

Inmigración, salud y políticas sociales



Comisión Europea



Escuela Andaluza
de Salud Pública



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

Olga Solas
Antonio Ugalde
Editores

INMIGRACIÓN: SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Editores:

Olga Solas Gaspar

Area de Gestión de Servicios y Políticas de Salud
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

Antonio Ugalde

Departamento de Sociología
Universidad de Texas, Austin, Estados Unidos.

1997



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud



Comisión Europea



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

INMIGRACIÓN: salud y políticas sociales/ Olga Solas y Antonio Ugalde editores. - Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997. -(Monografías de la EASP; 13)

1. Migración. 2. Política social. I. Solas Gaspar, Olga. II. Ugalde, Antonio
NLM Classification WA 300

Edita: **ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA**
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-28-1



Depósito Legal: GR-758/97

Ilustración cubierta: Gerlinde Nebauer, *¡Son ellos o son sólo sombras!*, Alicante, 1989

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Imprime: Factoría Croma

Traductores: Ana Rivadeneyra Sicilia, Cristóbal Jiménez Vadillo

Neither the European Commission nor any person acting on its behalf is liable for any use made of the following information.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

**I REUNIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA
SOBRE
INMIGRACIÓN:
POLÍTICAS SOCIALES Y SALUD**

INSTITUCIONES ORGANIZADORAS:

Escuela Andaluza de Salud Pública

The Center for Mexican-American Studies
of the University of Texas at Austin

Universidad Euroárabe de Granada

CON EL APOYO DE:

Dirección General V Comisión Europea

Inter-University Program for Latino Research

Dirección General de Investigación Científica y Técnica
Ministerio de Educación y Ciencia

Dirección General de Universidades e Investigación
Consejería de Educación y Ciencia
Junta de Andalucía

Mayo de 1995

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN.....	11
I. POLÍTICAS SOCIALES Y PROBLEMAS DE SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES	
Inmigración internacional y salud en la Unión Europea.....	19
<i>Lars Rasmussen</i>	
Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar.....	29
<i>Andreas Geiger</i>	
Recientes dinámicas migratorias en España. Efectos sobre los procesos de inserción-exclusión social	37
<i>Carlos Pereda, W. Actis, M. A. de Prada, Colectivo IOE</i>	
La emigración marroquí a Francia y sus repercusiones sobre el derecho a la salud	45
<i>Abdessalem Mechkouri</i>	
Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España	57
<i>Antonio Ugalde</i>	
II. ESTADO DE SALUD Y CONDICIONES DE VIDA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES	
Estado de salud de las madres e hijos según las encuestas nacionales realizadas por el Fondo de las Naciones Unidas AP.....	81
<i>Louihichi Khaled</i>	
La salud de los inmigrantes extranjeros: aportaciones del análisis de las estadísticas vitales en la ciudad de Barcelona	85
<i>Josep Maria Jansà</i>	

La salud de los trabajadores guatemaltecos en México: situación actual y perspectivas	91
<i>Rodolfo Casillas</i>	

III. ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD

¿En qué medida los proveedores de atención en salud belgas atienden adecuadamente a los pacientes turcos y marroquíes?.....	109
<i>Aimeé De Muynck</i>	

Inmigración latina y acceso a servicios de salud en el área metropolitana de Houston.....	125
<i>Néstor Rodríguez</i>	

La provisión de servicios sociales en la frontera méxico-estadounidense. Efectos sobre la población de emigrantes mexicanos en la frontera.....	129
<i>Yolanda C. Padilla</i>	

Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona	139
<i>Carlota Solé</i>	

IV. LA SALUD MATERNO-INFANTIL

Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población migrante senegambiana residente en Cataluña.....	153
<i>Adriana Kaplan</i>	

Ciclo y patrones reproductivos en las mujeres emigrantes en España	159
<i>Consuelo Prado Martínez, M.D. Marrodán, A. Sánchez Andrés, E. Gutiérrez, P. Azevedo, J. Sebastián</i>	

Atención sanitaria preventiva para hijos de emigrantes en Holanda	171
<i>Ben Rensen</i>	

Datos perinatales de la población de emigrantes norteafricanos en Bélgica.....	177
<i>Therese Delvaux</i>	
V. INTEGRACIÓN SOCIAL DEL INMIGRANTE IMPACTO SOBRE SU SALUD Y CONDICIONES DE VIDA	
El Proyecto Cáritas/ASFR de atención de salud en Roma.....	183
<i>José Manuel Ballesteros, S. Geraci, R. Colasanti</i>	
Provisión de servicios de atención sanitaria para poblaciones de emigrantes y refugiados en Nueva York.....	193
<i>Heike Thiel de Bocanegra, F. Gany</i>	
Condiciones de cambio, realidades sociológicas e incidencias en la salud de los emigrantes	203
<i>Ahsene Zehraoui</i>	
Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga.....	209
<i>Hans Verrept, F. Louckx</i>	
Población turca en Europa: servicios de salud, elecciones y alternativas.....	231
<i>Akile Gürsoy Tezcan</i>	
Retos metodológicos en la investigación de la migración indocumentada de México a Estados Unidos	239
<i>Jorge A. Bustamante</i>	
VI. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN	
Salud mental y emigración. Análisis crítico de la literatura.....	259
<i>Fehti Touzri</i>	
Psicopatologías de los emigrantes en Europa.....	271
<i>A. Gailly, R. B. Driss</i>	
Listado de asistentes.....	281

PRÓLOGO

España, por su dualidad fronteriza: frontera norte de África y frontera sur de Europa, se muestra a las puertas del siglo XXI como país receptor de emergentes movimientos migratorios desde el Magreb y otros países de África hacia Europa. Las trayectorias de origen-destino de estas poblaciones migrantes hacia los países de la Unión Europea está configurando un nuevo atlas geográfico y etnocultural de la inmigración en nuestro país y en Europa.

En este momento se pueden describir dos escenarios. Uno es el que está delimitado por la situación global de los países del Mediterráneo europeo. El otro escenario es el que ha definido la nueva situación de los países del este europeo y los flujos migratorios procedentes de dichos países hacia el centro y norte de Europa.

Nuestro país, y en concreto Andalucía, por su ubicación geográfica y características culturales mediterráneas, ha sido siempre un lugar de encuentro entre culturas. En los últimos años, de acuerdo al número de inmigrantes y a los países de origen de éstos, España se encuentra en el primero de los escenarios descritos. La geografía de la inmigración por Comunidades Autónomas nos muestra que Andalucía ocupa el tercer puesto como lugar destino de la actual inmigración económica.

Las diferentes realidades de los colectivos de inmigrantes que residen en nuestro país nos obliga, en términos de salud pública, a conocer y describir sus problemas de salud y necesidades de atención sanitaria; a diseñar programas de prevención y atención en salud específicos que tengan en cuenta su diversidad cultural, con especial atención a la salud materno-infantil y a la salud laboral. Para lograr estos propósitos, investigadores, profesionales de salud y los agentes sociales que desarrollan intervenciones con poblaciones inmigrantes, debemos trabajar juntos, definiendo políticas y estrategias convergentes que faciliten su integración social.

En términos de políticas sanitarias y sociales, los países más desarrollados, estamos obligados a incluir los problemas de inmigración económica entre las prioridades de la agenda de cooperación para el desarrollo, tanto en el ámbito europeo como en las agencias internacionales. En este sentido, una política global de inmigración debe incluir no sólo mejorar las condiciones de vida y

salud de los inmigrantes en los países de acogida, sino también el apoyo al desarrollo integral de los países y regiones de donde proceden las poblaciones migrantes que recibimos.

La Escuela Andaluza de Salud Pública está desarrollando desde hace tiempo, líneas de investigación y actividades como esta reunión internacional sobre políticas sociales y de salud para la inmigración económica.

Finalmente, me gustaría expresar mi agradecimiento a las instituciones organizadoras de esta reunión científica, The Center for Mexican-American Studies of the University of Texas at Austin y a la Universidad Euroárabe de Granada, así como a los ponentes y profesionales que la han hecho posible.

Espero que la lectura de esta obra nos sirva a todos de reflexión y nos aporte ideas y experiencias para seguir trabajando, desde la tolerancia y la diversidad cultural, en la mejora de las condiciones de vida y de salud de las poblaciones migrantes.

Francisco Javier Catalá Villanueva
Director Escuela Andaluza de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

Este libro edita en castellano las ponencias presentadas en la I Reunión Internacional en España sobre Inmigración: Políticas Sociales y Salud, celebrada en la Escuela Andaluza de Salud Pública durante los días 25 y 26 de mayo de 1995.

