulnerabilidad a la exclusión social, drogadicción, etc. En el caso de la mujer, este hecho puede agravarse aún más por las desigualdades de género existentes en la sociedad actual. Esta situación ha conllevado que la mayor parte de las mujeres que trabajan en la prostitución en España sean inmigrantes, algunas con un proyecto migratorio propio en este sentido y otras obligadas por sus circunstancias. Dado que esta actividad presenta unos riesgos para la salud, es interesante contemplarla en este material formativo.

Por último, queremos reconocer la necesidad de una formación permanente y continuada sobre los problemas de salud que afectan a la población inmigrante y la forma de abordarlos desde la interculturalidad, única opción posible para favorecer la integración y trabajar en la consecución de una sociedad mejor. En este sentido, recomendamos el *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*, material formativo específico para profesionales sanitarios editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

CONTENIDOS



TEMA 1

LA COMPETENCIA INTERCULTURAL Y LAS HABILIDADES DE INTERVENCIÓN EN MEDIACIÓN SOCIAL INTERCULTURAL

OCTAVIO VÁZQUEZ AGUADO

Catedrático de Trabajo Social de la Universidad de Huelva

CONDICIONES Y CONCEPTOS CLAVES PARA ABORDAR LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON INMIGRANTES EN CLAVE INTERCULTURAL

Como punto de partida para el desarrollo de este trabajo creemos que es imprescindible prestar atención a los elementos contextuales que afectan al desarrollo de la intervención social en sociedades multiculturales. Son aspectos que requieren una reflexión previa para entender cómo debemos pensar esta intervención. De lo contrario, abordaremos con debilidad el esfuerzo analítico y profesional que requiere este tipo de intervención.

Son tres los elementos que creemos condicionan la aproximación profesional en los contextos plurales. Se dan en todas las situaciones, pero no siempre en igual medida. Corresponderá a los profesionales interrogarse acerca de la ecuación que, en cada situación, perfilan estos tres elementos: la constatación de la diversidad, el lugar que los actores ocupan en la estructura social y, finalmente, las condiciones de desigualdad en la que se produce la relación profesional-cliente.

Constatar, descubrir la diversidad creciente en un territorio es un requisito previo a plantear-

nos la intervención social desde las claves de la competencia intercultural. En efecto, nuestros contextos, ya plurales de por sí en su configuración histórica y en su definición actual, están creciendo en diversidad fundamentalmente, pero no exclusivamente, por la presencia de ciudadanos de origen extranjero. Aunque insistimos en que la diversidad no se agota en este fenómeno, no es menos cierto que la presencia de este tipo de ciudadanos ha coincidido con el debate sobre la diversidad en nuestra sociedad.

La primera consideración que nos merece la diversidad es generalmente positiva. En todos los órdenes de la vida tendemos a considerar que la pluralidad de opciones sobre un mismo hecho u objeto es un factor de riqueza, de amplitud de posibilidades. Estimamos que una sociedad plural y diversa es más rica y potente. Sin embargo, la diversidad existente sobre un territorio nos enfrenta no sólo a consideraciones positivas del tono de las comentadas aquí, sino que también nos predispone a interrogarnos acerca de cómo gestionar los conflictos potenciales que se puedan producir a partir de la existencia de dos o más visiones diferentes sobre un mismo hecho.

Es decir, cómo gestionar y organizar los espacios, formales e informales, en los que se produce el contacto personal entre sujetos de origen diverso. Es importante esta cuestión porque, cuando suceden estos conflictos, la primera reacción que se suele producir es defensiva: tendemos a considerar nuestra visión como la adecuada o correcta y como errónea la otra visión. Sin embargo, desde el punto de vista de la intervención social es necesario prestar atención a las otras visiones sobre un hecho que genera conflicto. Esta atención deriva de la necesidad de saber por qué la otra persona actúa de una manera concreta. Este conocimiento no implica aceptación o justificación de su comportamiento; tan sólo conlleva un intento de comprender qué sentido tiene el comportamiento desarrollado por uno o varios individuos.

El lugar que ocupan los actores de la relación en la estructura social es otro elemento de poderosa reflexión en los contextos multiculturales, en la medida en que es un elemento que influye enormemente tanto en la consideración de los actores como en la relación en sí. Esta posición condiciona el acceso al empleo, a los recursos sociales, a una vivienda digna y, en definitiva, a un reconocimiento social que, como decimos, afecta tanto a nuestra percepción del otro como a la relación en sí. En nuestro contexto qué duda cabe que, generalmente, las personas de origen extranjero objeto de la intervención social suelen ocupar peores empleos y viviendas menos dignas que la población de la sociedad receptora.

Las condiciones desiguales en las que tiene lugar la relación profesional con los inmigrantes son el tercer elemento que condiciona la inter-

acción profesional. Generalmente, los profesionales ocupan no sólo un lugar de referencia respecto a sus clientes, sino que, además, tienen posiciones de superioridad respecto a los mismos, porque no sólo están reconocidos como expertos para aconsejar y resolver problemas, sino que también son mayoritariamente miembros de las sociedades receptoras y representan un discurso, una manera de ver la realidad social que es considerada como la normal y correcta.

Lo importante de estas tres condiciones es que todas, en mayor o menor medida, están presentes en todas las intervenciones profesionales en contextos plurales y/o multiculturales. Corresponde a los profesionales conocer qué lugar y qué influencia tiene cada una, sin atender de manera preferente o única a una de ellas. Veamos su influencia a partir de un caso tomado de *El corazón de Madrid* (2002: 91) que recoge la experiencia del servicio de mediación social intercultural del Ayuntamiento de Madrid y que creemos que ilustra perfectamente las tres dimensiones que acabamos de señalar.

El punto de partida de este caso es la situación de precariedad en la que se encuentra una mujer marroquí, divorciada y con una hija de cinco años a su cargo. En el momento en el que se producen los hechos que a continuación relatamos, ésta recibía una prestación de RMI de 58.000 pts. mensuales, y residía en una habitación alquilada con derecho a cocina.

Los servicios sociales municipales tienen conocimiento de este caso a través de la trabajadora social del centro escolar al que acude la niña, pues, a partir de la revisión médica anual que

se realiza en el mismo, se detecta que pesa menos de lo normal. A ello se une, además, algunos problemas de adaptación y que la niña sufre ataques epilépticos.

Ante esta situación, la trabajadora social del colegio se pone en contacto con la trabajadora social que se ocupa de esta familia en los servicios sociales municipales. Ambas, después de repasar los hechos, consideran que, en realidad, están ante un caso de sobreprotección de la madre hacia la hija. Puesto que la niña es epiléptica, la madre está muy pendiente de ella y le deja comer todo lo que le apetece.

Así pues, la trabajadora social municipal decide asignarle a la madre, a través del Programa de Prevención y Familia, una educadora para la familia que la ayude a reconducir la relación con su hija y a introducir pautas saludables en su dieta.

La educadora se hace cargo del caso, pero en seguida se da cuenta de que tiene dificultades de entendimiento lingüístico y cultural con la madre y, por esta razón, solicita la intervención de la mediadora social intercultural.

Una vez que la mediadora entra en escena, se encuentra, por una parte, con una mujer que no comprende que alguien le tenga que enseñar cómo dar de comer a su hija y, por otra, a una educadora con dificultades para hacerse entender por su usuaria.

En un primer momento, la intervención de la mediadora se centra en realizar sesiones de interpretación con el objetivo de mejorar la comunicación entre la educadora y la usuaria. Con estas sesiones no sólo se realiza una labor de traducción, sino, sobre todo, una labor de puente entre

ambas partes para que se comprendan mejor, puesto que la falta de entendimiento no se debe sólo a problemas de comunicación lingüística, sino también a una diferencia cultural en cuanto a la valoración de qué tipo de alimentos son mejores para la niña y cómo se han de cocinar.

Las discrepancias sobre cuál sería la dieta más adecuada se resumen en los siguientes puntos: por una parte, la educadora se basa en las pautas normalizadas de una guía española de nutrición infantil y juvenil. Por su parte, la madre elabora la dieta a partir de su experiencia y las costumbres de su país.

Cuando la mediadora social es conocedora de este hecho, su labor se amplía hacia una mediación interpersonal que se centra, en un primer momento, en conseguir acercar las posiciones de la madre y la educadora, procurar que se escuchen mutuamente y que argumenten sus opiniones. Durante este proceso, la mediadora recoge lo más destacado, los puntos en común y aquellos que las distancia, para posteriormente poder llegar a un acuerdo entre las partes.

El segundo paso de la mediadora va dirigido a nivelar la situación entre la madre y la educadora, puesto que la mujer se hallaba en una posición de desequilibrio de poder ante la educadora, debido a su estado psicológico depresivo y sin muchas fuerzas para dialogar y, también, al miedo que sentía de perder su derecho a la RMI. Por ello, la mediadora se propuso reforzar a la madre para que se expresara sin miedo a la hora de exponer su punto de vista ante la educadora.

A partir de este momento, la comunicación mejoró, la madre pudo explicar en qué consiste

la dieta habitual que se suele dar a los hijos en su país y por qué es así, mientras que la educadora pudo transmitir los principios en los que se basa la nutrición infantil que recomiendan los expertos. A raíz de esta mejora de comunicación, las dos mujeres dialogaron y confeccionaron juntas cuál habría de ser la dieta más adecuada para que la niña superase su problema de bajo peso.

Estamos, por lo tanto, ante un caso claro de intervención de la mediadora social intercultural como apoyo a un profesional y, también, ante una de las vías más habituales que conducen hacia la mediación interpersonal.

A nosotros no nos interesa analizar en estos momentos la intervención de la mediadora social intercultural. Sí nos ocupa un análisis de este caso de acuerdo a los tres elementos que hemos visto que condicionan la intervención social en contextos plurales. Por un lado, en este caso, nos encontramos con elementos de diversidad cultural que, como se recoge, tienen que ver con una familia marroquí compuesta por madre e hija y su visión de cuáles son las pautas correctas de alimentación frente a otras consideraciones de los profesionales sobre esta cuestión. También concurren dificultades de entendimiento lingüístico. Asimismo, hay elementos que nos remiten a los lugares que ocupan los actores en la estructura social: una de las partes vive en una habitación con derecho a cocina y sus ingresos económicos se reducen a la RMI, que teme perder si no atiende a las recomendaciones de los profesionales contratados por administraciones públicas. Finalmente, la desigualdad que existe en la relación es también palmaria: no menos de cuatro profesio-

nales por un lado y, enfrente una madre y su hija. En medio, lo que se considera pautas correctas de alimentación: los profesionales se apoyan en una guía elaborada por un experto, mientras que la madre se basa en su experiencia.

Habría sido muy fácil explicar el problema de falta de peso de la hija tan sólo porque la madre no la alimenta bien. Sin embargo, hemos podido comprobar que hay otros elementos que influyen en la situación y que los profesionales deben contemplar. Este análisis triple de los elementos culturales, del lugar en la estructura social y de desigualdad en la relación, es el que los profesionales deben realizar en su intervención profesional, porque las situaciones que abordan están atravesados por ellos tres. Ahora bien, por sí solos no explican qué es lo que ocurre en una relación profesional en un contexto multicultural. Es necesario prestar atención a otros elementos que tienen que ver con el proceso de comunicación. Para analizar este nuevo factor, nos basaremos en la teoría de la ansiedad y la incertidumbre de Gudykunst, según el análisis realizado por Rodrigo (1999). Sostiene esta teoría que los malentendidos en las relaciones interculturales son frecuentes aun compartiendo entre los interlocutores una lengua que haga más fácil la comunicación. Ello genera un grado de ansiedad e incertidumbre mayor que cuando la relación se produce entre personas de la misma cultura. Gudykunst, con el desarrollo de esta teoría, pretende identificar cuáles son los elementos que facilitan y dificultan la relación intercultural al objeto de poder establecer una comunicación eficaz y no perfecta. La diferencia entre estos

dos calificativos es importante, porque la perfección nos remite al control de todos los elementos presentes en la comunicación, algo imposible en cualquier intercambio comunicativo, mientras que la eficacia nos aproxima al nivel a partir del cual los interlocutores consideran que la comunicación es aceptable.

Los conceptos fundamentales que emplea Gudykunst para explicar su teoría son los siguientes. El primero de ellos es el de *forastero* que viene definido por una doble percepción: está próximo porque entra en interacción con unos sujetos a partir de los cuales establecer las categorías de proximidad o lejanía, y está lejos porque se le atribuye una pertenencia a un grupo distinto. Como señala Rodrigo (1999: 170), la clave en la determinación de este concepto es el grupo a partir del cual se define lo extraño y lo lejano y el criterio que se emplea para tal distinción. Debido a esta doble circunstancia de proximidad y lejanía, la relación con el forastero genera *incertidumbre* y ansiedad. La incertidumbre la define Rodrigo como un fenómeno cognitivo que condiciona lo que pensamos sobre los forasteros. Gudykunst establece dos tipos: la predictiva, que produce inseguridad puesto que no sabemos cómo el otro se va a comportar, y la explicativa, que deviene de la imposibilidad de explicar el comportamiento del otro de acuerdo a nuestros marcos culturales. Sin embargo, en toda relación existe siempre un grado de incertidumbre, porque nunca tenemos la certeza absoluta sobre el comportamiento del otro. Hemos de encontrar un equilibrio entre la máxima y la mínima incertidumbre porque, de este modo, tendremos

confianza para predecir el comportamiento del otro al mismo tiempo que estaremos vigilantes para no obviar los posibles malentendidos que sucedan en la relación. Sin embargo, como señala Rodrigo (1999: 171) *el grado de incertidumbre variará a lo largo del tiempo y en cada interacción específica*, por lo que no tendremos nunca la certeza de dónde localizar el nivel medio de incertidumbre. Únicamente debemos entrenarnos para encontrarlo en cada interacción.

Si la incertidumbre alude al aspecto conductual de la interacción, la *ansiedad* nos remite al componente emocional. Rodrigo la define como un desequilibrio que padecen las personas y no saben exactamente a qué se debe. Es una respuesta emotiva que presupone consecuencias negativas. La ansiedad también está presente en toda interacción comunicativa y el reto es encontrar un equilibrio entre un máximo, que, según Gudykunst, equivale al uso de los estereotipos para explicar el comportamiento del otro volviendo ineficaz nuestra comunicación, y un mínimo, que conlleva una desmotivación por la interacción.

El logro de una comunicación efectiva depende del equilibrio en la incertidumbre y en la ansiedad. Según Gudykunst, se trata de un proceso de intercambio de mensajes, de creación, interpretación y construcción de sentido que no todas las personas, ni siquiera aquellas que pertenecen a un mismo marco cultural, realizan del mismo modo, aunque, evidentemente, es más fácil la comunicación cuando se comparte el marco cultural que cuando no. Para lograr una mayor eficacia en la comunicación hay que tener conciencia del

proceso comunicativo, superar la comunicación como algo automático e incorporar el análisis de los valores y significados implícitos que usamos.

La importancia de los conceptos expuestos en esta teoría (forastero o extranjero, doble vinculación con el mismo: cercanía y lejanía, incertidumbre, ansiedad y proceso comunicativo) podemos verla con claridad en el siguiente relato de otra intervención profesional que nos sirve de excusa para ilustrar lo anterior:

El trabajo con la familia B. comenzó en 1991 cuando el cabeza de familia, M., quería regularizar su situación en España aprovechando el período extraordinario que había concedido el Gobierno Central para ello. M. estaba en nuestro país desde 1984 trabajando como marinero acogido al convenio de pesca entre España y Marruecos. En 1993 abandona la actividad laboral al conseguir una pensión de jubilación de invalidez por enfermedad profesional.

También en 1993 consigue reagrupar a su familia que, durante todo este tiempo, había permanecido en una ciudad del norte de Marruecos. Esto fue posible gracias a la labor desarrollada por una asociación a través de su trabajador social. La familia está compuesta por un total de nueve miembros, siete de los cuales son hijos entre veintidós y cinco años. Todos, salvo el segundo, están escolarizados, aunque presentan situaciones de fracaso y retraso escolar respecto a otros niños de su edad. Su situación económica es precaria, puesto que la renta media disponible por cada miembro de la unidad familiar supera en poco las ocho mil pesetas mensuales. Tras una estancia prolongada en una vivienda del centro

de la ciudad, se trasladan a una casa adquirida en propiedad en un barrio periférico, que presenta unas condiciones de habitabilidad deficientes por la escasa dotación de servicios y por la insuficiencia de espacios.

La relación que mantienen los cónyuges entre sí es muy tensa: la mujer se quiere separar, pero no se atreve dada su condición de musulmana. El marido pasa mucho tiempo fuera del hogar y es criticado por su escasa aportación a la economía familiar. De los hijos, la hija mayor se presenta como el miembro de la familia con más autoridad, asumiendo decisiones que les corresponden a los padres: interviene en el proceso educativo de los hermanos, busca recursos sociales y económicos..., es el miembro que mejor habla la lengua castellana y que mejor conoce la organización de nuestra sociedad.

El trabajo realizado por los trabajadores sociales de la asociación con esta familia ha sido importante a lo largo de todos estos años. Han hecho posible la reagrupación familiar facilitando la tramitación de los documentos. Se ha dispuesto un sistema de apoyo para la enseñanza de la lengua a los hijos y la esposa. Se la ha apoyado en la adquisición de material escolar, en el equipamiento del hogar, el pago de alquiler y suministros básicos. Se la ha ayudado en la toma de decisiones mediante la clarificación y el análisis de su situación... A pesar de todo ello, las relaciones entre los miembros de la familia y los profesionales no han sido fáciles. Por parte de estos últimos, se observa una relación de dependencia hacia la asociación, situación que se quiere romper. La familia considera, a juicio

de los profesionales, que la asociación tiene la obligación de responder a todas sus necesidades de origen económico: cuando se da la respuesta querida, hay una actitud positiva; cuando no, se producen tensiones por ambas partes.

La relación con la familia se deteriora a un ritmo acelerado a partir de la siguiente intervención profesional: la hija mayor, la que muestra una mayor adaptación a la sociedad de acogida, plantea a la profesional su deseo de trabajar. Tras sopesar si el deseo era en firme o no, la profesional moviliza una serie de contactos que fructifican en la posibilidad de trabajar de empleada de hogar en el domicilio de un matrimonio, ambos funcionarios, sin hijos, en horario de mañana, siendo sus tareas las relacionadas con la limpieza de la casa. No estaría contratada, pero el sueldo doblaría los ingresos medios familiares y las condiciones de trabajo le permitirían seguir estudiando. Tras comunicar tales condiciones a la interesada, en el último momento, ésta rechaza el trabajo. Se presenta en la asociación acompañada de su madre, la cual, increpa a la profesional por el trabajo hecho y por no habérselo comunicado antes a ella. La profesional muestra incompreensión ante la actitud acusadora de la madre y la inhibida de la hija. No saber por qué se comportan así. A partir de entonces, la relación con la familia B. se enfría y prácticamente se pierde. La profesional creía que el trabajo era la solución a la situación de la familia y, sin embargo, lo que se encuentra es la pérdida de confianza de la misma.

Los conceptos claves que expone Gudykunst en su teoría los podemos ver perfectamente en

este breve relato: nos encontramos con otra familia (qué casualidad, también de origen marroquí) con la que una asociación viene trabajando desde hace tiempo, por lo que se puede pensar que, a pesar de las dificultades y problemas que se plantean, la relación es fluida. La incertidumbre y la ansiedad de los profesionales en este caso son menores en la medida en que existe una relación de mucho tiempo. Sin embargo, hay un acontecimiento que desencadena la pérdida de confianza de la familia en los profesionales: la búsqueda de un trabajo para la hija mayor. La comunicación entre familia y asociación, que se nutría de una relación de varios años, se rompe y genera incompreensión por un comportamiento concreto de la hija mayor que sólo se puede explicar desde un marco de referencia diferente al de los profesionales. Es decir, hay una comunicación fluida basada en la proximidad pero, sin embargo, hay una atribución de comportamientos a un grupo que es ajeno. Esta es la clave, lo que genera la ansiedad y la incertidumbre: ¿por qué se comportan así? Los profesionales necesitan superar esta situación mejorando su conocimiento sobre los sujetos de la acción y sobre las causas que explican su comportamiento. Pero no basta con conocer más. Es necesario articular también una estrategia de intervención, la competencia intercultural basada en la acción intercultural.

LA ACCIÓN INTERCULTURAL

Entendemos que la acción intercultural es una forma de intervención que se caracteriza por abordar la realidad de la diversidad atendiendo

tanto a factores culturales, socioestructurales y personales. Se basa en el abordaje de la diferencia, pero no la reduce únicamente a sus elementos de naturaleza cultural, sino que introduce otros elementos para su análisis.

Como forma de intervención, definimos la acción intercultural como un proceso que comienza con la constatación positiva de la diversidad que existe sobre un territorio aunque, en determinadas ocasiones, esta convivencia puede ser conflictiva. Afecta a toda la población y no se dirige, por tanto, exclusivamente a los miembros de los grupos minoritarios o etiquetados como diferentes. Tiene una dimensión preventiva en la medida en que, a través de la educación, puede facilitar a los individuos afectados elementos que les ayuden a convivir con diversidad. Posee, asimismo, una función reparadora, puesto que sus estrategias se desarrollan también en situaciones de conflicto. Sus objetivos fundamentales deben permitir el análisis de la producción de las diferencias sociales a partir de la diversidad cultural, facilitar la convivencia entre sujetos diferentes logrando que esta diversidad no constituya un obstáculo.

Esta concepción de la acción intercultural des- cansa en considerar que los procesos de cambio y aceptación no afectan únicamente a los inmigrados (De Lucas, 2001: 49), puesto que implican también a las sociedades receptoras en la medida en que se generan transformaciones y mutaciones en las mismas. Cómo abordar estos cambios y, sobre todo, cómo hacer ver que la inmigración representa más pluralidad y más diversidad a sociedades ya plurales y, por tanto, no homogéneas, es uno de los desafíos a los que se enfren-

tan los países que acogen inmigrantes y a los que la acción intercultural puede dar respuesta en la medida en que la misma pretende una educación en la convivencia con la diversidad. Todo ello sin obviar que la integración implica también un tratamiento legal adecuado para la extranjería, una mejora en las condiciones de trabajo, acceso a la vivienda, educación, una participación en el espacio público y una ocupación del mismo que exige renegociar las claves de su ordenamiento.

A pesar de la importancia de la acción intercultural como propuesta de intervención, su desarrollo no es ajeno a los problemas que plantea la convivencia entre sujetos diferentes. El principal de ellos es el que afecta al "límite de la tolerancia", que marca la frontera a partir de la cual la diversidad no es aceptable. Este límite tiene una dimensión personal (lo que cada sujeto está dispuesto a aceptar) y una dimensión social (lo que cada sociedad, a través de la regulación normativa, asume como correcto).

EL CONCEPTO DE COMPETENCIA INTERCULTURAL

Para el desarrollo de la acción intercultural como estrategia de intervención proponemos el concepto de competencia intercultural, que pretende reflejar el conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que los profesionales deben poseer para desempeñar con éxito su labor en contextos multiétnicos. Esta competencia, de acuerdo con Rodrigo (1997 y 1999), tiene tres dimensiones fundamentales. *La cognitiva*, que exige un aumento del conocimiento que tengamos acerca del otro, pero también sobre noso-

tros mismos. Este conocimiento no se limita a la dimensión cultural, sino que debe incorporar otras, como la posición estructural que los individuos en relación ocupan. Posee una dimensión *afectiva*, que se desarrolla fundamentalmente a través de la empatía (que nos facilita comprender mejor el punto de vista del otro) pero que exige también desarrollar una capacidad para manifestar emociones positivas frente al otro diferente. Por último, tiene una dimensión *comportamental*, en la medida en que la competencia intercultural proporciona habilidades para adecuar el comportamiento individual al contexto en el que se desarrolla. En esta dimensión es muy importante la comunicación verbal y la no verbal. La suma de estas habilidades debe permitir que los profesionales sean eficaces en la comunicación intercultural.

Pero el desarrollo de esta competencia está sujeto a una serie de riesgos sobre los que debemos estar alerta. Existe un riesgo de cosificación de la misma. Como nos señalan Soenen, Verlot y Suijs (2001: 65), esta competencia es *una noción en alza pero peligrosa* en la medida en que su desarrollo puede quedar reducido a una enumeración universal de habilidades, conocimientos y actitudes que deben ser adquiridos por quienes trabajan con la diversidad. Circunscribir la competencia intercultural a este listado equivale a negar el carácter dinámico e interactivo que exige la acción intercultural y que todo profesional debe tener en cuenta para conducir con éxito su labor en contextos plurales. No podemos, como nos señalan estos autores, limitar esta competencia a un mero perfil profesional que pretenda dar respuesta a

las necesidades formativas y técnicas de profesionales que empiezan a trabajar con inmigrantes. La competencia intercultural requiere, por tanto, de la concepción interactiva de la intervención social, donde los profesionales sean conscientes de la diversidad cultural y de la dinámica de cambio que genera cualquier comunicación, sin olvidar que el simple hecho de poner en contacto a personas diferentes en un mismo espacio no presupone garantía de éxito en el intercambio. Pensamos que es necesario formar y entrenar a los profesionales para que puedan gestionar con éxito sus contactos con la diversidad. Sin embargo, desarrollar cualquier programa formativo conducente al entrenamiento en la competencia intercultural no conlleva la adquisición inmediata de la misma. Los profesionales no pueden conformarse con recibir un conjunto de nociones teóricas y prácticas más o menos interesantes, más o menos novedosas. Pensamos que es necesario incorporar la formación continua, que, en este caso, podría centrarse en aprender y reflexionar sobre las experiencias laborales para perfeccionar y mejorar el conjunto de habilidades y procedimientos que definen a la competencia intercultural.

Por último, debemos evitar el riesgo del culturalismo. Para nosotros, el culturalismo consiste básicamente en atender, de manera exclusiva o preferente, a la dimensión cultural de los inmigrantes como elemento que explica todos los problemas o conflictos que puedan surgir. Aunque hemos sido insistentes en incorporar siempre otros elementos al análisis de la realidad de la inmigración, pensamos que éste es el riesgo principal al que nos enfrentamos cuando traba-

jamos en medio multiétnico: es muy fácil explicar todos los problemas atendiendo únicamente a la diferencia, pero no sólo es un análisis que se vuelve en contra de los propios inmigrantes, sino que simplifica en exceso, por la vía de la descalificación, el trabajo de los profesionales.

La competencia intercultural encuentra un marco de aplicación en la intervención en el desarrollo de la mediación en clave intercultural. La mediación, que implica la participación de una tercera parte cuando dos o más están en conflicto, descansa en el reconocimiento que tienen éstas para resolver los problemas que las enfrentan con la ayuda de un sujeto externo. El mediador facilita la toma de decisiones y agiliza la comunicación entre las partes. Para desempeñar esta función, los profesionales poseen una serie de habilidades y conocimientos, proporcionados por su formación curricular, que incorporan a la mediación: saber escuchar, la empatía, capacidad para buscar nuevos recursos, la comprensión de la lógica de la comunicación, la idea de sistema...

Sin embargo, cuando la mediación se realiza en contextos plurales, se requiere una formación específica que permita comprender la dinámica de las relaciones interculturales. No podemos, una vez más, enfocar el análisis de estos problemas desde una dimensión basada únicamente en la diferencia cultural: es imprescindible incorporar la dimensión estructural y el conocimiento de las realidades personales de las partes en conflicto. La mediación intercultural pretende lograr el reconocimiento del otro como interlocutor válido para resolver los problemas. Para ello, los me-

diadores interculturales deben poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, coincidentes con los de la competencia intercultural, que los faculte para realizar su trabajo.

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA COMPETENCIA INTERCULTURAL

Para poder perfilar la propuesta que hemos elaborado sobre el desarrollo de la competencia intercultural en la intervención debemos contemplar tres referentes fundamentales. Por un lado, las aportaciones teóricas que se han realizado en el estudio de la comunicación intercultural y que, de manera resumida, nos proponen tres espacios de formación para el logro de la competencia intercultural. El ámbito de lo cognitivo o nuestra necesidad de incrementar nuestro conocimiento acerca de nuestras pautas culturales y las del otro, con el propósito de perder incertidumbre y ganar seguridad en el momento de entrar en contacto con el otro diferente. Debemos trabajar, así mismo, el ámbito de lo afectivo, con la intención de poder generar sensaciones positivas sobre el otro diferente, controlando la influencia de los estereotipos y prejuicios. A estos dos ámbitos sumamos el deseo de ampliar el abanico de habilidades de intervención, con el propósito de mejorar la gestión de los posibles conflictos que puedan surgir en la relación intercultural.

Hemos contemplado el conjunto de propuestas formativas que se han desarrollado en España en lo que afecta, fundamentalmente, a las estrategias metodológicas para el trabajo de los contenidos. Nos parece fundamental que los mismos

se aborden desde la realidad del propio grupo que va a realizar la formación, que se contemple su ritmo de trabajo y que se responda a sus propios intereses y deseos. Todos los contenidos serán trabajados desde una perspectiva práctica, que permita la interacción entre los miembros del grupo, ensayando las habilidades nuevas que se proponen al objeto de alcanzar la mínima destreza que se requiere para su ejercicio.

Por último, no debemos olvidar que las profesiones sociales y sanitarias ya reciben una formación reglada que enfatiza las técnicas y habilidades en la relación interpersonal de ayuda. Debemos tener en cuenta toda esta formación y reorientarla hacia la intervención con inmigrantes y hacia el logro de la competencia intercultural.

Aunque hemos procedido a presentar los contenidos de nuestra propuesta atendiendo a los tres ámbitos principales que define la investigación sobre la comunicación intercultural para el logro de la competencia intercultural, debemos señalar que es difícil establecer una frontera nítida que diferencie claramente cada contenido en los tres ámbitos referidos. Entendemos que un mejor conocimiento sobre la inmigración y la comunicación ayuda al componente emotivo y, de igual modo, el uso de habilidades de intervención para la competencia requiere, en determinadas ocasiones, una nueva visión de la inmigración.

En el ámbito de los conocimientos nos parece fundamental, en primer lugar, trabajar los contenidos relacionados con la creación de los grupos y el desempeño de tareas en común. Para ello, seguimos las propuestas realizadas por Shaw (1979), Tous (1993) y el Colectivo Amani (1996).

El trabajo de estos contenidos responde a una doble intención: proporcionar elementos teóricos que permitan la comprensión de la dinámica de los grupos y, por otro lado, dotar de estrategias que faciliten a los participantes la adquisición de habilidades para trabajar en grupos. Con este doble propósito también trabajamos inicialmente los contenidos relacionados con la lógica de la comunicación de Watzlawick y otros (1981), así como pistas que nos permitan mejorar nuestra comunicación (Luft, 1978; Costa y López, 1991).

También ofrecemos referentes teóricos para lograr la comprensión de la realidad de la inmigración. Al respecto, Verbunt (1999) propone los siguientes contenidos: *Historia de las migraciones*, con el propósito de lograr la desdramatización de la inmigración y su consideración como un fenómeno que ha estado presente en toda la historia de la humanidad. Se trataría de analizar tanto la historia de la emigración como la de la inmigración, contextualizando esta última de acuerdo a la globalización y mundialización en la que estamos insertos. Es imprescindible ofrecer información sobre las dimensiones de la inmigración en nuestra sociedad, así como de sus principales características. Consideramos que esta aproximación debe completarse con la realización de historias de vida de inmigrantes a partir del empleo de las entrevistas en profundidad, que permiten tanto el adiestramiento en técnicas cualitativas como el acercamiento a la realidad de la inmigración, lo que contribuye a desdibujar la presencia de prejuicios y estereotipos. El *acercamiento de las culturas*. Este acercamiento se basa en el conocimiento tanto de la cultura del

otro como en la propia. Sin embargo, no se trata de proporcionar un conocimiento enciclopédico acerca de las mismas, sino de abordar, a partir de hechos concretos, el conocimiento de aspectos parciales. No olvidemos, de cualquier modo, que hemos de rechazar una visión estática de la identidad y de la cultura. Por último, *las estrategias identitarias*. Hemos intentado poner de manifiesto cómo la intervención social y sanitaria con inmigrantes está atravesada por la presencia de identidades diferentes en el marco de la relación. Es necesario acercarse al conocimiento de los impactos que produce en la identidad de los migrantes su inserción en contextos diferentes. Sin embargo, no podemos obviar que la identidad propia, tanto personal como profesional, está sometida a conflictos. Cómo se producen y qué incidencia tienen ha de ser objeto de la formación de los profesionales en clave intercultural. De igual modo sucede con los estereotipos y los prejuicios, que son tanto trabajados conceptualmente como analizados desde la propia experiencia personal.

Los profesionales de la mediación intercultural deben contemplar una serie de principios que ayuden a la eficacia de su trabajo. En primer lugar, está la necesidad de *comprender la lógica interna de cada cultura*, con el objetivo de evitar las clasificaciones y las interpretaciones desde un solo punto de vista que conduce siempre a la emisión de juicios negativos. Se impone un conocimiento de la cultura del otro tanto desde el punto de vista del observador como de la comprensión a partir de los sujetos que la viven. Este aporte doble de información

nos ayudará a la *educación en el relativismo*, fundamental para evitar el desarrollo de prejuicios y la emisión de opiniones negativas sobre el otro: se trata de reconocer la validez de todas las culturas y la dificultad de establecer clasificaciones. Sin embargo, esta afirmación no implica una *sacralización de las culturas*, en el sentido de que son inmutables e inalterables. Nada más lejos de la dinámica intercultural, que implica una aceptación del cambio. Otro principio básico de la mediación reside en la *no definición de estereotipos*, es decir, la atribución a todos los miembros de un grupo de unas características individuales. Aunque no podemos evitar el establecimiento de categorías analíticas (africanos, marroquíes, musulmanes...), el problema reside en el uso que damos a estas construcciones y en cómo se generan las mismas. Por último, *no hay que evitar los conflictos*, que no sólo tienen una raíz cultural, sino que en numerosas ocasiones se deben a las diferentes posturas estructurales que ocupan los sujetos de la acción (Camilleri, 1999).

Una vez que hemos facilitado el conocimiento de la realidad de la inmigración, debemos proponer, en el ámbito de los conocimientos, la reflexión acerca de las propuestas que existen sobre cómo organizar la convivencia entre sujetos diferentes. Hacemos especial hincapié en las posibilidades, las exigencias y los límites que impone la acción intercultural con el propósito de descubrir la interculturalidad como una opción válida aunque problemática. Será en este contexto donde desarrollaremos, así mismo, las habilidades necesarias para el ejercicio profesio-

nal con inmigrantes a través de la mediación intercultural. Para ello, en primer término, proponemos una reflexión sobre la mediación y sobre las especificidades de la mediación intercultural. Posteriormente, entramos en el ámbito de las estrategias de intervención.

Estas estrategias de intervención representan el núcleo central de las habilidades y competencias conductuales que los profesionales deben desarrollar en su acción intercultural. Al respecto, Cohen-Emerique (1993) propone la incorporación de los dos niveles de análisis al proceso de ayuda a través de tres fases. La *descentración*. Consiste en tomar distancia de uno mismo. En dirigir la mirada no sólo hacia el otro como objeto de trabajo, sino también hacia el propio profesional, que se convierte así en objeto de conocimiento. Esta primera fase consiste en reflexionar sobre cómo participamos de las construcciones sociales que están presentes en los incidentes críticos. Pensar sobre nuestra propia visión de los hechos. Desnaturalizarla para verla como un constructo social e histórico que, ciertamente, nos puede llegar de manera objetivada (Berger y Luckmann, 1993), es decir, construida de antemano, pero con la que nosotros interactuamos. Reflexionar sobre nuestros puntos de vista, tomar distancia sobre ellos para no hacer una defensa a ultranza de los mismos en el contexto intercultural. La *penetración en el sistema del otro*. Si ya hemos tomado conciencia de nuestra propia visión sobre los hechos, procede ahora, en coherencia con la reconstrucción del objeto, ver al otro como un sujeto cuyos comportamientos y actitudes también tienen sentido al

poseer una estructura profunda que los dota de coherencia. Intentar conocer su punto de vista sobre las situaciones conflictivas antes de emitir ningún juicio. Para conseguirlo, Cohen-Emerique nos propone una serie de actividades como son la obtención de información, estar atento al discurso del otro, comprender el lenguaje no verbal, tomarse tiempo para poder descifrar un registro cultural diferente. La *negociación y la mediación*. Si hemos realizado las dos fases anteriores, descubriremos que nos enfrentamos a una situación donde existen dos entidades con sentido y que se reconocen mutuamente. La negociación y mediación no es fácil ya que puede que los aspectos afectados sean fundamentales para las partes implicadas en la relación y ninguna de ellas esté dispuesta a ceder. A veces, hay límites institucionales que impiden a los profesionales ir lejos en la negociación.

Para la resolución de los conflictos, además de la estrategia planteada Cohen-Emerique y el análisis de los incidentes críticos, los profesionales deben entrenarse en la resolución de conflictos a través del ejercicio de la mediación. Para ello proponemos el método “todos ganan” de Costa y López (1991), que permite el abordaje de situaciones conflictivas teniendo en cuenta a las dos partes en conflicto y, así mismo, establece con claridad el rol y las funciones que el mediador debe desarrollar en cada fase de resolución de las mismas.

A este conjunto de estrategias que configuran el grueso de la intervención intercultural debemos añadir una serie de habilidades que mejoran su trabajo, como en el caso del Trabajo Social.

Destacan en este segundo ámbito las siguientes: la animación de los grupos y saber establecer objetivos en común en su seno. Saber presentarse y generar confianza ante y con personas desconocidas. En el ámbito de la comunicación, se entrenan habilidades relacionadas con la escucha activa, pistas para mejorar la comunicación en los grupos y en la relación interpersonal (respetar los ritmos, saber cuándo se debe intervenir...). Identificar los procesos a través de los cuales se distorsiona la comunicación. En el ámbito de la comunicación no verbal se aprende a valorar la influencia de los espacios en la relación. Se entrenan gestos y comportamientos que ayudan a mejorar la comunicación. Se analiza la dimensión intercultural de los mismos y se aprende el significado diferente que algunos gestos tienen en culturas diferentes.

En el ámbito de las competencias emotivas, es decir, aquellas que nos ayudan a emitir mensajes positivos antes, durante y después de mantener relaciones con sujetos de diferente cultura (Rodrigo, 1997), hemos trabajado específicamente la incidencia de los estereotipos en las relaciones interculturales. El origen de nuestras percepciones erróneas sobre la realidad de los inmigrantes y la influencia que ejercen en las lecturas que hacemos de la realidad. Asimismo, para el desarrollo de esta competencia, proponemos el entrenamiento de los profesionales en el reconocimiento del otro a través de comportamientos verbales y no verbales (Fried, 2000; Cormier y Cormier, 1994) que ayuden a emitir mensajes positivos, y saber emitir críticas (Costa y López, 1991) que cuestionen un comportamiento concreto y no a

toda la persona y su grupo de pertenencia. Aunque no son estrategias concretas para la emisión de mensajes positivos, a nosotros nos parece fundamental trabajar las visiones que tienen sobre la realidad de la inmigración. Nos parece fundamental que la percepción estereotipada de la realidad, la que se sostiene en un discurso social que negativiza todo lo relacionado con la inmigración, sea transformada de acuerdo a un conocimiento más próximo a la realidad y, para ello, deben trabajarse en el ámbito de los conocimientos cuestiones tan básicas como conocer el número de extranjeros existentes en nuestra sociedad, su perfil en cuanto a origen, sexo, edad..., la incidencia que tienen sobre el trabajo o las aportaciones que realizan a las sociedades receptoras.

Con este conjunto de conocimientos, que se transforman no sólo en habilidades para un mejor hacer, sino también en nuevas actitudes respecto a la inmigración y la educación intercultural, creemos que se contribuye al desarrollo de la competencia intercultural tal y como la entiende Rodrigo (1997: 13): consiste en tener habilidad para poder negociar los significados culturales de los hechos a través de los cuales se motiva el contacto con el otro. Saber qué representan y cómo se interpretan estos acontecimientos desde el marco de referencia del inmigrante y también desde el propio del y de la profesional, descubriendo que son dos actores portadores de cultura los que intervienen en la relación. Adquirir una competencia comunicativa enriquecida con la dimensión intercultural que proporcionan las interrelaciones en los contextos plurales.

BIBLIOGRAFÍA

- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1993): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- CAMILLERI, C. (1999): "Principes d'une pedagogie interculturelle". En DEMORGON, J. y LIPIANSKY, E.M., *Guide de l'interculturel en formation*. París, Retz, pp. 208-214.
- COHEN-EMERIQUE, M. (1993): "L'approche interculturelle dans le processus d'aide". En *Santé Mentale au Québec*, vol. XVIII, n° 1, pp. 71-92.
- COHEN-EMERIQUE, M. (1999): "L'approche interculturelle dans le processus d'aide". En DEMORGON, J. y LIPIANSKY, E.M., *Guide de l'interculturel en formation*. París, Retz, pp. 228-240.
- COLECTIVO AMANI (1996): *Educación intercultural. Análisis y resolución de conflictos*. Madrid, Popular.
- CORMIER, W.H. y CORMIER, L.S. (1994): *Estrategias de entrevistas para terapeutas*. Desclée de Brouwer, Madrid.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1991): *Manual para el educador social*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- DE LUCAS, J. (2001): "Las condiciones de un pacto social sobre la inmigración". En FERNÁNDEZ, N. y CALVO, M. (coordinadores), *Inmigración y Derechos*. Zaragoza, Mira Editores, pp. 33-59.
- FRIED, D. (2000): *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas*. Buenos Aires, Gránica.
- GÍMENEZ, C. (coord.) (2002): *El corazón de Madrid. El servicio de mediación social intercultural SEMSI*. Madrid, Ayuntamiento de Madrid.
- LUFT, J. (1992): *Introducción a la dinámica de grupos: los pequeños grupos y su rol*. Barcelona, Herder.
- RODRIGO, M. (1997): "Elementos para una comunicación intercultural". En *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 36; 11-21.
- RODRIGO, M. (1999): *Comunicación intercultural*. Barcelona, Antropos.
- SHAW, M. (1979): *Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los pequeños grupos*. Barcelona, Herder.
- SOENEN, R., VERLOT, M. y SUIJS, S. (2001): "Enfoque pragmático del enfoque intercultural". *Políticas sociales en Europa*, 9: 61-74.
- TOUS, J.M. (1993): *Comportamiento social y dinámica de grupos*. Barcelona, PPU.
- VERBUNT, G. (1999): "Le problème des migrants et la formation des travailleurs sociaux". En DEMORGON, J. y LIPIANSKY, E.M. *Guide de l'interculturel en formation*. París, Retz, pp. 35-41.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H. y JACKSON, D. (1981): *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder.

TEMA 2

LA VISIÓN DE LA OTREDAD EN TORNO A POBLACIÓN INMIGRANTE EXTRANJERA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

III CONGRESO ANDALUZ DE SOCIOLOGÍA

Granada, 17 y 18 de noviembre de 2006

AUTORAS Y CENTROS DE PROCEDENCIA:

M^o Teresa Gijón Sánchez. Departamento de Antropología Social. Laboratorio de Estudios Interculturales. Universidad de Granada.

Emilia Martínez Morante. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

María Luisa Jiménez Rodrigo. Departamento de Sociología. Universidad de Sevilla.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

M^o Teresa Gijón Sánchez. Campus de Cartuja s/n. Facultad de Ciencias de la Educación. 18071 GRANADA. mtgijon@ugr.es

Emilia Martínez Morante. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus de Cartuja nº 4. 18080 GRANADA. emilia.martinez.easp@juntadeandalucia.es

María Luisa Jiménez Rodrigo. Facultad de Ciencias del Trabajo. C/ Amor de Dios, 1. 41004 SEVILLA. mljimenez@us.es

RESUMEN

Introducción: Desde la literatura biomédica se advierte que la atención primaria de salud viene afrontando un importante reto, la atención a una población procedente del extranjero, nuevos usuarios y usuarias de servicios de salud. Esta situación viene a desvelar como ineludible la necesidad de reflexionar y analizar la diversidad de condicionantes socioculturales en la atención a la salud. **Objetivos:** conocer las representaciones, percepciones e imágenes sociales que profesionales de la medicina de la atención primaria de salud tienen en torno a la población inmigrante extranjera y la interacción entre las nociones inmigración-salud. Específicamente: a) ¿quiénes son? y ¿por qué vienen?; b) ¿de dónde son? y ¿cómo son?; y c) ¿son diferentes? y ¿por qué? **Metodología:** Se ha seguido un abordaje cualitativo de trabajo de campo etnográfico mediante entrevistas en profundidad que han girado en torno a los siguientes temas: a) migraciones, b) condiciones de vida, c) perfil de salud y d) atención sanitaria. Se entrevistó a seis médicas y cinco médicos de diferentes centros

de salud de un distrito sanitario del sur de España entre 2005 y 2006. Posteriormente, se realizó un análisis del contenido de sus discursos desde una perspectiva centrada en sus experiencias. **Resultados:** a) la población inmigrante extranjera queda representada como “gente que viene de otro lugar u otro país fundamentalmente por motivos laborales, y en ocasiones políticos”, coincidiendo con el discurso mediático, aunque aportando algunos matices diferentes entre las personas inmigrantes “desconocidas” y “sus pacientes”; b) a la hora de hablar de dónde son, la característica más resaltada era la procedencia geográfica a través de la cual se configuran imágenes estereotipadas homogenizadoras de una determinada manera de vivir de la gente “inmigrante”; y c) cuando hablaban de si existían o no diferentes “tipos de personas usuarias”, surgían apreciaciones contradictorias entre discursos sociales y políticamente correctos. **Discusión:** Los discursos médicos analizados se ven afectados, en general, por sesgos esencialistas, sexistas y etnocentristas. Frente a esta situación es necesario deconstruir este tipo de (re)presentaciones y promover una mayor sensibilización que (re)conozca la heterogeneidad de poblaciones extranjeras o no dentro del proceso salud-enfermedad-atención.

INTRODUCCIÓN: INMIGRACIÓN Y DIVERSIDAD EN SALUD

Desde la década de los noventa del pasado siglo, la evolución paulatina en la llegada de población extranjera a España ha ido paralela a un

aumento del interés por destacar todo aquello relacionado especialmente con la diversidad étnica y cultural. La visibilización de este tipo de diversidades, fundamentalmente, deriva de la asignación de personas a grupos socioculturales de población categorizados bajo la etiqueta de “inmigrantes”. Asimismo, desde el modelo médico hegemónico, también parece inevitable que la diversidad étnica y cultural comience a contemplarse en los discursos teóricos y empíricos que hablan de “inmigrantes” identificados en base a procesos de construcción de la diferencia. Discursos y prácticas médicas que, en la mayoría de las ocasiones, manifiestan una visión de la otredad que subraya el *status* socioeconómico y la condición de extranjería, en detrimento de variables incomprendidas y escasamente atendidas como el género, el sexo, la etnicidad y la cultura, como aspectos cruciales para reflexionar sobre “inmigrantes” y procesos de salud en contextos socio-sanitarios formalmente igualitarios pero estructuralmente desiguales.

Más allá de imágenes y argumentaciones políticas correctas, existe la necesidad de enfrentarnos y analizar la diversidad de condicionantes socioculturales que la llegada de inmigrantes extranjeros y extranjeras viene resaltando en estos discursos en el momento actual, frente a concepciones esencialistas, etnocentristas y sexistas opuestas a las diferencias entre hombres y mujeres de diversas etnias o culturas, sean inmigrantes o no. Para ello, sin duda, es necesario partir de un mayor (re)conocimiento y sensibilidad hacia la diversidad étnica y/o cultural en las sociedades multiculturales. Condición que en la prác-

tica del conjunto de profesionales de la medicina de atención primaria de salud en España puede resultar una labor ciertamente complicada. Y más aún, una tarea especialmente desafiante cuando se trata de contemplar y entender a personas de “nuevas procedencias” provistas de “culturas extrañas” e “idiomas desconocidos”. Nuevos usuarios y usuarias a quienes es necesario conocer con mayor tiempo y profundidad, algo que en la actual configuración de los servicios públicos de salud en España supone todo un reto.

Teniendo en cuenta estas premisas, el propósito general de este estudio era conocer cuáles son las representaciones, percepciones e imágenes sociales que los profesionales y las profesionales de la medicina de atención primaria pueden estar construyendo en torno a población inmigrante extranjera y su proceso de salud-enfermedad-atención. De tal forma, que cobran sentido interrogantes básicos en torno a representaciones sociales sobre población inmigrante extranjera: 1) ¿quiénes son? y ¿por qué vienen?; 2) ¿de dónde son?; 3) ¿cómo son?, y 4) ¿por qué son diferentes?

NOTAS METODOLÓGICAS

La metodología empleada responde a un enfoque cualitativo articulado en torno a un trabajo de campo etnográfico intensivo en un distrito sanitario de un contexto local del sur de España. El distrito sanitario estudiado está compuesto específicamente por catorce centros de salud y seis consultorios distribuidos a lo largo de la ciudad¹.

La técnica de recogida de datos ha sido fundamentalmente la entrevista en profundidad organizada en torno a cuatro bloques temáticos flexibles en cuanto a orden expositivo, contenido y formulación de ítems: a) migraciones, b) condiciones de vida, c) perfil de salud y d) atención sanitaria. Se realizaron un total de once entrevistas a seis médicas y cinco médicos de diferentes centros de salud del distrito sanitario abordado. El desarrollo de las entrevistas tuvo lugar en lugares y horas de trabajo (a primera hora de la mañana o a última hora de la tarde). Todas ellas fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis, oscilando su duración entre los 45 minutos y 120 minutos la más prolongada.

«INMIGRANTES»:

QUIÉNES SON Y POR QUÉ VIENEN

Hablar sobre “inmigrantes” implica utilizar un epíteto demográficamente ambiguo y difuso. Toda persona “inmigrante” es “emigrante” y viceversa. Y a su vez, puede ser extranjera o no. Además, el término “inmigrante” también es controvertido por sus connotaciones políticas, económicas, sociales y culturales, no pocas veces

1. A fecha de enero del año 2003, este distrito contaba con un total de 240.641 personas adscritas, de las cuales 239.251 figuraban en la base de datos general de población con cobertura sanitaria en régimen general de la Seguridad Social. De éstas, 5.009 (2,08%) figuraban como extranjeros y extranjeras con Seguridad Social. Por otro lado, 1.390 (0,58%) personas extranjeras en situación jurídico-administrativa irregular aparecían en la base de datos de personas “desplazadas” con cobertura sanitaria en virtud del «Convenio en materia de salud pública para inmigrantes», vigente en Andalucía desde el año 1999. A estas bases habría que sumar aproximadamente unas 2.000 personas desplazadas más no extranjeras.

tenemos recelo a opinar, como podemos observar en el siguiente comentario:

«¿Inmigrante? Viene de fuera e intenta buscar trabajo, no viene de vacaciones, ¿es eso?» (Gerardo, médico de atención primaria).

La incursión de la pregunta “¿es eso?” en el discurso de este médico entrevistado es un ejemplo de la construcción de disertaciones guiadas por el *mainstream* en búsqueda de representaciones sociales entendidas como “políticamente correctas” en nuestra sociedad actual acerca de quiénes son las personas “inmigrantes” y por qué vienen a España.

En definitiva, los discursos analizados muestran un generalizado consenso en cuanto a “quiénes dicen que son las personas inmigrantes y por qué razones han venido”: «gente que viene de otro lugar u otros países (pobres) por motivos fundamentalmente económicos y/o laborales, y en ocasiones políticos»². Fuera de esta concepción quedarían, por ejemplo, las personas extranjeras que se encuentran en el país como estudiantes. Esta tendencia de asignación de “inmigrantes” a identidades colectivas deja fuera del discurso la valoración de elementos propios y únicos de la identidad individual de cada sujeto, y omite la consideración étnica o cultural de la diversidad y las diversidades cuando “hablan de inmigrantes”.

2. Sin embargo, si atendemos a la realidad demográfica, los datos muestran cómo hasta hace relativamente escaso tiempo la población inmigrante extranjera en España mayoritariamente procedía de países desarrollados, siendo a partir del año 2000 cuando por primera vez ocurre a la inversa (véase como botón de muestra el análisis de bases de datos procedentes del padrón municipal y anuario de extranjería).

A ello se suma el hecho de que la respuesta variaba en función de si la pregunta era interpretada en relación a quiénes eran las personas “inmigrantes”, en general, o a quiénes eran las personas “inmigrantes” que conocían en calidad de “sus pacientes” en el contexto de sus consultas, en particular. En el primer caso, hablaban de personas anónimas y algunos de los discursos no estaban exentos de ciertos estereotipos de base racial, como podemos ver en el siguiente comentario de una médica:

«Pues personas que no viven..., que son de fuera del país. Yo en principio que son de fuera del país, no de [la ciudad], no de [la ciudad], sino de fuera de España. Pues desde sudamericanos, hasta gente de los países del Este, fuera de España. Eso entiendo por inmigrantes. Y de todo tipo, ¿no? Los africanos, negros, blancos, amarillos, de fuera de España, eso es lo que entiendo yo por inmigrantes» (Estrella, médica de atención primaria).

En el segundo caso, los discursos giraban en torno a “pacientes inmigrantes” conocidos e introducían algún elemento relacionado con el proceso de salud-enfermedad-atención. Aspectos que pueden generar polémica por contener afirmaciones que a veces se sitúan fuera de convencionalismos sociales y están directamente vinculados a aspectos relacionados con la salud pública de la ciudadanía, como se aprecia en el siguiente comentario de otra médica:

«¿Inmigrantes? Pues los que vienen aquí a buscar trabajo. Es la población que tenemos, con sus problemas y con sus cosas, porque vienen todos con unas enfermedades de por ahí fuera, con

unas exigencias de estudio, de qué les hagas». (Carolina, médica de atención primaria).

Otros discursos gestionan la diversidad étnica y cultural bajo el halo de una pretendida homogeneidad asistencial entre usuarios y usuarias de origen extranjero o no. A ellos y ellas ofrecen una intencionada atención igualitaria entendida como la correcta, sin atender a diferenciaciones individuales. Por ejemplo:

«Puedo decirte que para mí son usuarios igual que los demás y que de antemano no tengo ningún prejuicio, ni tengo nada. O sea que... problemas con ellos, creo, los que puedas tener con otros, pero no como colectivo plantean mayor problema». (Julieta, médica de atención primaria).

LA «PROCEDENCIA»: DE DÓNDE SON Y CÓMO SON

Al hablar de quiénes eran las personas “inmigrantes”, la primera visión del personal de la medicina entrevistado, por razones obvias al propio concepto empleado, reflejaba la imagen de una persona protagonista de un desplazamiento poblacional debido a una causa o causas concretas. Sin embargo, cuando la pregunta apuntaba a «cómo eran estas personas “inmigrantes” desplazadas fundamentalmente por motivos económicos», la primera característica que distinguía a este colectivo de cualquier otro (de los atendidos en sus consultas) era la «procedencia» (nacional fundamentalmente)³. A partir de ella, se construyeron imágenes estereotipadas sobre rasgos de la personalidad, maneras de vivir y características propias de la población “inmigrante”, ahora, por tanto, también considerada para el personal de

salud principalmente como “extranjera”, oriunda de un lugar u otro, como podemos observar en el siguiente comentario:

«Pues... hay una parte que son sudamericanos y la otra africanos. Y las dos pues son con ideas diferentes, con maneras de vivir diferentes, con culturas diferentes. Son diferentes unos de otros, pero básicamente esos son los dos núcleos que atendemos» (Lorenzo, médico de atención primaria).

Reducir la percepción de diferentes maneras de vivir de la gente “inmigrante” a la “procedencia extranjera” conlleva que el conjunto de profesionales de la medicina pueda estar simplificando o no contemplando diversidades propias de la identidad individual de cada sujeto, en general, y no sólo de las personas inmigrantes extranjeras, en particular. Simplificación que puede ser fruto de la falta de tiempo para la reflexión, o la ausencia de sensibilidad o competencia cultural a la hora de identificar diferentes tipos de diversidad en la práctica asistencial.

Pero más aún en el caso específico de las personas “extranjeras”, se reduce al máximo la percepción de la diversidad cultural a la identificación de la procedencia geográfica. En general,

3. Por tanto, cuando el personal profesional de la medicina habla de “procedencia”, fundamentalmente la relaciona con la variable “país o continente de nacionalidad” de las personas “inmigrantes”. De manera que dejan a un lado la consideración de que la “procedencia” pueda igualmente ser identificada con la variable “lugar de nacimiento”. Todo ello da lugar al hecho controvertido de que puedan considerar como “inmigrantes” a personas de nacionalidad extranjera pero nacidas en España. Personas que, por tanto, no entrarían dentro de esta categoría demográfica, al no haber realizado ningún tipo de desplazamiento migratorio internacional, y que formarían parte del “colectivo inmigrante” por asignación de estereotipos.

dos procedencias son mencionadas mayoritariamente en el discurso, haciendo referencia a dos continentes: «América Latina y África». Dejando a un lado la diversidad etnohistórica propia de cada uno de los países que conforman los continentes de procedencia (a la que habría que sumar diversidades entre regiones, provincias y localidades de cada uno de ellos). Y obviando las diferencias étnicas, culturales e individuales originarias de cada una de las personas que en ellos habitan. Lo relevante es que comienzan a percibir algún tipo de *diferencia cultural*, aunque quede restringida a sus “nuevos pacientes inmigrantes”. Si bien esta percepción, en la mayoría de los casos, es fruto de una intuición. Por prevención a la estigmatización dicen no atreverse a preguntar «de dónde provienen», aunque sean percibidos claramente como *diferentes*, y muestran recelo a tratarlos de “otra” manera⁴. Intuición que se asienta en la localización de rasgos fenotípicos u otros signos estereotipados propios de la supuesta “procedencia” de la persona en cuestión, con los riesgos que todo proceso de asignación a partir de signos y/o símbolos implica. En los siguientes comentarios podemos ver más claramente cómo una parte del perso-

4. Estas dificultades surgidas en la práctica profesional de los médicos y las médicas entrevistados contrastan con algunos de los manuales y guías de «Atención Sanitaria a Inmigrantes» que hasta el momento se han publicado en España. Estas publicaciones proponen al profesional de salud como una de las primeras estrategias de su actuación sanitaria el incluir en la anamnesis la pregunta “país de procedencia del paciente”. En algunos casos este ítem se recomienda con la función de cribar posibles diagnósticos de enfermedad. Como ejemplo véanse: Farias, 2001; Garay y otros, 2002; Fundación Progreso y Salud, 2002; y Vázquez, Galindo y Martín, 2004.

nal profesional de la medicina entrevistado identifica la “procedencia” de sus pacientes (acerca de quienes ya no hablan como “inmigrantes” en concepto abstracto), y algunas de las dificultades que atraviesan en su práctica diaria a la hora de preguntar este dato:

«Me he *dao* cuenta que tenemos de muchísimos. Yo tengo gente rumana, tengo gente de los países árabes en general, tanto marroquíes como de otros países árabes. Tenemos que no sé muy bien la nacionalidad, pero por la piel y demás, porque tampoco a veces conviene preguntarle mucho para que no vayan a sentirse... Pero deben ser o senegaleses o del Congo (...)» (Julieta, médica de atención primaria).

«I: Bueno, la diferencia es que cuando es un poquito, pues también la reflexión a preguntarle si es de aquí o no, ¿no? Porque quizás puede resultar un poco, claro, un poco digamos violento a veces, ¿no? De hecho, con una chica que era mulata pues yo le pregunté que de qué país era y entonces la chica me dijo que era *granaina*, ¿no? Claro entonces a raíz de eso dije bueno tendré que enfocar la pregunta de otra manera, ¿no?, porque...

E: ¿Y cómo lo hace?

I: Bueno, pues yo le pregunto de dónde han nacido, entonces ya ahí dónde han nacido pues bueno pueden haber nacido en [la ciudad], en Sevilla...» (Mariana, médica de atención primaria)⁵.

5. La letra “I” hace referencia al diálogo de la persona informante entrevistada, y la letra “E” al de la entrevistadora. En este fragmento de una de las entrevistas mantenidas, vemos claramente la importancia de distinguir los conceptos: “inmigrante” y “extranjero/a”. Asimismo, se observa la relevancia de que sean construidos en base a las variables “nacionalidad” y “lugar de nacimiento” a la hora de prestar atención sanitaria a pacientes

A las singularidades del proceso de atribución de “procedencias” a pacientes, sin embargo, se suma el hecho de que es principalmente en base a esta categoría como se atribuyen el resto de características sociodemográficas, que posteriormente darán lugar a la manera de ver a este “colectivo”. Concretamente, el perfil general de “pacientes inmigrantes” acerca de quienes hablan quedaba delimitado como sigue: «población principalmente de Latinoamérica y África⁶, joven en edad laboral (menor de 50 años y, fundamentalmente, en la franja etaria de 25 a 35 años), siendo más joven la población africana y de mayor edad la latinoamericana, mientras que,

con rasgos y culturas diferentes a quienes tienen por costumbre atender. Para evitar las dificultades y problemáticas derivadas de la duda a preguntar sobre el país de nacimiento o nacionalidad, es aconsejable que, por una parte, el personal de salud obtenga un mayor conocimiento sobre la realidad demográfica migratoria, que le aclare el uso de conceptos y le proporcione datos sobre el volumen y las características de sus posibles pacientes. Y por otra, la opción de preguntar cuál es el “lugar de nacimiento” del paciente, en lugar de identificar su “procedencia” a partir de rasgos, se presenta como una vía más acertada.

6. Sin embargo, la variable “procedencia” no se tiene en cuenta a la hora de clasificar la situación jurídico-administrativa de las personas “inmigrantes” que acuden a sus consultas como “regular” o “irregular”. Tampoco existe un consenso sobre este aspecto, aunque todos y todas coinciden en que nunca realizan esta pregunta al “inmigrante”. Pero a pesar de todo ello, existe una dualidad de opiniones: a) las de quienes dan por hecho que todo “inmigrante” que acude a su consulta se encuentra en situación “regular” y posee un contrato de trabajo, y b) las de quienes consideran que las personas “inmigrantes” se encuentran “con y sin papeles”, y en ambos casos tienen un contrato de trabajo “irregular” que les impide darse de baja. Por otro lado, para una parte del personal profesional la globalidad de “inmigrantes” que acuden a sus consultas están en situación “irregular”, mientras que, para otra parte, sólo lo están quienes han llegado recientemente al país. Además, a la hora de distinguir a unos colectivos de otros, emplean la identificación de la tarjeta de asistencia sanitaria individual como signo indicativo: «tienen la tarjeta roja», «tienen una cartulina blanca y amarilla» o «tienen la cartilla del inmigrante».

atendiendo al sexo, las mujeres son mayoritariamente de Latinoamérica y África (concretamente del Magreb) y se dedican al servicio doméstico o cuidado de personas mayores y enfermas, y los hombres son especialmente de África y se dedican a la venta ambulante⁷».

Aunque la mayor parte del personal de la medicina entrevistado, cuando es interrogado genéricamente acerca de cuáles son las *condiciones de vida* de su pacientes “inmigrantes”, en principio afirma desconocerlas por diversas razones como: «las dificultades idiomáticas, falta de tiempo en las consultas para dialogar sobre estos aspectos, reticencias a realizar este tipo de cuestiones y/o la no realización de visitas domiciliarias» posteriormente, cuando comienzan a evaluar en general cuáles pueden ser estas condiciones de vida, la “procedencia” nuevamente es la variable por excelencia a la hora de establecer distinciones.

En primer lugar, la mayoría de las veces los discursos consideran estas condiciones, por lo general, como deficitarias y/o precarias:

7. Perfil que coincide en parte con los datos padronales del Ayuntamiento de la ciudad (a fecha de 7 mayo de 2002): el 18,69% de la población inmigrante extranjera procede de Europa, el 38,73% de África y el 33,27% de América, siendo los cinco principales países de procedencia los siguientes: Marruecos (29%), Colombia (9,2%), Senegal (6,8%), Ecuador (6,8%) y Argentina (6,5%). Algo más del 85% de la población tiene menos de 45 años, situándose la edad media en 32,5 años. El grupo de edad de 0 a 25 años procede fundamentalmente de África (11,5%) y de América (11%), destacando el porcentaje de población americana de 0 a 15 años (5%) y de población africana de 16 a 25 años (9,5%), en ambos casos la presencia de mujeres es superior (salvo en el grupo de niñas africanas de 0 a 15 años, 46,6%). El grupo de edad de 26 a 45 años está compuesto fundamentalmente de población africana (23,7%) y, en segundo lugar, de población americana (17%), siendo en este último caso la presencia de mujeres más numerosa.

“Calidad de vida, pues yo creo que muy precaria, ¿no?, creo que sobreviven, más que vivir sobreviven (...)” (Isabel, médica de atención primaria).

Y, a veces, las prejuizan:

“Son malas, o sea, es una población que vive casi en el borde de la marginalidad. La mayoría están sin papeles y sin nada” (Alfonso, médico de atención primaria).

Y, en segundo lugar, las condiciones de vida se perciben globalmente como “mejores” en el caso de la población extranjera de Latinoamérica⁸ y como “peores” en el caso de la población de África⁹:

“Yo diría que hay dos grupos muy diferenciados (...) Los sudamericanos, algunos peruanos y varias familias, varias familias argentinas, pues... tienen un nivel cultural medio-alto y no existe ningún problema de comunicación con ellos, en cuanto a los marroquíes, pues se ve que tie-

nen una condición socioeconómica bastante más baja (...) (Pedro, médico de atención primaria)

Por otro lado, a la hora de continuar valorando cómo y cuáles pueden ser las condiciones de vida de las personas “inmigrantes” en función de la procedencia, los discursos introducen nuevos elementos como: aspectos económicos, políticos, sociales y culturales (ejemplos de ello son la situación socio-económica, la situación jurídico-administrativa, el idioma, las creencias religiosas, los hábitos y costumbres, el nivel de estudios, el nivel de integración y apoyo social, y la distancia cultural, entre otros), aspectos psicológicos, situación familiar, entorno y situación de la vivienda (como las condiciones higiénicas y el hacinamiento, entre otros), y estilos de vida (como la alimentación y el consumo de drogas, entre otros).

«Las condiciones de vida, si son sudamericanas, en general son mejores, tienen casas mejores, todo mejor. Cuando son subsaharianos, normalmente bastante deplorables, sobre todo si no está aquí toda la familia, si no viene toda la familia, que es muy corriente en ellos, por ejemplo se han *juntao* a lo mejor, pues lo típico, 8 o 10 varones a vivir en una casa y están durmiendo *tiraos* en el suelo, o sea, son condiciones de vida bastante... hasta higiénicamente deficientes. Cuando viene ya una familia (...) una familia de sudamericanos, pues por ejemplo los argentinos estos que son personas normales, viven bien (...). Pues esta gente, pues bueno, vive en una casa, en una familia que tiene una vida organizada, prácticamente como cualquier familia española, esta gente. Y después ya, pues

8. Entre la población latinoamericana reciben una mención especial las *condiciones de vida* de las personas extranjeras que proceden de *Argentina* frente a otras nacionalidades: “Argentinos hay algún caso, tampoco se podría decir que son inmigrantes, bueno sí, porque nacieron allí aunque eran de padres españoles (...)” (Pedro, médico de atención primaria). “Yo tengo gente aquí de Argentina que ha sido profesor, que tiene un culturón que te mueres, que te habla el inglés, que te... Que es un gusto cada vez que viene, que nos dedicamos a charlar un rato incluso de la situación de su país o... Son gente profesional, son argentinos. El por qué se han *quedao* en España ni nunca se lo he *preguntao*, si él me lo cuenta algún día, pues saldrá. Me imagino que por las circunstancias de su país o de mentalidad o lo que sea (...)” (Julieta, Médica de Atención Primaria).

9. En el conjunto del continente africano, principalmente distinguen dos procedencias: *marroquí* y *subsahariana*. En ocasiones las *condiciones de vida* de las personas marroquíes son consideradas como “peores” en relación a las subsaharianas, y otras veces sucede a la inversa.

los subsaharianos, ya te digo, eso es, en general, bastante más desastre la forma de vida, porque claro, quieren vivir, hacen trabajos poco remunerados y lo que quieren es ahorrar para mandar dinero a su país (...» (Gerardo, médico de atención primaria).

«Los sudamericanos viven en unas condiciones relativamente normales, en el sentido de que la mayoría están pues como empleadas (...) Los hombres en el sector servicios de camareros. Y los africanos, vamos, van por libre, la mayoría lo que hacen son venta de esta local, no sé si furtiva o no furtiva, pero, vamos, en los puestecillos de estos ambulantes vendiendo» (Lorenzo, médico de atención primaria).

En suma, los discursos del personal profesional de la medicina entrevistado en un plano teórico señalan la existencia de diversidad étnica y cultural asociada a la “procedencia de las personas inmigrantes”, y parecen no advertir como relevante la existencia de cualquier otro tipo de diversidad en sus pacientes “inmigrantes o no”. De manera que sitúan al conjunto de pacientes en un plano de “igualdad”. Pero cuando los discursos remiten a sus prácticas, por lo general sí distinguen diferencias (en la mayoría de los casos, no culturales y sí fruto de la estereotipia) en función de la “procedencia” de sus pacientes ,principalmente. En definitiva, de las representaciones y prácticas del personal de la medicina se desprende una imagen concreta sobre quiénes son las personas «inmigrantes» y cuáles son o pueden ser sus características y, por tanto, sus diferencias. Discursos que deben ser analizados en clave económica, política y social del contexto en el que se encuentran.

ALGUNAS DIFERENCIAS: «POBLACIÓN INMIGRANTE» VS «POBLACIÓN NO INMIGRANTE»

Ser políticamente correctos o justos, y más aún si nos encontramos en la disyuntiva de querer proporcionar un «trato igualitario», nos hace obviar la condición diversa del ser humano. Diferencias que a veces no percibimos por falta de tiempo o sensibilidad para identificarlas, y otras veces notamos exclusivamente a raíz del estereotipo o la imagen desde la que las divisamos, lo que a su vez nos proporciona un ahorro en tiempo y hace que nos autoevaluemos como sensibles o no a ellas. Son estas mismas apreciaciones contradictorias las que también están presentes en los discursos del personal profesional de la medicina. Por un lado, no observan la existencia de diferencias propias de pacientes “inmigrantes” y aquellas otras que puedan estar presentes entre pacientes “inmigrantes y no inmigrantes”. Pero, por otro lado, su percepción de diferenciaciones, como hemos podido ver hasta ahora en algunos ejemplos, por lo general está latente, implícita o explícitamente, para afirmarlas o para negarlas, a lo largo de sus discursos.

Los elementos en torno a los cuales gira esta advertencia o no de contrastes por parte del personal profesional de la medicina son variados. Uno de ellos, tomado como referencia a la hora de valorar posibles disimilitudes respecto a *las condiciones de vida*, viene dado por la observación directa del “aspecto externo” (físico) de sus pacientes y de sus entornos de vida, ante los que no distinguen diferencias pero, sin embargo, toman como punto de referencia evaluativo. Por ejemplo:

«Pues no lo sé (...) visitas domiciliarias no he tenido de ninguno. No sé si es que no quieren que vayamos a los domicilios, con lo cual, estén en el estado de salud que estén, vienen aquí. O sea, que el estado de las condiciones de salud del entorno no lo sé. Sí te he de decir que en la consulta como aspecto externo, por ejemplo, pues vienen como puede venir cualquiera ¡eh! Más o menos, pues, dependiendo de la edad, pues, *acondicionao* un poco. Si es muy joven pues puede venir con sus deportivas como vienen los de aquí. Y si es una señora un poquito más mayor, pues puede venir pues más, un poquito más *arreglita* ¿no? Pues como vienen habitualmente los españoles a una consulta, ¿no?» (Julieta, médica de atención primaria).

Otros factores indicativos de posibles diferencias en relación a las condiciones de vida, y afirmados como tales, son la situación económica, el tipo de profesión y la situación laboral. Nuevamente, en ocasiones habría que añadir la mediación de la variable “procedencia” a la hora de considerar estos y otros componentes, como la distancia cultural, el idioma, las costumbres, la religión y la integración, como podemos apreciar en los siguientes comentarios:

“Tienen peores condiciones, viven en una economía sumergida y prácticamente en una economía de supervivencia” (Alfonso, médico de atención primaria).

“Sí porque (...) hay dos trabajos solamente que tienen: vender, vender en la calle CD o gafas o lo que lleven, o trabajar en servicio doméstico, ¿no? No conozco a ninguno que estén en otras..., de mi cupo no hay otro que esté en otra

situación laboral, o no tienen nada” (Manuel, médico de atención primaria).

“En cuanto a la situación laboral, están en situaciones totalmente inestables o ilegales, pero al cien por cien” (Rosa, médica de atención primaria).

“En principio, cultural, cultural, por el tema de los africanos, cultural, hay mucha diferencia, hombre, se nota más la diferencia. Con el tema de los sudamericanos, no, no tanta, sí se nota diferencia, pero no, no tanta. Pero con los africanos sí, partiendo de, del idioma, que ya es una traba importante, pero que incluso sus costumbres... son mucho más diferentes los africanos que los sudamericanos” (Lorenzo, médico de atención primaria).

“El tipo de dieta, que no aceptan, muchos [en general] no aceptan comer carne o pescado, pero no por ideas religiosas, sino por costumbres” (Alfonso, médico de atención primaria).

“Es que viven entre ellos en *guetos* o en un ámbito muy reducido de personas de suuu, generalmente de suuu religión o de su raza, o de distintas razas pero no *integraos* en lo que es la comunidad granadina, eso sí que... *integraos* como tal, como podemos estar cualquiera de nosotros, no están (...)” (Rosa, médica de atención primaria).

“*Me da la sensación de que los marroquíes se integran peor por sus costumbres, por su religión, y son ellos de otra manera, y ellas sobre todo, ¿no?, que... A no ser que tengan un nivel cultural alto ¡eh!, entonces se integran perfectamente*” (Isabel, médica de atención primaria).

En otras ocasiones, el proceso de reconocimiento de diferencias culmina en la afirmación

de las mismas tras negarlas *a priori*. Como podemos ver en el siguiente comentario de uno de los médicos entrevistados, tras identificar el nivel de *integración* como una posible diferencia entre “población inmigrante y no inmigrante”, admite algunas disimilitudes más, que son percibidas como “problemas”¹⁰ en función de la “procedencia” de las personas “inmigrantes”:

«Depende también de la idiosincrasia de cada uno, ¿no? O sea, tampoco hay tantas diferencias, sobre todo en los... los sudamericanos se integran muy bien, y no hay tantas diferencias. Sobre todo sí es Argentina, se integran bien. Hombre, cuando son, por decirlo así, sudamericanos pero indígenas, por Colombia y cosas de esas... se les ve mal. Pero vamos, en general se desenvuelven bien, se desenvuelven bien y no tienen la barrera del idioma. Sin embargo, los subsaharianos sí tienen más problemas, tienen más problemas para integrarse, sobre todo el idioma, discuten en la sala de espera porque no entienden cuando hay que entrar, entonces a veces han armado algún emporio en la sala de espera que no veas. O sea, un follón allí peleándose, que tienes que salir y decir “no”. Organizar los turnos porque, si no, no, no se aclaran (...).» (Gerardo, médico de atención primaria).

Sin embargo, a medida que continúa su discurso, sucede nuevamente que, por recelo a pre-juizar, y en prevención de ello, la percepción de

“problemas” admitidos en un principio es nuevamente desmentida y extrapolada al resto de la población, sea “inmigrante o no”. Si bien, en este discurso llama especialmente la atención el uso de términos como el de *raza*, en lugar de otros como *etnia* o *cultura*, para negar la existencia de diferencias (para ellos, “problemas”) entre unos grupos de personas y otros. Discurso que, finalmente, refleja cómo el funcionamiento del sistema sanitario español puede convertirse en una barrera en el acceso y uso de servicios sanitarios por parte de una población “extranjera o no” que, en definitiva, no está habituada a ellos.

A la observación de diferencias y al proceso de afirmarlas o negarlas, se une el conflicto cultural de reconocerlas propiamente como tales desde la propia concepción cultural. Conflicto sustentado en la falta de conocimiento o en la mediación de un conocimiento prejuizado hacia otros comportamientos, creencias o costumbres que se presentan como “novedosas” y se asocian como propias de las personas “inmigrantes”. Elementos culturales ante los que parte del personal profesional de la medicina entrevistado afirma no sentirse preparado para enfrentar en su práctica profesional y que, como podemos observar en el siguiente fragmento de entrevista, pueden verse asimismo enraizados en una perspectiva de género:

«¡: (...) en algunos casos he tenido alguna dificultad sobre todo con las mujeres [marroquíes], ¿no? Porque, a lo mejor es una percepción mía, pero no tengo una relación franca de confianza, ¿no?, con lo que son las mujeres, que algunas de ellas ya tienen hijos. A lo mejor es un problema personal mío, no, no lo sé.

10. La introducción recurrente en el discurso médico de términos como “problema” a la hora de valorar diferencias, dificultades o límites en la relación con sus pacientes responde a algunas de las particularidades propias de la jerga médica. En concreto, este caso remite a la utilización monótona de algunos vocablos muy extendidos, como por ejemplo ocurre con la palabra “problema” (Ordóñez, 1993: 245).

E: ¿A qué puede deberse eso?

I: Pues probablemente a prejuicios míos, ¿no? Prejuicios de que al ser yo varón creo que no tengo suficiente credibilidad como... con ellas. Tampoco en ningún caso se ha producido ningún rechazo ni ningún desplante, quizás sea más temor por mi parte. El temor a tocarla, a cómo van a entender que yo quiera sugerirles hacer una citología, ¿no? Quizás tuve una mala, no, no fue mala, una experiencia distante con un embarazo de una de ellas que fue hace ya cinco años, ¿no? Que no acudía a los controles y nunca llegué a saber si era un problema de desconfianza hacia mí o por ser varón o porque ellos no entendieron, ni ella ni su, ni su marido, la necesidad de establecer como una disciplina en cuanto a un control mensual por parte de su embarazo. Pero ya te digo que no descarto que el problema fuera mío» (Pedro, médico de atención primaria).