El interés científico y social de esta reunión se enmarcó como uno de los objetivos prioritarios de las tres instituciones organizadoras: The Center for Mexican-American Studies of the University of Texas at Austin; la Universidad Euroárabe de Granada y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La finalidad del acto fue potenciar y armonizar el desarrollo de un foro de encuentro internacional y de reflexión interdisciplinar sobre el hecho social de la inmigración económica hacia los países desarrollados, entre investigadores y profesionales de diferentes ámbitos del conocimiento e instituciones (Unión Europea, Estados Unidos, América Latina y Países del Norte de África).

El programa científico se desarrolló de acuerdo a los siguientes objetivos:

- Facilitar el intercambio de ideas, experiencias e investigaciones sobre el fenómeno de la inmigración económica, focalizando el interés en los factores que afectan a la salud, condiciones de vida y de trabajo, así como en aquellos relacionados con las políticas sociales y de atención sanitaria de las poblaciones migrantes.
- Promover una red de instituciones y grupos de investigación para fortalecer y mejorar el desarrollo de programas de docencia, de políticas de atención a la salud, de métodos y técnicas de investigación aplicados al estudio de las poblaciones migrantes.
- Identificar prioridades de investigación de interés común que permitan en el futuro promover investigaciones y proyectos de intervención en salud coordinados entre diferentes grupos de investigadores, instituciones académico-científicas y ONG de la Unión Europea, Estados Unidos, países de América Latina y Central y países del Norte de África.

Durante dos días, treinta ponentes y un centenar de profesionales y expertos reflexionaron juntos acerca de la inmigración económica como objeto y sujeto de conocimiento. Las seis áreas temáticas, que entonces se constituyeron como mesas-debate, constituyen la estructura interna de la presente obra.

La decisión y sensibilidad de los participantes por profundizar en el conocimiento de la situación de vida y de salud de la inmigración económica, llevó en la primera sesión de la conferencia a definir y consensuar qué se entiende por inmigración económica, y centrar el debate en las políticas de migración y de integración social en diferentes contextos geográficos y políticos en la Unión Europea y Estados Unidos.

A modo de síntesis interpretativa, y centrándose en el caso español, cabe decir que la población extranjera residente en España tiene características socio-demográficas y situaciones de vida muy diferenciadas según el continente y país de origen, la etnia cultural y el grupo social de pertenencia. Actualmente coexisten tres tipos de inmigración: la del "primer mundo", que supone más de la mitad de la inmigración "documentada"; la de los exiliados y refugiados políticos y, por último, la inmigración procedente de países "en vías de desarrollo", la que se ha denominado inmigración económica como una categoría sociológica. En esta última categoría cabe distinguir dos grupos diferentes:

- Los procedentes de América Latina, con diferencias en su cualificación profesional según provengan del Sur (más alta) o de Centroamérica (más baja).
- Los procedentes de África (con mayor presencia de los Países del Magreb) y de Asia. Estos colectivos se caracterizan por la concentración de sus asentamientos y por sus condiciones precarias de trabajo, así como por situaciones de irregularidad o clandestinidad.

En lo que respecta a las repercusiones que las diferentes situaciones de vida de estas poblaciones tienen sobre su estado de salud y condiciones de vida y trabajo, es de referencia obligada evidenciar la influencia de la "cultura en salud de procedencia" en los patrones de comportamiento y hábitos de salud, entre continentes, países, etnias y grupos sociales. También hay que evidenciar los cambios que se pudieran observar como efecto de los procesos de aculturación en las sociedades de acogida.

En lo referente a la investigación aplicada el lector puede encontrar diversos objetos y poblaciones de estudio, diferentes abordajes metodológicos y perspectivas de análisis, además de un amplio abanico de estrategias de las investigaciones e intervenciones. Sin embargo, hay que reconocer que todos los autores han compartido la idea de que el proceso de investigación social exige siempre una toma de conciencia, de reconocimiento de lo colectivo en lo individual, de la emergencia del presente en la reconstrucción del pasado, y sobre todo, de la implicación de quien investiga en la tarea de formular la identidad de lo investigado.

Las poblaciones migrantes son sujeto y objeto de un conocimiento que no es de nadie y es de todos al mismo tiempo; que no limita ni pertenece a ninguna perspectiva teórica o metodológica y, por tanto, a ninguna disciplina del conocimiento.

En las siguientes páginas encontraremos desde historias particulares (de género, de país o de identidad cultural), expresadas en las diferentes lenguas de los investigadores y de los investigados, hasta el análisis de datos sobre la salud y las condiciones de vida de los grupos investigados; así como recomendaciones para el desarrollo de políticas supranacionales de integración social y atención a la salud de las poblaciones migrantes.

La obra ofrece a sus lectores una mirada multidisciplinar acerca de la inmigración económica como sujeto y objeto de conocimiento, lo que le da un carácter plural, multicultural y multilingüístico. La mirada se enfoca y recorre desde la primera hasta la sexta parte, diferentes aspectos de la vida cotidiana de las poblaciones migrantes en los países de destino y sociedades de acogida como realidades emergentes en nuestras sociedades actuales.

La primera y segunda parte del libro se centran en el análisis de las políticas migratorias actuales y de los factores determinantes que afectan a la salud y a las condiciones de vida de las poblaciones migrantes estudiadas por los diferentes autores.

La tercera parte está dedicada a la accesibilidad y utilización de los servicios sociales y de salud de los inmigrantes en los diferentes sistemas sanitarios. Los autores coinciden en reflejar que la mayoría de los sistemas de provisión de servicios de salud y sociales no son específicos para estas poblaciones y que ofrecen estos servicios asistenciales a una población que con frecuencia

tiene un conocimiento limitado de la lengua del país (barreras lingüísticas). Se destaca que estas poblaciones pueden tener expectativas muy distintas a las nuestras sobre para qué y cómo deben usar las prestaciones y servicios en función de sus patrones culturales en salud. Y que de entrada, aun teniendo derecho a las prestaciones sanitarias como un ciudadano más, no tienen información que les permita elegir, no conocen sus derechos ni saben cómo deben acceder a los servicios de salud.

La utilización de mediadores en salud ("health advocates") e intérpretes etno-culturales y las experiencias de investigación y práctica clínica, utilizados por algunos sistemas sanitarios europeos como el holandés y el belga, son de especial relevancia a la hora de diseñar programas de salud, de prevención y de atención sanitaria.

En la cuarta parte se trabaja monográficamente sobre salud materno-infantil y salud reproductiva. Se aportan algunos datos sobre el perfil de salud de mujeres y niños residentes en nuestro país y se evidencia la importancia de realizar investigaciones etnográficas, no sólo en los países de destino sino investigaciones que comparen los procesos de aculturación de los comportamientos reproductivos en los países de origen y de destino.

Las políticas de atención a la salud en general y, específicamente, la salud reproductiva y materno-infantil deben ser sensibles a la riqueza y diversidad cultural que viene caracterizada por la procedencia etnocultural de las mujeres migrantes.

La última parte del libro pone el énfasis en las disfunciones adaptativas, el estrés emocional, el consumo de drogas y, en general, en las alteraciones del comportamiento asociadas al proceso migratorio que tienen su expresión en problemas de salud (enfermedades de origen psico-somático) y de trastornos psicopatológicos. Los autores coinciden en señalar que "la migración supone siempre un duelo que tiene su expresión en separación de la familia, amigos, costumbres y, al mismo tiempo, en la exigencia de adaptación lingüística y cultural en el lugar de destino". Al mismo tiempo, se reconoce la falta de orientación de las políticas migratorias y de integración social hacia el desarrollo y mantenimiento de las redes sociales de apoyo a las comunidades migrantes.

Finalmente expresamos nuestro agradecimiento a todos los ponentes por su valiosa participación; a Margarita López Buitrago, secretaria ejecutiva de la reu-

nión, a Valeria G. Nebauer y a Giulia Fernández por su eficaz apoyo; a Ana Rivadeneyra por su esmero en la traducción de los textos; y a Manuel Bobenrieth por su calidad humana y sus acertados consejos en la edición de este libro.

Olga Solas Gaspar
Área de Gestión de Servicios y Políticas de Salud
Escuela Andaluza de Salud Pública

I. POLÍTICAS SOCIALES Y PROBLEMAS DE SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES

INMIGRACIÓN INTERNACIONAL Y SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA

*Lars Rasmussen**

Las estadísticas oficiales muestran que en 1992 la inmigración neta hacia la Europa de los Quince era de 1,2 millones de personas. Hacia 1984 la tasa de inmigración se hallaba muy próxima a cero. Fue a partir de 1985 cuando comienza a adquirir valores positivos, de forma que de 1988 en adelante acelera su crecimiento hasta que finalmente en 1990 llega a superar la barrera del millón de emigrantes. Por otra parte, hallamos que en 1995 entre 8 y 10 millones de inmigrantes permanentes vivían de forma legal o ilegal en la Europa de los Quince, cifra que nos sugiere la dimensión de los problemas de salud que ha de afrontar la Unión Europea. Las estadísticas nos muestran que la mayoría de los emigrantes son hombres y con una edad promedio inferior al resto de la población. Sin embargo, no se espera que la afluencia de inmigrantes tenga un impacto decisivo sobre el tamaño y la distribución de la población de los países miembros de la Unión Europea hasta el año 2025, cuando la inmigración neta comience a descender de nuevo. La caída de las tasas de natalidad y el envejecimiento de la población en la Europa de los Quince, pueden generar el que a comienzos del siglo XXI la fuerza de trabajo resulte insuficiente para garantizar el bienestar económico y la riqueza necesarios para responder a las necesidades de la población de tercera edad. Si estas predicciones son correctas, la inmigración internacional podría convertirse en un instrumento indispensable para aliviar los efectos de esta tendencia en la Unión Europea. Es evidente que tal flujo migratorio principalmente se originará desde de países del Tercer Mundo.

Podemos analizar la inmigración desde otra perspectiva. Aproximadamente un millón de personas, en su mayoría procedentes de países en vías de desarrollo, se trasladan anualmente a países que vienen recibiendo inmigrantes: Estados Unidos, Canadá y Australia. También resulta interesante señalar que existe un total de 70 millones de inmigrantes temporales que trabajan de forma legal e ilegal fuera de su país de origen. Si consideramos como inmigrantes a viajeros internacionales, turistas y trabajadores extranjeros de larga duración, podemos prever que para finales de siglo el número de inmigrantes se aproximará

* Administrador General de la Dirección de Salud Pública de la Comisión Europea.

al billón de personas. En 1992 se contabilizaron de forma oficial unos 15 millones de refugiados en todo el mundo, en su mayoría procedentes de países en vías de desarrollo de Asia, África, Suramérica y Europa del Este.

La emigración no es un fenómeno nuevo, de hecho históricamente constituye más la regla que la excepción. A lo largo de la historia europea, pueblos enteros se desplazaron atravesando el continente. Podemos hallar la pista de estas migraciones atendiendo a la diversa distribución de lenguas y razas que hallamos en el mapa europeo. Tampoco han cambiado las causas de la emigración, entre éstas podemos distinguir malestar social e inestabilidad política, desastres naturales, inseguridad económica y hambre, persecuciones políticas o religiosas, etc. Ha sido tan sólo el impacto de estos movimientos migratorios lo que se venido transformando debido probablemente a los procesos de desarrollo social y económico. Podríamos afirmar que nuestra capacidad para afrontar este fenómeno hoy en día puede ser mucho mayor que en el pasado, aunque a menudo no se toman las medidas apropiadas porque puedan resultar impopulares desde un punto de vista político.

Es un hecho irrefutable que el desarrollo y el crecimiento económico han estado históricamente vinculados al fenómeno migratorio. Por ejemplo, la mano de obra barata que llegó a Estados Unidos procedente de Europa a finales del siglo pasado, posibilitó en gran medida el desarrollo económico del país. Por otra parte, Alemania Occidental debe su rápida reconstrucción tras la Segunda Guerra Mundial al flujo de refugiados procedentes de la zona oriental y posteriormente, a la llegada de mano de obra turca no cualificada. También Austria ha sacado provecho de unos 900.000 trabajadores temporales así como Francia, país en el que residen millones de "pieds noirs" e inmigrantes procedentes del Magreb.

Dentro de la nación-estado a un nivel regional y dentro de la Unión Europea si partimos de un nivel nacional, existe un crecimiento en los índices de inmigración asociado a variaciones en el ciclo económico. De acuerdo con la teoría económica, el trabajo, el capital y las tecnologías son factores de producción. Los factores de producción no son fijos sino que pueden desplazarse, tal y como hemos podido apreciar en los movimientos de grandes capitales hacia el Sudeste Asiático, donde la fuerza de trabajo es más barata, así como en la transferencia de tecnologías hacia China. Por tanto, podemos deducir que la transferencia de capital y tecnología constituyen una vía para prevenir la inmigración de personas. Uno de los objetivos del Tratado de Roma firmado en 1957,

es el de alcanzar la libre circulación de personas, capital, bienes y servicios. Por ello, la inmigración dentro de la Unión pasa a ser un elemento fundamental para la Europa de los Quince y por esta misma razón, la protección de los inmigrantes se ha convertido en un componente esencial de su política social.

Si consideramos la inmigración desde un punto de vista sanitario, no podemos ignorar el hecho de que en la Europa de los Quince los niveles de salud de los emigrantes son inferiores a los de la población nativa (ver De Muynck en este mismo volumen). Este hecho, sin lugar a dudas, tiene o ha de tener importantes repercusiones sobre el gasto y la organización de los servicios sanitarios. Se está registrando una mayor fármaco-resistencia a los tratamientos contra la tuberculosis, así como unos mayores índices de prevalencia entre los inmigrantes, quienes también presentan un mayor número de accidentes y más problemas en la atención sanitaria a largo plazo. Finalmente, también se dan más casos de aislamiento y mala alimentación entre los ancianos de familias extendidas que carecen de recursos económicos. Algunas investigaciones han señalado que los inmigrantes presentan una mayor incidencia de trastornos mentales (ver Gailly y Driss en este volumen) que podrían explicarse en parte por el estrés y la ansiedad originados durante el lento proceso que conlleva la solicitud de asilo y por la deficiente integración socio-económica de la población inmigrante (ver Ugalde en este mismo volumen).

La salud de los emigrantes también se ve amenazada por los riesgos derivados de los estilos de vida que se les imponen dentro de la Unión Europea. Los países receptores siempre han considerado que los inmigrantes procedentes de Europa del Este y del Tercer Mundo suponen un peligro para la población nativa, a la que pueden transmitir la tuberculosis u otras enfermedades tropicales. Pero quizás sería más acertado el advertir a los inmigrantes sobre el riesgo que corren ellos mismos de contraer estas enfermedades ante las precarias condiciones de vivienda, la malnutrición, el debilitamiento de sus sistemas inmunológicos y en general, ante las situaciones de pobreza que han de afrontar. Por otra parte, también se ven expuestos a toda la gama de enfermedades asociadas a los nuevos estilos de vida, enfermedades como el asma, afecciones coronarias, apoplejías y ciertos tipos de cáncer.

Los sistemas sanitarios de los países miembros de la Europa de los Quince no se adaptan a las necesidades sanitarias de la población inmigrante (ver De Muynck, Verrept y Loucks en este volumen). Dichos sistemas responden exclusivamente a la cultura dominante y por ello no están dotados para satis-

facilitar las necesidades de unas sociedades cada vez más diversas lingüística y culturalmente. Existe una gran necesidad de facilitar mecanismos y servicios de salud dirigidos de forma específica a los diferentes grupos o subculturas étnicas. Al no existir una orientación multicultural en la provisión de estos servicios, los miembros de grupos étnicos no nativos con frecuencia encuentran grandes dificultades en su interacción y utilización de unos servicios socio-sanitarios diseñados para otra población. Políticos, gerentes y proveedores han de considerar los diversos universos culturales que rodean a los inmigrantes.

En la Europa de los Quince, los inmigrantes presentan por lo general un mayor número de bajas por enfermedad y una mayor utilización de prestaciones sociales. Sin embargo, no han sido ellos los que han elegido esta situación, sino que se les presenta como única alternativa ante unas estructuras inadecuadas y unas circunstancias que escapan a su control. Sin embargo, ¿cómo denunciar esta situación en las sociedades receptoras europeas en un período de recesión económica y en un momento en el que los gobiernos están tratando de reducir gastos sanitarios y reorganizar sus sistemas de pensiones para ajustarse al reto de la Unión Monetaria?