Este choque entre culturas mediatizado por el género es una constante que, de forma latente o manifiesta, se refleja en el discurso del equipo de profesionales de la medicina entrevistado, y que se concibe a veces como “parte” y otras como “causa” de las diferencias apreciadas en la mayoría de los casos como problemas.

«Culturalmente, son otra cosa. Uumm, yo he *tenio* aquí casos deee... inmigrantes *casas* con europeas yyy... y bueno, ves cosas que a ti te extrañan. Yyy hasta que te digan que en sus países a la mujer se le trata cuando nosotros tenemos laaa... mentalidad de que en esos países la mujer, pues, de alguna manera está, pues, a lo mejor más marginal o lo que sea, y ellos lo viven con un convencimiento de que en su país lo hacen mu-

cho mejor que aquí. Pues no vas a entrar en este tipo. Además eso es conversaciones de segundos, no es que tú tengas una relación estrecha con ese tipo de personas ni *na*. Pero te vienen y en algún momento sale la conversación, le preguntas por la mujer y te dice una frase de estas: “una mujer embarazada está mejor cuidada por los familiares del país de origen [Marruecos] que en España”, que dices: “bueno, en fin, ¿y este de qué me viene?”» (Rosa, médica de atención primaria).

«Los sudamericanos tienen problemas, cómo te explico yo esto..., o yo he tenido algunos en la cuestión, suelen (...) tener mucha más natalidad. Pero una vez que ellos vienen aquí, ellos comprenden que no pueden tener tanta natalidad. Saben que en este país existe una ley de aborto, y por lo tanto, pues quieren usarla como la quieren usar los españoles. O sea, que yo ahí no. Pero hay un salto en que no comprenden que después de esto viene una planificación (...) En ese sentido sí he tenido algunos casos que he tenido muchas veces: “mira, esto se te da, pero esto no es un método para siempre, ahora tú tienes que hacer...”. Entonces les has *mandao* una planificación, has descubierto que no la hacen bien, como que tienes que concienciarlos mucho (...)» (Julieta, médica de atención primaria).

Junto a la transversalidad del género, otro elemento cultural que aparece en el discurso del personal de salud entrevistado es la asociación (casi automática) de la religión de las personas “inmigrantes” con la práctica del ramadán en población percibida como *árabe*, *marroquí* o *senegalesa*. También, es común la combinación de la religión con aspectos relacionados con la pla-

nificación familiar en la mujer, principalmente *latinoamericanas* (en general) y *marroquíes*. Tanto en uno como en otro caso, para afirmar o negar la existencia de diferencias.

«Bueno, los árabes sí. Los árabes en el ramadán lo hemos pasado canutas. Que es gente que tiene que cumplir tratamientos, que es una cápsula y que no se la toman: “que hasta que no llegue la noche, que hasta que no cae la noche”. Y digo: “chiquillo, entonces me rompes la pauta, me rompes...”. No lo entienden eso, nada. Incluso la prueba del sullivan que se les hace a las embarazadas, que es tomar azúcar y a la hora hay que sacarles muestra de sangre, no había narices. Unos sullivan en la época del ramadán no podemos hacerle» (Carolina, médica de atención primaria).

«[Consultas ginecológicas] en general las mujeres eso sí que hay más conciencia de que todo lo que sea que, pues revisiones y *to* eso. Yo creo que en eso hemos *avanzao* nosotros y también esta población que viene aquí (...) Luego, también esta gente, está el tema cultural o religioso no sé, de, de como ven que la mujer es sólo para el hombre y, entonces, eso de que vayan sin saber ni a quién ni cómo y que las vean tampoco, no te creas tú, que en muchos casos ellas demandan, a lo mejor por eso me imagino que será» (Rosa, médica de atención primaria).

Por último, cuando la estructura socioeconómica de la población general que acude al centro de salud principalmente responde a la de una clase media-baja, y/o existe un porcentaje cuantioso de esta población que pertenece a otras minorías étnicas (principalmente a la etnia gitana), no se establecen diferencias entre pacientes “in-

migrantes y no inmigrantes”, sino que se perciben condiciones de vida similares en ambas poblaciones. Si bien de los discursos se desprende que sí se aprecia la diversidad cultural y étnica propia de cada colectivo, “cada uno es de una forma distinta”, como se advierte en el siguiente comentario:

«Sí, pero por ejemplo diferencias no mayores con los que tengo. Por ejemplo con la población gitana, yo tengo un porcentaje alto de población gitana en mi cupo de pacientes, pueden ser... quizás un 7 o un 8% de gitanos en mi cupo. Y bueno, pues ya lo sé, pues son gitanos, éstos son inmigrantes... Pero vamos, no, no mayores diferencias, no mayores problemas, pues cada uno es de una forma distinta» (Pedro, médico de atención primaria).

HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN SALUD

En este artículo se han expuesto los discursos concretos que un número reducido de profesionales de la medicina tienen ante la inmigración extranjera, a través de un estudio cualitativo realizado en una ciudad pequeña dentro de un país inmenso y rico en diversidad multicultural. Aunque sus resultados no son generalizables, sí permiten comprobar cómo estamos asistiendo al inicio de la “visualización” de las relaciones interculturales en España entre profesionales de la medicina y pacientes en salud. Entendiendo que la diversidad y los cambios culturales en la representación de la salud y la enfermedad, hoy en día, principalmente se hacen cada vez más presentes en aso-

ciación a la relación que se establece entre pacientes “inmigrantes” demandantes de servicios y profesionales encargados de proporcionarlos.

Las contradicciones observadas a lo largo de los discursos que aquí se han recogido no son sino un reflejo de la indefensión que el abordaje de la aleatoriedad de acontecimientos nuevos puede causar en la práctica diaria de los profesionales y las profesionales de la medicina, frente a los que no tienen o no conocen la respuesta, y una muestra de los límites de una institución sanitaria biomédica que puede no enlazar culturalmente con el “nuevo” perfil de usuario y usuaria. Personas que tienen sus propias experiencias de salud y enfermedad en el contexto del modelo médico existente en sus países de origen, y que no sólo demandan una atención de urgencia en España, sino que demandan «una atención primaria, en salud mental o que va a precisar seguimiento», de manera similar a lo acontecido con el resto de ciudadanos y ciudadanas del país, con la novedad de que en las relaciones asistenciales entre pacientes “inmigrantes” y profesionales de la medicina aún no existen «las complicidades que se han construido durante décadas entre los profesionales de la salud y los ciudadanos, y que dan lugar a la producción de práctica y representaciones con las que nos manejamos en lo cotidiano» (Comelles, 2003:14 y 2004).

Es en el momento actual cuando las investigaciones sociológicas y etnográficas sobre las relaciones entre profesionales, instituciones y pacientes se constituyen como una necesidad de conocimiento. Las experiencias y significados culturales de la salud de las personas inmigrantes

extranjeras, únicas y diversas en sí mismas, que se presentan como “desconocidas”, nos sitúan en el momento de cederles la palabra si queremos conocer más y comprender la complejidad de las identidades del conjunto de integrantes de la sociedad actual. Se trata, pues, de (re)considerar la opinión del “nuevo” paciente, «en cada momento histórico, el análisis médico tiene un objeto y un efecto: el objeto es la opinión del paciente (en su forma contemporánea) y el efecto es la “persona” que sostiene estas opiniones. (...) Cuando el médico buscaba enfermedades, la opinión era el síntoma y el paciente era al mismo tiempo receptáculo de la patología y un traductor poco fiable. (...) Cuando el médico llegó a indagar sobre los significados del paciente, la opinión se convirtió en teoría del vulgo y el paciente en un ser subjetivo» (Armstrong, 1999: 244).

Conocer con algo más de detalle cuáles pueden ser en parte las representaciones de los actores y las actrices directos de una profesión que mantiene y/o mantendrá estrecho contacto con “inmigrantes”, como son el conjunto de profesionales de la medicina de cualquier centro de salud hoy en día, se presenta como una opción, a la vez que rebelde, reveladora de información sobre los procesos de construcción de la diferencia que en torno a la población inmigrante extranjera podemos estar elaborando en este país.

Sólo desde la observación directa, ausente de filtros, que la mirada cualitativa puede proporcionarnos sobre la visión periférica del proceso de salud-enfermedad-atención y el contexto de los pacientes y las pacientes, podremos contemplar una persona diferente cada vez que miremos a

la misma persona ("inmigrante o no"), sin anticiparnos a ofrecer una respuesta inconsciente, fruto de una representación sociocultural con la que pretendemos manejar la diversidad étnica, cultural y de género en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMSTRONG, D. (1999): "La opinión del paciente", en DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (comp.), *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en Sociología de la Medicina*, Universidad de Antioquia, Medellín, pp. 223-247.
- COMELLES, J.M. (2003): "El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI", *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3, 1: 6-21.
- COMELLES, J.M. (2004): "El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI", en FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 17-30, Abya-Yala, Quito, Ecuador.
- FARIAS, P. (2001): *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*, Artur, Madrid.
- FUNDACIÓN PROGRESO Y SALUD (2002): *Guía básica de Atención Sanitaria. Inmigrantes*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla.
- GÁMEZ, E. y GALINDO, J.P. (coords.) (2002): "La atención al Inmigrante: del aluvión a la solución razonable". Documento semFYC, 17 [<http://www.semfyces.es/actividades/publicaciones/documentos-semfyccdocum017.html>] (consulta: 01-05-2004).
- GARAY, J., FERNÁNDEZ, C. y GARCÍA, M.A. (coords.) (2002): *La atención primaria de salud ante la población inmigrante*, Fundación CESM, Madrid.
- MARTÍN, M.A. (2001): "El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados?", *Atención Primaria*, 28, 2: 89-90.
- ORDÓÑEZ, A. (1993): "Jerga, cultura e información", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 67, 4: 243-247.
- VÁZQUEZ, J., GALINDO, J.P. y MARTÍN, E. (2004): "Protocolo Inicial de Atención en Población Inmigrante", en LOBATO, P., REGATO, P., IGLESIAS, C. y VÁZQUEZ, J. (eds.) (2003): *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, pp. 71-84.

TEMA 3

INMIGRACIÓN: ADAPTACIÓN Y DUELO

NABIL SAYED-AHMAD BEIRUTI

Publicado en Cuadernos Técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: "Inmigración y salud mental".
Grupo Salud Mental Transcultural. Nabil Sayed-Ahmad Beiruti (coordinador), capítulo 1, pp. 8-28.
Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN. Córdoba, 2006.

INTRODUCCIÓN

El movimiento migratorio no es nuevo, sino que ha sido, y es, una constante en la historia de la humanidad. Por tanto, es un fenómeno natural que sirvió como vehículo de transmisión e intercambio del conocimiento y de la cultura; y el impulsor del desarrollo y la civilización humana.

El proceso de inmigración es un fenómeno complejo que implica dejar un "modelo de vida" y de identidad para incorporar otro "nuevo". Psicológicamente supone un cambio vital, un acontecimiento vital estresante. Asimismo, se trata de un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante; es decir, involucra a los inmigrantes, a sus familiares y a la sociedad receptora.

Es una oportunidad para el intercambio de valores culturales, el conocimiento de otras costumbres y hábitos. La migración posibilita el autoconocimiento y la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro, facilitando de este modo la aceptación y el respeto a la diferencia y la diversidad.

Se trata, en general, de personas jóvenes y fuertes física y psicológicamente que durante el proceso de emigración se enfrentan a una cadena de adversidades y situaciones estresantes, las cuales afrontan generalmente con éxito.

La migración no es causa de trastornos mentales, ya que el sujeto está capacitado por su propia evolución para afrontar esta situación; pero sí es un factor de riesgo para la salud mental, cuando el inmigrante no esté sano o padezca discapacidades y/o el medio de acogida sea hostil.

Emigrar significa salir de un país con historia, lengua, cultura, hábitos y costumbres, abandonar a la familia y a los amigos, en definitiva, renunciar a una parte muy querida de la vida. Llegar a un país extraño del cual no se conoce casi nada, ni su historia, ni sus costumbres y, en muchas ocasiones, tampoco su lengua. Así también, sentimientos de extrañamiento, de nostalgia, de soledad, desilusión y de ser objeto de rechazo.

La emigración está motivada fundamentalmente por dos tipos de factores: los macroestructurales, es decir, económicos, políticos, conflicto bélicos, la globalización, la influencia de los medios de comunicación, etc.; y los microestructurales,

como la presión de la familia (economía familiar precaria) y la existencia de las redes sociofamiliares en el país destino de la emigración, que actúa como un efecto llamada porque reduce los costos de los desplazamientos y la incorporación de los nuevos inmigrantes procedentes del mismo sitio de origen (Sánchez, 2005).

Los flujos migratorios son inevitables, mientras permanezcan las diferencias en el reparto del Producto Interior Bruto (PIB), *per cápita*, entre el Norte rico y el Sur pobre (el de Estados Unidos es 6 veces mayor al de México, y el de España es 15 veces mayor al de Marruecos), o la esperanza de vida en años oscile entre los 80 de la Unión Europea (UE), hasta menos de los 50 en el África Subsahariana. Por esto, ningún muro ni alambrada, ni ningún tipo de política policial, puede pararlos, porque es el efecto de una situación estructural injusta, de una distribución injusta de la riqueza, de los recursos y de las personas. No hay otra alternativa que no pase por la cooperación internacional basada en la inversión y la ayuda al desarrollo económico y social (0,7% por ejemplo), la eliminación de la explotación y explotación de los recursos naturales de los países en desarrollo por parte de las multinacionales, la existencia de libertades y democracia en estos países y, por último, la elaboración de normas consensuadas para frenar el movimiento migratorio.

“La migración ha sido en la historia la gran válvula de escape de los desheredados. Hoy el mundo está lleno” (Zigmund, 2005). Según el Informe de la Comisión de Población y Desarrollo de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (*El País*, 16 de abril de 2006):

- Más de 191 millones de personas viven en un país distinto al de su nacimiento. Son 36 millones más que en 1990. En los 15 años anteriores habían crecido en 68 millones.
- El 60% emigran del Sur al Norte.
- El 40% (75 millones) emigran del Sur al Sur, la mayoría hacia países asiáticos.
- España en las últimas dos décadas ha pasado de ser un país exportador a receptor de inmigrantes. En 1990 no estaba entre los 20 países receptores, ahora es uno de los 10 que acogen a más extranjeros del mundo. Actualmente es uno de los tres, tras Estados Unidos y Alemania, con un mayor incremento en los últimos tres lustros: cuatro millones de personas.

EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

El proceso migratorio se inicia en el momento de tomar la decisión de emigrar, que obliga a poner en marcha los mecanismos de adaptación incluso antes de iniciar el viaje migratorio. En el proceso de adaptación están implicados tanto los sujetos inmigrados como la sociedad receptora y la de origen, en esto radica la complejidad de este proceso.

A lo largo del proceso de adaptación están presentes la ansiedad, el estrés y la ambivalencia. Las características y el grado de elaboración de las mismas, por los implicados, van a definir el nivel de “adaptación y/o integración vincular”, considerada ésta como la relación de integración y de aceptación mutua inmigrante-comunidad receptora (Sayed-Ahmad, Vicente y Río, 2004).

La inmigración es un fenómeno cada vez más extendido que supera las fronteras y convierte a las culturas en ambulantes. El mestizaje tiene lugar a través de la recepción de ideas, valores y costumbres que atraviesan lugares y límites (Soriano, 2004). Las cualidades de este mestizaje, la incorporación social, las distintas formas de asentamiento que los inmigrantes realizan, son consecuencia de tres importantes grupos de factores, a saber: 1) las políticas migratorias de los estados receptores, 2) los niveles de aceptación de la población y 3) la importancia sociocultural de la comunidad de los inmigrantes.

Existen diferentes modelos de enfocar la adaptación de los inmigrantes, que van desde los que exigen la asimilación como sinónimo de integración (Francia), hasta el multiculturalismo y la exclusión (países anglosajones). En los últimos tiempos se viene hablando del interculturalismo como posición intermedia y que podría remediar y corregir muchos aspectos negativos de las otras posturas.

*Asimilación ↔ Integración/Aculturación ↔
Interculturalidad ↔ Multiculturalismo ↔
Separación, Segregación y Exclusión*

El proceso de adaptación se puede dividir en varias etapas: de preparación del proyecto migratorio, de la llegada, de la adaptación y de la encrucijada. Esta división es artificial y no está nítidamente delimitada ni es lineal y sólo sirve para la observación, el estudio y exposición de este proceso.

Preparación del proyecto migratorio

Durante el proceso de la toma de decisión de emigrar o no, dominan los sentimientos ambivalentes hacia el hecho de tener que abandonar todo e ir hacia lo desconocido. Tal circunstancia genera estrés, ansiedad, miedo al fracaso y a lo desconocido, pero también ilusión y esperanza de solución de los problemas causa de la emigración. Asimismo, surgen reproches hacia la sociedad de origen, de la que, por sus carencias, se tiene que emigrar. Todos estos sentimientos están compartidos por los familiares que se quedan, además de la tristeza y los sentimientos de culpa por contribuir (presionar) en la toma de esta decisión.

Durante este periodo se elabora el proyecto migratorio, que influye positivamente en la toma de decisión a favor de emigrar, y lleva en su seno el germen de la ilusión y también del duelo migratorio. Proyecto cuya característica común es la vuelta a corto, medio o largo plazo; es decir, en la mayoría de los casos, no está contemplada la permanencia definitiva en el país de acogida, hecho que va a determinar e influir en el proceso de asentamiento y adaptación.

Asimismo, contribuye en la toma de decisión de emigrar la imagen de éxito real o ficticio de los compatriotas que habían emigrado con anterioridad y regresan de visita cargados de regalos, o por lo que se observa de mejoría en las viviendas e incluso en el nivel de vida de sus familiares. Tales mejoras, entre otras cosas, son debidas a la gran diferencia del nivel de vida entre el Norte y el Sur y al enorme esfuerzo ahorrativo de los inmigrantes.

Llegada y asentamiento

“Cómo será llegar de noche a la costa de un país desconocido, saltar al agua desde una barca en la que se ha cruzado el mar en la oscuridad... un hombre solo, sin documentos, sin dinero... que no sabe nada de la lengua del país adonde ha llegado...” (*Sefarad*. Antonio Muñoz Molina).

Los sentimientos que dominan, al llegar, son de miedo, de confusión y desorientación por desconocimiento de las normas; así también, emociones ambivalentes de alegría por lograr su objetivo de llegar a destino salvo y sano, con mezcla de tristeza por todo lo que ha tenido que abandonar. Esta ambivalencia señala el inicio del duelo migratorio.

Al principio el sujeto se encuentra inmerso en una situación que se puede calificar de *anómica*, debido al conflicto que se puede generar entre las normas propias y las de la sociedad receptora o, en algunos casos, por la ausencia de normas tras el abandono de las propias al no ser útiles en su nueva situación y la no adquisición de las de la sociedad receptora. Esta situación podría generar estrés y angustia que podrían llevar a situaciones de crisis general y de identidad y alteraciones del comportamiento y de la convivencia, debido a la desestructuración de la vida psíquica del sujeto.

El papel de “acomodador”, tanto de las instituciones públicas y privadas como del conjunto de la sociedad receptora, es crucial en esta fase y determina el futuro del proceso. Este papel consiste en orientar y ayudar a los inmigrantes, facilitándoles el acceso a todo lo necesario (documentación, contrato de trabajo, vivienda, etc.)

para acomodarse e iniciar la convivencia en la sociedad receptora.

De igual modo, es importante la comprensión y la promoción, por parte de la sociedad de acogida, de lo que llamo “el rito de iniciación a la inmigración. Dicho rito consiste en la acogida, el apoyo y la orientación de los recién llegados por parte de las redes sociales de inmigrantes de su propio país, como las asociaciones culturales. Basadas en el principio de reciprocidad (Sánchez, 2005), estas redes facilitan la reincorporación y adaptación de los recién llegados, evitándoles el someterse a situaciones críticas, al orientarles y explicarles las normas sociales, culturales y legales del comportamiento, y el funcionamiento de las instituciones; y ayudándoles, también, en la búsqueda de vivienda, trabajo y todo lo necesario para iniciar su nueva vida. Esta circunstancia, en muchas ocasiones, no sólo no es comprendida por la sociedad de acogida, sino criticada y de alguna manera temida: “siempre van juntos”, “se meten muchos en el mismo piso”, “no se relacionan con nosotros”, etc.

Adaptación/integración

El proceso de adaptación se inicia una vez superadas las situaciones críticas y resueltos los problemas económicos y sociales (trabajo, vivienda, etc.). Es un proceso heterogéneo, que depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, de género, edad, etc.

Se trata también de un proceso bilateral en cuanto que interdependiente. Es decir, depende de la interacción entre inmigrados y sociedad de

acogida por un lado, y por otro, entre el inmigrado y su entorno sociofamiliar.

Adaptarse, aclimatarse o integrarse no implica que el sujeto tenga que renunciar a su propia cultura y su identidad, sino supone una mezcla equilibrada entre lo que uno ha sido y es y lo que va adquiriendo por sus nuevas experiencias y vivencias, por su contacto y convivencia en su nuevo entorno. Es decir, adaptarse conlleva tener una actitud receptiva a lo diferente y diverso, de incorporar lo nuevo a su bagaje cultural y personal, en definitiva, una actitud intercultural.

La integración se producirá sólo cuando haya interés tanto por parte de los inmigrados como por parte de la sociedad receptora. Es decir, que haya aspiración por parte de los inmigrantes a in-

tegrarse, y que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como valor positivo que contribuye al intercambio cultural y el mutuo enriquecimiento, convirtiéndose en verdadera sociedad de acogida, disminuyendo de esta manera los niveles de xenofobia, de rechazo y de prejuicios. Por tanto, es necesario que exista el deseo de ambas partes a contribuir al desarrollo de buenas relaciones y el intercambio de valores culturales; logrando así una integración basada en el respeto mutuo de los valores culturales, en la interculturalidad, evitando, en consecuencia, actitudes de exclusión social o exigencias de asimilación. Tales ideas se reflejan en el esquema de Berry, con algunas modificaciones, que se expone a continuación.



La adaptación es hallarse entre dos orillas culturales que se aceptan y se respetan mutuamente, que construyen puentes de encuentro y no muros de separación, siempre dentro del marco legal y constitucional del país de acogida. Esto supondría algunas renunciadas, como en cualquier relación y convivencia. El comer cerdo o no, el beber o no alcohol, la forma de vestirse, etc. no son sinónimos de adaptación o desadaptación, sino son cuestiones pertenecientes a creencias y hábitos sociales. La verdadera adaptación es el sentirse uno respetado y aceptado en lo referente a sus creencias y su persona, y respetar y aceptar las creencias y normas de convivencia; es el sentirse parte de un todo diverso y heterogéneo y no excluyente.

Es importante tener en cuenta algunos factores que influyen en el proceso adaptativo, dificultándolo, como las actitudes de rechazo, la falta de documentación, trabajo o vivienda, etc.; o facilitándolo, como las actitudes de solidaridad, el acceso al trabajo, a la educación, a la salud o vivienda digna, así como la agrupación familiar y la normalización de la situación jurídica, entre otros.

La encrucijada

Encrucijada es el "lugar de donde parten varios caminos en distintas direcciones" y/o "situación difícil en que no se sabe qué conducta seguir" (Moliner, 1981). "En el proceso de asentamiento-adaptación-integración el emigrante se ha de enfrentar a diario con la añoranza siempre presente y los deseos de volver a su tierra y con sus dudas sobre la conveniencia o no de seguir por el camino de la permanencia definitiva y la inte-

gración" (Calvo, 1977); en esta situación suelen hallarse la mayoría de los inmigrantes, que han logrado adaptarse e integrarse a la nueva sociedad donde viven y conviven. Lo que caracteriza esta fase de la inmigración es que se trata ya de un estado permanente y de la mezcla de sentimientos ambivalentes y, en ocasiones ambiguos. En definitiva, es el vivir entre dos culturas, dos fronteras y, en ocasiones, fuera de lugar. Como muy bien dice Maalouf (1999), "Lo que hace que yo sea yo, y no otro, es ese estar en las lindes de dos países, de dos o tres idiomas, de varias tradiciones culturales. Es eso justamente lo que define mi identidad. ¿Sería acaso más sincero si amputara de mí una parte de lo que soy?".

La posibilidad de volver es contemplada, generalmente, por todos los sujetos en sus proyectos migratorios. Es importante el hecho de que los inmigrantes puedan volver a su país, sea de visita o definitivamente. Esta posibilidad de regresar influye positivamente en el proceso de adaptación y en la elaboración del duelo migratorio. El tener la seguridad de que las "naves" están amarradas y no están quemadas tiene un efecto tranquilizador en el sujeto inmigrado. Si volver es posible significa que las "puertas" están abiertas y esto permite que el contacto con el país y la familia sea posible, haciendo más tolerable la ansiedad del proceso migratorio. Pero si volver no es posible (situación irregular por carencia de documentación, los exiliados, etc.), significa que no hay otra alternativa distinta que permanecer en el país receptor, sin ni siquiera la posibilidad de visitar el suyo. Esta situación contribuye al aumento del estrés y la ansiedad, pero también

obliga a canalizar los esfuerzos en la dirección de la adaptación al nuevo medio, adaptación con sus características particulares.

Heterogeneidad del proceso de adaptación

Como se ha dicho anteriormente, el proceso de adaptación es heterogéneo, es decir, depende de diferentes factores culturales, de género y de edad. No es lo mismo adaptarse si se pertenece a una religión/cultura cercana a la de la sociedad receptora o tener el mismo idioma que pertenecer a otra muy diferente (hispanoamericanos, europeos o norteafricanos). Tampoco es lo mismo si se es niño, mujer, o si los motivos son por necesidades económicas, por estudio o exilio forzoso. En este último caso la salida del país no es voluntaria, es un "mal menor", suele emigrar toda la familia, no hay perspectivas de retorno a corto plazo y esto depende de circunstancias ajenas a su voluntad; la actitud de la sociedad receptora y su administración suele ser algo más solidaria (Sayed-Ahmad, Vicente y Río, 2004).

Factores culturales. Hay muchas diferencias en el proceso de adaptación entre las distintas culturas, debido a la cercanía o lejanía entre la cultura de origen y la de acogida, es decir, la *distancia cultural*. Se puede inferir que, a mayor *espacio intercultural compartido* (valores culturales semejantes, misma religión o idioma, etc.), se requiere menor esfuerzo, por parte del sujeto y la sociedad de acogida, para el logro de una mayor integración; a mayor *distancia intercultural*, es decir, menor *espacio intercultural compartido*, se necesita más esfuerzo, por parte del sujeto y la sociedad de acogida, para el logro de una

mejor integración. Asimismo, a mayor distancia intercultural y más *diversidad cultural*, además del mayor esfuerzo integrador que se precisa por parte de ambos, existe el riesgo de la disminución de la capacidad integradora de la sociedad receptora, aumentando a su vez el riesgo del resurgimiento de las actitudes de prejuicios, de rechazo y de xenofobia entre otros.

La cultura no es un producto finalista, sino que es algo dinámico, diacrónico y sincrónico, por tanto, no es estático y depende de la interacción de los individuos entre sí, con su entorno y sus circunstancias, y por ende pertenece al ser humano. Entiendo por interculturalidad el encuentro y diálogo de culturas, que no se limita al estudio de los elementos culturales de identidad de cada grupo, sino también se fija en los aspectos socioeconómicos como principales determinantes de las desigualdades. El interculturalismo presenta un doble plano (Soriano, 2004): el ético, es decir, las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural; y el sociológico, o sea, la igualdad de todas las culturas en su interacción y la búsqueda de puntos comunes entre sus creencias, valores y comportamientos. "Todas las culturas están en relación unas con otras, ninguna es única y pura, todas son híbridas heterogéneas, extraordinariamente diferenciadas y no monolíticas" (Said, 2001). El multiculturalismo es un hecho, una realidad, mientras el interculturalismo es una ideología sobre las relaciones entre las culturas, una actitud, una teoría y no una realidad, implica una interacción y relación.

El género. Las mujeres padecen más que los hombres situaciones de estrés y dificultades psi-

cológicas: por tener menos recursos económicos y, por tanto, menor autonomía y mayor dependencia del hombre, por padecer mayor explotación laboral y aislamiento social, por tener que combinar su trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, porque el trabajo mayormente es menos cualificado (doméstico). Asimismo, debido a la diferencia en la intención y el momento del proyecto migratorio, la mayoría de las veces la mujer emigra por reagrupación familiar, lo que imprime distinta velocidad de adaptación (el marido ya ha empezado antes) y mayor aislamiento y dependencia del marido. Otros factores estresantes podrían ser: el esfuerzo que tiene que realizar en el reajuste de su papel de transmisora de la cultura y de los valores en el proceso de adaptación y enculturación de sus hijos, el riesgo de ser acosada y explotada sexualmente y, también, la soledad ante situaciones de malos tratos por carecer del adecuado soporte sociofamiliar.

La edad. Dentro de esta heterogeneidad de la adaptación resulta elemental tener en cuenta la edad de la inmigración. Hasta este momento se ha hablado de la adaptación del adulto que decide emigrar con su proyecto migratorio, más o menos perfilado y asumido, pero no es así en el caso de los ancianos, niños y adolescentes.

Los *ancianos*. Emigran generalmente por reagrupación familiar, por tanto, carecen de proyecto migratorio, con pocas expectativas de futuro, debido a que el tiempo vivido es mayor del que queda por vivir. Hechos que dificultan enormemente su adaptación, con el riesgo de padecer importantes cuadros depresivos.

Los niños y adolescentes. Cuando una persona inmigrada logra adaptarse a su nueva situación muestra, generalmente, sentimientos y vivencias ambivalentes por el hecho de hallarse entre dos culturas, dos países, dos lealtades, etc. En el caso de los niños y adolescentes, estas vivencias son más intensas, debido entre otras cosas a la ausencia de una identidad de base fuerte. Es especialmente delicada la situación de los adolescentes, por encontrarse inmersos en el proceso de metamorfosis que supone el cambio de niño a adulto y porque viven doble crisis de identidad: la propia de cualquier adolescente y la motivada por su situación social. Es decir, se encuentran en el cruce de dos edades y de dos culturas (Sayed-Ahmad, 2006).

Es conveniente, a la hora de abordar la situación de los hijos de inmigrantes, diferenciar entre dos grupos:

1. los hijos emigrados con sus padres desde sus países de origen, teniendo en cuenta su edad de emigrar,
2. los hijos nacidos en la sociedad receptora de los padres. Como veremos a continuación, a pesar de los problemas comunes, existen rasgos específicos de cada uno de estos subgrupos.

Los *niños y adolescentes* inmigrados, mayormente por reagrupación familiar o que desde el principio acompañan a sus padres. Los muy pequeños suelen tener dificultades e incidencias, en su proceso de socialización, casi semejantes a los nacidos en el país de acogida.

Los adolescentes son los que presentan mayores dificultades de adaptación, debido a que su proceso de socialización se interrumpe brus-

camente y el aprendizaje de nuevas estructuras culturales resulta dificultoso por la pérdida de la plasticidad infantil. La interrupción de su proyecto vital en el país de origen, la ausencia de proyecto migratorio propio, al mismo tiempo que las posibles actitudes negativas de la sociedad de asentamiento y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación.

Al principio de la inmigración el adolescente vive una situación de confusión en lo referente a las normas y control social. Con frecuencia muestra comportamientos ambiguos y conflictivos, debido a que se libera de las limitaciones de la sociedad de origen y no siente la necesidad de las nuevas limitaciones de la sociedad de acogida por no vivirlas como suyas. A medida que se va adaptando al nuevo medio sociocultural, resulta remodelado por este medio. Esto no supone la destrucción de su antigua educación, sino que en él podrían habitar dos fuerzas que van a luchar en el trasfondo de su ser: por una parte, la fuerza que tiende a la divergencia cultural y al mantenimiento de la identidad previa, y por otra, la que tiende a la convergencia cultural (interculturalidad) y la integración de los nuevos elementos en su identidad. Es elemental tener en cuenta este momento vital en el que se encuentra el adolescente para poder comprender mejor la problemática que padece; es decir, cuando el conflicto entre las dos culturas es sentido no ya como un hecho exterior (conflicto entre la personalidad de base y el nuevo medio), sino como algo interior, entre dos partes de sí mismo, sentidas a la vez como suyas y contradictorias, afectando de este modo su equilibrio

emocional por la lucha por el que fue y el nuevo ser que se está naciendo. Estos conflictos pueden manifestarse entonces por la inestabilidad, debida a la lealtad hacia dos grupos antagonistas, la ambivalencia de las actitudes, la desesperación porque no se pueden seguir dos corrientes a la vez cuando estas corrientes arrastran en dos direcciones opuestas, la imposibilidad de realizar una síntesis, el acrecentamiento de la emotividad y la hipersensibilidad (Bastide, 1978).

Los *niños y adolescentes* no inmigrados, es decir, los nacidos en el país de la inmigración de sus padres, a mi juicio, no se pueden considerar inmigrantes de 2ª generación, ya que ellos no emigraron a ninguna parte. Son nacidos y viven en su país; en todo caso, serían inmigrantes en el país de origen de sus padres. Sin embargo, la realidad es tozuda, ya que la sociedad, su sociedad, no les considera como ciudadanos suyos de pleno derecho. Dicha sociedad mantiene cierto grado de rechazo y marginación. Esta actitud, junto a las exigencias de su grupo cultural de comportamiento de acuerdo con sus normas, dificulta bastante el proceso de socialización y la adquisición de una identidad sólida y estable. Su conflicto consiste en que ellos viven en la sociedad de nacimiento, han adquirido ampliamente la cultura de su sociedad asistiendo a la escuela, pero además, han tenido la influencia de su familia o barrio (habitualmente viven en barrios de inmigrantes), encontrándose entre dos culturas diferentes, a veces divergentes. Todo esto dificultaría su proceso de endoculturación, por las ambivalencias, las contradicciones y, en muchas ocasiones, las paradojas comunicacionales, obstaculizándose su

proceso de socialización. No obstante, los adolescentes suelen adaptarse con bastante éxito a las dos culturas y tienden a desarrollar múltiples identidades externas según los contextos.

En general, la calidad de adaptación e integración de los adolescentes se ve influenciada por:

1. La calidad de la integración de sus padres, su actitud hacia la sociedad de asentamiento y el grado de elaboración del duelo migratorio. En muchas ocasiones, los padres mantienen actitudes ambivalentes hacia su situación, postergando y delegando la elaboración de su duelo migratorio en sus hijos, lo que obstaculiza su labor socializadora al no poder transmitir e interiorizar en sus hijos las normas culturales y los valores del contexto en que viven.

2. La actitud excluyente de la sociedad, que obliga a los inmigrantes a vivir en barrios marginales (guetos) y a ocupar los lugares más bajos en la escala social. Se reducen de este modo las oportunidades de promoción y participación en la vida colectiva, manteniéndoles en situación de aislamiento social, cultural y lingüístico, impidiéndoles el acceso a los ideales culturales predominantes, posibilitando así la fusión de las imágenes negativas e identidades que cultivan tanto su grupo cultural como la sociedad donde viven (Erikson, 1977).

3. La actitud homogeneizante y totalizadora de la sociedad dificulta la adquisición y conquista de la conciencia de singularidad, resultado de una integración positiva, al negarles el derecho de ser y sentirse como individuos diferentes y únicos, obligándoles al anonimato y a la existencia amorfa y no diferenciada dentro de su colectivo de origen.

REACCIONES ADAPTATIVAS Y ENFERMEDADES MENTALES

La salud mental de los y las inmigrantes y de sus familiares responde a un conjunto complejo e indisoluble de factores individuales, sociales, económicos y culturales que remiten necesariamente al *status* del trabajador inmigrado en la sociedad industrial (Pechevis, 1995). No obstante, "en general, el inmigrante posee una capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una cierta esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo" (Achotegui, 2002).

La ansiedad en el proceso migratorio se manifiesta, según los Grinberg (1984), básicamente de tres formas:

1. Ansiedad depresiva, que surge de las experiencias de pérdida masiva de todo lo que se ha dejado, con el temor de no poder recuperarlo jamás. Esta ansiedad facilita el inicio del trabajo de duelo.

2. Ansiedad paranoide, que surge como respuesta a las exigencias de adaptación vividas por el sujeto como abrumadoras y, a veces, con pánico por temor al fracaso.

3. Ansiedad confusional, que surge por los sentimientos ambivalentes hacia lo que se ha dejado y lo nuevo encontrado.

Podemos identificar una serie de factores de riesgo para la salud, comunes a todas las poblaciones inmigradas, que viven en situación de marginalidad sea cual sea la sociedad receptora:

1. Estrés crónico generado por el esfuerzo del proceso adaptativo, el miedo al fracaso, la soledad, el miedo a ser expulsado, etc.
2. Ser el blanco de reacciones de rechazo y de discriminación de la sociedad.
3. Aislamiento social y dificultades en el proceso de socialización y de adaptación, por la existencia de barreras comunicacionales, culturales y administrativas.
4. Lugares bajos en la escala social y escasas o nulas posibilidades de promoción, sobre todo en los jóvenes.
5. Vivienda inadecuada: sin residencia fija, hacinamiento y cohabitación forzada con otros individuos o familias. Vivir en zonas de riesgo social elevado.
6. Los modelos de conducta apoyados por el entorno son ambivalentes en la medida en que todo el grupo familiar está en crisis.
7. Ausencia de redes de apoyo sociofamiliar.
8. Situación administrativa de irregularidad.
9. Cambios climáticos y de hábitos alimenticios y de vida.
10. Dificultades en el acceso normalizado a la red sanitaria pública.

Tanto las enfermedades mentales como las reacciones adaptativas son muy similares a las de la población receptora, pero están matizadas por el estrés migratorio y los factores culturales, tanto en su concepción de salud y enfermedad como en la expresión del padecimiento físico y mental.

Las enfermedades mentales y reacciones adaptativas más frecuentes suelen ser las pertenecientes al síndrome ansioso-depresivo y el trastorno por el estrés crónico. En menor cuantía encon-

tramos los trastornos pertenecientes a la esfera afectiva (depresión tardía o melancolía, cuadros maníacos o bipolares).

Las reacciones psicósomáticas son bastante frecuentes en las consultas de atención primaria y también en la especializada. Son la expresión del estrés y la ansiedad, así como la forma cultural de manifestar el malestar en que se encuentra el sujeto. Las más frecuentes son: malestar general, cefaleas, parestesias, mareos, alteraciones de la vista, temblores, dolor abdominal, trastornos gastrointestinales y alteraciones del sueño.