Si los propios emigrantes y los países receptores percibieran la inmigración como una situación temporal, podrían quizás reducirse muchos de los conflictos socio-económicos originados cuando ésta se concibe como un viaje sin retorno. El aumento de grupos nacionalistas que hemos podido constatar en elecciones recientes celebradas en toda Europa, podría sugerir que quizás la Unión Europea haya alcanzado su capacidad límite para absorber e integrar inmigrantes y refugiados. Incluso Suecia, un país que siempre ha seguido una línea muy progresista en sus políticas migratorias, ha introducido recientemente una orientación mucho más restrictiva. Como resultado de dicha política, resulta mucho más difícil el obtener el *status* de refugiado político, al mismo tiempo que los refugiados por motivos económicos están siendo repatriados a sus países de origen. De la misma forma, también es más difícil ahora el obtener un permiso de trabajo en el país de acogida. En Alemania está sucediendo lo mismo, siendo todo ello parte de la política de unificación de normativas comunes y compatibles con el fin de posibilitar en un futuro el libre movimiento de personas, incluyendo inmigrantes y refugiados.

Dada esta situación, cabría suponer que la Comisión Europea ya hubiera iniciado medidas adecuadas en materia de salud. Sin embargo, el Tratado de Roma no dotó a la Comisión de competencias específicas en este campo. En la pri-

mera etapa de la Comunidad Europea no se diseñó una estrategia o una política global, sino que tan sólo se realizaron algunas acciones puntuales sobre salud y seguridad en el trabajo y se delimitaron ciertas líneas políticas sobre aspectos ambientales y socio-económicos con efectos sobre la salud pública.

Fue con el Tratado de la Unión Europea, conocido como el Tratado de Maastricht (1992), cuando finalmente la Comisión obtuvo competencias en materia de salud compartidas con los estados miembros. Esta medida no se debió tanto a un interés específico por la salud de los ciudadanos europeos, como a un intento por recortar los crecientes costes en atención sanitaria en un momento de recesión económica. Las nuevas competencias fueron recogidas en el Artículo 3(0) y en el Artículo 129(a) del Tratado. Es responsabilidad de la Unión el garantizar un nivel de salud elevado en los países miembros, si bien resulta significativo el hecho de que las competencias de la Comisión se limiten básicamente a la prevención y promoción de la salud a través de actividades de información, educación y formación. Incluso algunos de los estados miembros consideran que la Comisión tiene ya demasiadas competencias y estiman que las competencias sanitarias han de ser totalmente excluidas del Tratado. De cualquier forma, habría que mencionar que en el momento de redactar estas líneas, la salud no figura en la agenda de los temas a tratar en la Conferencia Intergubernamental a celebrar en 1996.

En diciembre del pasado año, el Dr. Horst Seehofer, Ministro de Sanidad de la República Federal Alemana, declaró ante el Comité para la Salud y Medio Ambiente del Parlamento Europeo que había llegado el momento de diseñar una auténtica política de salud en la Europa de los Quince, una política que debería estar no obstante sujeta al principio de subsidiariedad, un principio aún por definir. Dicho principio supone que en la práctica la salud pública ha de ser responsabilidad exclusiva de los estados miembros, si bien puede tolerarse la injerencia de la Unión en ciertos campos y bajo condiciones específicas.

La Unión Europea carece de una orientación integrada en cuanto a las necesidades de salud de la población inmigrante. Las competencias sanitarias se hallan dispersas entre las diferentes Direcciones Generales de la Comisión, figurando también algunos aspectos sanitarios en cada una de las políticas comunitarias. La Comisión prevé su participación en futuros encuentros internacionales de forma que se espera que vaya delimitando posiciones de forma progresiva, tal y como ya hizo en 1990 en el Primer Encuentro Internacional sobre Inmigración y Medicina y de nuevo en 1992, en el Segundo Encuentro Internacional

sobre Inmigración y Salud. Sin embargo, actualmente no se prevé ninguna actuación que pudiera ir encaminada al diseño de una estrategia global coherente. Esto se debe básicamente a tres razones: en primer lugar, no se dispone de fondos ni de personal para ejecutar dichas acciones; en segundo lugar, los inmigrantes no cuentan con grupos de presión fuertes que puedan defender sus intereses y finalmente, una estrategia de tales características podría traer consigo injerencias a nivel nacional. Los estados miembros gastan un promedio del 8,1% del PNB en atención sanitaria y son muy conscientes de las repercusiones de una injerencia comunitaria en un área tan importante. Está claro que cuando se discute sobre grandes cantidades de dinero se frena el proceso de integración.

Puesto que los inmigrantes del Tercer Mundo constituyen un grupo marginado en las sociedades que los reciben, también pueden beneficiarse de aquellos programas sanitarios dirigidos específicamente a los grupos marginales nativos. Este es el caso de programas específicos de control de enfermedades como la tuberculosis y de forma más general, de todas aquellas campañas de promoción de la salud. En el caso del sida, existen igualmente campañas informativas especialmente dirigidas a emigrantes procedentes de países del Tercer Mundo.

En la Dirección General de Asuntos Sociales existe una unidad de trabajo dedicada exclusivamente a inmigración que financia proyectos en el campo de la salud. Dichos proyectos cubren aspectos como la asistencia psíquica a los hijos de emigrantes, la implementación de programas de formación para médicos y enfermeras considerando las particularidades culturales y religiosas de las minorías étnicas, la publicación de guías temáticas para personal médico que trabaja con inmigrantes y campañas de información contra la circuncisión de mujeres africanas en Italia. Este último proyecto constituye un buen ejemplo de cómo diseñar una campaña de prevención eficaz considerando la diversidad étnica y cultural.

El trabajo más importante que realiza la Dirección General de Asuntos Sociales es el de facilitar el que los inmigrantes se integren a nivel local y nacional. Se considera que de esta manera se pueden prevenir un gran número de trastornos mentales y traumas entre los inmigrantes y por otra parte, se pueden llegar a reducir las tensiones sociales generadas en la sociedad receptora. La Comisión propuso que en 1997 se celebre el año europeo contra el racismo. Es ésta una acción a destacar teniendo en cuenta el gran número de personas con actitudes anti-inmigrantes en la Unión, aunque por otra parte, se trata de

una iniciativa acorde con la línea que defiende el Estatuto de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores aprobado a nivel comunitario en 1989 y en el que se subraya la importancia de combatir todo tipo de discriminación por color, sexo, raza, opinión y creencias. En el momento de redactar este artículo, el Reino Unido había bloqueado esta propuesta desde el Consejo Social, como parte de la estrategia que ha iniciado para paralizar la Unión Europea, hasta que se levante el bloqueo a la exportación de vacuno británico impuesto ante el riesgo de contagio de la encefalopatía vacuna hacia las personas.

La Comisión ha de tomar la iniciativa dentro del marco de la políticas existentes y ayudar a los países miembros a resolver los problemas de salud de los inmigrantes. Por ejemplo, no existe un intercambio de información suficiente acerca de los servicios y programas sanitarios para inmigrantes, lo que desde un punto de vista económico supone una aproximación acertada. La Comisión tiene también la posibilidad de hacer uso de los Fondos Sociales y Regionales (con el consenso tácito de los Estados Miembros), para construir nuevos hospitales, establecer servicios médicos dirigidos específicamente a una población multiétnica y formar al personal sanitario para trabajar en un entorno multicultural y multilingüístico. Hasta este momento sin embargo, ningún estado miembro ha aprovechado esta oportunidad.

A pesar de que la libre circulación de bienes, servicios, capitales y personas constituye uno de los pilares fundamentales de la Unión Europea, hasta este momento los residentes extranjeros procedentes de terceros países no pueden cambiar de residencia y trabajar en otros Estados Miembros de forma legal. Actualmente se está discutiendo en el seno de la Unión el cambiar esta situación mediante la aprobación de una nueva legislación referente a la entrada en territorio comunitario y a la libre circulación de todo residente legal en cualquier Estado Miembro. Es importante el que las personas sigan disfrutando una protección social básica cuando cambien su residencia dentro de los países de la Unión. La Comisión siempre ha defendido la idea de que este principio debe ser aplicable para todo aquel que sea residente legal, incluyendo a los inmigrantes. Una vez aprobada la nueva legislación, ésta tendrá repercusiones significativas en el ámbito socio-sanitario hasta tal punto que los inmigrantes legales procedentes de terceros países disfrutarán de la misma protección que los nacionales.