Asimismo, aunque muy poco frecuentes, hay trastornos de la conducta y de la personalidad, sobre todo los del tipo de comportamientos defensivo-agresivos, paranoide o disociativo. A pesar de que las transformaciones culturales rápidas, con el inevitable cambio del sistema de referencias valorativas, junto a la crisis de identidad que provocan, parece conllevar un mayor número de repercusiones y actuar como un factor básico de inseguridad, capaz por sí mismo de provocar una situación psicótica (Castilla, 1980), existen discrepancias en cuanto a la aparición y desarrollo de trastornos psicóticos en los inmigrantes mayor que en la población no inmigrante.

Es elemental estar en alerta para identificar y prevenir los efectos nocivos, sobre la conducta, producidos por la exclusión social y la vida marginal, como la drogodependencia, la delincuencia y la prostitución.

En los niños y adolescentes, destacan las alteraciones del comportamiento, las regresiones o retraso en el desarrollo general; asimismo, el fracaso escolar, debido a la inhibición intelectual

SÍNDROMES VINCULADOS A LA CULTURA (SAYED-AHMAD, 2002)

Ufuyane Se manifiesta por sollozos, gritos, pérdida de conocimiento y convulsiones... Es frecuente en el sur de África y en Kenya. Es atribuido al efecto de pociones mágicas.

Ataque de nervios Es frecuente entre los latinos tanto en el Mediterráneo como en América. Se manifiesta con sintomatología disociativa y ansiosa: bochornos, inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento.

Ansiedad maligna Se da en África (Nigeria). Es un estado de ansiedad intensa debida al estrés por el esfuerzo de adaptación a las situaciones vitales y los frecuentes cambios culturales. Se manifiesta por intensa ansiedad, agitación, irritabilidad y miedo.

Vudú Es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería. Los síntomas más frecuentes son: gran angustia, intenso miedo, alteraciones neurovegetativas, sintomatología delirante-alucinatoria y confusiones. Se da en África, Sudamérica, Australia y las Islas del Pacífico.

Mal de ojo Es característico de la cultura mediterránea y se da sobre todo en niños y mujeres. Se atribuye a la capacidad o poder que tienen algunas personas en la mirada causando el mal a la persona envidiada por alguna característica o posesión. Las manifestaciones más frecuentes suelen ser de tipo psicossomático como el insomnio, fiebre, diarreas, vómitos, cefaleas y malestar generalizado.

Zar El término *zar* se refiere tanto a una ceremonia como a una clase de espíritu. Es bastante común en Etiopía, Somalia, Sudán, Egipto (Nubia), norte y medio-este de África. El trastorno se caracteriza por experiencias de posesión tipo disociativo, con gritos, estereotipias, bailes y cantos. En estas sociedades no se considera como algo patológico.

Amok Se trata de un ataque indiscriminado de homicidio en masa. El individuo en un estado semejante al disociativo empieza a correr sin cesar destrozando todo lo que encuentra a su paso, matando a personas y animales que se ponen en su camino. Elige armas enormemente destructivas y lugares muy concurridos para cometer su homicidio masivo. Se da en Indonesia y Malasia.

Koro (Síndrome de Retracción Genital). Se trata de un síndrome psiquiátrico cuyo síntoma principal es el pánico agudo o reacción de ansiedad, a causa del miedo a la retracción de los genitales. Por la suposición de que el pene va retrayéndose e incluso se invagina dentro del abdomen pudiendo causar la muerte, debido a la creencia de que por los excesos de la actividad sexual se produce pérdida de elementos Yang con el semen, produciendo ruptura en el equilibrio Yin-Yang. Se distribuye geográficamente en sudeste de Asia, sur de China, India y Malasia.

por la falta de estimulación tanto en la escuela como en el entorno familiar y social.

Por último, una mención de los síndromes vinculados a la cultura (Koro, Latah, la posesión o el mal de ojo, etc.), que hacen referencia a los trastornos mentales donde se manifiesta claramente la influencia de la cultura. Y de un modo específico, dichos trastornos están fuertemente vinculados a los factores culturales, es decir, a las creencias mágicas, religiosas y éticas, y a las actitudes socioculturales de una sociedad determinada. Aunque los factores culturales afectan, en alguna medida, a todos los trastornos mentales, hay algunos menos influenciados (por ejemplo, la esquizofrenia) por la cultura que otros (la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimenticios, etc.) (Sayed-Ahmad, 2002). Los síntomas son más influenciados probablemente que el mismo trastorno, y cada uno de estos síndromes puede tener diferentes formas de expresión. Aunque lo relevante sería realizar una formulación psicosocial de cada caso concreto (Pérez, 2004), el no tener en cuenta a estos síndromes nos podría llevar a falsos diagnósticos y, por tanto, a tratamientos innecesarios o erróneos.

DUELO MIGRATORIO

El desarrollo y crecimiento psicológico, psicosocial e incluso el desarrollo humano en cualquiera de sus facetas no está exento de elecciones, de renunciaciones y de pérdidas; en consecuencia, se puede entender la vida humana “como un conjunto de procesos de duelo escalonados e imbricados” (Tizón, 1997).

El duelo, habitualmente, se entiende como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales por la pérdida de un ser querido o una abstracción (patria, objetos, paisajes, etc.) al cual se estaba afectivamente vinculado, que ponen en marcha un proceso de reorganización de la personalidad y de adaptación a la nueva realidad. Se trata, por tanto, de un proceso continuo que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. “Es, sobre todo y ante todo, una realidad colectiva, social y cultural” (Tizón, 2004).

La inmigración, como todo cambio social y personal, tiene su parte de duelo. Dicho duelo se explica por la pérdida múltiple y masiva, el dolor y la frustración de expectativas, que supone el hecho de trasladarse, desde un sitio con vínculos afectivos a otro nuevo al que hay que adaptarse y desarrollar nuevos vínculos. Este duelo se manifiesta fundamentalmente con síntomas depresivos por las pérdidas y síntomas de ansiedad y confusionales debido al estrés del proceso adaptativo y la lucha por conseguir sus anhelos.

La sociedad receptora también sufre cambios sociales al admitir en su seno a nuevas personas, con hábitos culturales y costumbres diferentes. Por esto se enfrenta a un duelo particular por la pérdida de la “pureza” cultural y de costumbres, durante el cual tiene que elaborar y desarrollar nuevas actitudes y vínculos, así como nuevos valores resultado del inevitable mestizaje. Duelo que será diferente, mejor o peor elaborado, dependiendo de la distancia cultural, el porcentaje de inmigrantes en su seno y la velocidad de llegada de nuevos inmigrantes.

El duelo migratorio supone, por tanto, mantener y reelaborar vínculos con los objetos perdidos, así como adoptar y desarrollar nuevos vínculos con la sociedad de acogida. Este trabajo de duelo, que requiere del sujeto esfuerzo, podría ser simple si las condiciones donde se desarrolla son favorables, o complicado si se lleva a cabo en condiciones desfavorables por las situaciones personales (familia que se queda y no puede traerla...) o sociales adversas en el país de origen o en el de acogida.

En el duelo migratorio no se pierde un solo objeto, sino que la pérdida es múltiple de personas y de abstracciones. El individuo que emigra pierde a la familia y los amigos, el *status* social, su proyecto vital, la lengua y cultura, el grupo y el sentimiento de pertenencia, la tierra y paisajes, etc.; todo lo cual exige al sujeto un trabajo de duelo diferente al habitual, con emociones amplificadas en su intensidad y ambivalencia.

Cuando evaluamos el duelo migratorio, hay que tener en cuenta que, en general, se trata de una vivencia emocional natural en todo ser humano, pero, al mismo tiempo, tiene una serie de características que lo hacen diferente a otros duelos; éstas son:

1. desaparición súbita de un conjunto de objetos: personas, personajes, paisajes, etc.,
2. no hay desaparición definitiva, sino lejanía,
3. es un duelo parcial, complejo, complicado, vincular, ambivalente y transgeneracional,
4. miedo a crecer lejos y a perder sus referentes de pertenencia,
5. afecta tanto al inmigrante, a los que se quedan en el país de origen, como a la sociedad receptora,

6. afecta a la identidad,
7. es recurrente y con tendencia a la cronificación.

El duelo migratorio se puede considerar como un síndrome, es decir, un conjunto de emociones, de representaciones mentales y conductas, con vivencias ambivalentes. Vinculado a la cultura en su manera de manifestarse, porque la cultura canaliza el modo de expresar las emociones y los síntomas. Las manifestaciones más frecuentes son:

1. síntomas depresivos: tristeza, llanto, tendencia al aislamiento. La apatía y la disminución de la actividad son menos frecuentes, porque tiene que seguir luchando por la adaptación y la supervivencia.
2. Estado de ansiedad por el estrés, que se manifiesta por tensión, nerviosismo, pensamientos recurrentes y somatizaciones como el insomnio, cefaleas, irritabilidad, etc.
3. Síndromes confusionales como la desorientación temporal y espacial, pérdidas de memoria.
4. En situaciones límites y críticas, de inestabilidad social y emocional, sin apoyo sociofamiliar y en ambientes vividos como hostiles que dificultan el establecimiento de relaciones sólidas y disminuyen su autoestima, se pueden presentar síndromes de despersonalizaciones e incluso psicóticos.

Elaboración del duelo

Se trata de una serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida y su impacto afectivo y cognitivo, concluyen con la aceptación de la nueva realidad externa, la adaptación a la misma, la reorientación de la actividad mental y la organización del mundo interno (Tizón, 2004). La forma de elaborar el duelo migratorio es com-

ponente fundamental de la adaptación al entorno sociofamiliar, al trabajo y a las nuevas emociones.

El *duelo bien elaborado* "permitirá integrar de manera discriminada los dos países, los dos tiempos, el grupo de antes y el grupo actual, que dará lugar a la reorganización y consolidación del sentimiento de identidad, que corresponderá a alguien que sigue siendo el mismo a pesar de los cambios y remodelaciones" (Grinberg y Grinberg, 1984). Un duelo bien elaborado contribuye a la mejora de la autoestima, la estabilidad emocional y, asimismo, a tener mejor salud mental y física. Para que dicha elaboración se lleve a cabo, hace falta que el sujeto tenga en buen estado sus capacidades personales de afrontamiento y resolución de conflictos, que el entorno sea favorable de apoyo y solidario; asimismo, contribuye la situación administrativa regularizada, con acceso normalizado a vivienda, trabajo, educación y salud pública. Condiciones que le permitan, entre otras cosas, desarrollar y llevar a buen término su proyecto migratorio.

El *duelo mal elaborado o complicado* sucede cuando el inmigrante no logra superar ni resolver psicológicamente los conflictos internos y externos que le supone su nueva situación. Esto ocurre por causas inherentes al individuo, como la historia relacional anterior, su personalidad previa, sus limitaciones para adaptarse a los cambios; o pertenecientes al ambiente social hostil, la falta de redes sociofamiliares, a la situación jurídica, administrativa y laboral inestable y desfavorable (sin papeles, sin trabajo, hacinamiento...), y por la no realización de su proyecto migratorio, objeto ansiado pero no obtenido. También influyen

algunas características del propio duelo migratorio, como el ser múltiple, parcial y recurrente debido a la nostalgia, que *es como la brasa que se va consumiendo lentamente, pero su llama se puede avivar por el viento de cualesquiera circunstancias emocionales, que se generan durante el proceso migratorio*. Esta falta de elaboración puede afectar, seriamente, a la autoestima del individuo, a su capacidad de adaptación y resolución de los conflictos y problemas, produciendo en él sentimientos de frustración y fracaso que se manifiesta con ira, rechazo y aislamiento. Así también, puede manifestarse en cualquiera de las reacciones adaptativas, psicosomáticas y enfermedades mentales, antes descritas, e incluso podría devenir en cuadros psicóticos graves como la esquizofrenia o trastornos paranoides.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La inmigración debe ser considerada como acontecimiento vital estresante y, como tal, podría ser un factor de riesgo para la salud mental de los inmigrantes. Tanto los inmigrantes como la sociedad receptora, con sus instituciones, deben tomar conciencia de este riesgo, para así poder prevenir sus posibles efectos perjudiciales tanto para el inmigrante como para el conjunto de la sociedad.

La inmigración no sólo es inevitable, sino que es deseable, porque aporta soluciones económicas para el inmigrante, para el país receptor y para el país emisor. Asimismo, por ser fuente de intercambios culturales, de conocimiento de otras costumbres y realidades, que brinda la oportuni-

dad del mestizaje cultural, de perder el miedo a lo diferente, al otro, al extraño y salir de situaciones de aislamiento cultural, fuente de actitudes de xenofobia. Este conocimiento mutuo, además de permitir perder el miedo al otro, fortalece los elementos determinantes de la identidad socio-cultural, al percibir que el mestizaje cultural no debilita la propia cultura, sino que la enriquece y dota al sujeto y a la sociedad de más seguridad en sí mismos y en sus relaciones con los demás.

La importancia del conocimiento y comprensión de la cultura religiosa de los inmigrantes por la comunidad receptora, y viceversa, radica en que los valores y las normas que constituyen la cultura de un grupo étnico influyen en su peculiar forma de adaptación, la manera de elaboración del duelo y en su modo de ver el mundo y en su interacción. Este conocimiento mutuo también ayudaría a la comprensión de las costumbres, hábitos, estructura funcional de la familia y otras instituciones, así como el conjunto de comportamientos culturalmente determinados.

Es muy importante que la sociedad y las instituciones cumplan con su papel de *acomodador*, facilitando y promoviendo el mejor conocimiento del funcionamiento de los servicios, entre ellos del sistema sanitario público, facilitando así la adaptación de los inmigrantes a la sociedad de acogida y, por consiguiente, el acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación y a la salud. Asimismo, la promoción de actitudes proactivas de solidaridad, de apoyo y de igualdad, evitando así las actitudes reactivas de rechazo y xenofobia.

Otro aspecto a tener en cuenta es el porcentaje de la población inmigrante en una determi-

nada zona geográfica. El aumento del porcentaje (concentración) de población inmigrante podría ser un factor de riesgo, por el posible desequilibrio sociocultural y demográfico que se produce, generando actitudes negativas y disminuyendo la capacidad de respuesta y de integración de la sociedad. Cuando dicho porcentaje es entre el 25% y el 30% podemos hablar de zonas necesitadas de transformación social, que requieren de atención y actuaciones especiales para facilitar la integración y la adaptación a la nueva realidad, evitando así el resurgimiento de actitudes y actos de rechazo y xenofobia. Si además del porcentaje hay mayor distancia y diversidad cultural, las dificultades y los riesgos aumentan.

Se hace necesario promover entre el colectivo inmigrante actividades socioculturales que faciliten el contacto activo con la sociedad receptora, de apoyo y solidaridad interna. Asimismo, el aprendizaje del idioma, por ser éste el instrumento mediante el cual los inmigrantes llegan a comprender y entender mejor la cultura, el funcionamiento de la sociedad y de sus instituciones, mejorando así su adaptación y su convivencia.

Todo esfuerzo será vano si no se comienza actuando sobre el medio de acogida y la población inmigrante. Dicha actuación pretende la desaparición de las actitudes de rechazo, de xenofobia o racistas, que las leyes de extranjería no sean de exclusión sino de integración, y que los inmigrantes sean considerados como ciudadanos de pleno derecho con sus obligaciones y sus derechos.

Es básico el fomento de la actitud intercultural y promover la competencia cultural entre los pro-

fesionales que atienden a los inmigrantes, entre ellos los sanitarios. Se entiende por competencia cultural la habilidad de contextualizar o encuadrar tanto la demanda como la respuesta a la misma, dentro del marco cultural de un individuo, una familia o una comunidad. Esta contextualización ayuda a la comprensión e interpretación de la situación concreta y de las necesidades reales de la población inmigrante, a la emisión de un diagnóstico adecuado y a la elaboración de un plan de ayuda y de promoción eficaz y eficiente. La competencia cultural supone saber comprender y aprovechar de forma creativa y productiva las diferencias, no ignorarlas o simplemente superarlas. Supone también tener conciencia, conocimiento y habilidad cultural.

La falta de competencia cultural a menudo impide distinguir entre las manifestaciones culturales y determinados comportamientos patológicos, provoca diagnósticos y planes de cuidados erróneos y dificulta la identificación de las enfermedades vinculadas a la cultura. Es básica la formación en competencia cultural de los profesionales y de los agentes sociales. El conocimiento de los aspectos socioculturales y de su influencia en el proceso salud-enfermedad ayuda a disminuir las barreras culturales y optimiza la calidad de la atención prestada (Sayed-Ahmad y Tesoro, 2006).

El cuidado transcultural exige de los profesionales de salud mental tener competencia cultural, pero sobre todo sensibilidad cultural, es decir, actitud de empatía con las personas y comunidades, comunicarse con habilidad en los diferentes escenarios y adquirir conocimiento cultural, y no

rechazar todo lo que venga de las otras culturas, en lo que a los cuidados se refiere, como algo negativo o acientífico. Esta sensibilidad supone, además, una actitud de respeto y trato de igual a igual a todas las culturas, y que éstas no son “puras” y herméticas, sino híbridas y porosas. Tener en cuenta que la valoración de las necesidades de cuidados de la población inmigrante es semejante a la de la población autóctona, el único elemento diferenciador es identificar aquellas necesidades de cuidados derivadas de su situación de inmigrante (Baraza, Lafuente y Granados, 2004).

En consecuencia, los y las profesionales de salud mental deben:

1. Adaptar y contextualizar sus planes de cuidados, y el conjunto de las intervenciones, a las necesidades de los inmigrantes y sus hábitos culturales de cuidados.
2. Contemplar y tener en consideración la interpretación que el paciente da de su padecimiento en lo referente a las causas y al significado de sus síntomas.
3. Tener en cuenta los factores estresantes en el proceso de adaptación en la inmigración (aislamiento, sentimientos de soledad y culpa, incomunicación lingüística, estrés crónico, hostigamiento y rechazo, etc.).
4. Recordar que la inmigración es un hecho generalmente traumático y estresante, pero no es una enfermedad.
5. Que el duelo migratorio, en principio, no es patológico y sólo precisa contención emocional y acompañamiento, pero también estar atento a la posible complicación del mismo, por la situación

de los inmigrantes y las mismas características de este duelo, como se ha indicado anteriormente.

Una mención especial en lo referente a los hijos de inmigrantes: es elemental la promoción de cambios de actitudes de xenofobia y de rechazo en las instituciones educativas, tanto a nivel de los alumnos como de los profesionales. Realizar todos los esfuerzos necesarios para evitar el fracaso escolar y mejorar las expectativas de promoción social y laboral de los jóvenes. Asimismo, fomentar una integración crítica, en base a un modelo alternativo de socialización, mediante diversas actividades grupales e interculturales, oponiéndose a la asimilación o la exclusión, para responder de esta manera a los problemas de identidad. La agrupación familiar, en general, es un factor positivo tanto para la integración como para el logro de la estabilidad emocional, la identidad y seguridad; pero es necesario tener en cuenta que los éxitos en un ámbito de la interacción humana pueden conllevar fracasos en otros aspectos: nos referimos, en particular, a los niños y adolescentes que emigran siguiendo a sus padres y lo que esto supone de rupturas y crisis que ya han sido tratadas anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHOTEGUI LOIZATE, J. (2002): *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*, Mayo, Barcelona.
- BARAZA CANO, M.P., LAFUENTE ROBLE, N., GRANADOS ALBA, A. (2004): "Atención de enfermería en población de origen extranjero", en LOBATO ASTORGA, P., REGATO PAJARES, P., IGLESIAS ARRABAL, C., VÁZQUEZ VILLEGAS, J. (eds.), *Manual de atención sanitaria a inmigrantes* (2ª edición), Fundación Progreso y Salud y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, pp. 163-176.
- BASTIDE, R. (1978): *Sociología de las enfermedades mentales* (4ª edición), Siglo XXI, México.
- BAUMAN, Z. (2005): *Vidas desesperadas*, Paidós, Barcelona.
- CALVO, F. (1977): *Qué es ser emigrante*, Biblioteca Salud y Sociedad, La Gaya Ciencia.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1980): *Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general, Psiquiatría clínica*, Alianza Editorial, Madrid.
- ERIKSON, E.H. (1977): *Identidad, juventud y crisis*, Paidós, Buenos Aires.
- GRINBERG, L. y GRINBERG, R. (1984): *Psicoanálisis de la migración y del exilio*, Alianza, Madrid.

- MAALOUF, A. (1999): *Identidades asesinas*, Alianza, Madrid.
- MOLINER, M. (1981): *Diccionario del uso del español*, Gredos, Madrid.
- PECHEVIS, M. (1995): en LEOVICI, S., DIATKINE, R. y SOULÉ, M., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Biblioteca Nueva, Madrid, vol. VII, cap. I, pp. 19-34.
- PÉREZ SALES, P. (2004): *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- SAID, E. (2001): *Cultura e Imperialismo*, Anagrama, Barcelona.
- SÁNCHEZ MOLINA, R. (2005): "Mandar a traer", en *Antropología, migraciones y transnacionalismo. Salvadoreños en Washington*, Universitas, Madrid.
- SAYED-AHMAD BEIRUTI, N. (2002): "Trastornos mentales específicos de determinadas culturas", en CANGAS, A.J., MALDONADO, A.L. y LÓPEZ, M. (eds.), *Manual de Psicología Clínica y General. II. Psicopatología*, Alborán, Granada, pp. 481-492.
- SAYED-AHMAD BEIRUTI, N. (2006): "Los hijos de los inmigrantes, 'la segunda generación', en la encrucijada", en *XVI Congreso de la SAMFYC*, Almería, 8 al 10 de mayo [<http://www.samfycalmeria2006.net>]<http://www.samfycalmeria2006.net>].
- SAYED-AHMAD BEIRUTI, N., VICENTE GÁZQUEZ, J. y RÍO BENITO, M.J. (2004): "Salud Mental: el proceso de adaptación al hecho migratorio y problemas de salud derivados", en LOBATO ASTORGA, P., REGATO PAJARES, P., IGLESIAS ARRABAL, C. y VÁZQUEZ VILLEGAS, J. (eds.), *Manual de atención sanitaria a inmigrantes* (2ª edición), Fundación Progreso y Salud y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, pp. 59-70.
- SAYED-AHMAD BEIRUTI, N. y TESORO AMATE, A. (2006): "Salud mental y migración. Dificultades y soluciones para la adherencia y continuidad de cuidados", en LEAL RUBIO, J. y ESCUDERO NAFA, A. (coords.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios/35, Madrid, pp. 377-398.
- SORIANO, R. (2004): *Interculturalismo*, Almuzara, Córdoba.
- TIZÓN, J.L. (2004): *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, Paidós, Barcelona.
- TIZÓN, J.L., SAN JOSÉ, J. y NADAL, D. (1997): *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. I. Protocolos asistenciales para adultos*, Herder, Barcelona.

TEMA 4

INMIGRACIÓN Y SALUD: ¿UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA UN NUEVO MODELO DE SOCIEDAD?

JOSÉ VÁZQUEZ VILLEGAS

Coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante semFYC-Samfyc. Coordinador de Atención al Inmigrante. Distrito Poniente de Almería. Almería. España.

Documento descargado de <http://www.doyma.es> el 18/09/2006. (*Atención primaria*, 2006, vol. 37, nº 5, pp 249-250)

Nuestro país, a consecuencia del desarrollo económico logrado en los últimos años, se ha convertido en una sociedad receptora de inmigrantes. Somos, dentro de la Unión Europea, el país que ha recibido en el último año mayor número de inmigrantes. Con fecha 30 de septiembre de 2005 había en España 2.597.014 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor –aproximadamente un 9% de la población– y, de ellos, el 70,91% procedía de países extracomunitarios. Pero, ¿qué tienen en común todas estas personas?

- Proceden de países de baja renta.
- Son en su mayoría jóvenes, con un estado de salud que, a su llegada, suele ser bueno, aunque algunos colectivos podrían tener más probabilidades de estar infectados o de haber tenido alguna infección antes de llegar a España, por provenir de zonas donde ciertas enfermedades infecciosas son más prevalentes.
- La salud no será una de sus prioridades, excepto cuando les impida trabajar.
- Tienen peores indicadores socioeconómicos y viven en peores condiciones (ingresos inferiores,

más paro, discriminación racial y social, condiciones de la vivienda, precariedad laboral, etc.); además, su salud se va a deteriorar en relación con la de la población autóctona.

- Tienen dificultades de acceso al sistema sanitario por su desconocimiento, problemas lingüísticos, culturales, situación irregular de residencia, restricciones administrativas o inadecuación del sistema a sus condicionantes sociales (horarios laborales y ausencia de redes de apoyo).

Uno de los principales objetivos de toda política sanitaria ha de ser garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigradas y autóctonas. Para abordarlas se debe intervenir sobre aspectos tanto sanitarios (promoción de la salud, prevención de riesgos, cribado e intervenciones clínicas en grupos vulnerables) como sociales (son los que más repercusión van a tener en la salud de los inmigrantes): regeneración económica, formación y promoción laboral.

Si se tiene en cuenta que, para la mayoría de los inmigrantes, los servicios de urgencias suelen ser el primer contacto con el sistema sanitario y

que los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven (atención ginecoobstétrica de las mujeres y problemas agudos en su mayoría abordables desde atención primaria [AP]), se puede afirmar que es en la eliminación de las barreras para el acceso donde, desde el ámbito de la AP, se debe actuar para conseguir que sea la verdadera puerta de entrada al sistema sanitario y, al mismo tiempo, sirva como forma de integración de este colectivo en la sociedad.

La relación profesional-paciente inmigrante, sobre todo en el ámbito de la AP, debe focalizarse más en el paciente que en su enfermedad, teniendo en cuenta sus condiciones de vida. Esto hace que sea más dificultosa, tanto por factores dependientes de los inmigrantes como de los propios profesionales sanitarios:

- Por parte de los inmigrantes: el idioma, la manera de expresarse (lenguaje no verbal), el concepto de enfermedad y salud, la religión, las diferentes expectativas ante una consulta médica, y el elevado número de consultas por somatizaciones y signos o síntomas mal definidos como resultado de trastornos adaptativos debidos al fenómeno migratorio.
- Por parte de los profesionales: la presencia de estereotipos o incluso situaciones de xenofobia, la escasa formación en medicina transcultural o la sospecha de enfermedades no comunes en nuestro medio (tropicales o importadas).

Todos estos aspectos hacen que las consultas requieran más tiempo y que todas las actuaciones (diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cumplimiento terapéuticos) generen más incer-

tidumbre entre los profesionales. Además, las actividades preventivas, eje de las actuaciones en AP y tanto más eficaces en cuanto que estamos hablando de colectivos en situación de riesgo, son más difíciles de llevar a cabo por el escaso interés de esta población y por el desconocimiento de los profesionales sobre cómo acceder o dar mensajes adecuados adaptados a la realidad cultural de estas personas. En este punto, el uso de mediadores multiculturales y/o agentes comunitarios de salud puede mejorar el acceso y la efectividad de los servicios sanitarios, aunque todavía está por determinar cuál ha de ser su perfil adecuado y en qué condiciones han de desarrollar su labor.

Dentro del colectivo, en sí heterogéneo, de las personas inmigradas, hay dos grupos especialmente vulnerables: la mujer y los mal llamados inmigrantes «de segunda generación» o jóvenes nacidos en nuestro país de padres inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes presentan una situación de desigualdad añadida al sexo que les produce más problemas de salud mental y limita su integración en nuestra sociedad. Los jóvenes nacidos de padres inmigrantes, que muchas veces residen en zonas de exclusión social y con escasas perspectivas de promoción, tanto personal como profesional, proceden de una sociedad que ya no los ve como suyos y se van a encontrar con otra sociedad que no los considera como iguales, situación que puede generarles sentimientos de frustración y rechazo.

Para resolver estas dificultades no es necesario crear estructuras específicas de atención sanitaria, sino, como se ha hecho y se hace cada día

en todos los centros de salud de nuestro país, adaptar las estructuras y el modelo existente a las nuevas necesidades y centrar la relación en la atención sanitaria más en el paciente que en su enfermedad, atendiendo fundamentalmente a sus condiciones de vida. Si se quiere mejorar la calidad de la atención prestada, es necesario adoptar medidas de ámbito estatal, aunque, si no van acompañadas de actuaciones que mejoren las condiciones laborales y de vivienda, tendrán una repercusión escasa en la salud de las personas inmigradas:

- Eliminación de todas las barreras que puedan dificultar el acceso al sistema sanitario, tanto administrativas como de organización de los equipos de AP (horarios, actividades domiciliarias, actuación con la comunidad, etc.), desde un enfoque general para todos los inmigrantes como población vulnerable e independientemente de su origen cultural.
- Reforzar los equipos de AP en aquellas zonas donde la población inmigrante sea especialmente significativa, sin que deba haber una aportación de recursos basada de manera única y exclusiva en el número de personas asignadas.
- Definir y desarrollar la utilización de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud como un recurso disponible para los profesionales sanitarios y que puede mejorar la accesibilidad, tanto de los inmigrantes al sistema sanitario como de los profesionales a sus problemas reales.

- Es necesario involucrar a la población inmigrante en los temas de planificación sanitaria que les competen para conocer sus prioridades.
- Creación de sistemas de registros e instrumentos –estandarizados, validados para cada grupo étnico y no estigmatizantes– adecuados para la población inmigrante y que nos permitan conocer sus necesidades reales de salud.
- Formación de los profesionales sanitarios en inmigración y salud, priorizando aspectos de medicina transcultural (hábitos dietéticos, itinerarios de sanación, concepto de salud-enfermedad, restricciones religiosas, efectividad de algunos medicamentos en diferentes etnias, etc.), tanto en el pregrado como en el posgrado y como formación continuada.
- Favorecer la creación y el mantenimiento de redes de apoyo social a inmigrantes.
- Desarrollar protocolos o guías de práctica clínica (o utilizar los ya disponibles) en la atención inicial a las personas inmigradas, teniendo en cuenta sus lugares de origen.
- Adaptar los programas de salud disponibles –en especial los preventivos y, sobre todo, los de salud maternoinfantil, vacunaciones y planificación familiar– a las peculiaridades culturales propias de cada comunidad.
- Y, principalmente, intervenir de manera específica en el colectivo de mujeres inmigrantes y en los jóvenes nacidos en España de padres inmigrantes como grupos con una especial vulnerabilidad a los trastornos adaptativos y de comunicación.

TEMA 5

LA SALUD Y LA MUJER INMIGRANTE

MARÍA ISABEL OLIVER RECHE, PILAR BARAZA CANO Y ENCARNACIÓN MARTÍNEZ GARCÍA

Este capítulo forma parte del *Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud*.

Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla-2007

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está observando un incremento en el número de mujeres procedentes de países en vías de desarrollo que llegan a nuestro medio; es decir, una feminización en los flujos migratorios. Las mujeres inmigrantes conforman una población joven, mayoritariamente en edad fértil. Se estima que más de la mitad se encuentran en edad reproductora, lo que hace que sus demandas prioritarias de salud y sus necesidades socio-sanitarias estén estrechamente vinculadas con todos los aspectos relacionados con la reproducción y la maternidad. Los datos procedentes de los hospitales públicos españoles son reveladores al respecto, mostrando el progresivo aumento en la atención a embarazadas y parturientas foráneas durante los últimos años.

Aunque los estudios sobre la salud de las mujeres inmigrantes son aún poco numerosos, existiendo aspectos sanitarios sin abordar, las investigaciones disponibles señalan ya déficits y desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, que en el caso del embarazo y el parto se traducen en mayores riesgos y en unas mayores

cifras de morbilidad materno-infantil, situación que en parte es debida a las dificultades en el uso y acceso a los servicios sanitarios que en general tiene el colectivo, con particularidades específicas, culturales y de género, en el caso de las mujeres inmigrantes.

La atención a mujeres inmigrantes de tan diversas procedencias afecta de manera directa a los servicios sanitarios, planteando nuevos retos. La importancia numérica de este colectivo en nuestra región justifica que desde el sistema sanitario público de Andalucía se adopten políticas adaptadas en materia de salud, estrategias tendentes a mejorar la calidad y la eficacia en la atención, considerando tanto las necesidades como las especificidades culturales de las mujeres inmigrantes.

INMIGRACIÓN FEMENINA

Hasta hace poco tiempo existía en nuestro medio un predominio numérico de varones inmigrantes, fundamentalmente solteros y jóvenes. Sin embargo, en los últimos años se está observando una presencia y participación cada vez mayor de las mujeres en los flujos migratorios

internacionales. De este modo, actualmente en Andalucía existe un 45% de mujeres extranjeras regularizadas, frente a un 55% de varones, composición muy parecida a la media nacional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Esta feminización de la inmigración es debida, básicamente, a dos motivos:

- a. Al fenómeno conocido como reagrupamiento familiar, consecuencia del asentamiento previo de varones inmigrantes.
- b. A la existencia de un creciente número de mujeres que inician en solitario y de manera autónoma su proyecto migratorio.

En el primer caso, la reunificación familiar se ha visto favorecida por la legislación española, que permite que los trabajadores y trabajadoras inmigrantes traigan a su cónyuge, hijos e hijas menores, una vez estén establecidos a nivel económico, laboral y legal. Según la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España, éstos tienen derecho a la vida en familia. Por ello, los familiares de las personas extranjeras que residan en España tienen derecho a reagruparse con el residente, entre los que se incluye el/la cónyuge, siempre que no se encuentren separados de hecho o de derecho. En ningún caso podrá reagruparse más de un cónyuge aunque la ley personal del extranjero admita esta posibilidad, como es el caso del derecho familiar de algunos países musulmanes que permiten la poligamia.

Las mujeres reagrupadas son, por tanto, mujeres casadas, sobre todo de origen africano. Son consideradas como «inmigrantes pasivas», puesto que abandonan su país de origen para unirse

con el marido y reunificar la unidad familiar en el país de acogida. Con frecuencia proceden de áreas rurales y ambientes tradicionales, presentando un fuerte arraigo a sus patrones culturales de origen.

El reagrupamiento familiar no es la única vía de emigración femenina. En los últimos años está aumentando el número de mujeres solteras que llegan a nuestro país con un proyecto migratorio autónomo. En general, son de origen urbano y presentan un buen nivel social y educativo, además de una mayor emancipación que las mujeres reagrupadas. La existencia de estas mujeres rompe con los estereotipos que se tienen en Occidente respecto de las mujeres inmigrantes, definidas como analfabetas y dependientes de sus maridos. También rompe con el extendido estereotipo que apunta a que los hombres son más móviles geográficamente, mientras que las mujeres se caracterizan por permanecer de por vida en el lugar donde han nacido (Juliano, 2004).

Al igual que otros fenómenos sociales, las migraciones también están atravesadas por las desigualdades existentes entre ambos sexos. Aunque actualmente en España la población inmigrante femenina representa un proporción similar a la masculina, la visibilidad social de estas mujeres es inferior a las de sus homónimos varones. Las investigaciones sobre migraciones, así como las políticas de integración, con frecuencia olvidan que también existen mujeres inmigrantes.

Esta invisibilidad puede ser debida a la tradicional concepción sobre los roles sexuales, visión que define al hombre por su protagonismo en la esfera pública y por el ejercicio de tareas pro-

ductivas y económicas, mientras que la mujer se enmarca en la esfera privada del hogar y la familia, con un rol social y reproductor. Consecuencia de esta dicotomía, que continúa operativa en las sociedades occidentales, «la mujer va a aparecer dentro de las migraciones como un ser social y privado, y el hombre como un ser económico y público» (Gregorio, 1998). De este modo, los gobiernos de los países occidentales entienden que la inmigración es un fenómeno económico asociado únicamente con obreros masculinos, identificando a las mujeres en relación a sus maridos.

ABORDAJE DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES INMIGRANTES

Definición y ámbitos de la salud reproductiva

Hasta hace poco tiempo en los foros internacionales se hablaba de «salud maternoinfantil», un término que remarca el rol de las mujeres como cuidadoras y responsables de la salud de los niños. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, se sustituyó el término anterior por el de «salud reproductiva y sexual», definiéndola como «un estado de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear o de contraer enfermedades de transmisión sexual, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (Pérez de Armiño, 2001).

Desde una perspectiva de género, esta nueva definición amplía los límites de la salud de las mujeres, orientándola, además de a los aspectos meramente reproductivos, a la mejora de la calidad de vida y de las relaciones personales. Por tanto, para hacer frente a las necesidades en salud sexual y reproductiva, los servicios sanitarios deben incluir información y servicios de planificación familiar, interrupción del embarazo, información y atención al embarazo, parto y post-parto, educación sobre paternidad/maternidad responsable, prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA, detección precoz del cáncer ginecológico, asesoramiento en materia de infertilidad, atención a la adolescencia y la menopausia, así como la atención y el consejo relacionado con la violencia doméstica o la desigualdad entre los sexos.

Aunque el término de derechos sexuales y reproductivos no aparece en los acuerdos internacionales, su definición y contenido se aprobaron dentro del marco de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Pekín, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por lo que los afirma como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales: «Los derechos sexuales y reproductivos son un cimiento del desarrollo sostenible, que exigen que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos problemas tales como la violencia, el abuso sexual y la vio-

lación de mujeres y niños; el VIH/SIDA, la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes, niños abandonados, prácticas dañinas, tales como la mutilación genital femenina, el crecimiento de la población, la feminización de la pobreza, la violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de las personas» (Alcalá, 1995).

Salud reproductiva e inmigración

El abordaje de la salud reproductiva en mujeres inmigrantes resulta fundamental en nuestro medio, dado que conforman una población joven, encontrándose la mayoría (entre el 60 y el 80%) en edad reproductora o fértil. La situación de juventud, a la que se añade la feminización en los flujos migratorios, hace que las necesidades socio-sanitarias y las demandas prioritarias de salud en el colectivo inmigrante estén muy relacionadas con la atención infantil y la salud reproductiva: ginecología, anticoncepción, atención al embarazo, parto y puerperio, etc., aspectos invisibilizados en los estudios sobre inmigración y salud.

Es una realidad que en los servicios socio-sanitarios españoles, la atención a mujeres extranjeras embarazadas y parturientas ha aumentado y se ha diversificado en el transcurso de los últimos años. Mientras que en la población autóctona prevalecen las especialidades médicas y quirúrgicas, la más visitada por la población inmigrante es la obstétrica-ginecológica, que constituye el mayor motivo de hospitalización en este colectivo (Salazar y otros, 2003). En el ámbito concreto de Andalucía, algunos centros hospitalarios al-

canzan cifras de atención al embarazo y parto en torno al 30%, cifras que presentan además una clara tendencia al alza.

A pesar de que los temas de salud en poblaciones inmigrantes están cobrando una especial relevancia, y que las mujeres representan actualmente en España casi un 50% de la población total extranjera, existe un gran desconocimiento de las necesidades en materia de salud que presenta el colectivo de mujeres, debido a que las investigaciones que analizan específicamente los aspectos sanitarios son incipientes y poco numerosas. Esto condiciona que no existan políticas sanitarias adaptadas a las necesidades de esta población, y que la asistencia sanitaria no esté lo bien enfocada que debiera en materia de salud reproductiva.