Las disposiciones del Título VI del Tratado de Roma afectan tanto al movimiento de nacionales dentro y fuera de la Unión, como a la situación de

aquellos extranjeros admitidos en los Estados Miembros. Del mismo modo, los extranjeros que tienen residencia legal en los Estados Miembros están protegidos por la normativa comunitaria en materia de trabajo, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, salud y seguridad, educación y formación e igualmente, pueden beneficiarse de los Fondos Estructurales.

El Tratado de la Unión Económica y los acuerdos firmados con países como Túnez (17 de julio, 1995) y Marruecos (26 de febrero, 1996) abrirían (una vez implementados) las fronteras de la Unión Europea para aquellas personas procedentes de estos países que quieran trabajar en la Unión. Estos trabajadores temporales disfrutarían del mismo derecho a prestaciones socio-sanitarias que cualquier ciudadano de la Unión. Por otra parte, en un intento por reducir la presión migratoria, la firma de estos acuerdos con Marruecos y Túnez indica que la Unión tienen previsto el apoyar programas de desarrollo en estos países.

El principio de la no-discriminación se aplicaría a trabajadores inmigrantes legales que tuvieran un permiso de trabajo, quienes disfrutarían de los mismos derechos que los trabajadores nacionales en materia de salario, Seguridad Social, etc. No obstante, estos trabajadores no podrían moverse libremente dentro de la Unión, una situación que podría contradecir el principio de la libre circulación de trabajo recogido en el Tratado de Roma. En todos estos casos se aplica la legislación nacional de los Estados Miembros y de hecho, sería la legislación específica de cada Estado la que determinaría si los inmigrantes podrían traer consigo a sus esposas e hijos, algo no obstante poco probable, ya que los permisos de trabajo tienen limitación temporal. Los Estados Miembros consideran que el traer a la familia conlleva una intención de residencia permanente así como una futura adopción de nacionalidad, algo que contradice los objetivos perseguidos con la emisión de permisos de trabajo temporales.

Uno de los principales objetivos de los programas sociales de la Comisión es contribuir a la integración de los inmigrantes dentro del territorio de un Estado Miembro, así como la incorporación al mercado de trabajo de aquellos cuya contratación resulte beneficiosa para la economía del país. Otro objetivo fundamental es el de favorecer la cohesión social, algo que es importante para la salud y la supervivencia de una sociedad y que implica tanto a los nativos como a los inmigrantes. En este último aspecto en particular, Suecia ha visto cumplidos sus objetivos con bastante éxito.

Las recomendaciones hechas en 1992 en el Consejo, recomendaciones cuya finalidad era la de lograr la convergencia en cuanto a objetivos de pro-

tección y políticas sociales, delimitan una clara definición de objetivos en el campo de la salud: 1) el desarrollo y mantenimiento de un sistema de atención sanitaria de calidad adaptado a las cambiantes necesidades de la población, el tratamiento de patologías, el desarrollo de terapias y la prevención; 2) la garantía de que todos los residentes legales tengan acceso a la atención sanitaria primaria y secundaria.

La tendencia dominante hoy en la Unión Europea es la de limitar la inmigración con la finalidad de garantizar el empleo para los nacionales y proteger los logros sociales. Con esta finalidad, Luxemburgo por ejemplo, tiene una cláusula de excepción que restringe la libre circulación de personas desde la Unión y permite al gobierno frenar una inmigración masiva repentina. Sin embargo, el envejecimiento de la población de la Unión Europea puede forzar a los Estados Miembros a cambiar su postura frente a la inmigración. Si se cumplen las predicciones demográficas, es decir, si la proporción de población mayor de 65 años respecto a la población activa aumenta de forma drástica y no se compensa mediante un crecimiento de la productividad, Europa puede verse de nuevo en la necesidad de importar mano de obra para garantizar así los logros sociales, la edad de jubilación y otras ventajas del estado de bienestar.

Los países de la Unión Europea están limitando de forma activa el flujo de trabajadores de terceros países. No obstante, la libre circulación de residentes legales dentro del territorio de la Unión, precisa de una armonización de políticas de inmigración y de refugiados entre los países miembros. El Sr. Padraig Flynn, Comisario para Asuntos Sociales, ha manifestado repetidamente que el fin último de la política socio-sanitaria de la Unión Europea, es aquel que persigue el que cualquier residente legal de la Unión disfrute de los mismos derechos que los nacionales en materia de empleo y de protección social, incluyendo el acceso a la atención sanitaria de acuerdo con los artículos 3(0) y 129(a) del Tratado de la Unión Europea.

EMIGRACIÓN Y SALUD: FACTORES DE RIESGO HOY Y MEDIDAS A ADOPTAR

*Andreas Geiger**

El estudio del estado de salud física y mental de los emigrantes siempre nos remonta a las siguientes preguntas, ¿por qué enferman los emigrantes?, ¿por qué presentan un mayor número de enfermedades que la población nativa?

Muchos de los participantes en este encuentro se han planteado durante varios años estas cuestiones atendiendo a razones diversas. En primer lugar, porque el análisis de las distintos grupos y clases sociales que conviven en las sociedades urbanas resulta de gran interés para la medicina social y étnica. En segundo lugar, como un resultado de la influencia que ha ejercido la estrategia que la OMS ha diseñado en el programa Salud para Todos en el Año 2000. De acuerdo con este programa, se espera que para el año 2000 el crecimiento de los niveles de salud en los países y grupos más desfavorecidos permita que las diferencias existentes en el ámbito de la salud se reduzcan como mínimo en un 25%. En tercer lugar, porque los costes crecientes originados por la mayor incidencia de enfermedades entre las poblaciones emigrantes, han obligado a incrementar el número de investigaciones en torno al origen y dimensiones del problema.

Toda la problemática asociada a los emigrantes ha de ser analizada desde la propia evolución de los procesos migratorios a lo largo de los años. Los extranjeros que emigraron a países de Europa Occidental durante la década de los 60 y los 70, constituían una población joven que por lo general conseguía trabajo gracias a su excelente constitución física. Por ello durante esta primera etapa, los emigrantes no suponían una amenaza para los hospitales y sistemas de pensiones de los países receptores. Pero la situación es muy diferente hoy en día, una vez que estos mismos emigrantes han venido sufriendo de forma continuada los efectos de duras condiciones de trabajo, rotación laboral, presiones de tiempo y por lo general, fuertes cargas familiares y sociales. También hemos de considerar que en los últimos años la emigración hacia los países de Europa Occidental se ha incrementado drásticamente ante la llegada de personas procedentes no ya sólo del sur, tal y como sucedía en décadas pasadas, sino también de Europa del Este.

* Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad de Melbourne, Australia.

Una visión muy general de la población de emigrantes a nivel mundial muestra que el número de extranjeros que actualmente viven en los países industrializados de Europa Occidental ya casi ha alcanzado la cifra de veinte millones. La mayoría de estos emigrantes proceden de países mediterráneos y de antiguas colonias que un día abandonaron en busca de trabajo o para reunirse con sus familias. Tan sólo en la República Federal Alemana residen actualmente 6,5 millones de extranjeros y se estima que para el año 2000, alcanzarán los 10 millones.

Actualmente hemos de afrontar un serio problema originado por la falta de investigaciones epidemiológicas que nos proporcionen un retrato detallado del estado de salud de la población extranjera, ya sea en Alemania o en cualquier otro país de Europa Occidental. Apenas existen estudios que tengan en cuenta la heterogeneidad existente entre los distintos grupos de emigrantes, sus riesgos de salud específicos, sus actitudes ante la enfermedad, su uso y aceptación de los servicios de salud y las consecuencias a largo plazo de una mayor incidencia de ciertas enfermedades. Únicamente se han realizado algunos estudios muy específicos, en su mayoría locales, que se limitan a analizar la situación de un grupo étnico en particular. Sin embargo, a pesar de todas sus limitaciones, algunos de estos estudios señalan ciertas tendencias.

Los datos muestran, por ejemplo, que en Alemania, los índices de mortalidad infantil, las cifras de defunciones por accidentes laborales y de tráfico, son más elevadas entre la población de emigrantes que entre la población nativa. Otros estudios comparativos realizados en países de Europa Occidental, como por ejemplo Francia, muestran resultados similares. Al comparar los índices de mortalidad infantil entre niños franceses con niños marroquíes por una parte, y niños alemanes con niños turcos por otra, se obtuvieron resultados similares.

Al buscar el origen de las diferencias entre la población emigrante y la población nativa, podríamos deducir que los elevados índices de mortalidad infantil entre los emigrantes se deben, en parte, al déficit de atención prenatal que sufren las mujeres embarazadas extranjeras. De hecho, tal y como revelan algunos estudios sobre la utilización de servicios de salud, las consultas que realizan estas mujeres son más tardías, menos frecuentes y más discontinuas que las de las alemanas. No podemos atribuir posibles diferencias de peso al nacer o una mayor incidencia de nacimientos prematuros al hecho diferencial de atención prenatal. Más bien podríamos explicarlo como consecuencia de la escasa utilización de los servicios de atención materno-infantil por parte de las mujeres

emigrantes y por la falta de orientación a la hora de elegir el lugar más apropiado para dar a luz, un hecho que origina riesgos adicionales durante el parto.

En cuanto a las muertes por accidentes de tráfico en Alemania, lo primero que uno percibe es el hecho de que su incidencia es considerablemente más alta entre la población alemana, si tenemos en cuenta que muy pocos emigrantes cuentan hoy con vehículos privados. Sin embargo los índices de morbilidad y mortalidad por accidentes de tráfico son más altos entre niños extranjeros.

Los riesgos de accidentes infantiles podrían explicarse por falta de concienciación por parte de los padres y por el desfavorable entorno social que rodea a estos niños. Pero al mismo tiempo, no podemos ignorar que estos riesgos se derivan en gran parte de las malas condiciones de vida que soportan los emigrantes, hacinados en barrios muy poblados carentes de infraestructuras recreativas y servicios de atención infantil. Además, hemos de reconocer que, aparte de contadas excepciones, en la mayoría de los casos no se llega a facilitar material educativo alguno sobre prevención de accidentes para todas estas familias con niños pequeños en casa.

¿A qué se debe que el riesgo de accidentes laborales en el sector industrial afecte en mayor medida a los emigrantes? En primer lugar hay que entender dicho riesgo como un efecto de las extenuantes condiciones de trabajo que soportan los emigrantes. Tal y como ya mencionamos anteriormente, los trabajadores extranjeros, que durante muchos años disfrutaban de un nivel de salud superior al de la población alemana, han tenido que ir pagando tributo a duras condiciones de trabajo, una constante rotación laboral, presión del tiempo y fuertes cargas sociales y familiares. Por lo general han de asumir todos aquellos riesgos que se generan en el lugar de trabajo, riesgos que muy frecuentemente son subestimados. Cabría cuestionarse, para lo que previamente tendríamos que hacer una extensa revisión de estudios realizados desde una perspectiva cultural, antropológica o socio-médica, si el origen mayoritariamente agrario de al menos la primera generación de emigrantes no podría haber generado un cierto nivel de alienación entre estos trabajadores.

Los emigrantes han de afrontar un riesgo adicional de enfermedades y accidentes laborales derivados del tipo de trabajo que desarrollan en el que, de forma cotidiana, han de enfrentarse a medios de producción altamente mecanizados. Este supuesto parece confirmarse si comparamos los datos referidos a los trabajadores extranjeros que residen en Francia. Estos datos indican que el

continuo proceso de asimilación de emigrantes, más allá de generar una mayor movilidad a lo largo de los años, movilidad que a su vez aumenta como resultado de un número cada vez mayor de residentes extranjeros, supone una amenaza importante para la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo.

Por otra parte los elevados índices de morbilidad y mortalidad que presentan los emigrantes indican que los riesgos físicos también vienen acompañados por riesgos de tipo psicológico y social. Observamos que la prevalencia de suicidios y la incidencia de enfermedades tales como la anorexia y la bulimia, por ejemplo, son mucho más elevadas entre las jóvenes extranjeras. Les presentamos todos estos datos tan sólo a modo de ejemplo.

Con el riesgo de ir demasiado lejos, y adentrándome quizás en el terreno de la especulación, me gustaría añadir algunos comentarios sobre los brotes de racismo surgidos recientemente en Alemania y en otros países europeos. Querría traer a su imaginación el miedo que todos los días, más bien todas las noches, sufren estos trabajadores extranjeros cada vez que un ruido los despierta con el temor de que una banda racista haya irrumpido o esté incendiando su casa.

Un informe de la Cruz Roja Internacional señala que la campaña alemana de prevención contra el sida parece no llegar a la población turca. Existen varios factores que podrían ayudarnos a explicar este hecho:

1. La cultura islámica y los preceptos morales. La comunicación en torno a la sexualidad es un tema tabú entre miembros de diferente género y generación. Dentro de las familias turcas, apenas se dan explicaciones sobre sexualidad y otros procesos vitales. Las actitudes en torno a la salud y la enfermedad son de tipo federalista, es decir, apenas se considera que puedan existir habilidades a nivel individual para afrontarlas.
2. El lenguaje. En general sucede que la población turca no comprende o bien malinterpreta los anuncios de la televisión y los folletos informativos de las campañas de prevención, así como tampoco llega a comprender el significado de ser seropositivo o seronegativo en relación al VIH. Sabemos que la simple traducción de materiales de prevención al idioma turco o a cualquier otra lengua apenas tiene sentido, puesto que dicha traducción no tiene en cuenta el nivel de información ni la idiosincrasia cultural de la población a la que van dirigidos estos materiales, con lo que muy a menudo su significado se distorsiona.

3. Las percepciones. Existe una falta de concienciación entre las personas afectadas, ya que su infección viene asociada a ciertas prácticas sexuales no aceptadas socialmente, prácticas tales como la homosexualidad, el sexo anal, etc.
4. Vías de transmisión. La prensa turca (que sigue constituyendo la principal fuente de información para muchos turcos que viven en Alemania), por una parte resta importancia a la infección mientras que, por la otra, presenta noticias de marcado carácter sensacionalista en la que se describen casos muy personalizados con una interpretación de carácter religioso. El sida es descrito como una enfermedad transmitida a través de turistas y emigrantes que retornan del extranjero. No se facilita ninguna información objetiva sobre la enfermedad ni tampoco se dan pautas a seguir para prevenir su contagio. No obstante, cabe destacar que a comienzos de este año, el gobierno alemán decidió lanzar en Turquía y dentro del marco de un programa de promoción de salud, una campaña para la prevención del sida por un período de tres meses.
5. Patrones de conducta. Los servicios de asesoramiento y las pruebas del sida que ofrecen las autoridades y las instituciones alemanas apenas son utilizadas por la población turca, muy especialmente en áreas no urbanas. Esto probablemente se deba al miedo de las personas afectadas a ser identificadas y deportadas, puesto que la infección por VIH constituye hoy uno de los motivos de deportación del país. Otro problema frecuente lo constituye la ausencia de personal extranjero en los servicios de prevención y asesoramiento sobre sida, hecho que añade nuevas limitaciones a las barreras culturales y lingüísticas

Todas las características distintivas que acabamos de esbozar han de considerarse en la práctica si queremos hacer frente a la perspectiva tradicional y unidireccional que domina los folletos informativos, afiches, anuncios de televisión y vídeos utilizados en las campañas oficiales de prevención del sida. Es evidente que todas estas medidas son importantes y necesarias a la hora de generar un mayor interés y elevar el nivel de información. Sin embargo hasta ahora la mayor parte de estos materiales se han limitado a ser una simple traducción de los folletos informativos dirigidos a la población alemana, con lo que no se han considerado las singularidades étnico-culturales de la población turca. Éstas se han considerado tan sólo en algunas campañas de prevención dirigidas a poblaciones muy específicas y se han desarrollado de forma muy personalizada.