La situación sanitaria de estas mujeres no es debida simplemente a su situación de inmigrantes, sino a las condiciones socio-económicas que padecen, a veces rozando la precariedad y la marginalidad. Se admite, así mismo, que la cultura por un lado, y la situación social de la mujer por otro, junto a factores estructurales y sanitarios de origen, juegan un papel importante en la forma de entender los fenómenos asociados a la reproducción y a la maternidad (Oliver, 2005). Por tanto, a la hora de abordar los comportamientos reproductivos en mujeres inmigrantes, es preciso tener en cuenta la influencia que pueden estar ejerciendo tres factores:

a. Las desigualdades en salud basadas en cuestiones de tipo socio-económico, que afectarían igualmente a poblaciones autóctonas en riesgo de exclusión social.

b. Las desigualdades de género, presentes tanto en origen como en destino.

c. La situación socio-cultural y sanitaria existente en el país de origen, que va a influir en la aceptación de los patrones sanitarios vigentes en el entorno de recepción.

ASPECTOS CULTURALES Y ESTRUCTURALES EN SALUD REPRODUCTIVA

Los aspectos culturales son especialmente importantes en el caso de todos los fenómenos asociados a la reproducción. La fecundidad y la maternidad no son sólo fenómenos demográficos y biológicos, sino también hechos simbólicos, cuyo sentido es producido y reproducido en un determinado contexto, estando cargados de significados socio-culturales. La maternidad tiene una doble dimensión biológica y social, donde se articulan cultura e ideología (Esteban, 2000). Cada sociedad contempla los fenómenos asociados a la reproducción de modo diferente según sus patrones culturales vigentes, el sistema político, factores socio-económicos, la organización social, etcétera.

Por tanto, la diversidad cultural afecta a la salud reproductiva. Los comportamientos reproductivos, las cuestiones obstétrico-ginecológicas y los potenciales problemas sanitarios relacionados con estos aspectos trascienden el marco de la fisiología y de la biología, dependiendo en gran medida del bagaje educativo y cultural que traen las mujeres de sus zonas de origen.

Evidentemente, las mujeres inmigrantes procedentes de países con menor grado de desarrollo

económico obtienen considerables mejoras en la calidad y en el acceso a la asistencia sanitaria en España, viendo disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal respecto a sus lugares de procedencia. Sin embargo, esto no impide que durante la atención sanitaria en nuestro medio manifiesten contradicciones respecto a las concepciones socio-culturales interiorizadas desde origen, situación que puede agravarse por determinadas actitudes de incompreensión de los profesionales sanitarios que las atienden.

Aunque los aspectos culturales y estructurales de origen podrían estar jugando un papel importante en la percepción y aceptación de los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes, en sus pautas y comportamientos en salud reproductiva (hábitos sanitarios, vivencia de la maternidad, lactancia, patrones reproductivos, actitudes ante la anticoncepción, etc.), intervienen tanto estas concepciones socio-culturales y sanitarias de origen, previas a la inmigración, como las concepciones socio-sanitarias existentes en el país de destino; o sea, el marco socio-cultural previo y posterior a la inmigración.

Parece probado que, al igual que sucede con otros aspectos cotidianos, en la migración se producen cambios y transformaciones en los patrones culturales de origen que modifican los comportamientos sanitarios en materia reproductiva. Existen varios grados de adhesión a los valores de las sociedades occidentales de acogida: normalmente no se produce una total asimilación que las lleve a abandonar definitivamente sus costumbres, sino que las suelen conciliar con los códigos de la nueva situación, modificando

algunos comportamientos y manteniendo otros. Por ello, aunque algunas particularidades que plantea la atención a mujeres inmigrantes en nuestro medio deben entenderse en el contexto global de origen, las cuestiones culturales no pueden ser tomadas de forma categórica, rígida y estereotipada. No existen comportamientos y manifestaciones culturales estancos: las mujeres no están únicamente modeladas por su cultura de origen, existiendo así mismo una gran variabilidad individual.

El colectivo de mujeres inmigrantes no es homogéneo: al igual que sucede con otros aspectos de integración socio-cultural, sus respuestas y comportamientos sanitarios varían en función de la edad, condiciones socio-laborales, nivel educativo, social, características culturales, religiosas y nivel de desarrollo de su lugar de origen, relaciones de género, patrón migratorio, procedencia rural o urbana, aspiraciones personales, tiempo de asentamiento en el país, manejo del castellano, etc. También hay que tener en cuenta que algunos de esos cambios ya se han iniciado en el país de origen, de modo que aquí más bien se reproducen y afirman.

Por tanto, para hacer una aproximación a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, además de la situación socio-económica que viven en el contexto migratorio, que influye poderosamente en las desigualdades en salud, también es preciso tener en cuenta la situación sanitaria de partida, marcada por desequilibrios importantes con respecto a las sociedades desarrolladas occidentales. Dada la relevancia de los determinantes estructurales y culturales de ori-

gen, puede resultar explicativo conocer el contexto de partida, que se articula con las prácticas existentes en el contexto de recepción.

Desigualdades de género y salud

Un determinante de las desigualdades en salud son las cuestiones de género, que tienen una influencia capital en las cuestiones sanitarias. Mientras que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas dadas por el hecho de nacer hombre o mujer, el género es el significado cultural que en una determinada época y sociedad se atribuye a lo masculino y a lo femenino. El género atraviesa factores económicos, sociales, políticos, jurídicos y sanitarios, filtrando las oportunidades y limitaciones que derivan para las mujeres y los hombres. Las cuestiones de género determinan la salud y la enfermedad, influyendo en el acceso desigual a los recursos económicos, sanitarios y sociales.

Según la perspectiva de género, la condición de la mujer en una sociedad determinada resulta una variable determinante de la salud reproductiva. Por ello, para la comprensión y el abordaje de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes, resulta útil conocer sus características socio-culturales desde una perspectiva de género. En el caso concreto de la inmigración femenina se pone de manifiesto una doble desigualdad de oportunidades: de género y con respecto a la población autóctona. Por una parte, muchas mujeres procedentes de zonas subdesarrolladas o en vías de desarrollo están sujetas en sus países de origen a flagrantes desigualdades de género, que en mayor o menor medida se siguen reproduciendo en

el contexto migratorio. Por otro lado, la situación socio-laboral en el país de acogida las relega al último escalafón social. Por ello, están sujetas a una doble discriminación: como mujeres y como inmigrantes. Estas dos situaciones, entre otras, limitan su autonomía, impidiéndoles el pleno acceso a los servicios sanitarios.

DIVERSOS ASPECTOS SANITARIOS EN MUJERES INMIGRANTES

Pautas reproductivas/fecundidad

Estudios realizados en Europa Occidental afirman que las comunidades inmigrantes tienen tasas de natalidad superiores a las de la población autóctona. Dado que en Europa el número de hijos ha disminuido a lo largo de las últimas décadas, este hecho se ha interpretado como un beneficio para los países receptores, puesto que las mujeres foráneas pueden aportar una tasa de natalidad que no tienen las autóctonas.

En el caso concreto de España, en los últimos años las mujeres inmigrantes están realizando una aportación positiva a la fecundidad. El aumento en los nacimientos observado en nuestro país se ha debido a la incorporación de las mujeres extranjeras en edad fértil: una aportación considerable, dado lo exigua que resulta la fecundidad de las mujeres españolas. Al crecimiento en el número de nacimientos de madres extranjeras, se ha sumado la baja mortalidad que presenta este colectivo, factores que han supuesto un rico aporte al crecimiento natural o vegetativo en nuestro país. La estructura por edad de la población extranjera favorece el saldo vegetativo

positivo, dado que su natalidad es el doble y su mortalidad está dos puntos por mil más baja que en la población nacional (Izquierdo, 2003).

En nuestro medio, las pautas reproductivas de estas mujeres se conocen de manera parcial. Un estudio realizado en Almería (Oliver y otros, 2004a) con el objetivo de conocer las pautas de fecundidad de las mujeres inmigrantes que acudieron a dar a luz a los hospitales públicos de esta provincia entre los años 2002-2003, las diferencias que presentaban en función de la procedencia geográfica y las pautas diferenciales con respecto a las mujeres autóctonas, encontró que:

- En cuanto a la edad de acceso a la maternidad, las mujeres inmigrantes tenían a sus hijos a edades más tempranas que las autóctonas (27,15 años frente a 28,68) y, en general, tenían su primer hijo antes (24,79 frente a 26,62). La edad de acceso diferiría en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres de Europa del Este eran madres más tempranamente que las de Latinoamérica y las del Magreb.
- Aunque se tiene la sensación de que las mujeres inmigrantes presentan un mayor número de hijos que la población autóctona, se encontró que la paridad de las mujeres extranjeras era ligeramente superior a la de las mujeres autóctonas (1,78 frente a 1,72 hijos). La mayoría (un 80%) no tenían más allá de dos hijos y las diferencias entre autóctonas y extranjeras eran mínimas.
- Sin embargo, la tendencia a la larga es incierta. Si la edad de la primera maternidad, que supone un indicador respecto a la fecundidad alcanzada al final del ciclo reproductor, es superior a la presentada por las mujeres autóctonas, las extranje-

ras examinadas, con edades jóvenes, podrían continuar teniendo más hijos en un futuro próximo.

- En cuanto a la paridad en función de la procedencia, se observaron diferencias, siendo las mujeres procedentes de Europa del Este quienes tenían un menor promedio de hijos (1,52) que las africanas (1,73) y latinoamericanas (1,91), presentando un mayor porcentaje de primiparidad. Otros estudios anteriores han evidenciado diferencias en el número de hijos en función de la zona de procedencia, de modo que las mujeres de Europa del Este y las del Cono Sur americano, con una edad marital superior a los 23 años, tienen un tamaño familiar reducido, con uno o dos hijos de promedio, mientras que las mujeres del resto de Latinoamérica, subsaharianas y magrebíes, que tienden a casarse antes de los 22 años y presentan un corto intervalo entre la menarquia y el matrimonio, tienen un mayor tamaño de la unidad familiar (Prado y otros, 1997).

Aunque algunos autores encuentran una fecundidad diferencial producida por el arrastre de la misma desde la sociedad de origen (tres o más hijos por mujer en el caso de las africanas y latinoamericanas), no está claro que estas diferencias permanezcan, que se mantengan durante toda la vida fértil de las mujeres inmigradas, o que se modifiquen, aproximándose al comportamiento reproductivo de las mujeres autóctonas. Según la experiencia de otros países europeos receptores de inmigración, las mujeres extranjeras que se instalan de manera permanente, a medida que la duración de su estancia se prolonga, tienden a acercarse al tamaño de su prole al de las autóctonas.

La alta fecundidad en origen decrece con el paso del tiempo dentro del contexto migratorio, con un número de hijos por matrimonio inferior a la media de las parejas en sus países de origen, situación que se atribuye a cambios en los patrones de nupcialidad y a un mayor control de los nacimientos con métodos anticonceptivos fiables. También hay que tener en cuenta que las condiciones económicas y laborales de este colectivo no les permite tener un mayor número de hijos y que los primeros pasos en la integración se produce, en los ámbitos del comportamiento social y de los hábitos de consumo. De este modo, independientemente de la procedencia de las mujeres, en el contexto migratorio se producen cambios en los patrones reproductivos, en cuanto a la paridad y la edad a la que acceden a la maternidad, marcando rupturas importantes con respecto al patrón reproductivo existente en sus sociedades de origen.

En los ambientes de muchas sociedades tradicionales, la mujer tiene como misión fundamental la reproducción y la maternidad, valorándose un elevado número de hijos. Las familias numerosas son la norma en algunas zonas de origen de estas mujeres, sobre todo de África y Latinoamérica, que presentan unos índices sintéticos de fecundidad algo superiores a los tres hijos por mujer. En Marruecos, por ejemplo, el ISF se sitúa en 3,4 hijos por mujer, oscilando entre 5,0 en mujeres de clases desfavorecidas rurales y 1,6 en clases sociales altas del medio urbano (Abdelkhalek y otros, 2000). El comportamiento de la fecundidad en este país está vinculado con la clase social, residencia rural o urbana, niveles de pobreza y,

fundamentalmente, con el nivel de escolarización, factores que condicionan el acceso y el uso de métodos de planificación familiar (Mernissi, 1996).

Las mujeres inmigrantes se encuentran a caballo entre la cultura de la reproducción en sus lugares de origen y las circunstancias personales, laborales y económicas en el contexto migratorio. Los cambios en los modelos reproductivos se explican en función del cambio de circunstancias socio-económicas, culturales y religiosas en el contexto migratorio, que no favorece la imitación del patrón reproductivo que habían tenido sus madres o tienen las compatriotas que viven en el país de origen:

- Incorporación de la mujer inmigrante, venga sola o reagrupada, al mercado de trabajo. Elevado coste económico que supone criar a los hijos en España, situación agravada por la escasa retribución que ofrecen los «nichos laborales» que ocupan las mujeres inmigrantes y sus parejas y por la precariedad en los empleos. Falta de redes familiares y sociales que cuiden de los hijos y carencia de guarderías públicas o subvencionadas.
- Cambio de valores y priorización de las necesidades personales, laborales, de formación e independencia, a la maternidad y la crianza de los hijos.

Como ha observado Adriana Kaplan (1997), analizando los comportamientos reproductivos de mujeres inmigrantes procedentes de Senegal y Gambia, en la migración, una situación de desplazamiento compleja, se producen continuidades, pero también readaptaciones y cambios, de modo que es claramente perceptible la voluntad que tienen las mujeres para controlar su propia

reproducción, mediante una mayor capacidad de decisión y una más compartida responsabilidad con los hombres.

Anticoncepción

El acceso a la planificación familiar constituye una importante demanda sanitaria en el colectivo inmigrante. El conocimiento y uso de los distintos métodos anticonceptivos por parte de estas mujeres varía en función del nivel de desarrollo de sus respectivas zonas de procedencia, de su origen rural o urbano, de sus creencias religiosas, de su percepción propia o adquirida sobre los efectos de los distintos métodos, de su nivel educativo, de su situación administrativa y del tipo de relación de pareja estable o esporádica que mantengan. Por tanto, tenemos que contemplar todos estos aspectos cuando queremos captar a la población inmigrante a las prestaciones de planificación familiar en España.

En un estudio realizado en el Distrito Poniente de Almería entre mujeres que solicitaron un IVE, se observó que el uso previo de anticonceptivos modernos era más alto en mujeres autóctonas que en mujeres inmigrantes: un 76,4 frente a 55,3% (Soler y otros, 2004). Así mismo, en el estudio sobre *Diagnósticos de enfermería en población inmigrante* realizado en el Distrito Poniente se detectó el diagnóstico *Patrón sexual inefectivo* en relación con el desconocimiento de métodos anticonceptivos eficaces o su uso inadecuado (Baraza y otros, 2005).

En general, las mujeres que proceden de entornos rurales en países en vías de desarrollo

han tenido más dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos por carecer de servicios de planificación familiar, mientras que las que proceden de zonas urbanas o de países con un mayor nivel de desarrollo (América del Sur o Europa del Este) están familiarizadas con los modernos métodos de planificación familiar, los conocen y han podido utilizarlos, acudiendo de manera más o menos regular a las revisiones y controles ginecológicos en nuestro medio. Sin embargo, hay mujeres que aun conociendo los métodos anticonceptivos modernos, los usan sin sistemática ni control médico, quizás porque esa es la norma en sus países de origen.

Un estudio realizado en Madrid con mujeres marroquíes, peruanas y dominicanas, apunta que más de la mitad de las mujeres estudiadas afirman conocer la gama de métodos modernos y haber controlado la natalidad en su país, sobre todo las mujeres con escolaridad secundaria o universitaria, siendo más alto el uso de métodos anticonceptivos efectivos (hormonales, DIU y preservativo) en las mujeres marroquíes y peruanas que en las dominicanas (62 y 52 frente al 46%, respectivamente). La escasa elección del preservativo y la alta preferencia hacia la ligadura de trompas en todos los grupos refleja que las mujeres evitan tanto los embarazos como su planificación y que la responsabilidad del control de la natalidad en sus países de origen recae fundamentalmente sobre las mujeres (Bravo, 2002). Igualmente, otro estudio realizado en esa Comunidad Autónoma sobre población inmigrante latinoamericana muestra que alrededor del 60% de los encuestados utilizaban métodos anticoncepti-

vos, siendo el de mayor utilización el preservativo, seguido de los contraceptivos orales y del DIU.

En cuanto a las mujeres musulmanas de origen magrebí, un estudio realizado en Granada muestra que el uso de los métodos de planificación familiar varía en función del nivel de estudios y del grado de islamización. Las mujeres menos islamizadas (las más «occidentalizadas») y las que tienen estudios medios o superiores conocen los modernos métodos anticonceptivos (hormonales, de barrera y quirúrgicos) y, aunque los han usado en algún momento de su vida reproductiva, lo han hecho sin constancia ni control médico previo ni posterior. Por el contrario, las mujeres sin estudios no los usan por desconocimiento y por falta de información. Las más tradicionales o islamizadas son reacias a adoptar cualquier tipo de método; sin embargo, a pesar de no utilizar métodos de eficacia reconocida, la práctica de la lactancia materna prolongada, junto con el *coitus interruptus* y el método Ogino, constituyen estrategias que les permiten controlar su fecundidad sin contradecir sus convicciones religiosas (Molina, 1999).

Según Ana Bravo y Montserrat Molina, algunas mujeres manifiestan un rechazo explícito a los métodos anticonceptivos fiables, a los que dicen encontrarles muchos efectos perversos, sobre todo a los anovulatorios. Relatan experiencias negativas en el uso de anticonceptivos, que se perciben como perjudiciales para la salud por sus efectos secundarios, sobre todo en lo referido a la píldora y al dispositivo intrauterino. Se piensa, por ejemplo, que las «pastillas son malas» porque producen dolor de cabeza, ansiedad

(«dan nervios»), aumento de peso («engordan») y esterilidad. En cuanto al preservativo, no es muy aceptado por los hombres.

Según el informe *Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euro-Asia* (Asford, 2003), en los países de la antigua Unión Soviética es difícil obtener métodos anticonceptivos y los que se utilizan son de baja calidad, en contraste con el aborto, que ha sido el método más promovido. En los últimos años los gobiernos y las ONG han contribuido a elevar el uso de los métodos modernos. En los estudios realizados se observa que existe una gran variabilidad en el uso de métodos de planificación familiar modernos (entre un 55% en Kazakastan y un 12% en Azerbaiyán, o un 30% en Rumania), estando siempre por debajo del porcentaje de uso en Europa Occidental. El método más usado suele ser el DIU y los métodos tradicionales (*coitus interruptus*). Aunque actualmente hay más mujeres que usan métodos anticonceptivos, relativamente pocas toman la píldora, debido a la creencia que conlleva de riesgos para la salud.

Respecto a las mujeres de origen subsahariano, aunque no hay demasiados estudios al respecto, en nuestra experiencia en el Poniente Almeriense hemos observado que conocen el preservativo, quizás debido a las campañas sobre prevención de VIH-SIDA realizadas en sus países por los organismos sanitarios internacionales que allí trabajan. Un aspecto a comentar es que algunas mujeres subsaharianas que trabajan en prostitución toman diariamente derivados de penicilina para la prevención de sífilis, a la cual le atribuyen un valor anticonceptivo. Por ello, será

necesario en estos casos clarificar a qué pastillas nos referimos cuando les preguntamos sobre la anticoncepción oral.

En los países de origen, el coste y la limitación de los anticonceptivos a las mujeres solteras supone una importante dificultad. En Marruecos, por ejemplo, sólo se proveen anticonceptivos a las mujeres que demuestran estar casadas, para lo cual han de entregar en el centro de planificación familiar una copia del certificado matrimonial. En estos centros se distribuyen gratuitamente anticonceptivos hormonales sin realizar los controles analíticos de rigor. Por todo ello, muchas mujeres no tienen más remedio que acudir a la medicina privada, que limita el acceso a las mujeres sin recursos económicos. Además, en las ciudades pequeñas las mujeres han de esconderse para no ser vistas por personas conocidas cuando acuden a estos centros privados. Otros factores son la falta de información y asesoramiento en esta materia, las creencias religiosas, sobre todo en las mujeres procedentes de sociedades de tradición católica, y la idea de que la maternidad aumenta el cariño del marido y evita la separación en la pareja.

Las mujeres inmigrantes suelen acceder a las consultas de planificación familiar, pero el seguimiento de los métodos modernos genera dudas y dificultades. Al principio de su estancia en nuestro país, el desconocimiento del idioma y de los servicios sanitarios se presenta como una dificultad añadida en las mujeres que utilizaban anticoncepción hormonal o espermicidas, ya que desconocen cuál es en el mercado español su equivalente, por lo que en ocasiones abandonan

el tratamiento o se lo hacen mandar de su propio país. Todos los estudios consultados expresan que, una vez que llevan un tiempo en España, la utilización de métodos eficaces aumenta por el incremento del uso de los servicios de planificación familiar y por la necesidad de controlar su natalidad, dadas las dificultades añadidas que supondría tener un gran número de hijos.

Las razones de tipo religioso pueden influir en la preferencia de un método contraceptivo sobre otro. En mujeres magrebíes residentes en Cataluña se ha observado un elevado interés por la anticoncepción hormonal intraparenteral y, en cambio, una baja aceptación del DIU (Jansá y Villalbí, 1995). Así como el Islam permite los métodos anticonceptivos, y de hecho en *El Corán* no existe ningún rechazo explícito a la anticoncepción, la menstruación es percibida como un tabú, de modo que está prohibido que la mujer menstruante realice las prácticas religiosas preceptivas (rezos y ayuno en el mes de Ramadán), al ser considerada la sangre menstrual como un elemento impuro (Holgado, 1998). De este modo, serán mejor aceptados los métodos que acorten los días de sangrado menstrual.

Son evidentes las dificultades que las mujeres inmigrantes tienen en el acceso a los servicios de *planning* y en el uso de métodos anticonceptivos en nuestro medio. Las barreras culturales son importantes en este sentido, ya que la práctica de la anticoncepción está cargada de significados culturales. La masculinización de la asistencia ginecológica puede influir negativamente en la asistencia de las mujeres musulmanas a las consultas de planificación familiar, quizás por moti-

vos de pudor. Algunas de estas mujeres pueden desear proteger su privacidad, ocultando el hecho de haber usado métodos anticonceptivos o haber tenido una vida sexual activa en el pasado, sobre todo, al margen del matrimonio. Esta situación, que puede conducir a un diagnóstico incorrecto o a la prescripción de un método no adecuado, es más patente cuando la mujer que no habla castellano acude a la consulta con el marido. Puede darse el caso que la mujer no exprese sus preocupaciones ginecológicas o de planificación familiar delante de su pareja (Bravo, 2000).

Aunque en los años ochenta existía en Andalucía un gran desconocimiento de los métodos anticonceptivos, la puesta en marcha de servicios dispensarizados con equipos concretos de planificación familiar consiguió que el uso de métodos efectivos aumentase considerablemente. Actualmente, en la mayoría de los centros públicos no existen consultas como tales, dado que la prestación se incluye en la consulta médica a demanda, salvo las consultas para jóvenes. Este hecho, que indica una normalización de dicha prestación, a nuestro juicio puede dificultar la información y el asesoramiento sobre los métodos, sobre todo en poblaciones con especificidades culturales. Se requiere un mayor tiempo de dedicación, a la vez que recursos formativos, por lo que sería conveniente establecer mecanismos que garantizaran dicha orientación.

El desconocimiento de la red asistencial, y la falta de información y de asesoramiento sexual, suponen factores restrictivos para esta población. Las barreras lingüísticas y la ausencia de materiales específicos adaptados y traducidos a

las lenguas vernáculas hace que muchas mujeres carezcan de información, verbal o escrita, al respecto. A esto se suman las dudas y dificultades en el seguimiento de los tratamientos debido a los déficits comunicativos que se producen entre el personal sanitario y las mujeres.

Ante estas dificultades, es preciso que el sistema sanitario articule estrategias encaminadas a facilitar el acceso y la utilización de los servicios ofertados. Por eso, además de hacer una captación activa, es importante adecuar los programas de planificación familiar al nivel de comprensión y a las especificidades culturales, no sólo de las mujeres inmigrantes, también de las pertenecientes a minorías étnicas autóctonas, tomando en cuenta sus valores y experiencias previas y sus puntos de vista, factores que son decisivos en el uso de la anticoncepción.

Interrupción voluntaria del embarazo

En el estudio titulado *La interrupción voluntaria de embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*, realizado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (publicado en 2006 con datos de 2004), se destaca que la tasa de IVE en España se situó en 8,94‰ en 2004, siendo la más baja de la Unión Europea, y que el incremento producido se debió al mejor registro y al aumento en población inmigrante. Por ejemplo, en Suecia es de un 17‰ y en Rumania de un 50‰. Ha influido el año de despenalización, la restrictividad de su regulación legislativa, las costumbres y condicionamientos culturales y la presencia o ausencia de políticas de planificación familiar. En cuarenta y nueve paí-

ses del mundo (41% de la población mundial) no hay restricciones en cuanto a la razón o a la edad gestacional para la práctica de la IVE.

Los estudios existentes en la actualidad, procedentes de diversas fuentes, apuntan que la IVE es una práctica más frecuente entre las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas. En la Comunidad de Madrid, en el año 2004, el 53,3% de las IVEs notificadas correspondían a mujeres no españolas (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2005). En los estudios realizados en los distintos distritos sanitarios de la provincia de Almería, se observa que el mayor porcentaje de mujeres que accedieron a la IVE eran de origen extranjero. En el Distrito Levante el 52,7% (Barroso y otros, 2005), en el Distrito Poniente un 66,4% de mujeres extranjeras de diecinueve nacionalidades (Soler y otros, 2004). Los datos procedentes de la Clínica GineAlmería, que realiza todas las IVEs de menos de doce semanas derivadas por los centros del Servicio Andaluz de Salud de esa provincia, revelan que el 49,8% corresponde a mujeres extranjeras, predominando las procedentes de los países del Este de Europa, seguidas por las de América del Sur.

De todo ello se deduce, según el estudio del Ministerio de Sanidad, que en la actualidad entre un 40 y un 50% de las IVEs practicadas en España corresponden a mujeres no españolas, estimándose las tasas totales de IVE de las mujeres inmigrantes en hasta un 30‰, muy superior a la española, de un 6‰. Ello reforzaría la hipótesis de la relación con la dificultad de las mujeres inmigrantes de acceder a los servicios sanitarios y a los métodos anticonceptivos.

En el estudio cualitativo realizado por CIMOP (2005), en algunas jóvenes sudamericanas cabe asociar los embarazos no deseados a su proceso de integración en la sociedad española; es decir, se acumulan los riesgos de la cultura de origen a la española, sin haber desarrollado una gestión responsable de la anticoncepción. Además, hay culturas de origen que prescriben un gran número de hijos como modelo de realización personal y social; también se recoge en este estudio que las jóvenes se sienten presionadas para no utilizar el preservativo. Otro estudio cualitativo identifica los horarios como una dificultad de acceso a los servicios de planificación familiar, sobre todo en mujeres inmigrantes que ejercen de cuidadoras. Otras circunstancias relacionadas con la IVE es la negativa de la pareja a utilizar el preservativo, el desconocimiento de los métodos más idóneos, la falta de pareja, etcétera.

Se constata cómo algunas mujeres inmigrantes llegan a utilizar el aborto como un método contraceptivo, en ausencia de planificación con otros métodos fiables y sistemáticos, siempre que el embarazo suponga una dificultad en sus vidas y sientan que está justificado por motivos económicos, de autorrealización personal, por carencia de apoyo socio-familiar, etc. Es un recurso que tienen presente ante un embarazo no deseado, realizándolo en ocasiones por su cuenta, sin acudir a ningún centro sanitario. Se han detectado algunos casos de mujeres inmigrantes que han acudido a las urgencias hospitalarias con intensas hemorragias debidas a la auto-introducción en la vagina de fármacos dilatadores del cuello uterino. El uso de estos fármacos puede guar-

dar relación con las prácticas abortivas popularizadas en origen, dado que en algunos países latinoamericanos se han venido usando desde hace unos años como métodos contraceptivos. Lo curioso es que estas mujeres conozcan estos fármacos, de uso hospitalario, y no sean capaces de ponerse en contacto con las instituciones sanitarias que les puedan realizar el aborto en condiciones seguras.

Habría que preguntarse por los motivos que las empujan. Podría ser el resultado de las restricciones bajo los tres supuestos, las dificultades de acceso que experimentan a la hora de acudir a los servicios sanitarios, o que sea una práctica habitual con la cual están familiarizadas en sus lugares de procedencia, a pesar de que muchas legislaciones nacionales prohíben el aborto. Además, hay que tener en cuenta que, aunque todas las mujeres manifiestan conflictos, contradicciones y ambivalencias, las prácticas abortivas no tienen los mismos significados sociales y culturales ni las mismas connotaciones de culpabilidad en todas las sociedades. En el Magreb, por ejemplo, con frecuencia se recurre a métodos abortivos tradicionales, tanto en los medios rurales como en los urbanos. La farmacopea tradicional usada con fines abortivos es una dimensión importante de la medicina popular, advirtiendo de la preocupación de las mujeres por resolver el problema de una excesiva prole y controlar así su fecundidad.

El aumento de embarazos indeseados es una realidad que hay que abordar desde los servicios sanitarios como una de sus prioridades en la atención a población inmigrante (Jansà y

García de Olalla, 2004). En relación con todo lo expuesto y en base a nuestra experiencia en la atención a mujeres inmigrantes que solicitan IVE, sugerimos a los profesionales sanitarios tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evitar posturas etnocentristas, intentando delimitar cuáles son los prejuicios que los profesionales tenemos ante las prácticas abortivas de la prestación asistencial ofertada. No emitir juicios de valor al respecto, ni juzgar moralmente. Obtener toda la información posible que nos permita determinar cuál es la causa de la IVE y qué componentes intervienen: cultura, costumbres, método anticonceptivo usado, etcétera.
- Si la mujer tiene pareja, intentar que esté presente durante la entrevista. Escucha activa y, en caso de dificultades idiomáticas, proponer la presencia de un acompañante de su confianza que conozca el idioma. Evaluar cuál es su actitud ante los distintos métodos anticonceptivos y cuál es su método de preferencia.
- Informar sobre los métodos anticonceptivos y la forma de obtención (citar para una próxima visita tras la realización de la IVE). Si observamos que puede tener dificultades para acudir nuevamente, es preciso dedicar el tiempo necesario y solicitar pruebas complementarias necesarias para el método de elección. Si este método es el DIU, derivar a la consulta correspondiente.
- Cuando se trata de una menor, realizar parte de la entrevista sin la presencia de los padres, aunque posteriormente se les informe de las orientaciones indicadas y se potencie nuestra mediación intergeneracional, ya que es necesaria su colaboración. Prestar una especial atención

a las menores que no disponen de recursos familiares. Cerrar la entrevista reiterando nuestra disponibilidad de ayuda e información.

Control prenatal

Un aspecto central en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes es la atención al embarazo. Los estudios epidemiológicos constatan que los programas de atención prenatal, cuyo origen está en los modelos desarrollados en Europa a principios del siglo XX, consiguen una reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como mejores resultados en el parto. Los principales objetivos de un programa de control del embarazo están encaminados a reducir el número de abortos, la incidencia de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna de causa obstétrica, así como el fomento de la lactancia materna. La OMS indica que la mortalidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita de control de embarazo, que debe realizarse antes de la semana doce, a un número suficiente de controles y al hecho de recibir una atención al parto adecuada.

El establecimiento y la universalización de programas preventivos de atención prenatal en nuestro medio ha permitido que se alcancen unos niveles de calidad que, en términos de morbi-mortalidad infantil y materna, nos sitúan en los niveles más desarrollados de nuestro entorno. El Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio establecido en la sanidad pública andaluza pretende extender la oferta asistencial con equidad a toda la población, teniendo además en cuenta las expectativas y necesidades

de las mujeres gestantes. El protocolo de dicho proceso establece diez visitas, cuatro en atención especializada y seis en la primaria, además de diversas actividades de educación maternal. Una de las características de calidad del proceso consiste en asegurar el cumplimiento del programa en sus contenidos y en los tiempos establecidos. La incorporación precoz de la gestante al programa, así como el número de visitas realizadas, constituyen indicadores de seguimiento (Dueñas, 2002).

Tanto las características de calidad establecidas por el proceso de atención al embarazo en Andalucía, como los mínimos establecidos por la evidencia científica en cuanto a la atención prenatal, pueden verse comprometidos en determinados colectivos. En nuestro medio, existen mujeres embarazadas adolescentes, de etnia gitana e inmigrantes que no se benefician de los programas prenatales en la misma medida que el resto de la población.

En el caso de los Estados Unidos, en concreto en el estado de California, en la pasada década se produjeron repetidos intentos de negar a las mujeres inmigrantes en situación irregular el acceso al cuidado prenatal, en la idea de que estas mujeres no eran ciudadanas estadounidenses y aludiendo que el acceso a estos cuidados alentaba la inmigración ilegal (Inda, 2003). No es ésta la situación de los países europeos que, independientemente del *status* legal de las mujeres extranjeras, ofrecen cuidados prenatales sin ningún tipo de discriminación.

Sin embargo, diversos estudios realizados tanto en España como en otros países de Europa Occidental receptores de inmigración coinciden

en señalar que las embarazos inmigrantes presentan un déficit de atención prenatal, haciendo una menor utilización de los servicios preventivos de atención sanitaria, tanto primaria como especializada durante el embarazo, con una menor utilización de los servicios de preparación al parto, consultas más tardías, menos frecuentes y más discontinuas que las autóctonas (Alvarado, 1997 y Morales, 1998), realizando un menor número de pruebas complementarias (cribados bioquímicos, amniocentesis, analíticas, etcétera).

Un estudio comparativo realizado en el Hospital Torrecárdenas de Almería, entre los años 2002-2003 (Oliver y otros, 2003), desveló diferencias significativas en la utilización de servicios de atención prenatal entre mujeres autóctonas e inmigrantes, de modo que las primeras accedieron más precozmente (83,3% de acceso precoz en autóctonas, frente a un 56,6% en inmigrantes) y realizaron un mayor número de visitas (8,66 frente a 7,12). De este modo, las tasas de buen control fueron más frecuentes en las autóctonas que en las inmigrantes. Así mismo, se observaron diferencias en el uso de los servicios en función de la procedencia geográfica, de modo que las mujeres latinoamericanas realizaban unos mejores cuidados prenatales que las europeas del Este y las africanas, hecho que en parte puede ser explicado por la ausencia de barreras culturales e idiomáticas.

La falta de control prenatal afecta a todos los grupos de mujeres inmigrantes. Estas mujeres se encuentran con obstáculos en la atención, incidiendo situaciones que les afectan de distinta manera, independientemente de su país

de origen, de su nivel educativo o de su grado de emancipación. De este modo, la mayoría presenta dificultades en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, beneficiándose en menor medida que las autóctonas de los recursos sanitarios existentes en nuestro medio.

Este déficit de atención prenatal, que repercute en los resultados perinatales (Vintzileos y otros, 2002), no sólo afecta a las mujeres inmigrantes, sino también a las autóctonas de baja instrucción y/o insertas en bolsas de pobreza. En general, las mujeres con bajo nivel socioeconómico tienen un peor seguimiento y adherencia a los programas de embarazo que las mujeres con mayores recursos (Dueñas y otros, 1997). En Estados Unidos son conocidas las diferencias en los cuidados prenatales entre mujeres blancas y negras, con una clara desventaja de las segundas, lo cual se relaciona con desigualdades socio-económicas (Tossounian y cols., 1997; Frisbie y otros, 2001). Sin embargo, aunque existen sectores desfavorecidos de población autóctona, los indicadores presentados por las mujeres inmigrantes son peores que los de la población general (Herrera de la Muela, 1999).

Las clases de educación maternal constituyen un espacio que favorece tanto las actividades de promoción de la salud, como las relaciones interculturales y la integración social de estas mujeres. Sin embargo, la asistencia a estas sesiones es anecdótica en el caso de las mujeres inmigrantes, aunque depende mucho de las estrategias de captación que se lleven a cabo en los respectivos centros de salud: información adecuada, presencia de mediadoras interculturales durante las sesiones, etcétera.

Barreras en el acceso al control prenatal

Aunque todos los estudios constatan un déficit de atención prenatal, los perfiles epidemiológicos que las suelen categorizar de una manera rígida como mujeres inmigrantes o por su lugar de procedencia muestran limitaciones, al no tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentadas en cuestiones socio-económicas, educativas, culturales y sanitarias, que influyen en el acceso y el uso de los servicios de salud y en la morbilidad materna y perinatal (Delvaux y otros, 2001). Además, los aspectos epidemiológicos no recogen información de cómo la diversidad cultural afecta a los problemas de salud reproductiva.

¿Cuáles son las razones que dificultan el acceso al control prenatal?, ¿qué factores están influyendo en el menor uso de servicios preventivos durante el embarazo? El acceso normalizado a los servicios de salud durante el embarazo se ve dificultado por idénticas barreras (administrativas, lingüísticas, culturales y socio-laborales) que el colectivo inmigrante en general; sin embargo, en las mujeres se añaden particularidades culturales y de género. Un estudio destinado a conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios durante la gestación por parte de las mujeres inmigrantes, en comparación con las autóctonas, analizó los factores que mediaban en la forma de usar esos servicios (Oliver, 2004):

Situación administrativa en España. A pesar del derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres extranjeras durante el embarazo y parto, la irregularidad administrativa condiciona negativamente el acceso.

Tipo de pareja. Las mujeres extranjeras emparejadas con varones españoles, independientemente de la situación administrativa en la que se encuentren, tienen mejores tasas de control que aquellas cuya pareja es también inmigrante.

Lugar de residencia. La ubicación de la vivienda influye en el control prenatal, determinando en gran medida la accesibilidad a los servicios de salud. Las mujeres residentes en casas-cortijo disseminados, aisladas social y vecinalmente, situación frecuente en la población ligada al trabajo agrícola, acceden más tardíamente y tienen un menor grado de control que aquellas que viven en la ciudad o en pueblos dotados de servicios.

Desconocimiento del derecho a la prestación sanitaria y de la red asistencial. A pesar de la cobertura legal proporcionada por nuestra legislación, que asegura el derecho a la asistencia sanitaria, a veces desconocen el derecho a las prestaciones sanitarias y, sobre todo, la existencia y el funcionamiento de los programas de atención prenatal en nuestro medio, especialmente cuando son recién llegadas y no tienen redes sociales que las informen y apoyen.

Tiempo de residencia en España. En general, a mayor tiempo de residencia en España y mayor estabilidad laboral, administrativa y económica, existe mayor posibilidad de acudir de forma normalizada a los servicios sanitarios.

Motivos socio-laborales. El proyecto migratorio de los inmigrantes económicos se centra en el trabajo y el ahorro. Tanto para hombres como para mujeres, las trabas laborales, la precariedad laboral, los horarios rígidos o el temor al despido constituyen dificultades de acceso a los servicios

sanitarios. En el caso concreto de mujeres embarazadas en situación administrativa irregular, incluso pueden llegar a ocultar el embarazo por miedo a perder el empleo, situación que dificulta el control prenatal.