Podríamos extraer las siguientes conclusiones:

1. Si queremos que las campañas de prevención para determinados colectivos inmigrantes perduren en su objetivo de modificar conductas de riesgo, éstas han de considerar el estilo de comunicación particular de estos grupos, cultura, idioma, nivel educativo y medios de comunicación. En el caso específico de la población turca, estos programas deben incluir iniciativas específicas para cada sexo y hacer uso de material audiovisual y campañas informativas en todos aquellos medios utilizados por estos emigrantes, como por ejemplo la radio o los programas de televisión.
2. Este tipo de prevención ha de realizarse al menos en dos niveles: por un lado, hay que mantener las campañas tradicionales realizadas a través de afiches, folletos, anuncios de televisión, etc. Tal y como ya mencioné anteriormente, todas estas medidas son importantes a la hora de captar la atención del público y de elevar el nivel de información en torno al sida. Por el otro lado, este tipo de campañas por sí solas resultan insuficientes, por lo que han de ser complementadas con otros programas de prevención a nivel individual. En estos otros programas será fundamental el vincular la red de los centros de asesoramiento sobre sida con las redes comunitarias de la población de extranjeros, de manera que sean los propios emigrantes los que se impliquen en actividades de voluntariado. Sería conveniente buscar el apoyo de programas de formación para trabajadores sociales u otros actores implicados en los distintos grupos de emigrantes, así como el conseguir financiación para poder implementarlos. La implicación de personas nativas en estos programas resulta fundamental, puesto que éstas cuentan con habilidades lingüísticas y culturales de las que por regla general carece el personal alemán que trabaja con emigrantes.
3. Es preciso diversificar las campañas de prevención. Esto nos permitiría no sólo acceder a las diferentes nacionalidades a las que van dirigidas dichas campañas, sino también dar respuesta a las diferencias existentes dentro de un mismo grupo de emigrantes. Para ello tenemos que elaborar materiales de prevención específicos de acuerdo a los distintos grupos de edad, según se trate de escolares, adolescentes, emigrantes de primera o segunda generación, etc. También es necesario realizar campañas dirigidas a los principales grupos de riesgo.
4. Para que las campañas de prevención sean aceptadas entre la población de emigrantes es fundamental que éstos se impliquen en ellas y que se tengan

en cuenta sus particularidades culturales en la elaboración de los programas educativos. Los proyectos en torno al sida han de partir de estructuras ya existentes y estar integrados en el trabajo social que se realice a nivel local.

5. Resulta imprescindible implementar campañas de sensibilización que eviten que los emigrantes sean percibidos por el resto de la población como un grupo de riesgo particularmente afectado por la enfermedad, algo que podría dar lugar a prácticas discriminatorias. Gracias al apoyo de la Unión Europea y a nuestros vínculos con varios países hemos llevado a cabo algunas campañas de prevención del sida, campañas en las que se han elaborado folletos informativos y anuncios televisivos especialmente dirigidas a las poblaciones de emigrantes que viven en la Unión Europea.

Los resultados de algunos estudios limitados (referidos únicamente a ciertos grupos étnicos con problemas de salud muy concretos y que han sido realizados a partir comparaciones internacionales entre países receptores y emisores y entre varios países anfitriones), nos muestran que el riesgo de enfermar es mucho mayor entre las personas que han de afrontar los procesos de adaptación que van ligados a la emigración. Este mayor riesgo lo apreciamos en todas las minorías étnicas, riesgo que va aumentando de forma sorprendente cuanto más tiempo permanecen los emigrantes en el país anfitrión, de forma que a medida que pasa el tiempo, éstos presentan un número cada vez mayor de accidentes laborales y de trastornos de tipo psiquiátrico y psicossomático.

También hemos de considerar las diferencias de edad que existen entre la población emigrante y la población nativa. Por ejemplo, un 42% del total de la población alemana supera los 45 años, mientras que tan sólo el 22% de los extranjeros superan esta edad, porcentaje que en el caso de los emigrantes turcos se reduce a un 16%. Para decirlo de forma más clara: el 80% de la población de extranjeros en Alemania tiene menos de 45 años, porcentaje que en el caso específico de la población turca se eleva a un 85%, mientras que entre los alemanes solamente un 60% tienen menos de 45 años.

Tampoco podemos olvidar que tras cierto período de tiempo, los emigrantes también se van a ver afectados por aquellas enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, etc.), muy frecuentes entre la población alemana y la de otros países de Europa Occidental. Se estima que en 10 años, el número de extranjeros afectados por estas enfermedades añadirá unos costes adicionales a los de la población nativa. Ante esta situación, hemos de concluir que no

se trata sólo de poner más atención al estado de salud de los extranjeros, tal y como señala la estrategia de la OMS recogida en el programa Salud para Todos en el año 2000. A estas alturas también tenemos que afrontar el problema desde una perspectiva económica, dado que en el futuro la presión sobre hospitales y sistemas de pensiones tenderá a crecer considerablemente ante una nueva clientela formada por emigrantes.

No podemos seguir posponiendo la realización de investigaciones epidemiológicas y estudios sobre los servicios de atención en salud, en los que se implique a la población de emigrantes y se planteen todas aquellas cuestiones referentes al uso y aceptación de estos servicios. A partir de los resultados obtenidos, podrán llevarse a cabo todas aquellas iniciativas encaminadas a mejorar la investigación y la provisión de atención sanitaria. Estas iniciativas podrían incluir: primero, estudios interdisciplinarios e interculturales más detallados y más amplios en torno a la prevalencia de enfermedades físicas o mentales entre los emigrantes. Estos estudios tendrían en cuenta aspectos culturales, antropológicos y etnolingüísticos específicos y tendrían que ser validados mediante comparaciones entre diferentes países. Segundo, investigaciones en torno a las causas y la relación existente entre un mayor riesgo de enfermar y todos aquellos problemas ligados a los procesos de adaptación socio-cultural que han de afrontar los emigrantes. Tercero, dotar de un personal capacitado lingüística y culturalmente en todos los servicios dirigidos a los emigrantes y muy especialmente aquellos que ofrezcan una atención de tipo psicosocial. Finalmente, creación de servicios psicoterapéuticos para jóvenes y familias en los que se traten crisis familiares, conflictos culturales y prevención de suicidios.

Estas son algunas de las cuestiones a considerar en un contexto internacional y que de hecho no podemos seguir posponiendo por razones éticas, sociopolíticas y económicas.

RECIENTES DINÁMICAS MIGRATORIAS EN ESPAÑA. EFECTOS SOBRE LOS PROCESOS DE INSERCIÓN-EXCLUSIÓN SOCIAL

*Carlos Pereda, W. Actis, M. A. de Prada**

El equipo de investigación del que formo parte (Colectivo IOE), no está especializado en el tema de la salud. Nuestras investigaciones se han desarrollado sobre diversos aspectos de las inmigraciones extranjeras en España pero no sobre el tema sanitario. Por lo tanto, esta intervención y las indicaciones que pueda sugerir son en un ámbito más genérico, aportando alguna información, sobre todo a los colegas que vienen de otros países y que probablemente desconozcan la situación inmigratoria en España.

Hay una cuestión que parece obvia: ¿Cuál es la causa de nuestra preocupación, el objetivo de nuestra investigación? Se habla de inmigración extranjera y parece evidente a qué nos estamos refiriendo. Sin embargo creemos que no es nada evidente y que es una cuestión sobre la que merece la pena reflexionar antes de desarrollar programas sanitarios. Se supone que inmigración extranjera hace referencia a colectivos sociales que carecen de un atributo que tienen los ciudadanos de un país, que es la nacionalidad. Aparentemente quien no tenga en nuestro país la nacionalidad española es extranjero y sería por tanto motivo de nuestras reflexiones. Creo que esto no es así; no es la categoría de extranjero la que nos ocupa; son algunos extranjeros y no todos los extranjeros.

En los estudios de inmigración que hemos realizado llama muchísimo la atención cómo en España, que tiene una recientísima experiencia inmigratoria, la presencia de los extranjeros aparece como una anomalía, como algo extraño, como la presencia de grupos sociales que están fuera de sitio, que no están en el sitio donde debieran, que no están en su país donde debieran estar. Esto responde a la poderosa ideología de lo nacional, que construye la identidad en casi todo el mundo. Es decir, se supone que a un territorio le corresponde un pueblo y que gente de otro pueblo en este territorio es algo que chirría, que no funciona, que causa problemas. A poco que conozcamos la realidad histórica,

* Colectivo IOE, Madrid, España.

las relaciones y la heterogeneidad social nacional, ésta es una constante en el mundo. En Europa hay una gran preocupación por una presencia importante de gente que viene de fuera, unos veinte millones que vienen de fuera de la Comunidad Europea (esto cambia porque Unión Europea cada año es diferente), y ya se ha olvidado que unos ochenta millones de europeos salieron hace más de un siglo hacia al resto del mundo.

Estos fuertes movimientos migratorios, característicos de toda la historia de la humanidad, adoptan formas específicas en cada momento histórico. Es importante situarnos en el contexto histórico actual de una economía global, de una sociedad global fuertemente transnacionalizada donde, aparentemente, los representantes de las naciones cada vez tienen menos fuerza y menos capacidad de intervenir y regular los flujos sociales, económicos, que se dan entre países. Quiero señalar que nos movemos con categorías que tienen una gran fuerza ideológica pero cada vez menos capacidad explicativa. La idea resumen sería: no estamos en una realidad internacional donde los sujetos son los Estados, las naciones, y donde, entre ellos, se producen intercambios. Estamos en una realidad global donde los Estados son un elemento más de esa realidad global.