Barreras lingüísticas relacionadas con el idioma. Los problemas derivados de la comunicación constituyen la mayor dificultad en la atención sanitaria a este colectivo, que imposibilitan, sobre todo, la explicación de determinadas pruebas diagnósticas que requieren una información detallada y el consentimiento de la embarazada, tales como las analíticas de *screening* prenatal, la amniocentesis y la analgesia epidural.

Las dificultades lingüísticas son desfavorables para el buen desarrollo de la anamnesis, de forma que las consultas y los exámenes ocupan más tiempo y son más estresantes para el personal sanitario y para las mujeres, que tienen dificultades para desvelar su historial. Es una realidad que las historias clínicas de las mujeres extranjeras están en muchas ocasiones vacías y faltas de datos, no registrando apenas antecedentes médicos, alérgicos, obstétricos y familiares.

En la mayoría de los casos, los problemas lingüísticos se solucionan mediante el acompañamiento de sus parejas, familiares o amigas, que hacen de intérpretes, e incluso con mediadoras informales que surgen de manera espontánea y que conocen el idioma y el funcionamiento del sistema sanitario. Muchas veces las acompañan hijas e hijos que, al estar escolarizados, tienen un buen manejo del castellano y abandonan la escuela para atender a sus madres y servirles de intérpretes, situación que podría estar generando

un problema de absentismo escolar. El uso de estos intérpretes puede crear problemas, debido a las inhibiciones que les supone a algunas mujeres contar sus problemas obstétrico-ginecológicos delante de los niños y adolescentes, e incluso de sus maridos, pudiendo llegar a omitir información.

Además de las barreras lingüísticas en la comunicación verbal, en la asistencia a mujeres foráneas también se aprecian diferencias en los modelos comunicativos (Oliver, 2002). Las cuestiones de género, es decir, los roles adoptados por mujeres y hombres, influyen en este sentido. En ocasiones, la comunicación con las mujeres musulmanas únicamente se puede establecer a través del marido. La expresión a través de sus parejas responde a un patrón cultural según el cual el varón es el encargado de las relaciones exteriores.

Debido a la segregación sexual de los espacios en las sociedades tradicionales musulmanas, mientras que al hombre le corresponden los espacios públicos, la mujer permanece en los espacios privados. Estas mujeres pueden tener interiorizado el silencio en los ámbitos extradomésticos y extra-familiares, e incluso variar su patrón de comunicación según si se dirige a ellas un varón o una mujer.

Existen también diferencias en los estilos de comunicación no verbal. En cuanto al contacto físico, el tacto apropiado está conceptualizado a nivel cultural. Hay culturas que son más táctiles que otras, existiendo tabúes en relación al tacto. Más allá de su funcionalidad diagnóstica, el contacto físico se usa con mucha frecuencia en el ámbito asistencial. Un problema frecuente es vincular a personas de culturas donde mujeres y

hombres no se tocan con profesionales sanitarios de salud del sexo contrario. Por ello, algunas mujeres pueden sentirse incómodas al ser exploradas por personal sanitario masculino.

Cuestiones de género. Las desigualdades de género dificultan el acceso a los recursos sanitarios, constituyendo una barrera específica de las mujeres inmigrantes. En el contexto migratorio, se pueden reproducir valores y comportamientos tradicionales de origen, tales como los conceptos relacionados con la jerarquía familiar, que concede al varón la preeminencia en el grupo familiar y la representatividad exterior.

Algunas mujeres que vienen por reagrupamiento familiar tienen una autonomía limitada, dependiendo de sus parejas para acudir a los servicios sanitarios de atención prenatal, sobre todo cuando se dan situaciones de aislamiento social y residencial, o cuando las mujeres no dominan el castellano. Estas situaciones de dependencia colocan a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad, sobre todo cuando existen problemas y complicaciones durante el embarazo.

La consideración de los fenómenos reproductivos como eventos totalmente femeninos en algunas culturas puede dificultar que ciertos varones inmigrantes se impliquen activamente en los cuidados durante la gestación. En general, aun los hombres más tradicionales adquieren un mayor grado de co-responsabilidad en el contexto migratorio, asumiendo ciertas responsabilidades en cuestiones reproductivas que hubieran resultado impensables en su país de origen, lo que a la larga puede dar lugar a cambios en la dinámica familiar.

Pautas estructurales y culturales de origen. Las creencias y la información que tienen las mujeres sobre el proceso gestacional condicionan una actitud distinta ante la necesidad del cuidado prenatal, percepción influenciada por la forma de tratar la salud en el país de origen. Mientras que en los países occidentales el embarazo se ha «medicalizado» de tal forma que constituye un acontecimiento vital que siempre transcurre dentro del sistema sanitario, en muchas zonas con menor grado de desarrollo, los cuidados profesionales durante el embarazo y parto no son sistemáticos, con una oferta de salud pública deficitaria y una escasa cultura de prevención.

Las nociones previas sobre la importancia de los controles de embarazo pueden estar jugando un papel importante en la utilización de los recursos sanitarios. El déficit de atención prenatal en mujeres inmigrantes puede ser debido a la escasez de recursos sanitarios en su país de origen, que las hace tener una «cultura restrictiva o conservadora» del uso de los servicios sanitarios. Por esta razón, la falta de utilización de los servicios prenatales está probablemente relacionada con la percepción del embarazo como una situación que no requiere atención médica. Algunas mujeres inmigradas, poco familiarizadas con la asistencia prenatal, siguen actuando como en el lugar de origen, no utilizando los servicios preventivos prenatales a menos que sea estrictamente necesario. A más edad de la mujer, menor nivel de escolarización, procedencia rural y más hijos nacidos en su país de origen al margen de las instituciones sanitarias, tienen menos posibilidades de realizar los controles prenatales.

Cuestiones religiosas. Los motivos religiosos, en concreto la práctica del Ramadán, pueden interferir en los controles prenatales y en la asunción de determinados cuidados durante el embarazo. Aunque el Islam no obliga a las mujeres embarazadas a realizar esta práctica religiosa, la mayoría lo practican, existiendo dificultades para realizar determinadas pruebas diagnósticas y procedimientos estandarizados (analíticas, vacunas, exploraciones ginecológicas, etc.). La práctica del Ramadán plantea problemas adicionales en caso de mujeres embarazadas con problemas de salud que precisan la toma de medicamentos. También en caso de diabetes gestacionales, en las cuales se prescribe una alimentación fraccionada, existen dificultades. A veces, se presentan problemas con las mujeres insulino-dependientes (Oleffe, 1995).

Necesidades percibidas diferentes. Desde los círculos sanitarios se insiste en la importancia de los controles del embarazo. Sin embargo, en muchos casos las mujeres inmigradas, que son jóvenes y se sienten sanas, no perciben la necesidad de usar los servicios de salud tal y como lo hacemos las autóctonas, que en ocasiones establecemos una relación de excesiva dependencia. A través de sus discursos muestran más preocupación por otros aspectos de su existencia en España: obtención de papeles, el trabajo, la vivienda, la falta de redes sociales, etc. La salud es un bien de uso, un medio para trabajar y atender a los demás, frente a un bien de consumo, de modo que «a la salud se la reconoce como valor cuando se ve la enfermedad, cuando la pérdida de salud es tan grave que imposibilita el ejercicio de las funciones diarias» (Castillo y Mazarrasa, 2001). En este

contexto, los temas de prevención y promoción de la salud, centrales en los controles prenatales, adquieren un carácter secundario.

El control de embarazo que se realiza actualmente en nuestro medio pone un especial énfasis en los adelantos técnicos, sobre todo en el uso de la ecografía y otras técnicas novedosas, reflejo de un modelo de sociedad altamente tecnificada. Éste es el modelo que queremos aplicar unívocamente a todas las mujeres, sin tener en cuenta que las necesidades percibidas de las gestantes foráneas pueden ir por otros derroteros. Por ejemplo, se tienen muy poco en cuenta aspectos tales como la atención psico-social durante esta etapa vital, que es una de las cuestiones que más les preocupa a las mujeres inmigrantes, dado el deficitario apoyo social y familiar que suelen experimentar en la emigración.

Percepción de los servicios sanitarios. Las experiencias, tanto positivas como negativas, que tienen los usuarios acerca de los servicios sanitarios influyen en su utilización, de modo que dejan de acudir si perciben que no se les trata adecuadamente. Sin embargo, las mujeres inmigrantes se sienten bien atendidas por los servicios de salud españoles, valorándolos muy positivamente. En muchos países de procedencia, aunque los adelantos científico-médicos están disponibles, son accesibles a una minoría privilegiada, existiendo grandes variaciones en la atención en función de los ingresos económicos. Por tanto, estas mujeres se encuentran contentas con la sanidad pública, que está garantizada incluso en situaciones de irregularidad administrativa y que es totalmente gratuita.

En definitiva, las barreras en la accesibilidad están en relación tanto con las condiciones de vida como con la cultura de origen, que, aunque importante, no debe ser tomada en cuenta como un factor totalizador y homogéneo, dado que se produce una gran gama de diferencias entre mujeres oriundas de la misma zona geográfica y la misma cultura.

Desde la sanidad pública andaluza se debe favorecer el acceso a los servicios de salud, implantando mecanismos tendentes a disminuir las desigualdades y los problemas sanitarios de las mujeres inmigrantes. Habría que tomar en cuenta el contexto migratorio global y las distintas variables socio-económicas, culturales, administrativas y de género que inciden sobre estas mujeres, para introducir servicios adaptados a sus necesidades.

Intervenciones socio-sanitarias para promover el acceso a los servicios de atención prenatal.

El déficit en el control de embarazo que presentan las mujeres inmigrantes podría solucionarse con diversas estrategias: campañas de información de los recursos asistenciales y de difusión del control prenatal, introducción de mediadoras interculturales para que las acompañen en sus primeros contactos con los servicios sanitarios, materiales de educación y promoción de la salud en diferentes idiomas, campañas activas de captación que impliquen a las distintas ONGs y a los servicios de atención a inmigrantes, adaptación de los servicios a las necesidades de las gestantes foráneas y abordaje de los factores contextuales de tipo socio-económico que condicionan la salud de estas mujeres.

La atención durante el embarazo debe adaptarse a las necesidades concretas de las gestantes inmigrantes, mediante la cercanía geográfica, la flexibilidad en los horarios y el acercamiento de los servicios. Se podría rentabilizar también el número de visitas realizadas. La evidencia científica acerca de la atención prenatal en embarazadas de bajo riesgo concluye que las reducciones pequeñas del número de consultas son compatibles con buenos resultados perinatales, estimando que en embarazadas de bajo riesgo la cantidad mínima es de cuatro. Por tanto, son factibles intervenciones durante el embarazo en menor número de consultas sin arriesgar la eficacia, no poniendo tanto énfasis en el número de controles como en la implementación de aquellas prácticas cuya eficacia está demostrada científicamente (Villar y Khan-Neelofur, 1998). En este sentido, sería factible reducir las visitas a mujeres, tanto inmigrantes como autóctonas, que tienen problemas de acceso a los servicios sanitarios. Para ello se les podría aplicar el modelo de control prenatal propuesto por la Organización Mundial de la Salud para gestantes que no presentan factores de riesgo, que limita el número de consultas a aproximadamente 4-5 y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales (Villar, 2003).

Morbilidad asociada al embarazo y parto

La morbi-mortalidad materna es un indicador sensible de la condición jurídica y social alcanzada por la mujer en la sociedad. La tasa de mortalidad materna, que sigue estando en cifras escandalo-

samente altas en muchas regiones del mundo, es el indicador socio-sanitario que más elevadamente señala la desigualdad Norte-Sur. En la mayoría de los países pobres, las complicaciones del embarazo y parto son la mayor causa de defunción de mujeres en edad de procrear, al no disponer de personal cualificado para la atención al parto, de atención de emergencia, ni de buena atención pre y post natal, alcanzando niveles en torno a las mil muertes maternas por cien mil nacidos vivos, frente a 6-25 defunciones maternas registradas en países desarrollados (PAI, 2001).

Aquellas mujeres inmigradas procedentes de zonas con escaso despliegue en los servicios de salud reproductiva obtienen ventajas considerables en la atención sanitaria recibida en nuestro contexto sanitario, donde el índice de riesgo reproductivo es de los más bajos del mundo, viendo drásticamente reducida la morbi-mortalidad materna y perinatal sufrida en origen. Sin embargo, un derecho fundamental como es la salud, y en concreto la salud reproductiva, puede presentar desigualdades con respecto a las mujeres autóctonas, déficits que pueden ser evitados.

Investigaciones realizadas en países occidentales que acogen inmigración revelan la existencia de desigualdades en salud de las mujeres inmigrantes con respecto a las autóctonas, presentando las primeras mayores tasas de natalidad, más factores de riesgo durante el embarazo y parto, así como una mayor morbi-mortalidad materno-perinatal asociada al embarazo.

Los estudios que analizan las características sanitarias de las mujeres inmigrantes y de sus recién nacidos son aún incipientes en nuestro país,

en parte, por lo novedoso que tiene el fenómeno de la inmigración y, en parte, por la dificultad de identificación de las mujeres extranjeras en las fuentes de información sanitarias. Además, los resultados publicados con respecto a la morbilidad gestacional, obstétrica y perinatal, son limitados y controvertidos.

Con respecto a las complicaciones durante el embarazo, análisis realizados en el Hospital de Poniente de El Ejido entre 1996 y 2001 encontraron que, de una muestra de 1.048 gestantes inmigrantes, el 76% presentó algún factor de riesgo durante el embarazo; de éstas, un 20,5% sumaron dos y un 14% tres o más. El más frecuente, con un 24,6%, fue el embarazo no controlado (cuando se ha realizado por parte de la embarazada una o ninguna visita sin llegar a realizar ninguna prueba complementaria) y mal controlado (cuando han sido menos de cuatro las visitas prenatales y de tres las determinaciones analíticas). Le seguía las infecciones maternas graves con un 23,4%. De éstas, un 49,1% eran portadoras del streptococo del Grupo B y un 22,7% presentaban infecciones del tracto urinario. A mayor distancia se encontraba el factor de riesgo edad <18 o >35 años y la diabetes (11,8 y 9,6% respectivamente). En entre un 6 y 6,5% se hallaron varias complicaciones como amenaza de parto prematuro (6%), malos antecedentes obstétricos (6,2%), anemia (6,2%) y problemas sociales (6,5%). La última de estas principales patologías detectadas fue la cirugía uterina anterior al embarazo, con un 4,6% (Martínez, 2003).

Al comparar con mujeres autóctonas, en estudios posteriores se hallaron diferencias significa-

tivas en cuanto al número y a la distribución de los factores de riesgo. Así, entre las 494 mujeres inmigrantes que dieron a luz en el mismo centro durante el año 2002, el 81,7% presentaron algún factor de riesgo asociado al embarazo, de las que un 26% sumaron dos riesgos y un 16% tres o más, mientras que entre una muestra igual de mujeres autóctonas, un 71,8% tuvieron alguna patología durante la gestación, un 21% acumularon dos factores de riesgo y un 13,3% alcanzaron tres o más. Los más frecuentes con significación estadística para el grupo de las inmigrantes fueron los problemas sociales, el embarazo no controlado y las captaciones tardías, las infecciones maternas, bien tomadas en su conjunto, como específicamente la detección de lúes, estado de portadora de hepatitis B, la colonización vaginal o rectal por el streptococo del grupo B y otras infecciones (Martínez y López, 2004).

Atendiendo a colectivos concretos de gestantes extranjeras, en un grupo de 115 magrebíes en el Hospital de Palamós de Girona en el año 2000, se encontraron diferencias significativas en cuanto a control del embarazo, colonización vaginal o rectal por streptococo del grupo B e hiperemesis. Así, en un 28% de las magrebíes se diagnosticó un mal control del embarazo, el 29% estaban colonizadas por SGB y se presentaron cuatro casos de hiperemesis grave frente a un 4%, 10% y ningún caso, respectivamente, en autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002). Sin embargo, en una muestra de 203 mujeres inmigrantes en su mayoría de países latinoamericanos, que parieron en el hospital 12 de Octubre de Madrid entre diciembre de 2000 y marzo de

2001, los controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo fueron similares a las de las gestantes españolas (Sánchez y otros, 2003).

Parece, por tanto, que el área geográfica de procedencia de las mujeres puede estar jugando un papel importante en la presencia de morbilidad durante la gestación, así como en la diferente distribución de las prevalencias. Una correcta identificación del origen permitiría una monitorización más acertada de los factores de riesgo entre los distintos colectivos, así como un enfoque más apropiado a la hora de desarrollar determinadas intervenciones sanitarias.

La incidencia de colonización vaginal por SGB ha demostrado una marcada variación étnica y geográfica, estimándose en general que afecta al 12-40% de las embarazadas. En población norteamericana, por ejemplo, fue encontrado en el 13,7% de los cultivos vaginales en población blanca, 21,2% en las afroamericanas y 20% en las hispánicas. Además, la colonización es mayor en mujeres con múltiples parejas sexuales y en las de menor nivel educacional, no existiendo relación con la edad, paridad y otras infecciones bacterianas vaginales (Spaetgens y otros, 2002), si bien existe en la bibliografía cierta controversia en este último aspecto. El que algunos grupos de mujeres inmigrantes hayan presentado mayor colonización que las autóctonas puede estar justificado por su procedencia geográfica y étnica, y por los otros factores asociados que hasta el momento desconocemos y que, por tanto, deberían ser objeto de una mayor investigación. Con respecto al resto de procesos infecciosos como lúes y hepatitis B, hay que tener en cuenta que puede

estar ocurriendo como en numerosas regiones de Europa Oriental y Central donde hay una mayoría de varones que emigran solos, y donde se está observando una incidencia creciente de estas afecciones, asociada a un comportamiento sexual que incluye el contacto con trabajadoras sexuales. Además, en el caso de la hepatitis B, se trata de una enfermedad endémica en África subsahariana y África del Sur, aspecto a tener en cuenta entre estos colectivos (Vázquez y otros, 2000).

Los factores sociales también se han relacionado con las gestantes inmigrantes. Estos factores, bien de índole económica, como son el bajo nivel de ingresos, irregularidad administrativa, bien de tipo cultural y de tipo de vida, como el bajo nivel de estudios, edad, intervalo corto entre embarazos, falta de apoyo familiar, estrés físico y psíquico, deberían tenerse más en cuenta, ya que pueden tener también repercusión en los resultados perinatales.

En cuanto a los resultados en el parto, aunque en algunos estudios se observan porcentajes algo más elevados de cesáreas entre las inmigrantes, estas diferencias no muestran significación estadística. Lo que sí se ha encontrado es una menor utilización de la analgesia epidural durante el parto en mujeres magrebíes, no precisando ningún tipo de anestesia en más ocasiones que las autóctonas (Marqueta y Romagosa, 2002), lo que puede estar en relación con las dificultades en la comunicación y en la explicación de esta técnica analgésica, que precisa el consentimiento informado de la parturienta.

La frecuencia de prematuridad varía en los distintos estudios, siendo en general similar en

ambos grupos (López y otros, 2005), aunque algunos estudios andaluces muestran una diferencia significativa entre un 7,89% de partos pretérmino entre inmigrantes frente a un 4,25 entre nacionales, así como más postérmino (2,83 vs. 0,6%) (Martínez, 2003). La media de peso de los recién nacidos de origen magrebí se ha descrito mayor que la de los hijos de madres nacionales (3.503,51 g frente a 3.318,58 g), mientras las prevalencias de nacidos con bajo peso (< 2.500 g) y muy bajo peso (< 1.500 g) han sido parecidas entre inmigrantes y no inmigrantes. Tampoco se ha descrito una mayor mortalidad perinatal entre los primeros. Aunque los valores de los índices de Apgar se muestran similares con respecto a los hijos de madres nacionales, en unas unidades neonatales se ingresan más nacidos de origen extranjero que en otras (Pérez y otros, 2004).

El hecho de que, en general, los hijos de madres inmigrantes no presenten peores resultados que los de madres autóctonas coincide en gran medida con los datos obtenidos en diferentes países de fuerte inmigración como Estados Unidos, Bélgica o Francia. Podría explicarse, por una parte, por la teoría del emigrante sano, consistente en la auto-selección espontánea que se produce entre quienes deciden emigrar, que suelen ser quienes disfrutaban de un alto patrimonio de salud, lo que influiría en estos buenos resultados. Por otro lado, podrían actuar ciertos aspectos culturales como factores de protección. Un gran apoyo cultural hacia la maternidad y una dieta tradicional saludable causan que las latinas inmigrantes en Estados Unidos tengan comportamientos menos arriesgados como fumar cigarrillos o beber alcohol, lo que po-

drían estar sucediendo con las mujeres inmigrantes en nuestro país. Con respecto al hábito tabáquico, un factor que incide sobre el peso al nacer de los bebés, un estudio belga comprobó que las mujeres inmigrantes norteafricanas embarazadas fumaban menos que las belgas: un 5 frente a un 29%, respectivamente (Delvaux, 1997). Finalmente, la importancia de la red de apoyo social entre las extranjeras, que consta de redes informales y el traslado del conocimiento intergeneracional, también podría estar contribuyendo a estos hallazgos (Wingate y Alexander, 2006; Madan y otros, 2006; Mcglade y cols., 2004).

Atención al parto

Los datos aportados por nuestros hospitales son reveladores, dándonos una idea de la dimensión de la atención al parto en mujeres inmigrantes y la evolución en el número de nacimientos de madres extranjeras. Es una realidad que en nuestros servicios sanitarios la atención a mujeres inmigrantes está aumentando año tras año, con una importante diversificación, heterogeneidad y proporción de población extranjera atendida, alcanzando cuotas de atención que en algunos centros hospitalarios andaluces alcanza el 30%. En un estudio realizado en Almería sobre el porcentaje de partos y las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en los hospitales públicos de la provincia, entre los años 2002-2003, un 18,84% de los nacimientos ocurridos en la provincia correspondían a madres extranjeras. La incidencia en la atención variaba entre un 15 y un 30% en función de los hospitales, con una tendencia al alza en rápido crecimiento

y una composición por procedencia desigual, en función de las características de la inmigración en las respectivas zonas de influencia de cada centro sanitario: así, mientras en unos hospitales predominaba el colectivo africano, en otros era el latinoamericano, con características socio-culturales muy diferentes (Oliver y otros, 2004b).

Estos datos proceden de investigaciones específicas, dado que en la actualidad existe una escasa información de esta población y una gran variabilidad en los datos. Existen errores de base a la hora de calcular el número de mujeres extranjeras atendidas en los centros asistenciales, dado que no existen datos numéricos oficiales ajustados a la realidad por las lagunas existentes en los sistemas de registro, que generalmente no contemplan la variable nacionalidad. Esta situación condiciona el desconocimiento de la magnitud del fenómeno. Sin embargo, a la hora de plantearse mejoras en la atención a este colectivo, es preciso realizar una aproximación cuantitativa, tanto al porcentaje de atención como a las procedencias geográficas de las mujeres atendidas en nuestros servicios sanitarios. Estos estudios deben ser realizados en cada centro, dada la heterogénea presencia de la población extranjera y su desigual distribución territorial.

El peso numérico de las mujeres inmigrantes, así como sus diversas procedencias geográficas, hacen que el trabajo cotidiano de los profesionales de las áreas de obstetricia se desenvuelva en un entorno multicultural. Dada la influencia que tienen los factores culturales durante el parto, esta situación plantea nuevos retos a los servicios sanitarios, que han de adaptarse a la

demanda existente. Durante la atención al parto en el medio hospitalario, algunos problemas en la atención sanitaria derivan de los déficits de comunicación entre los profesionales de la salud y las mujeres inmigrantes, debido a barreras lingüísticas y culturales que dificultan la relación terapéutica. En el caso concreto del parto, existen diferencias sociales, culturales, religiosas y de género en las prácticas sanitarias, que afectan a la vivencia del parto y a la interacción con el recién nacido, aspectos que los profesionales sanitarios han de tener en cuenta en la prestación de cuidados (Luque y Oliver, 2005).

PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES INMIGRANTES

Mejora en la investigación

Existen estudios epidemiológicos en España en torno a la salud y a la conducta reproductiva de las mujeres inmigrantes, pero las lagunas en muchos aspectos son considerables. Por tanto, en un momento en el que la atención a mujeres inmigrantes es especialmente significativa, se hacen necesarias investigaciones que conduzcan a un mejor entendimiento de las necesidades, acceso al sistema sanitario, situación de salud, prácticas y conductas que en cuanto a la salud reproductiva tiene la población femenina inmigrante.

Los perfiles epidemiológicos por sí mismos muestran limitaciones, dado que categorizan a las mujeres de manera rígida por su condición de inmigrantes, sin tener en cuenta las características diferenciales de esta población fundamentales en cuestiones socio-económicas, educativas,

culturales y sanitarias. Por ello, es preciso complementar los estudios cuantitativos con estudios basados en metodología cualitativa, para que sean las propias mujeres quienes expresen sus necesidades y expectativas en materia de salud, las dificultades que tienen para acceder a los servicios sanitarios, así como sus opiniones y experiencias en este sentido. Estos discursos pueden proporcionar fundamentos objetivos a la planificación de intervenciones de prevención y de promoción de la salud orientadas a mejorar la calidad de los cuidados a este grupo de mujeres (Castillo y otros, 2001).

Mejora en los registros sanitarios

Resulta fundamental, de cara a la investigación y al conocimiento de esta población, una mejora en los registros sanitarios, que deberían contemplar la variable nacionalidad.

Elaboración de materiales de promoción de la salud adaptados

Dada la heterogeneidad de la población atendida, así como las dificultades lingüísticas derivadas del idioma, los materiales sobre promoción, educación e información sanitaria tendrían que estar adaptados. Resulta necesaria la realización de materiales específicos para las mujeres inmigrantes adaptados y traducidos a los idiomas vernáculos mayoritarios: información sobre anticoncepción, cuidados básicos durante el embarazo, información y consentimientos informados de analgesia epidural y otros procedimientos obstétricos, explicación de pruebas diagnósticas y pruebas especiales de laboratorio, etcétera.

Abordaje de los aspectos culturales y de género

Es importante tener en cuenta ciertos aspectos culturales para dispensar una atención acorde a las concepciones que tienen las mujeres inmigrantes acerca de las cuestiones reproductivas, y favorecer así la integración en cuestiones sanitarias, sobre todo en las cuestiones de pudor, en la feminización de la asistencia sanitaria, etc. Dados los condicionamientos culturales, que además pueden ser muy variables en función de las individualidades, es importante preguntar siempre por las preferencias específicas y fomentar que las mujeres se expresen, tanto en el caso de las mujeres inmigrantes como en el de las autóctonas.

El abordaje de las desigualdades de género es un aspecto fundamental, pero difícil de llevar a cabo desde los servicios sanitarios; por ello, sería preciso introducir la mediación intercultural en determinados colectivos, para que trabajen con las mujeres con el objetivo de que se sientan capaces y legitimadas para tomar decisiones que les permitan controlar su propia salud y desarrollen habilidades con el objetivo de adquirir mayor influencia y poder de negociación en la familia y en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ABDELKHALEK, A., AJBILOU, A. y FAZOUANE, A. (2000): "Pauvreté, besoins de base et comportements démographiques au Maroc", *Rapport du Social*, Okad, pp. 41-61.
- ALCALÁ, M.J. (1995): *Definición de Conceptos y Derechos. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*, Family Care International, Nueva York, pp. 16-17.
- ALVARADO (1997) y MORALES (1998): "Mujeres migrantes y salud reproductiva" [<http://www.estadonacion.or.cr/Info98/nacion4/rec-7-8.htm.6k>] (consulta: 2-3-2003).
- ASFORD, L. (2003): "Tendencias de salud reproductiva en Europa del Este y Euroasia" [<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ConstentManagement>].
- BARAZA CANO, M.P., LAFUENTE ROBLES, N. y GRANADOS ALBA, A. (2005): "Identificación de diagnósticos enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería", *Enfermería Comunitaria*, 1 (1): 18-23.
- BARROSO, P. y otros (2005): "Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres de un Distrito Sanitario de Almería, período 1998-2002", *Revista Española de Salud Pública*, 79 (4).
- BOLETÍN Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* (2005): nº 3, volumen II, marzo.
- BRAVO MORENO, A. (2002): "Cultura y maternidad en la inmigración: desigualdades en la salud reproductiva", estudio realizado mediante ayuda otorgada por el Instituto de la Mujer, expediente nº 6/99, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.
- CASTILLO, S. y MAZARRASA, L. (2001): "Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes", *Ofrim suplementos*, 8 [<http://www3.upco.es/pagnew/iem/newweb/actividades>] (consulta: 1-8-2003).
- CASTILLO, S., MAZARRASA, L. y SANZ, B. (2001): "Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategias para promocionar su salud", *Index de Enfermería*, 34: 9-14.
- CIMOP (2005): *Estudio sobre las IVEs en jóvenes en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- COMISIÓN de Migraciones, Refugiados y Demografía (2000): *Condiciones sanitarias de los inmigrantes y refugiados en Europa*, Asamblea Parlamentaria, Consejo de Europa, Doc 8650.
- DELVAUX, T. (1997): "Datos perinatales de la población de emigrantes norteafricanos en Bélgica", en: SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 177-179.
- DELVAUX, T., BUEKENS, P., GODIN, I. y BOUTSEN, M. (2001): "Barriers to prenatal care in Europe", *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1): 52-59.
- DUEÑAS, J.L. (coord.) (2002): *Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla.
- DUEÑAS, R.M., MITSUF, M.J., MARTÍNEZ, J., MUÑOZ, M., FERNÁNDEZ, M.J. y LORA, N. (1997): Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo, *Atención Primaria*, 19 (4): 188-194.
- ESTEBAN, M.L. (2000): "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre la lactancia materna y el cuidado infantil", en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J.M.

- (eds.), *Medicina y Cultura*, Bellaterra, Barcelona, pp. 207-26.
- FRISBIE, W.P., ECHEVARRÍA, S. y HUMMER, R.A. (2001): "Prenatal care utilization among non-hispanic whites, african americans, and mexican americans", *Matern Child Health Journal*, 5 (1): 21-23.
- GARCÍA GALLEGO, F. y otros (s.f.): "Estudio comparativo y descriptivo de adolescentes e inmigrantes en relación a la IVE", web Clínica GineAlmería.
- GREGORIO GIL, C. (1998): *Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género*, Narcea, Madrid, p. 23.
- HERNANDO, V. y otros (2005): "Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad de Madrid", *Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Sanidad y Consumo*, semana 8-9, vol. 13, nº 4, pp. 37-48.
- HERRERA DE LA MUELA, M. y otros (1999): "Control inadecuado del embarazo. Resultados en el Hospital Maternal La Paz", *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 42: 487-493.
- HOLGADO, I. (1998): "La mujer inmigrante marroquí en Barcelona", en: MOGA, V. y AHMED, R., *Mujer tamazight y fronteras culturales*, Servicio de Publicaciones, Melilla, pp. 129-137.
- INDA, J.X. (2003): "El biopoder, la reproducción y el cuerpo de la mujer inmigrante en los Estados Unidos", en CHECA, F., ARJONA, A. y CHECA, J.C. (eds.), *La integración social de los inmigrados. Modelos y experiencias*, Icaria, Barcelona, pp. 39-60.
- IZQUIERDO ESCRIBANO, A. y LÓPEZ DE LERA, D. (2003): "La huella demográfica de la población extranjera en España", *Sistema*, 175-176: 181-200.
- JANSÀ, J.M. y VILLALBA, J.R. (1995): "La salud de los inmigrantes y la atención primaria", *Atención Primaria*, 15 (5): 320-327.
- JANSÀ, J.M. y GARCÍA DE OLALLA, P. (2004): "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos", *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 1): 207-213.
- JULIANO, D. (2004): *Los nuevos modelos de investigación y la migración de las mujeres. Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*, Cátedra, Madrid, pp. 173-216.
- KAPLAN, A. (1997): "Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población migrante senegambiana residente en Cataluña", en SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 153-157.
- LÓPEZ, M.F., GÓMEZ, T., MANZANARES, S., MARTÍNEZ, E., PUERTAS, A. y MONTOYA, F. (2005): "Parto prematuro e inmigración", *Ciencia Ginecológica*, 4: 203-208.
- LUQUE FERNÁNDEZ, M.A. y OLIVER RECHE, M.I. (2005): "Culture differences on perceiving and living delivery: the case of immigrant women", *Index de Enfermería*, 48-49 [<http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49e9-13.php>].
- MADAN, A., PALANIAPPAM, L., URIZAR, G., WANG, Y., FORTMANN, S.P. y GOULD, J.B. (2006): "Sociocultural factors that affect pregnancy outcomes in two dissimilar immigrant groups in the United States", *The Journal of Pediatrics*, 148 (3): 341-346.
- MARQUETA, J.M. y ROMAGOSA, C. (2002): "Diferencias de morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebi", *Clin Invest Gin Obst*, 29 (9): 318-328.

- MARTÍNEZ, E. (2003): *Embarazo y riesgo en mujeres inmigrantes. Conceptos básicos en Obstetricia y Ginecología*, Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Poniente de Almería, Granada.
- MARTÍNEZ, E. y LÓPEZ, A.F. (2004): "Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas", *Matronas Profesión*, 5 (17): 12-18.
- MCGLADE, M.S., SAHA, S. y DAHISTROM, M.E. (2004): "The Latina Paradox: An opportunity for restructuring prenatal care delivery", *Am J of Public Health*, pp. 2062-2065.
- MERNISSI, F. (1996): *¿Es concebible una planificación de la natalidad sin democracia? El poder olvidado: Las mujeres ante un Islam en cambio*, Icaria, Barcelona, pp. 91-120.
- MINISTERIO de Trabajo y Asuntos Sociales (2006): *Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 30 de junio de 2006*, Madrid, julio.
- MOLINA GONZÁLEZ, M. (1999): "Adaptaciones etno-culturales en pautas de salud reproductiva de mujeres inmigrantes marroquíes", trabajo realizado en el XIV Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- OLEFFE-VAN DIERDONCK, L. (1995): "El Hospital y el espacio social: el problema concreto de los inmigrantes", *Hospitalaria*, 3: 33-40.
- OLIVER RECHE, M.I. (2002): "Comunicación intercultural: Comunicándonos con mujeres de otras culturas", *Matronas Profesión*, 9: 21-27.
- OLIVER RECHE, M.I. (2004): "Dificultades, retos y propuestas de mejora en la atención sanitaria a mujeres inmigradas embarazadas en la provincia de Almería", trabajo de investigación correspondiente al Programa de Doctorado "Estudio y Análisis de los Movimientos Migratorios", Universidad de Almería.
- OLIVER RECHE, M.I. (2005): *La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España*, Diputación de Almería (Servicio Provincial de Mujeres) e Instituto de Estudios Almerienses, Almería, pp. 29-33.
- OLIVER, M.I., JIMÉNEZ, J., CARMONA, E., OLIVER, J. y REINOSO, M. (2003): "Seguimiento del control de embarazo en mujeres inmigradas residentes en Almería", *VIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial*, Almería, noviembre.
- OLIVER RECHE M.I., MARTÍNEZ GARCÍA, E., SEGURA GARCÍA, M.H. y ACEITUNO VELASCO, L. (2004a): "Fecundidad de las mujeres inmigradas en la provincia de Almería", *VIII Congreso de Inmigración "Menores y juventud, nuevos retos"*, Almería, Laboratorio de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Almería.
- OLIVER RECHE M.I., MARTÍNEZ GARCÍA, E., SEGURA GARCÍA, M.H. y ACEITUNO VELASCO, L. (2004b): "Incidencia de partos en mujeres inmigradas en la provincia de Almería", *IV Encuentro de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC. Adaptando los cuidados a los cambios sociales: inmigración y envejecimiento*, Adra (Almería), 28 de mayo.
- PAI (2001): *Mundos diferentes: salud y riesgos sexuales y reproductivos*, informe del Popular Action International, Stephenson Printing, Virginia.
- PÉREZ DE ARMIÑO, K. (2001): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Párrafo 7.2. de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Icaria-Hegoa, Barcelona, p. 490.

- PÉREZ, S., MUÑOZ, N., ROBLEDO, A., SÁNCHEZ, Y., PAYAS, C.R. y DE LA CRUZ, J. (2004): "Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos", *Anales de Pediatría* (Barcelona), 60 (1): 3-8.
- PRADO, C., MARRODÁN, M.D., SÁNCHEZ-ANDRÉS, A., GUTIÉRREZ, E., AZEVEDO, P. y SEBASTIÁN, J. (1997): "Ciclo y patrones reproductivos en las mujeres emigrantes en España", en SOLAS, O. y UGALDE, A. (eds.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, pp. 159-69.
- Salazar, A., Navarro-Calderón, E., Abad, I., Alberola, V., Almela, F., Borrás, R., González, A., Gosálvez, E., MOYA, M.J., PALAU, P., ROIG, F.J., ROMERO, R., TABERNER, F. y VICENTE, P. (2003): "Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002)", *Revista Española de Salud Pública*, 77: 713-723.
- SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, Y., MUÑOZ AVALOS, N., PÉREZ CUADRADO, S., ROBLEDO SÁNCHEZ, A., PAYAS ALONSO, C.R., DE LA CRUZ BÉRTOLO, J. y GARCÍA BURGUILLO, A. (2003): "Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto", *Prog Obstet Ginecol*, 46 (10): 441-447.
- SOLER NÚÑEZ, M., VÁZQUEZ VILLEGAS, J., BARAZA CANO, P. y otros (2994): "Análisis de las características diferenciales entre usuarias autóctonas e inmigrantes que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo en el Distrito Poniente de Almería", *XXIV Congreso de la SEMFyC*, Sevilla, diciembre.
- SPAETGENS, R. y otros (2002): "Perinatal antibiotic Usage and Changes in colonization and resistance rates of group B streptococcus and other pathogens", *Obs and Gynec*, 100 (3): 525-532. StreptococoGrupoB [http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/obstetricia/AltoRiesgo/estreptoc.html].
- TOSSOUNIAN, S.A., SCHOENDORF, K.C. y KIELY, J.L. (1997): "Racial differences in perceived barriers to prenatal care", *Matern Child Health Journal*, 1 (4): 229-236.
- VÁZQUEZ VILLEGAS, J. y otros (2000): "Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria", *Medicina de Familia* (Andalucía), 1 (2): 162-168.
- VILLAR, J. (coord.) (2003): *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS. Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- VILLAR, J. y KHAN-NEELOFUR, D. (2001): "Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy", *The Cochrane Library*, 4, art. n° CD000934. Software actualizado en 2008.
- VINTZILEOS, A.M., ANANTH, C.A., SMULIAN, J.C., SCORZA, W.E. y KNUPPPEL, R.A. (2002): "Prenatal care and black-white fetal death disparity in the United States: Heterogeneity by High-risk conditions", *Obstetrics & Gynecology*, 99 (3): 483-489.
- WINGATE, M.S. y ALEXANDER, G.R. (2006): "The Healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among USborns migrants", *Social Science & Medicine*, 62: 491-498.

TEMA 6

PRÁCTICAS TRADICIONALES QUE VULNERAN LOS DERECHOS DE LAS MUJERES: MUTILACIONES SEXUALES FEMENINAS

M^a CASILDA VELASCO JUEZ

Matrona del Servicio Andaluz de Salud

A lo largo de la historia, las mujeres han sufrido siempre discriminación en relación con los varones. La situación de las mujeres ha sido siempre invisible, ligada a su infravaloración tanto humana como social. Ha llegado al extremo de que una práctica como la Mutilación Genital Femenina (MGF) no se haya considerado hasta fechas recientes una violación de un derecho humano fundamental.

El conflicto de géneros, la desigualdad sexual y sus injustas y crueles consecuencias han sido y continúan siendo uno de los problemas más difíciles de conocer tanto en su dimensión teórica como práctica. Sabemos que en las primeras declaraciones de derechos, las mujeres quedaron excluidas de la ciudadanía. Las grandes declaraciones “todos los hombres nacen libres e iguales ante la ley” debían haber añadido: “excepto las mujeres”.

Los esfuerzos internacionales para erradicar la MGF tienen una larga historia. Ya los misioneros cristianos en el siglo pasado intentaron en su evangelización prohibirla, pero vieron que una costumbre tan arraigada tenía pocas posibilidades de éxito y abandonaron pronto¹. Después de la Segunda Guerra Mundial, con el proceso de

descolonización, se creó un marco para la protección de los derechos humanos, pero el problema de la MGF se olvidó. La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 dice en su artículo 5: “Nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes².” De esta declaración cabría pensar que se atribuyen a las mujeres los mismos derechos que a los hombres y que, por tanto, su cuerpo y su integridad física y psíquica estarían suficientemente protegidos. Sin embargo, esta declaración es más aparente que real.

Será a partir de los años 60, al surgir el movimiento feminista, cuando este conflicto empieza a hacerse visible y objeto de preocupación³.

En la Conferencia Mundial de México de 1975 las mujeres de todo el mundo intentaron, sin éxito, que el debate contra la violencia de género fuera objeto de atención en la comunidad internacional. Durante el Decenio de las Naciones Unidas para las Mujeres (1975 a 1985) se experimentó un resurgimiento del interés por esta cuestión en las organizaciones no gubernamentales. Fue en 1979 cuando la OMS organizó un

seminario en Jartum (Sudán) y por primera vez se fijaron las pautas de las iniciativas internacionales en torno a la MGF. En sus recomendaciones, se pedía la adopción de políticas nacionales claras, la creación de comisiones para coordinar las actividades de los distintos órganos oficiales, la aprobación de leyes y la organización de la educación pública y del trabajo con sectores específicos, con la participación de profesionales de salud y de curanderos tradicionales. En la conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer en 1980 en Copenhague se pidió la adopción de medias urgentes para combatir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer. Esto viene empujado por la demanda cada vez mayor de asociaciones de mujeres africanas para prestar mayor atención a estas prácticas. En 1984 se crea el Grupo de Trabajo de la ONU sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños. La ONU organiza dos seminarios, en 1991 en Burkina Faso y en 1994 en Sri Lanka, para valorar los aspectos relativos a los derechos humanos derivados de la MGF y de otras prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres. Estos seminarios condujeron al Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales que Afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños.

Fue en la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por Naciones Unidas en diciembre del 1993 en Viena, cuando la comunidad internacional acepta la existencia de un fenómeno universal de violencia de género que afecta únicamente a las mujeres y aparece un concepto que nos parece importante

para tratar del problema que nos ocupa: que esta violencia se reconoce tanto en el ámbito público como en el privado⁴. En su artículo 4 dispone que los Estados no deben invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminar la violencia contra la mujer. Una perspectiva de derechos humanos sostiene que los derechos de las mujeres y las niñas a la integridad física y psíquica, a no ser discriminadas y a los más altos niveles de salud son universales. No pueden invocarse razones de carácter cultural para justificar la violación de estos derechos. Hace tiempo que la Organización Mundial de la Salud aborda la MGF desde la perspectiva del derecho de las mujeres y las niñas a disfrutar del más alto grado posible de salud.

Fueron muy importantes las dos conferencias mundiales, la de El Cairo y la de Pekín, para tomar conciencia las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos sobre este grave problema.

En la Conferencia Internacional de la ONU sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 se pusieron de manifiesto las relaciones entre salud reproductiva y los derechos humanos. La Declaración y Plataforma de Acción de Pekín, que surgió de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, contiene una condena clara a la MGF como forma de violencia contra la mujer y afirma el deber de los Estados de tomar medidas para reducir este tipo de violencia. En abril de 1997, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población dieron a conocer un plan conjunto para reducir de forma importante la MGF en un plazo de diez años y erradicarla al cabo de tres generaciones.

La Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño fue el primer documento vinculante que trataba las prácticas tradicionales perniciosas como una violación de los derechos humanos. Obliga a los gobiernos a “adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo⁵” (artículo 19).

MUTILACIONES SEXUALES FEMENINAS (MSF)

Definición

En la Declaración conjunta de la OMS, UNICEF y FNUAP de abril de 1997, se unificó la denominación de los diferentes tipos de mutilaciones, así como su clasificación. Se acordó llamarlas MSF y se definieron: “Las mutilaciones sexuales femeninas designan todas las intervenciones que conllevan una ablación total o parcial de los órganos genitales externos de la mujer o toda otra mutilación de los órganos genitales externos femeninos que sean practicadas por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos”⁶.

Tipos

Las tres organizaciones han dado la clasificación siguiente de las MSF:

Tipo I. Escisión del prepucio con o sin escisión total o parcial del clítoris. La forma de realizarla más frecuente es tirar del clítoris y cortarlo con

un objeto cortante de un solo golpe. Si sangra, se coloca una gasa o cualquier otra sustancia que pueda frenar la hemorragia. Si se hace por personal sanitario, se puede, colocar dos puntos de sutura para frenar la hemorragia de la arteria clitoridea.

Tipo II. Escisión del clítoris y escisión total o parcial de los labios menores. La importancia de la escisión es muy variada. A veces, si la extirpación de los labios menores es importante puede provocar alteraciones en la uretra. La cicatrización puede acompañarse de acercamiento de la pared vaginal y llegar a ser una pseudo-infibulación. La mayoría de las mutilaciones que se realizan en África son las del tipo I y II, el 85%. Pero la proporción varía mucho de un país a otro.

Tipo III. Escisión de la totalidad o de una parte del aparato genital externo y sutura de la abertura vaginal (infibulación). La cantidad de tejido extirpado aumenta. En la forma más extrema, la infibulación, se extirpa completamente el clítoris, los labios menores y la parte interna de los labios mayores. Para que cicatrice la herida, se acercan los bordes de los labios mayores y se mantienen unidos por medio de espinas o de puntos de sutura. Posteriormente, se atan las piernas juntas durante dos a seis semanas. Cuando cicatriza la herida, se forma una especie de capuchón que cubre la uretra y parte de la vagina, lo que crea un obstáculo a las relaciones sexuales. Por este pequeño orificio que queda es por donde saldrá al exterior la orina y la menstruación. Las relaciones a veces no son posibles, según el orificio; hay descritos casos en que ha sido necesario la abertura por el marido, una mujer de la familia o

la partera tradicional que realizó la mutilación. En algunos países es costumbre que la mujer sea infibulada después del parto. Esta práctica supone entre el 15 y el 20 % del total de las mutilaciones. Se practica en algunos países como Eritrea, Sudán y Egipto y en algunos de estos países supone el 80-90% de todas las mutilaciones (Djibuti, Somalia, Sudán).

Tipo IV. Se trata de diversas prácticas no clasificadas, tales como la incisión, la punción, estiramiento del clítoris y/o de los labios, la cauterización para quemar el clítoris y los tejidos de alrededor, la introducción de sustancias corrosivas en la vagina para provocar sangrado o para cerrarla y cualquier otra práctica que forme parte de la definición anterior.

Prevalencia

Al no haber sido estudiada de forma regular esta práctica, se desconoce con exactitud la prevalencia de este problema. Nosotros utilizamos los datos de la OMS, ya que hay ligeras diferencias comparándolos con los de Amnistía Internacional en su informe de 1998⁷.

La MGF es una práctica que afecta a 135 millones de mujeres en el mundo, y cada año son aproximadamente dos millones de niñas más mutiladas. Se estima que la prevalencia va del 5% en la República Democrática del Congo, al 98% en Somalia.

A QUIÉN SE REALIZA LA MGF

El tipo de mutilación, la edad a la que se realiza y la manera como se practica varían de un país

a otro, de una etnia a otra e incluso, dentro de una etnia, de una familia a otra. Así mismo, varía si se realiza en zona urbana o rural.

La MGF se lleva a cabo en edades muy diversas, lo más frecuente, hasta hace poco tiempo, es que se realizara a las niñas entre los 8 y 14 años, al mismo tiempo que a los niños se les realizaba la circuncisión. Pero, según la OMS, cada vez se realiza a edades más tempranas, y esto con el fin de que la niña, ya adulta, no recuerde el dolor sufrido (y sea más fácil que lo realice a sus hijas). Sin embargo, hay zonas en que se realiza justo antes de casarse o a niñas de meses.

Algunas niñas sufren la MGF en grupo: las niñas de la aldea que están en la edad de realizarla, todas las niñas de la misma familia, etc.; pero a veces se realiza de forma individual, sobre todo en las zonas urbanas. El lugar, en medio rural, suele ser en la casa de alguna de las niñas, o se sale al campo a hacerlo, lejos del centro del pueblo.

La MGF es realizada por una mujer anciana con experiencia en practicarla, puede ser la partera tradicional, la curandera, etc. En algunos países o etnias puede estar realizada por hombres⁸, aunque es lo menos frecuente.

La MGF se realiza en condiciones higiénicas deficientes y los utensilios utilizados son muy diversos, desde un cuchillo, una lata, un cristal roto o cualquier otro instrumento cortante. Posteriormente se ponen ungüentos, hierbas, leche, ceniza, etc. En los casos de infibulación, para coser, se suelen utilizar espinas de acacia y se colocan palos a lo largo de las piernas para que, al moverse la niña, no se le claven las espinas y pueda cicatrizar la herida.

Actualmente sabemos que en zona urbana y a las personas con nivel económico alto, la MGF es realizada por personal sanitario cualificado, en buenas condiciones higiénicas y con anestesia local o general.

RAZONES PARA LA PRÁCTICA LA MGF

El origen de la MGF se remonta muy lejos en la historia. Las razones que dan actualmente las personas que la practican son muy diversas.

La costumbre y la tradición son, con diferencia, las razones más invocadas para explicarla. Junto con otras características físicas o de comportamiento, la MGF define quién pertenece al grupo. Esto es más evidente cuando forma parte de la iniciación a la edad de adulto.

Muchos de los habitantes de poblaciones en las que se practica la MGF, especialmente en el medio rural, consideran que es una costumbre tan normal que no se imaginan que pueda haber una mujer que no haya sido mutilada.

Identidad sexual, para que una niña sea plenamente considerada como mujer; marca la diferenciación de sexos en lo que atañe a los papeles futuros en la vida y en el matrimonio. Se cree que la ablación del clítoris y de los labios incrementa la feminidad, a veces es sinónimo de docilidad y obediencia. Por otra parte, sería el momento en que la mujer comienza a tomar parte del mundo de los adultos. En Burkina, a una niña que ha sido mutilada se la llama de forma diferente que antes de serlo⁹.

Cuando la mutilación va unida a un rito iniciático, va acompañada de otras enseñanzas y la

MGF sería la culminación de esta iniciación. En Chad equivale a la iniciación, se les da un nuevo nombre. En la etnia estudiada apareció hace 150 años con la sedentarización. Las personas que realizan la mutilación son de una casta externa¹⁰. En otras partes, parece que la MGF sería el aprendizaje para el momento del parto, una forma de aprender el sufrimiento que le espera en su edad adulta. Pero sabemos que cada vez se hace a edades más tempranas y no va unido a ningún tipo de iniciación.

Control de la sexualidad. En muchos países donde se realiza la MGF, se cree que va unida a la disminución del deseo sexual; esto reduciría las posibilidades de infidelidades y de relaciones sexuales fuera del matrimonio. En los países donde se realiza la infibulación, a la mujer se la cose y se la abre solo para el marido, y esto sucede cada vez que tiene un hijo. En algunas culturas, el incremento del placer sexual del hombre es una razón que se invoca a favor de la mutilación. Pero quizá la razón sea mantener a las mujeres jóvenes sin deseo sexual en los matrimonios polígamos en estas sociedades marcadamente patriarcales.

Salud, higiene y estética. Existen otras muchas creencias en relación con la MGF. Por ejemplo se cree que es más estético estar mutilada, ya que el clítoris se considera la parte masculina de la mujer, podría crecer y colgar entre las piernas y no sería estético. En algunas lenguas, el hecho de la mutilación es sinónimo de limpieza, purificación, etc.

Otra creencia dice que el clítoris mataría al niño al nacer si lo toca con la cabeza; si toca el pene del

hombre, éste morirá o será impotente. Se dice que una mujer es más fértil, que el parto será más sencillo, aunque sabemos que es todo lo contrario.

Las ideas acerca de los efectos benéficos que tiene la mutilación genital femenina en la salud no se dan solamente en África. En la Inglaterra del siglo XIX hubo debates sobre que la clitoridectomía podría curar a la mujer de enfermedades como la histeria y la masturbación excesiva. En Estados Unidos, la clitoridectomía siguió practicándose por estas razones hasta bien entrado el siglo XX.¹¹ Sin embargo, los beneficios para la salud no son el motivo que más se esgrime para justificar la mutilación en aquellas sociedades en las que aún se practica, ya que en muchos casos se desconoce la relación entre la MGF y sus consecuencias para la salud de las mujeres.

Religión. La práctica de la MGF es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los países musulmanes, pero ha adquirido dimensión religiosa en algunos países musulmanes donde se practica, como en Egipto, donde existe enfrentamiento entre los diferentes responsables religiosos sobre si es un mandato del *Corán* o no. El *Corán* no contiene ningún llamamiento a favor de la MGF, pero algunos proverbios atribuidos al profeta (hadith) se refieren a ella diciendo: "Reduce pero no destruyas". La MGF no es una práctica islámica¹², aunque algunos líderes religiosos afirmen que es una obligación del Islam¹³. Por otra parte, en Egipto, la practican tanto musulmanes como cristianos coptos.

Los misioneros cristianos, en los primeros años de la evangelización, estuvieron en contra, pero después la toleraban, ya que estaba demasiado

arraigada y se consideraba muy difícil cambiar esta práctica.

Los judíos etíopes, falashas, la practicaban, pero no se sabe si continúan realizándola en Israel. Aunque recientemente hubo una declaración del ministro de Salud de este país diciendo que no se practicaba.

En la mayor parte de los países donde se practica, las religiones más extendidas son las tradicionales o animistas.

Hoy en día, este motivo religioso es poco esgrimido, ya que, como hemos visto, se realiza independientemente de la religión que se practique.

CONSECUENCIAS DE LAS MSF

Físicas. Son muchas las complicaciones y de varios tipos, tanto inmediatas como a largo plazo, que se derivan de esta práctica. Están en relación con el tipo de mutilación sufrida y las condiciones en las que se ha realizado.

Inmediatas. La muerte por el dolor en el momento de realizar la MGF, o por las hemorragias. Lesiones de los órganos vecinos, ya que la niña puede agitarse y la persona que realiza la escisión puede originar traumatismos en el meato urinario, uretra, vagina, etc. También se dan casos de tétanos, infección de la herida, que no cura debido a los materiales utilizados, y septicemia, a veces mortales. En los días que siguen a la intervención, casi todas las niñas sufren retención de orina debido al miedo, al dolor y a la inflamación de los tejidos; esto provoca dolores adicionales y, posiblemente, la infección del tracto urinario.

A largo plazo. Las complicaciones pueden ser dolorosas durante muchos años. Infecciones recurrentes del tracto urinario. Infecciones pélvicas. Infertilidad. El endurecimiento de las cicatrices puede crear problemas en el momento del primer coito o en el parto. Pueden formarse quistes, abscesos vulvares. Infecciones crónicas, dolor en las relaciones, frigidez, sin olvidar las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

En los casos de la infibulación las complicaciones son mayores, más graves; se presentan problemas menstruales, entre otros, la retención de la sangre, debido a que el orificio que se deja después de la mutilación es demasiado pequeño. El primer acto sexual sólo puede realizarse después de haber dilatado la abertura que ha quedado después de la mutilación. En un estudio llevado a cabo en Sudán, el 15% de las mujeres entrevistadas informaron que fue necesario practicarles una incisión para hacer posible la penetración.

Las complicaciones en el parto pueden ser importantes: desgarros del periné, partos muy largos con sufrimiento fetal, rotura uterina y, a veces, muerte del niño y de la madre. Necrosis de la pared vaginal, de la vejiga o del recto que provocan fístulas. En los casos de infibulación, a veces se realiza de nuevo después del parto.

Secuelas psicológicas. Los efectos psicológicos han sido muy poco investigados. Sin embargo, los relatos personales de mujeres mutiladas revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, todos los cuales tendrán efectos negativos a largo plazo. Pero quizá traigan consigo lo que se persigue realizando la MGF: la

muestra de humillación y sumisión de las mujeres que la han sufrido.

Efectos sobre la sexualidad de la mujer. Estos, como los psicológicos, se conocen poco. En ninguno de los estudios que existen se ha tratado de diferenciar entre las causas físicas y las psicológicas. Aparecen disfunciones sexuales debido a la extirpación del clítoris y los labios menores. Dificultades en la penetración, dificultades de estimulación, así como dolor en las relaciones. En los estudios realizados, la excitación que sufren las mujeres es diferente según el tipo de mutilación que han sufrido.

Efectos sobre la sexualidad masculina. Para el hombre que vive con una esposa mutilada, la experiencia puede ser también desagradable. Aumento de consumo de drogas y alcohol debido a la frustración por no ser capaz de estimular a su mujer (en Egipto). Hay hombres que pueden llegar hasta la impotencia por el sufrimiento y el dolor que supone mantener relaciones, sobre todo cuando es una mujer que ha sufrido una infibulación y el orificio de penetración es muy pequeño. Ante estos problemas, el hombre busca fuera del domicilio conyugal el placer que no encuentra en el suyo, y ello puede ser el origen de tensiones profundas en el hogar, que pueden llegar a la cólera, la agresividad y el divorcio.

LEGISLACIÓN

Con arreglo a las normas internacionales, los Estados tienen la obligación de adoptar acciones legales contra la MGF como parte de las medi-

das para impedir la violencia contra las mujeres y proteger a los niños de los abusos.

Tanto en los países africanos como en los occidentales se elabora una legislación que prohíbe y castiga la MGF.

El primer país africano fue Gana, seguido de Burkina Faso. Actualmente también tienen una legislación que la prohíbe: Djibuti, Guinea, Nigeria, Egipto, Costa de Marfil, República Centroafricana, Senegal, Tanzania y Togo. Las penas van desde un mínimo de 6 meses a un máximo de cadena perpetua. Algunos países incluyen multas.

Sabemos que unas leyes que la prohíban no son suficientes, ya que criminalizar a los practicantes y a sus familias hace que la MGF sea una práctica clandestina, lo que constituiría un obstáculo para el trabajo sectorial y la educación. Para que una legislación sea eficaz, debe ir acompañada de una estrategia más amplia que incluya la educación arraigada en la comunidad y una labor de concienciación.

Sin embargo, hay varios países (Kenia, Sudán), donde los esfuerzos legislativos han fracasado. Los primeros intentos en Sudán provocaron tales protestas populares, que posteriormente se renunció a su aplicación. En algunos países donde existe legislación, no se aplica por temor a perder el apoyo de determinados sectores centros de poder. En Burkina Faso, donde se ha procesado a practicantes de la MGF relacionados con la muerte de algunas muchachas, algunos activistas han sostenido que criminalizar a los practicantes y a sus familias puede convertir la mutilación en una práctica clandestina, lo que constituiría un obstáculo para el trabajo de educación.

Las mutilaciones sexuales femeninas en Occidente

Desde hace unos años, con el aumento de la emigración, es una preocupación la práctica de las MSF en los países occidentales.

Existen leyes que prohíben explícitamente la MGF fuera de África, entre ellos, Suecia fue el primero en votar una ley en contra de la MGF en 1983, le siguió el Reino Unido en 1985 (se calcula que hay 20.000 niñas que pueden ser mutiladas)¹⁴, Australia en 1994, Noruega en 1995.

En USA, el centro de reproducción está evaluando las diferentes formas de acercarse a la población susceptible de padecer las MSF para resolver el problema. Existe una legislación en diferentes estados: en 1994 había siete estados con una legislación específica contra la MGF, y en 1997, tres estados más¹⁵. En 1995 se presentó una proposición de ley, y actualmente se considera motivo de asilo político el hecho de estar en peligro de sufrir una mutilación genital femenina. Se calcula que en USA 150.000 niñas y mujeres son mutiladas o tienen riesgo de serlo¹⁶.

En Francia, donde se conocen bastantes casos de MGF, aunque no existe una ley específica que lo prohíbe, recientemente han ingresado en prisión tanto la persona que realizó una MGF como los padres que la solicitaron.

En España tampoco existe una legislación específica, pero puede ser considerada un delito por lesiones. Ante la evidencia de los primeros casos aparecidos en nuestro país (han sido denunciados cinco casos, aunque ninguno ha sido condenado por diferentes razones), ha habido iniciativas en el plano político.

El Parlamento Catalán aprobó una proposición no de ley que instaba a la Generalitat a proporcionar más información para evitar la proliferación de esta práctica. Así, en la Región Sanitaria de Barcelona Norte y el Maresme se ha realizado una encuesta para tener un mejor conocimiento de la población inmigrante. Así como otras actividades encaminadas a conocer mejor el problema.

La Comisión Mixta Congreso-Senado de Derechos de la Mujer aprobó en noviembre de 1998 otra proposición no de ley que insta al gobierno español a “desarrollar, en colaboración con las Comunidades Autónomas, políticas de información y formación dirigidas a las comunidades de emigrantes en los aspectos médicos y educativos con el fin de prevenir y erradicar la mutilación genital”¹⁷.

Por su parte, el Parlamento Europeo, en una resolución de 1997, instó a todos los gobiernos de la Unión Europea a emprender acciones legales contra las personas que practiquen la mutilación genital femenina de forma clandestina en los países miembros y a fortalecer la legislación referente a la ablación.

Aunque la legislación no sea suficiente para erradicar la mutilación en Occidente, creemos que es importante, ya que, como dice una militante francesa de la lucha contra la MGF: “La ley se aplica a toda persona que se encuentre en territorio nacional. Las costumbres extranjeras deben plegarse a la ley”¹⁸.

Las mutilaciones sexuales femeninas y el personal de salud

Ha habido periodos en que se promovió la realización de la MGF por personal de salud. “Ya

que se va a realizar de todas formas, hagámoslo para que perjudique lo menos posible a las mujeres”¹⁹.

Los organismos internacionales (OMS, UNICEF, FNUAP), así como Amnistía Internacional, están en contra de esta práctica, ya que sería una forma de institucionalizar las MSF. Debemos estar en contra por lo que es y supone, privar a las mujeres de sus derechos fundamentales, y por ser un atentado a la salud de las mujeres, no sólo porque se mueren mujeres.

Desde hace años, organizaciones internacionales de sanitarios han expresado su punto de vista en contra de las MSF. Así, la American Academy of Pediatrics se opone a toda forma de MGF, aconseja que sus miembros no la practiquen y favorece el desarrollo de programas educativos, comunitarios para las poblaciones emigrantes.

La International Federation of Gynecologists and Obstetrics se ha opuesto a la MGF, así como el American College of Obstetricians and Gynecologists y el College of Physicians and Surgeons of Ontario (Canada). En 1995, el Council on Scientific Affairs de la American Medical Association recomendó que todos los médicos de los EEUU denunciaran cualquier procedimiento médico innecesario que alterase los genitales externos. Propone favorecer la educación cultural²⁰ y, así mismo, animó a los obstetrasginecólogos y a las sociedades de urólogos de USA a desarrollar programas de educación dirigidos al personal de salud sobre lo innecesario de las MGF, las complicaciones que puede acarrear y las posibles correcciones a realizar en las niñas mutiladas. En 1993 la World Medical Association condenó la

MGF y la participación de los médicos en la realización de esta práctica²¹.

Las asociaciones de enfermeras y matronas de USA, Gran Bretaña y Francia también han expresado su oposición a esta práctica.

Colegios de médicos y cirujanos de Ontario, British Columbia y Alberta, en Canadá, mostraron su rechazo a esta práctica²².

En Francia, desde 1981, los pediatras de PMI (Protección Maternal e Infantil) hicieron declaraciones oponiéndose a la MGF²³.

Pero tenemos algunos puntos negros entre el personal de salud. El sindicato de médicos egipcios dio la bienvenida a la decisión que permite la MGF en los hospitales públicos. Sin embargo, a partir de la conferencia de El Cairo y después de que una televisión mostrara una MGF realizada por un barbero en un mercado, el ministro de Salud se comprometió a prohibir la realización de las MSF en los hospitales públicos. Poco tiempo después, los profesores de obstetricia de una universidad de Egipto llevaron a juicio al Ministerio de Salud por prohibir la MGF en los centros públicos de salud²⁴.

PERSPECTIVAS DE FUTURO. SOLUCIONES

El plan conjunto de la OMS, UNICEF y FNUAP subraya la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinar en las acciones dirigidas a erradicar la MGF, ya sea a nivel regional, nacional o internacional. Deben estar reunidos los gobiernos, instituciones políticas y religiosas, organizaciones internacionales y órganos financieros. Este plan consta de tres objetivos:

- Educar a la población y a los legisladores sobre la necesidad de eliminar la MGF.
- Eliminar la práctica de la MGF por médicos y personal sanitario.
- Trabajar con todo el sistema de la ONU para animar a los países africanos a que desarrollen planes nacionales, específicos para cada cultura, destinados a erradicar la MGF.

Estos tres puntos son puestos en práctica de forma diferente en los países donde se practican las MSF.

Es muy importante el trabajo que se debe realizar de formación a todos los niveles. Desde el año 1984, en que se creó el Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales en Dakar, existe ya en la mayor parte de los países africanos en donde se practican las MSF. Desarrollar este tipo de comités de lucha contra las MSF es fundamental, ya que cada país tiene una práctica, unas creencias y una cultura diferentes. Es a partir de las propias iniciativas de las mujeres de los países donde se practica donde pueden surgir los movimientos para la erradicación definitiva de esta práctica. Pero estas asociaciones o comités no son suficientes si no tienen el apoyo y la solidaridad de los países occidentales para desarrollar proyectos de educación, formación y sensibilización.

Las alternativas propuestas son múltiples. Pero, para resolver este problema, debemos tener un acercamiento a todos los niveles de la sociedad y no debemos excluir a nadie, desde los políticos, los legisladores, los hombres y la comunidad en general²⁵. Introducir en la escuela el concepto de género, el respeto de las niñas y los derechos humanos de las mujeres ayudará a que

el niño, cuando sea adulto, tenga un concepto más igualitario de las mujeres y de su posición en el mundo²⁶.

Las propuestas para resolver este problema son variadas. Así, en Kenia, realizan ceremonias con la familia, de información, formación, celebraciones, música, danzas²⁷. El Ministerio de Educación de Egipto introdujo en el currículo de la escuela la prohibición de la circuncisión femenina.

Es importante el trabajo con el personal sanitario. Así, matronas y enfermeras deben ser conscientes de su papel de educadoras con las niñas y las mujeres. Las matronas deben trabajar durante el embarazo con la mujer y su pareja, ya que muchas mujeres desconocen la relación entre MGF y sus consecuencias para la salud.

A veces, las mujeres piden ser reinfibuladas; hablar de los problemas que puede tener esta práctica puede ayudar a que desaparezca. Es importante el trabajo que día a día podemos desarrollar los sanitarios.

Por otra parte, es muy importante la educación de las mujeres. Sabemos que cuanto mayor es el nivel cultural de las mujeres, menor es la prevalencia de MSF en algunos países. Algunos proponen que primero se debe formar a las mujeres, antes de iniciar la lucha²⁸. Otros creen que no debemos esperar a que las mujeres estén alfabetizadas para iniciar la lucha. Está claro que cada país debe encontrar su forma y desde aquí nosotras sólo podemos apoyar sus decisiones.

En Occidente, habría que prever incluir en la formación del personal sanitario temas como racismo, etnicidad, culturas diferentes. Para comprender el porqué de estas prácticas y poder ayu-

dar mejor a las mujeres para su erradicación. Así, la OMS propone investigar las necesidades de salud entre las mujeres inmigrantes en los países occidentales.

Conclusiones

Reconocer que la MGF es una de las muchas formas de injusticia social que sufren las mujeres de todo el mundo es esencial para superar la idea de que las intervenciones internacionales en relación con la MGF son ataques neoimperialistas contra determinadas culturas.

Nuestra responsabilidad para erradicar esta práctica es importante:

- De una parte, como sanitarias, es tarea nuestra velar por la mejora de la salud de las mujeres y las niñas.
- También, como mujeres, es importante la solidaridad entre mujeres en el mundo para poder resolver estos problemas que sólo afectan a las mujeres y que son consecuencia de la posición que ocupamos en la sociedad. El que en Occidente hoy tengamos un papel mejor no debe hacernos olvidar las necesidades de otras mujeres y de nuestro apoyo.
- Finalmente, como ciudadanos. Los problemas no son aislados, existe una relación entre la mayor parte de los problemas del mundo, y como ciudadanos es nuestro deber solidarizarnos con proyectos de desarrollo locales para luchar contra esta práctica.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sebgo Pascaline (1998): "L'excision et les autres pratiques traditionnelles nefastes" (documento sin publicar) 20 p.
2. *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948).
3. Rosa Cobo y Ana de Miguel (1998): "Diversidad cultural y multiculturalismo", en *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*, Amnistía Internacional, EDAI.
4. *Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993).
5. *Declaración Universal de los Derechos del Niño* (1989).
6. *Les mutilations sexuelles féminines. Aperçu du problème* (1998): Organisation Mondiale de la Santé, Ginebra.
7. Amnistía Internacional (1998): *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. EDAI.
8. *La Duperie*. Vídeo realizado por CI-AF.
9. José M^a Cantal Rivas (1999): "Mutilaciones genitales femeninas en Burkina Faso. El caso de la mal llamada 'circuncisión femenina'", Centro de Conferencias Biblioteca Cartografía.
10. Lori Leonard (1996): "Female circumcision in souther Chad: origins, meaning, and current practice", *Social Science and Medicine*, 43, 2: 255-263.
11. Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1995): "Female Genital Mutilation", *JAMA*, 6 de diciembre, vol. 274, n^o 21, pp. 1714-1716.
12. Abd Amal El Hadi (1997): "A step forward for opponents of female genital mutilation in Egypt", *The Lancet*, 11 de enero, vol. 349.
13. Kandela Meter (1997): "Cour ruling means that Egypt embraces female circumcision again", *The Lancet*, 5 de julio, vol. 350.
14. Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1995): "Female Genital Mutilation", *JAMA*, 6 de diciembre, vol. 274, n^o 21, pp. 1714-1716.
15. www.crip.org
16. "A nurse wins her battle to ban FGM" *AJN*, diciembre de 1996, vol. 96, n^o 12.
17. Amnistía Internacional (1999): *Recordando a Beijing: las mujeres hacia el siglo XXI. 20 recomendaciones para hacer realidad los derechos de las mujeres*.
18. Weil-Curiel (1999): "Las costumbres deben plegarse a la ley", en "Investigados en España 10 casos de mutilación genital a niñas africanas", *El País*, 7 de febrero.
19. *AMINA. Revista de información general*, Dakar, 1998.
20. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethic (1998): "Female genital mutilation", *Pediatrics*, julio, pp. 153-156.
21. Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1995): "Female Genital Mutilation", *JAMA*, 6 de diciembre, vol. 274, n^o 21, pp. 1714-1716.
22. Bowser Omer-Hashi y Marilyn R. Entwistle (1997): "Female genital mutilation", *Canadian Journal of Public Health*, marzo-abril, p. 137.
23. G.A.M.S.
24. Abd El Hadi Amal (1997): "A step forward for opponents of female genital mutilation in Egypt", *The Lancet*, 11 de enero, vol. 349.
25. The Royal College of Nursing (1994): "Female mutilation. The unspoken issue", marzo, 8 p.

26. Dorkenoo Efua (1996): "Combating female genital mutilation: an agenda for the next decade", *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.*, 49: 142-147.
27. César Chelala (1998): "An alternative way to stop genital mutilation", *The Lancet*, 11 de julio, vol. 352, p. 126.
28. Joelle Stolz (1998): "Avances en la lucha contra la ablación", *Le Monde Diplomatique*, 26 de octubre.

TEMA 7

SÍNTESIS DIDÁCTICA DE LA PONENCIA "MIGRACIÓN Y PROSTITUCIÓN. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ETNOGRAFÍA "

ESTEFANÍA ACIÉN GONZÁLEZ

Socióloga. Coordinadora del Grupo de Trabajo sobre Prostitución de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía

INTRODUCCIÓN

La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía desarrolla desde el año 2001 un "Programa de Mediación Social y Sanitaria para Mujeres en Contextos de Prostitución". La intensidad e interés de este trabajo de intervención social me llevó a investigar más profundamente la realidad de las mujeres que ejercen este trabajo, sobre todo, el caso de las subsaharianas y, más concretamente, las nigerianas, que subsisten económicamente gracias al desempeño de este trabajo en el Poniente Almeriense. Tomé la decisión de usar la etnografía como metodología básica de trabajo por tres razones fundamentales: en primer lugar, la implicación personal del investigador puede ser muy útil en etnografía, y ése era mi caso; en segundo lugar, en un entorno tan complejo es conveniente no dejarse llevar por ninguna teoría que trate de explicarlo todo, era necesario conocer y observar lo concreto para poder explicar y comprender; y, en tercer lugar, la población objeto de estudio tenía características que dificultaban la accesibilidad por mi parte (desde el punto de vista cultural, étnico,

geográfico...), por ello, la técnica de observación participante a largo plazo era la única que garantizaba un conocimiento gradual y válido de la cotidianidad que pretendía conocer.

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO CONCRETO DE LA INVESTIGACIÓN

En el Poniente Almeriense, entre sus caminos e invernaderos, existen multitud de cortijos actualmente habitados por inmigrados, que anteriormente eran las viviendas habituales de los agricultores autóctonos. En este ámbito, muchas mujeres africanas han sabido aprovechar la demanda de ocio y tiempo libre de estos inmigrados y han montado negocios donde se expenden bebidas, servicios de entretenimiento y, dentro de ellos, servicios sexuales. Ellas alquilan la vivienda, realquilan las habitaciones a mujeres para el trabajo sexual y se benefician del dinero obtenido por la venta de bebidas y el alquiler de las habitaciones. Los rendimientos del servicio sexual son exclusivamente para las mujeres que allí trabajan. Las dueñas acondicionan la vivienda como bar, separando espacios privados y

públicos, levantando un negocio en el Poniente poco conocido, diverso y complejo.

Estas “dueñas” son mayoritariamente mujeres nigerianas, de 24 a 52 años y que llevan en España varios años, aunque no todas tienen regularizada su situación en nuestro país. El negocio del sexo se constituye para ellas en una forma de escapar de la exclusión laboral. Sus formas de llegada a España son diversas: algunas de forma autónoma, otras con sus parejas y muchas usando redes para acceder de forma irregular al territorio español. Las relaciones que mantienen con las chicas que trabajan en su negocio son también diversas: a veces, de amistad y afectivas, a veces, sólo económicas y de poder y, a veces, todo ello unido.

En cuanto a las mujeres que en estos locales trabajan, podemos decir que la gran mayoría son nigerianas y de etnia Edo, aunque también hay mujeres yoruba, isha, igbo, etc., de varios grupos étnicos del sur de Nigeria. Sobre todo proceden de las zonas de Edo State y Lagos y son jóvenes, la mayoría solteras, aunque muchas con cargas familiares (sus padres, hijos que han dejado en su país...). La forma de llegada a España también es diversa, así como los recursos utilizados para pagar tan costoso viaje. Algunas veces, cruzan a pie y en todo-terreno el desierto hasta llegar a Marruecos y allí esperan la oportunidad de cruzar; otras veces, pagan un falso visado y llegan en avión, incluso hay quien paga ese falso visado para cruzar en barco desde Tánger o Nador. Pueden usar recursos propios o familiares, o adquirir una deuda con una red determinada, que han de subsanar cuando ya estén viviendo y trabajando

en territorio español. Las razones por las que se concentran en Almería son variadas, desde huir de la presión policial en Madrid o Barcelona, hasta saber que trabajan bajo techo y con los suyos.

Suelen ser mujeres poco cualificadas, con oficios humildes y determinados por el género en sus países de origen, como peluquera, comerciante, costurera, etc. Cuando llegan a España sus opciones laborales son muy restringidas, más que en su país, por lo que les queda la prostitución, el servicio doméstico, la agricultura o el empleo en factorías diversas, aunque estos dos últimos trabajos cada vez es más difícil ejercerlos sin la documentación en regla. La prostitución es para ellas, mayoritariamente, un paso intermedio hasta lograr la regularización total y poder acceder a otros empleos y formas de vida dentro de la inclusión social.

LA INDUSTRIA DEL SEXO

Después de este resumen del entorno donde se desarrolla mi trabajo, pasaré a exponer un esquema de conceptos básicos con los que abordar el debate actual sobre prostitución en inmigración. Sin definir los elementos básicos implicados en la industria del sexo y los posicionamientos existentes, es imposible hacerse una opinión con cierto fundamento para poder asumir este debate. Así, es necesario atender a estos elementos fundamentales:

a. El trabajador o la trabajadora sexual, agente principal y sobre el que recaen todos los estigmas y malas condiciones de trabajo.

b. El proxeneta, quien se beneficia económicamente del trabajo sexual de otra persona (sujeto a múltiples interpretaciones y valoraciones morales, se suele creer que es necesariamente un hombre, pero la realidad desmiente esto).

c. El cliente, quien usa el servicio sexual que ofrece el trabajador o la trabajadora sexual, figura difusa y también sujeta a valoraciones diversas.

La industria del sexo adquiere múltiples formas e implicaciones sociales y no cabe duda de su importancia económica. El debate suele estar cruzado por consideraciones acerca de la voluntariedad o no del ejercicio del trabajo por parte del trabajador o la trabajadora, y hay una tensión constante entre el reconocimiento del trabajo, y su dignidad y creer que no puede ser tenido como trabajo ya que se interpreta como una forma de explotación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

Lo cierto es que hay una gran variedad de situaciones y no es fácil cuantificar el peso de esta actividad en cuanto al número de personas que la ejercen. Por eso, hay una enorme demanda de investigaciones y aportaciones intelectuales al debate. Estamos en pleno proceso de avance en esta materia: propuestas políticas, de la sociedad civil, de los trabajadores y trabajadoras del sexo...

PROSTITUCIÓN E INMIGRACIÓN

En el debate actual, que vincula inmigración de mujeres que acaban dedicándose aquí a la prostitución, con tráfico de seres humanos, se ignora muchas veces que la migración es un proyecto personal de lucha contra la adversidad. La

falta de oportunidades en ausencia de permisos de residencia y trabajo lleva a muchos inmigrantes a situaciones de falta de movilidad social.

Dentro de todo esto, tenemos la evidencia creciente de la migración de mujeres autónomas, sin dependencia de otros familiares, lo que a veces se interpreta como consecuencia de la llamada feminización de la pobreza. Si unimos esta llegada creciente de mujeres al aumento en la demanda de sectores específicos en economía sumergida y la estratificación laboral de género presente en nuestras sociedades —servicio doméstico o prostitución—, tenemos como resultado una bolsa de mujeres en situación de invisibilidad y riesgo de exclusión permanente. De entre las pocas opciones que les quedan, cada persona escoge la que puede o quiere, y así llegamos a entender la enorme presencia de mujeres inmigrantes no regularizadas en contextos de prostitución.

POSICIONAMIENTOS EN EL DEBATE

Conocer los posicionamientos que hoy se presentan como opciones de abordaje de la prostitución es fundamental también para obtener buena idea del mismo.

Por una parte, el abolicionismo, introducido en España a principios de siglo dada la influencia de Josephine Butler, continúa, con variaciones, manteniendo la sanción a terceros que se benefician de ella, aunque ya no busca la sanción de quien la ejerce. Lo que se persigue desde esta posición es abolir la prostitución, así como se logró con la esclavitud, interpretando esta actividad como abuso de poder de los hombres —clientes, llamados

prostituidores— sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Hoy son grandes sectores dentro del movimiento feminista quienes trabajan por difundir estas ideas en la sociedad. Un país que tomó hace unos años la decisión de abordar la prostitución desde este ángulo fue Suecia.

En segundo lugar, otra posición, minoritaria actualmente en nuestro país y que apenas tiene presencia pública, es el prohibicionismo, que busca prohibir la oferta y demanda de servicios sexuales con argumentos, sobre todo, de tipo moral. Un ejemplo, en este sentido, lo tendríamos en Irlanda.

En tercer lugar, encontraríamos a reglamentaristas. Mientras un sector del abolicionismo bastante amplio tiende a polarizar el debate entre abolicionismo y reglamentarismo, lo cierto es que no todas las opciones propuestas por quienes persiguen la regulación del trabajo sexual pueden equipararse. Tradicionalmente, el reglamentarismo en Europa ha consistido en medidas administrativas y policiales de control de los trabajadores y las trabajadoras, en la regulación de locales, sancionando la prostitución en la vía pública y el gravamen fiscal del trabajo sexual. Encuentra este reglamentarismo clásico sus orígenes en el higienismo napoleónico. Sin embargo, hay otras opciones de regulación que son perseguidas por otras corrientes que abogan por garantizar derechos a quienes ejercen la prostitución y que apoyarían las reivindicaciones de los colectivos de trabajadores y trabajadoras del sexo que aportamos como cuarta y última opción:

Por los derechos: se busca el reconocimiento de la autonomía de quienes ejercen el trabajo

sexual, contar con su voz para cualquier negociación de medidas legales, reconocimiento de la actividad como trabajo legítimo, rechazo a la criminalización del trabajador o la trabajadora y su entorno, reivindicación de mejoras de condiciones de trabajo y persecución de las mafias de tráfico de personas con fines de explotación sexual, pero sin que ello sirva de excusa para perseguir a quienes ejercen la prostitución y sus entornos.

Estas posiciones también son apoyadas por un amplio sector del feminismo, con lo que tenemos una polémica de difícil resolución dentro del propio movimiento feminista, enfrentándose quienes defienden el abolicionismo a quienes apoyan la reivindicaciones de trabajadores y trabajadoras del sexo.

EL TRÁFICO DE MUJERES

Para terminar, me gustaría dar un repaso por una cuestión que preocupa a los agentes activos en el debate y que suscita diferencias en la misma línea que anteriormente exponía. La expresión “tráfico de mujeres” es una nueva forma de aducir a la “trata de blancas”, término que se acuñó en el siglo XIX para justificar las migraciones de mujeres autónomas a América desde Europa, que se dedicaban muy frecuentemente a la prostitución entre los migrantes europeos varones para subsistir en tierras lejanas. Se decía que éste era el resultado de un vil tráfico de mujeres desde Europa, ya que moralmente era injustificable que una mujer pudiera hacer esto por propia voluntad. Hoy en día no han cambiado mucho las cosas. En la primera mitad del siglo

XX, la ONU crea en su seno la *Convención para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena*, cuya discusión continúa siendo de actualidad.

Desde esta carta se vincula acriticamente prostitución a explotación sexual y tráfico de mujeres y surgen bajo su aliento organizaciones como la CATW (Coalición Internacional Contra el Tráfico de Mujeres), que equipara en sus valoraciones la prostitución a tráfico de mujeres y niños, no distingue entre prostitución libre y forzada, no reconoce, pues, la voluntariedad en el ejercicio de la prostitución, se considera que la prostitución atenta contra la dignidad de las mujeres y elude hablar de ella como de un trabajo, usando más frecuentemente el concepto de esclavitud para referirse a la misma, añadiendo que la prostitución es la más fuerte expresión de la violencia contra las mujeres.

Hoy, la coacción de redes hacia los migrantes que desean acceder a territorios de países ricos existe como en el pasado, pero vincular la realidad del aumento de mujeres inmigrantes que trabajan en prostitución al tráfico en todos los casos es un error —ya que esta afirmación no se corresponde con la realidad—, estigmatiza a las mujeres y criminaliza su entorno. Pocas veces se tienen en cuenta desde esta perspectiva los auténticos factores que motivan las migraciones y las decisiones de trabajar en prostitución de las personas. Tampoco se suele tener en cuenta la diversidad en el grado de vinculación específica de las mujeres inmigrantes hacia las redes que organizan viajes. Esta vinculación puede ser desde la más débil e inofensiva hasta la extorsión

y coacción, siendo el análisis de cada situación algo extremadamente complejo para ser generalizado. Tampoco hay que olvidar la responsabilidad de las políticas de control de fronteras ejecutadas por los países ricos, que alientan a buscar vías ilegales de acceso a sus territorios y, por último, tampoco se suele tener en cuenta la opinión de las personas afectadas por el supuesto tráfico y su interpretación del delito.

Por último, es necesario distinguir entre redes familiares, redes de tipo comercial y redes de tipo coercitivo. Todas ellas exigen compensaciones económicas para cobrarse el esfuerzo en la ayuda de acceder ilegalmente a territorios de países ricos, pero no todas ellas usan los mismos métodos para garantizarse la subsanación de la deuda. El grado de coacción es muy variable y, aunque todas ellas concurren en delito, qué duda cabe que no pueden ser medidas con el mismo rasero moral e incluso legal.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

ACIÉN, E. y MAJUELOS, F. (2003): *De la exclusión al estigma*, APDHA, Almería.

AGUSTÍN, L. (2001): "Mujeres inmigrantes ocupadas en servicios sexuales", en COLECTIVO IOÉ, *Mujer, inmigración y trabajo*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

AGUSTÍN, L. (2004): *Trabajar en la industria del sexo, y otros tópicos migratorios*, Gakoa, San Sebastián.

ARJONA, A., CHECA, J. y ACIÉN, E. (2005): "Economía étnica y espacios alternativos de ocio. Estrategias económicas de mujeres subsaharianas", en CHECA, F., *Mujeres en el camino*, Icaria, Barcelona, pp. 117-138.

CORSO, C. y LANDI, S. (2000): *Retrato de intensos colores*, Talasa, Madrid.

GUEREÑA, J. (2003): *La prostitución en la España contemporánea*, Marcial Pons Historia, Madrid.

JULIANO, D. (2001): *La prostitución, el espejo oscuro*, Icaria, Barcelona.

PETERSON, G. (2000): *El prisma de la prostitución*, Talasa, Madrid.

SOLANA, J.L. (2005): "Mujer inmigrante y prostitución: falencias y realidades", en CHECA, F., *Mujeres en el camino*, Icaria, Barcelona, pp. 221-258.

WEB'S RECOMENDADAS

www.apdha.org

www.cmpa.es/otrasfeministas/

www.aboliciondelaprostitucion.org/

www.hombresabolicionistas.org/

www.colectivohetaira.org/

www.ammar.org.ar/

CASOS PRÁCTICOS

(orientaciones y recomendaciones de intervención)

CASO PRÁCTICO 1

M. tiene 24 años, es de un país subsahariano y ha llegado a España hace cuatro semanas. Se presenta en el centro de salud solicitando atención sanitaria por molestias en los genitales. Viene acompañado por otro compatriota que habla el castellano. No tiene documentación que le acredite el derecho a la asistencia sanitaria y no habla el castellano.

¿Cuáles serían las intervenciones mínimas que habría que hacer con M.?

Orientaciones para la resolución del caso

En primer lugar, hay que tener en cuenta que dentro del proceso migratorio M. se encuentra en la fase de llegada, que se caracteriza por confusión y miedo, crisis de identidad y situación anómica, es decir, hay un desconocimiento de las normas de la sociedad de acogida. La presencia de un compañero puede indicarnos la posibilidad de existencia de una mínima red social de apoyo.

Cuando ha decidido ir al centro en este contexto, es porque realmente las molestias que siente son importantes para él.

No hacer juicios de valor, ni comentarios poco apropiados. Aunque no nos entienda, la comunicación no verbal inadecuada puede originar conflictos y malos entendidos.

Orientar nuestras actuaciones a prestar una atención sanitaria correcta con el fin de aumentar su confianza, lo que permitirá una mayor receptividad respecto al resto de informaciones.

Si consideramos la opción de que su compañero actúe como traductor, preguntar si le parece adecuado y aprovechar la ocasión para que los mensajes lleguen también a él.

Resuelto lo inmediato, abordar el tema desde una perspectiva integral, ofreciéndole información dirigida no solo a él, sino a su grupo de convivencia y relación.

Intervenciones

Atención sanitaria de su problema de salud, identificando si se trata de una infección de transmisión sexual.

Si su compañero actúa como traductor, confirmar que se ha entendido la información ofrecida y las pautas de actuación ante el problema.

Si su compañero no actúa como traductor, contactar con organizaciones que faciliten la traducción o, en su caso, traducir con medios tecnológicos al respecto (teléfono de traducción, programa informático), con el fin de informarle sobre el tratamiento instaurado, y averiguar si se encuentra de paso o va a permanecer en esa localidad, para poder orientarle respecto a la forma de conseguir la tarjeta sanitaria e informarle de la necesidad de realizar un seguimiento en la consulta médica de su problema.

Evaluar si vive con otras personas en la misma situación administrativa, para conseguir su captación.

Derivación a organizaciones de apoyo a la inmigración con el fin de garantizar una mínima orientación sobre otros aspectos que influyen sobre la salud (vivienda, trabajo, etc.).

Entrega de material informativo traducido sobre:

- Procedimiento de acceso a los servicios sanitarios.
- Prevención de ITS. Uso del preservativo.

CASO PRÁCTICO 2

F. ha dado a luz una niña en el hospital. Es de Mali, lleva dos años en España y no habla el castellano. Su marido lleva cinco años y domina el castellano lo suficiente para entender una conversación. Al explorar a F., detectamos que tiene realizada la clitectomía.

¿Cuáles serían nuestras actuaciones?

Orientaciones básicas:

- Actitud de escucha activa.
- Evitar posturas etnocentristas, moralmente sancionadoras.
- Involucrar al marido en la atención.
- Implicación de mediación intercultural, para garantizar que la información suministrada se entiende y generar posibilidades de negociación y sustitución de prácticas negativas.
- Refuerzo de las conductas positivas, abordándose en primer lugar, con el fin de crear un ambiente favorable y de confianza.
- Actitud firme ante la MGF, mostrando nuestro desacuerdo desde el punto de vista sanitario. No entrar en otras consideraciones de tipo religioso o social, ya que pueden generar rechazo, evitando la culpabilización e intentando utilizar argumentos comprensibles y adaptados culturalmente.
- Ofrecimiento de ayuda del sistema a los problemas y dudas que puedan tener en su nueva situación de padres.

Actuaciones

Evaluación cultural de sus creencias y prácticas tradicionales sobre:

- Lactancia materna: si su actitud es positiva, reforzar y comprobar que tiene los conocimientos suficientes para desarrollarla eficazmente.

- Vacunación.
- Alimentación de los bebés: Introducción de alimentación complementaria.
- Mutilación genital femenina: intencionalidad de dicha práctica con su hija. Información sobre los problemas de salud que acarrea la realización de esta práctica, así como de los problemas legales que les puede acarrear, recordándoles que está prohibida por considerarlo una práctica violenta contra la mujer. Si es posible, mostrar fotos.
- Cuidados puerperales: asesoramiento sobre los cuidados necesarios para que F. se recupere lo antes posible.
- Derivación a los servicios sanitarios de atención primaria para seguimiento de la niña y vacunación.

CASO PRÁCTICO 3

A. es una chica marroquí de 17 años a la que se le ha diagnosticado diabetes. Tiene dificultades idiomáticas y desconoce esta enfermedad. Tras cinco días ingresada, se le da el alta indicándole por escrito insulina en dosis de 20-0-10 unidades. A los seis días acude al centro de salud con una hipoglucemia severa (bajada de glucosa en sangre).

¿Qué circunstancia desde el punto de vista cultural puede haber influido para que se produzca esta situación?

Orientaciones generales:

- Evitar posturas etnocentristas.
- Recordar las dificultades en la atención sanitaria, específicamente la idiomática.

- Confirmar siempre si se han entendido las instrucciones, sobre todo cuando se trata de tratamientos que garantizan la supervivencia.
- Recordar que la diabetes es una enfermedad crónica que implica cambios de hábitos de vida.
- Tener presente que, por ejemplo, en Marruecos, el idioma oficial es el árabe, que se caracteriza por la escritura de derecha a izquierda (al contrario que el castellano); por ello, cuando se dan indicaciones de tratamiento, puede haber ciertas malinterpretaciones que pueden ser potencialmente peligrosas. En este caso, la indicación suministrada se refería a 20 unidades por la mañana, 0 unidades al mediodía y 10 unidades por la noche, pero A. cambió las dosis recomendadas (a 10-0-20), produciéndose una situación de riesgo vital.

CASO PRÁCTICO 4

H. acude a nuestro servicio para solicitar la interrupción voluntaria de su embarazo. Es de Rumania, habla con alguna dificultad el castellano, tiene 29 años. Como método anticonceptivo utiliza métodos naturales y el preservativo en algunas ocasiones. Lleva un año en el país y éste sería el tercer aborto que tendría en su vida. Tiene tarjeta sanitaria, aunque nunca ha acudido a su médico hasta este momento.

¿Cuál sería nuestra forma de actuar?

Orientaciones para su resolución:

- Tener en cuenta que en todos los estudios realizados la IVE es más frecuente en mujeres procedentes de los países del Este de Europa, ya que ha sido un método de primera elección.

- Igualmente, hay que tener en cuenta que, aunque todas las mujeres manifiestan conflictos, contradicciones y ambivalencias, las prácticas abortivas no tienen los mismos significados sociales y culturales ni las mismas connotaciones de culpabilidad en todas las sociedades.

Recomendaciones:

- Evitar posturas etnocentristas, intentando deslindar cuáles son los prejuicios que los profesionales tenemos ante las prácticas abortivas, de la prestación asistencial ofertada.
- No emitir juicios de valor al respecto, ni juzgar moralmente.
- Obtener toda la información posible que nos permita determinar cuál es la causa de la IVE y qué componentes intervienen: cultura, costumbres, método anticonceptivo usado, etc.
- Si tiene pareja, intentar que esté presente durante la entrevista.
- Escucha activa y, en caso de dificultades idiomáticas, proponer la presencia de un acompañante de su confianza que conozca el idioma.
- Evaluar cuál es su actitud ante los distintos métodos anticonceptivos y cuál es su método de preferencia.
- Informar sobre los métodos anticonceptivos y la forma de obtención (citar para una próxima visita tras la realización de la IVE).
- Ofrecer material informativo en su idioma sobre métodos anticonceptivos.
- Cerrar la entrevista reiterando nuestra disponibilidad de ayuda e información.

**PRÁCTICA INDIVIDUALIZADA DE REFLEXIÓN:
PRÁCTICAS Y ACTITUDES, ANTES Y AHORA,
RESPECTO A LA SALUD**

Reflexiona y describe sobre las prácticas y las actitudes en el hogar en que creció, comparado con su hogar actual:

1. Conductas durante el embarazo y el parto
 - a. Antes
 - b. Ahora
2. Diferencias en el tratamiento entre niños y niñas
 - a. Antes
 - b. Ahora
3. Alimentación
 - a. Antes
 - b. Ahora
4. Expresión del afecto
 - a. Antes
 - b. Ahora
5. El valor de la educación
 - a. Antes
 - b. Ahora
6. Religión
 - a. Antes
 - b. Ahora
7. Cuidado de los ancianos
 - a. Antes
 - b. Ahora
8. Sentimientos y actitudes acerca de personas de otras culturas
 - a. Antes
 - b. Ahora

TEST

TEST N° 1

Responde a las siguientes preguntas, señalando la correcta.

1. El derecho a la salud sólo debe ser reconocido a:

- a. A la población autóctona.
- b. A los inmigrantes, independientemente de su situación administrativa.
- c. A toda la población, incluidos los inmigrantes independientemente de su situación administrativa.
- d. A los inmigrantes empadronados.

2. En la accesibilidad a los servicios sanitarios de la población inmigrante, una dificultad relacionada con la organización sanitaria:

- a. La existencia de redes paralelas de atención.
- b. La falta de formación de los profesionales.
- c. La dificultad idiomática.
- d. La situación socio-laboral de la población inmigrante.

3. La adaptación es diferente prioritariamente:

- a. En función del género y edad.
- b. En función del espacio intercultural compartido entre el inmigrante y la sociedad de acogida.
- c. La adaptación siempre es igual y no depende de ningún factor interno o externo.
- d. a. y b. son ciertas.

4. Las principales enfermedades que van a sufrir los inmigrantes son:

- a. Importadas.
- b. Reactivas o de adaptación.
- c. De base genética.
- d. Adquiridas en nuestro medio.

5. La inmigración española se caracteriza por:

- a. Una presencia cada vez mayor de mujeres inmigrantes.
- b. Un predominio numérico de varones, pero con una progresiva feminización.
- c. Un progresivo aumento de mujeres, que en la actualidad representan el 45% del contingente total de inmigrantes.
- d. Todas son ciertas.

6. La atención prenatal a mujeres inmigrantes:

- a. Es una cuestión secundaria en la atención sanitaria a esta población.
- b. Se benefician en la misma medida que las autóctonas de los cuidados prenatales.
- c. Tanto en Estados Unidos como en Europa, las inmigrantes sufren discriminación.
- d. Aunque no exista discriminación legal, las inmigrantes encuentran obstáculos en este tipo de atención.

TEST N° 2

1. La accesibilidad a los servicios sanitarios para la población inmigrante:

- a. No tiene repercusión sobre su salud.
- b. Es uno de los factores reconocidos como básicos para garantizar la salud de la población inmigrante.
- c. Las dificultades en la accesibilidad originan desigualdades en salud.
- d. b. y c. son correctas.

2. La migración en sí misma respecto a la salud mental de la población migrada es:

- a. Una causa de trastorno mental.
- b. Un acontecimiento vital estresante.

c. Factor de riesgo para la salud mental por sí misma.

d. Todas son ciertas.

3. Con respecto al concepto de medicina de la inmigración, señala la respuesta correcta:

a. Hay que formar a los sanitarios en enfermedades producidas por parásitos.

b. Las personas inmigradas conocen el sistema sanitario del país receptor.

c. El principal problema cuando se atiende a personas inmigrantes es comprender sus problemas.

d. La forma de expresar la enfermedad no se relaciona con la cultura de origen.

4. Las ITS son:

a. Infecciones causadas por una bacteria y transmitidas por el aire.

b. Un grupo de enfermedades producidas por virus, bacterias y ciertos parásitos que se transmiten mayoritariamente por el contacto sexual entre personas.

c. Las siglas de una organización no gubernamental.

d. Es la enfermedad más frecuente en la población inmigrante.

5. En cuanto a la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes:

a. No es una prioridad sanitaria, dado que constituye un motivo menor de consulta.

b. La especialidad más demandada por la población inmigrante es la obstétrico-ginecológica.

c. No tiene repercusión, dada la escasa feminización de la inmigración en España.

d. Lo prioritario en el colectivo inmigrante son las enfermedades importadas.

6. Cultura en sentido antropológico:

a. Es una herencia social esencial para comprender la organización social.

b. Es la forma de las cosas que las personas tienen en su mente, su forma de percibir las, de relacionarlas o de interpretarlas.

c. Se refiere al estilo de vida, socialmente adquirido, de un grupo de personas, que incluye los modos pautados y recurrentes de pensar, sentir y actuar.

d. Se refiere al nivel de conocimiento y capacidades adquiridas por una persona a lo largo de su vida como miembro del sistema educativo.

7. ¿Qué sesgos tenemos en nuestras representaciones e imágenes sociales desde la atención a la diversidad étnica y cultural?

a. Etnocentrismo.

b. Sensibilidad a la diversidad étnica u cultural.

c. "Naturalización" de las diferencias étnicas y culturales.

d. a. y c. son ciertas.

8. La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica que existe:

a. En toda África.

b. En algunos países musulmanes.

c. En algunos países de Asia y África.

d. En algunos países de África, algunas zonas de Asia y países occidentales.

9. A los inmigrantes que vienen de países donde se practica la MGF:

- a. Habría que darles el permiso de residencia si practican la MGF.
- b. Habría que retirarles el permiso de residencia si practican la MGF.
- c. Los sanitarios tenemos la obligación de proteger a la niña que esté en peligro de sufrir la MGF.
- d. La MGF es una tradición muy importante y nosotros no debemos inmiscuirnos.

10. No corresponde a la Consejería de Salud en base a lo estipulado en el convenio de colaboración con las ONGs:

- a. Posibilitar la formación en mediación intercultural a los profesionales sanitarios.
- b. Elaborar y presentar programas y proyectos que den respuestas a las necesidades y compromisos establecidos en el convenio.
- c. Facilitar la comunicación entre los usuarios inmigrantes y los profesionales.
- d. Establecer la coordinación autonómica para la adecuación de las acciones a la realidad de la inmigración en su ámbito territorial.

TEST N° 3

1. Entre las dificultades que existen para que la población inmigrante acceda a los servicios sanitarios se incluye:

- a. Su situación administrativa.
- b. La dificultad idiomática.
- c. La actitud de los profesionales.
- d. Todas son correctas.

2. La migración es un factor de riesgo para la salud mental en el caso de que:

- a. El medio de acogida sea hostil.
- b. El inmigrante no esté sano o presente discapacidades.

- c. Nunca es un factor de riesgo.
- d. a. y b. son ciertas.

3. La atención sanitaria a inmigrantes tiene las siguientes características, excepto:

- a. La entrevista clínica requiere menos tiempo que el que se emplea habitualmente.
- b. Muchas veces los problemas presentados no son médicos.
- c. Existen dificultades para la realización de actividades preventivas.
- d. Se pueden presentar situaciones culturales especiales.

4. En las estrategias sanitarias para atender a la población inmigrante hay que contemplar:

- a. Adaptar los programas de salud a las características de la población.
- b. Formar a los profesionales sanitarios en conocimientos sobre las características culturales de la población inmigrada.
- c. Facilitar la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular.
- d. Todas son ciertas.

5. La interrupción voluntaria del embarazo:

- a. Es una práctica más frecuente en mujeres inmigrantes que en españolas.
- b. Es más frecuente en autóctonas que en inmigrantes.
- c. No existen diferencias entre uno y otro grupo poblacional.
- d. No existen estudios desagregados que permitan hacer una u otra afirmación.

6. El reducir desigualdades socio-sanitarias supone:

- a. Reducir problemas de salud en la población de riesgo.

- b. Impulsar el acceso a una vivienda digna.
- c. Mejorar el acceso al sistema educativo.
- d. Todo lo anterior.

7. ¿Cuáles son los posicionamientos ante el debate sobre prostitución hoy en España?

- a. Abolicionismo frente a reglamentarismo.
- b. Abolicionismo, reglamentarismo, prohibicionismo.
- c. Abolicionismo, reglamentarismo y por los derechos.
- d. Abolicionismo frente a prohibicionismo.

8. Marque la afirmación correcta:

- a. La MGF esta indicada médicamente en algunos casos.
- b. En algunos países de África está justificado realizarla por tradiciones culturales.
- c. Nunca está justificada.
- d. Se puede realizar si no pelagra la vida de la niña.

9. Las competencias interculturales transversales son:

- a. Diagnosticar, relacionarse y afrontar situaciones interculturales.
- b. Diagnosticar, relacionarse e intervenir.
- c. Relacionarse y afrontar.
- d. Intervenir y hablar idiomas.

10. En las sociedades con alta distancia jerárquica.

- a. Las personas están organizadas jerárquicamente en función del trabajo.
- b. La distancia que existe entre las personas se traslada también a otros ámbitos que no son el laboral.
- c. Los jefes o jefas ocupan los despachos superiores.

TEST N° 4

1. En Andalucía el Sistema Sanitario Público de Salud consolida el derecho de nuestros ciudadanos a la protección de la salud a través de:

- a. La promoción.
- b. La prevención.
- c. La atención sanitaria.
- d. Todas las anteriores.
- e. Solo a. y c.

2. Las etapas en el proceso de inmigración se pueden denominar como:

- a. Preparación, llegada, adaptación y encrucijada.
- b. Llegada, adaptación, integración y toma de decisión.
- c. Adaptación, preparación, integración y encrucijada.
- d. Preparación, adaptación y encrucijada.

3. La salud de las personas inmigradas va a depender de los siguientes factores, excepto:

- a. Falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública.
- b. Vivir en zonas de riesgo social elevado.
- c. Situación irregular de residencia.
- d. Todas son correctas.

4. En el abordaje de los pacientes inmigrantes con enfermedades crónicas es importante desde el punto de vista de la interculturalidad:

- a. Informarle, sobre su problema de salud, como al resto de pacientes.
- b. Integrar a los mediadores culturales para conseguir mejores resultados.
- c. Informarles de su enfermedad y aconsejarles que sería conveniente que regresaran a su país de origen.

d. Considerar que sus costumbres no repercuten sobre su enfermedad.

5. En cuanto a la fecundidad de las mujeres inmigrantes:

a. Están realizando una aportación positiva a la fecundidad y al crecimiento vegetativo en España.

b. Su aportación al crecimiento vegetativo es insignificante, dada su elevada mortalidad.

c. El índice sintético de fecundidad de las mujeres inmigrantes es similar al que tendrían en su país de procedencia.

d. En la migración no se producen cambios, dado el peso de la cultura de origen.

6. La biomedicina no se caracteriza por:

a. Sociabilidad.

b. Biologismo.

c. Aculturalismo.

d. Tendencia a la medicalización.

7. Tipos de red a tener en cuenta al hablar de "tráfico de mujeres".

a. Coercitivas y comerciales.

b. Familiares, comerciales e ilegales.

c. Coercitivas, comerciales y familiares.

d. Familiares, comerciales y coercitivas.

8. En España existe una ley contra la práctica de la MGF, en la que se expresa que:

a. Sólo está prohibida si se practica en España.

b. Solo se prohíbe para las niñas que han nacido en España.

c. Se persigue a quien la practica aunque sea fuera de España, si la niña reside en España.

d. No se persigue si quien la practica está en situación administrativa irregular.

9. En el diagnóstico intercultural no hay que prestar atención al contexto:

a. Sí, efectivamente, no hay que hacerlo.

b. El diagnóstico del contexto es un elemento fundamental.

c. Es más importante diagnosticar las personas y las situaciones.

SOLUCIONES

TEST N° 1

1:c; 2: a; 3: d; 4: d; 5: d; 6: d.

TEST N° 2

1: d; 2: b; 3: c; 4: b; 5: b; 6: d; 7: d; 8: d; 9: c; 10: b.

TEST N° 3

1: d; 2: d; 3: a; 4: d; 5: a; 6: d; 7: c; 8: c; 9: a; 10: b.

TEST N° 4

1: d; 2: a; 3: d; 4: b; 5: a; 6: a; 7: c; 8: c; 9: b.

GLOSARIO DE CONCEPTOS

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS:

La cualidad de los servicios de estar al alcance de la población desde el punto de vista geográfico, legal, económico y cultural. Las diferencias en la accesibilidad a los servicios originan desigualdades entre los diferentes estratos sociales, que en el caso de la salud pueden comportar una mayor morbilidad y mortalidad. Según Tizón, las dificultades en la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos es uno de los factores que influyen negativamente en la salud de la población inmigrante.

ADAPTACIÓN:

Es la capacidad que tiene el ser humano para acomodarse, aclimatarse e integrarse en su entorno físico y cultural, que está en continuo cambio. Es un proceso bio-psico-social e inherente a la naturaleza humana, abarca los tres niveles que configuran al sujeto: el biológico (organísmico), el psicológico y el sociocultural. En el proceso migratorio, la adaptación positiva a la nueva sociedad supone la asunción de nuevos valores y roles, pero sin renunciar a los propios. Para que esto ocurra, es necesaria la superación del multiculturalismo y la adopción de una actitud intercultural que implica la interacción y relación en pie de igualdad de las distintas culturas.

Cuando la relación entre las culturas es asimétrica, basada en el rechazo, la desigualdad y la exigencia para que el sujeto renuncie a los valores propios y asuma los de la sociedad receptora, se produce lo que se llama asimilación, con el consiguiente riesgo de inadaptación, marginación y exclusión social.

AMBIVALENCIA:

Es un término que fue creado por Bleuler en 1911, al estudiar la esquizofrenia, que la consideró en tres planos: 1) el volitivo: el individuo quiere y no quiere algo al mismo tiempo; 2) intelectual: el sujeto expresa simultáneamente una proposición y su contraria; 3) afectivo: ama y odia al mismo objeto en el mismo tiempo. Es la presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto o una situación, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos.

BIOMEDICINA:

“Modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico (“racionalidad científico-técnica”) en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (Caramés, 2004: 31).

Características de la biomedicina como modelo médico hegemónico:

“Biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica” (Menéndez, 2003: 194).

CLITORIDECTOMÍA:

Es la forma más habitual de mutilación, y también la menos lesiva. Consiste en la escisión del

prejuicio del clítoris en su totalidad, con la extirpación total o parcial del clítoris.

COMPETENCIA CULTURAL:

Aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que permiten diagnosticar los aspectos personales y las demandas generadas por la diversidad cultural. Permiten negociar, comunicarse y trabajar en contextos multiculturales y hacer frente a las incidencias que surgen en la comunicación intercultural mediante el autoaprendizaje y la resolución de problemas. Es un proceso en el que está inmerso el profesional sanitario con el fin de alcanzar la habilidad necesaria para aplicar los cuidados dentro del contexto cultural de la persona, familia o comunidad receptora de cuidados (Campinha-Bacote). Comprende las siguientes dimensiones: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidad cultural y encuentros culturales.

Integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes –*cross-cultural communication*– y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros (American Academy of Nursing).

CULTURA:

Se refiere a los valores que comparten los miembros de un grupo dado, a las normas que pactan y a los bienes materiales que producen. Los valores son ideales abstractos, mientras que las normas son principios definidos o reglas que las personas deben cumplir (Anthony Giddens, 1989).

La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es todo aquel complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros há-

bitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad (Edward Tylor).

Esta herencia social es el concepto clave de la antropología cultural, la otra rama del estudio comparativo del hombre. Normalmente se la denomina cultura en la moderna antropología y en las ciencias sociales. La cultura incluye los artefactos, bienes, procedimientos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados. La organización social no puede comprenderse verdaderamente excepto como una parte de la cultura (B. Malinowski, 1931).

DERECHO A LA SALUD:

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social”. Dada la dificultad de plasmar en la realidad este derecho, se traduce en el fenómeno de garantizar al ser humano las prestaciones que le ayuden a recuperar su salud física o mental, es decir, contar con los mejores medios posibles para mantener una “buena salud” o recuperarla.

DUELO MIGRATORIO:

El duelo, habitualmente, se entiende como el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales por la pérdida de un ser querido o una abstracción (patria, objetos, paisajes, *status* social, etc.) al cual se estaba afectivamente vinculado, que ponen en marcha un proceso de reorganización de la personalidad y de adaptación a la nueva realidad. La inmigración, como todo cambio social y personal, tiene su parte de duelo, que se caracteriza por la pérdida masiva de muchos objetos, por ser parcial, vincular, recurrente y transgeneracional. Suele manifestarse con sínto-

mas depresivos, por las pérdidas, y síntomas de ansiedad, debido al estrés del proceso adaptativo y la lucha por conseguir sus anhelos.

ENFERMEDADES IMPORTADAS:

Las enfermedades importadas son aquellas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro, donde no existen o son menos frecuentes.

ENFERMEDADES RE-EMERGENTES:

Son aquellas enfermedades en las que se ha observado un aumento de sus tasas de incidencia, de prevalencia, de morbilidad o de letalidad, así como una extensión geográfica inusitada, tras periodos en los que estos indicadores se han mantenido mas o menos estables: meningitis, difteria, VIH-SIDA en África, cólera, etc.

ENFERMEDADES TROPICALES:

Enfermedades endémicas en ecosistemas tropicales que precisan de condiciones climáticas y de la presencia de vectores o reservorios específicos para completar sus ciclos biológicos.

ESTRÉS:

Es la respuesta fisiológica y psicológica del sujeto ante un estímulo (estresor), que puede ser un factor interno (pensamientos, recuerdos, etc.) o factor externo (un evento, una persona o cualquier estímulo ambiental), que ocasiona que una persona se sienta tensa o excitada. Fue Hans Selye en 1936 quien utilizó este término de la física en el campo de la biología, psicología y medicina.

ETNOCENTRISMO:

- Modo de percepción, creencia, sentimiento, tendencia psicológica, mecanismo primario, punto de vista o perspectiva, actitud, hábito.
- Modo en que se juzga o valora las otras culturas desde la de uno mismo.

- Valoración del estilo de vida o costumbres del PROPIO GRUPO como apropiadas, mejores o normales, y las del GRUPO EXTERNO o de los GRUPOS AJENOS como inferiores, extrañas o incorrectas. (Malgesini, G. y Giménez, C. 1997: *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*, Madrid, La Cueva del Oso, pp. 133).

INMIGRACIÓN "ECONÓMICA":

Inmigrar es ir de un lugar a otro distinto. En el caso de la inmigración económica, las causas que originan este movimiento de población la falta de medios en el lugar de origen. Habitualmente, esta inmigración se produce de Sur (países en desarrollo o países pobres) a Norte, aunque también en los últimos años ha habido un desplazamiento importante de población por motivos económicos procedente de los países de Europa del Este. Los factores que han favorecido este aumento de inmigración son: la globalización, las tecnologías de la información y la mejora de los transportes.

INDUSTRIA DEL SEXO:

Todo el conjunto de actividades comerciales que aglutinan la oferta de placer sexual (incluye trabajo sexual en todas sus formas, condoneras, pornografía, *hot lines*, *sex shops*, sexo en la web...).

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:

- La interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.) se produce a petición de la mujer embarazada, cuando se da uno de los tres supuestos recogidos en la legislación vigente (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Artículo 417 bis del Código Penal):
- Para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.

- Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación.
- Que se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que la interrupción voluntaria del embarazo se practique dentro de las veintidós primeras semanas gestación.

ITS:

Siglas de las infecciones de transmisión sexual. Son un grupo de enfermedades producidas por virus, bacterias y ciertos parásitos que se transmiten, principalmente, por medio de contacto sexual entre las personas.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:

Las mutilaciones genitales femeninas designan todas aquellas intervenciones que conllevan una ablación total o parcial de los órganos genitales externos de la mujer, o toda otra mutilación de los órganos genitales externos femeninos que sea practicada por razones culturales y no con fines terapéuticos.

PROSTITUCIÓN:

Oferta de servicios sexuales personales. Implica el intercambio libre, negociado y consentido entre adultos de sexo a cambio de dinero. Las formas que adopta son diversas (calle, club, piso, plaza...). Otra acepción cada vez más usada es trabajo sexual.

PROXENETA:

Quien se beneficia económicamente de los rendimientos económicos de otra persona que ejerce la prostitución. Actualmente tiene una connotación de control, se refiere a quien "obliga", bajo control y coacción, a otra persona que ejerce la prostitución a entregarle parte de los rendimientos económicos de su trabajo.

REPRESENTACIÓN SOCIAL:

"Es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que posee un alcance práctico y concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social. Indistintamente designado como un "saber de sentido común" o "saber ingenuo (naïf)" o "natural", esta forma de conocimiento ha de distinguirse del científico. Pero se le considera objeto de estudio legítimo en razón de su importancia en la vida social y de la luz que arroja sobre los procesos cognitivos y las interacciones sociales. Se acepta que las representaciones sociales, en tanto que sistemas de interpretación que rigen nuestra relación con el mundo y las demás personas, orientan y organizan las conductas y la comunicación social. Asimismo intervienen en procesos tan diversos como la difusión y asimilación de conocimientos, el desarrollo individual y colectivo, la definición de la identidad personal, la expresión de grupo y las transformaciones sociales" (Jodelet, D. 1989: *Les représentations sociales*, París, PUF).

SALUD SEXUAL:

La salud sexual (OMS, 2002) es el estado físico, emocional, mental y social de bienestar relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa de la sexualidad y las relaciones sexuales tanto como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para conseguir y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.

SALUD REPRODUCTIVA:

La salud reproductiva (OMS, 2002) es una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición, está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

SIDA:

Es un estado de incapacidad del organismo para defenderse ante determinadas enfermedades, principalmente infecciosas. La causa es un virus (Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH).

SÍNDROME:

Conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad.

TRATA DE PERSONAS:

Según el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las NNUU contra la delincuencia organizada transnacional: "la captación, el transporte, el traslado, la acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción

de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación".

TRÁFICO DE PERSONAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL:

Se puede usar la misma definición que para la trata, con la salvedad de que el objetivo de este tipo específico de trata es la explotación sexual.

VIOLENCIA DE GÉNERO:

Dicho término tiene su antecedente en la Declaración de la ONU sobre eliminación de la violencia contra las mujeres (aprobada el 20 de diciembre de 1993 por el Asamblea General de las Naciones Unidas). La normativa internacional generalmente utiliza el término "violencia de género o violencia contra las mujeres", como víctimas más habituales de las agresiones, para referirse a "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada".

En España la LO 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (llamada Ley Integral), en su artículo 1 circunscribe su objeto a la violencia que sufren las mujeres "como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres".