Además esta realidad global, contrariamente a lo que afirman las ideas dominantes en nuestro contexto social, no es una realidad abierta e igualitaria, no es un mercado libre. Es una realidad jerárquicamente estructurada -se suele llamar la realidad norte-sur- donde hay sectores de este mundo con poder, con capacidad de dominación, de dictar políticas; esto tiene enorme trascendencia en el tema de las migraciones internacionales.

Lo curioso en este sentido, creo que hay que resaltarlo, es que hay un proceso creciente de apertura hacia la libre circulación de capitales; los Estados, ni aún los más poderosos, tienen capacidad para regular los flujos extranjeros internacionales. Eso se ve en los grandes movimientos especulativos en que los capitales se van hoy a la bolsa de Nueva York, mañana a la de Tokio, luego a la de Frankfurt, etcétera. No hay políticas estatales, ni políticas de los grandes países capaces de regular eficientemente esto. Hay una apertura creciente; la libre circulación de capitales excede a la capacidad de regulación de los Estados es un hecho cada vez mayor. La libre circulación de mercancías gana terreno permanentemente con los acuerdos del GATT y la constitución de la organización mundial del comercio, que pretenden una apertura dirigida pero creciente del flujo de mercancías que causa y causará graves complicaciones sociales que no va a beneficiar a todos por igual. Aquí estamos viviendo ahora

mismo una: el problema que tienen los transportistas marroquíes para atravesar España por las cuestiones de los acuerdos de la pesca, la libre circulación de mercancías agrícolas, etcétera.

Con dificultades estos flujos ganan terreno en cuanto a su capacidad de circulación; en cambio, los flujos humanos están cada vez más fuertemente regulados, lo cual plantea una contradicción a la ideología de la libertad de circulación y del libre cambio. Además occidente ha reclamado durante años, y con razón, a los países del Este porque no dejaban salir a la gente; luego cuando han podido salir no queremos que entren aquí. En este mundo cada vez más transnacionalizado, jerárquicamente estructurado, donde las situaciones de los países del sur no es ajena a las políticas que se desarrollan en los países del norte, la capacidad de moverse de la gente está fuertemente restringida; en los países del norte hay serias restricciones para que venga la gente del sur. Tiene bastante que ver la forma que tienen las migraciones con las situaciones en que se encuentran los distintos inmigrantes y con las políticas sociales que se pueden desarrollar.

En este contexto norte-sur que he dibujado muy esquemáticamente España se sitúa como un país de desarrollo intermedio. España está en el norte integrada en la Unión Europea, participa en organismos como la OTAN, intenta jugar un papel activo en organismos internacionales económicos como el Fondo Monetario y el Banco Mundial promoviendo y defendiendo sus estrategias. Pero España es un país pobre dentro del norte, es un país dependiente, periférico dentro de la estructura del norte, y ese lugar que tiene España en ese orden mundial hace que la presencia de extranjeros en este país sea muy diversificada. Esto es muy importante que lo sepan las personas que no conocen la realidad inmigratoria de España. En España, aún hoy, hay más gente que viene de países del Primer Mundo que del Tercer Mundo y, notoriamente, la mayoría procede de países de la Unión Europea; más del 40% de los extranjeros que residen en España provienen de países de la Unión Europea.

Cuando planteo estos datos siempre se me suele decir: "¡Ah, pero esos no son inmigrantes, son europeos!". Es verdad, muchos de los europeos no son emigrantes económicos, no vienen a trabajar. Pero esto entonces se plantea la cuestión de que no es la categoría "extranjero" la que nos convoca aquí; es la de extranjeros y algo más.

Otra cuestión a destacar es el escaso peso cuantitativo que tienen los extranjeros en este país. Las cifras que nos mostró el profesor Geiger comparadas con

las de España son muy diferentes. En España hay unos cuatrocientos mil extranjeros en situación legal, más de setenta y cinco mil que han adquirido la nacionalidad española habiendo sido extranjeros, y un número de irregulares, que ahora no conocemos, que ha descendido y que no es demasiado significativo. En conjunto, esta cifra de población extranjera apenas llega al 1% de la población española, su incidencia aún es pequeña. Su crecimiento ha sido notorio en los últimos años pero es importante tener en cuenta ese volumen restringido porque incluso la capacidad de conocimiento, de investigaciones están condicionados porque su significación estadística es muy pequeña y las estadísticas oficiales no suelen contemplar la realidad migratoria extranjera. Es un número reducido, tiene una incidencia escasa en el conjunto de la población, en algunas regiones es mayor pero no llega al 3%. Curiosamente, donde más importancia tienen los extranjeros es en las Islas Baleares y en las Islas Canarias, precisamente donde se concentran muchos europeos que están viviendo en los sectores de servicio, porque hay bares de ingleses para ingleses, bares de alemanes para alemanes, que viven del turismo y hay retirados, jubilados europeos que viven en las zona de la costa mediterránea y de las islas.

Se puede argumentar que esta población de jubilados, no son parte de la migración; entonces precisemos que existe un importante núcleo de población extranjera que vive en España, que reside en España, que seguramente tendrán necesidades sanitarias. Hay que saber en estas jornadas si la gente que trabaja en España se quiere ocupar o no de esta población y si no se ocupa de ellos pues que se justifique por cuanto es población extranjera que reside en este país.

Hay otro colectivo de extranjeros que no se suele mencionar, que son la gente que ha llegado, que está trabajando vinculada a la entrada de capitales internacionales: *managers*, ejecutivos, cuadros técnicos de empresas transnacionales. Son fuerza de trabajo, mano de obra que está presente en la realidad española y es inmigración económica; no es pobre pero es inmigración.

Existe luego un tercer grupo que podríamos llamar las capas medias, que vienen de países del sur, que no vienen precisamente saliendo de la miseria sino de situaciones sociales que les impiden sus proyectos de movilidad social; gente que tiene estudios universitarios, formación profesional y no puede desarrollar esos proyectos y entonces emigra. Típicamente en España hay grupos latinoamericanos que forman esa inmigración; crecientemente, aunque en forma pequeña, algunos marroquíes, gente que viene con estudios universitarios. Una parte de la inmigración marroquí que es poco conocida pero que empieza a hacerse presente.

Luego está el otro grupo que probablemente sea el más numeroso dentro de algunos colectivos, que es la clásica inmigración que está en situación de carencias económicas, que ocupa los puestos de trabajo menos cualificados, que tiene problemas de vivienda, problemas sanitarios, etcétera. Es decir, tenemos una gama amplia y diversificada de inmigrantes, extranjeros. ¿Por qué nos dirigimos sólo a una? Es la cuestión. Evidentemente tenemos toda legitimidad para trabajar con quien nos parezca oportuno pero es importante entonces decir que no es la propia categoría de extranjero la que nos convoca sino la de ciertos extranjeros. Lo importante es tener en cuenta el juego de las diferencias. ¿Qué quiero decir con esto? Los inmigrantes tienen sus características, hay gente que viene de distintos países de distintos ámbitos sociales, con distintas cualificaciones, con distintos estudios, con distintas formas culturales... Esas son sus características pero otra cosa es cómo la sociedad de recepción, la sociedad autóctona, cómo esta sociedad define a los extranjeros y les atribuye características y construye las diferencias. Este juego existe y normalmente se tiende a intervenir, a hacer programas a partir de categorías y diferenciaciones que elaboramos desde aquí, desde la sociedad de recepción, inventando realidades que no son las de la propia inmigración, proponiendo diferencias que a veces no son las importantes y negando otras.

Aquí quiero señalar que hay tres elementos a nuestro juicio que hay que tener en cuenta: uno es el ámbito de lo jurídico, la capacidad que tiene el Estado, en este caso el Estado español, de definir a la gente. El Estado decide quién tiene la nacionalidad y quién no tiene la nacionalidad española pero también decide a quién le otorga qué tipo de permisos de trabajo. Hay diferentes tipos de permisos de trabajo, a algunas personalidades se les da facilidades para unos permisos y a otros no; por ejemplo, los latinoamericanos tienen facilidad para obtener permisos de cinco años de duración, los marroquíes tienen dificultades para tener permisos que tengan más de un año de duración.

He olvidado citar anteriormente que aproximadamente la mitad de los extranjeros que residen en España provienen de cinco países: cuatro países son de la Unión Europea. Las dos principales nacionalidades de extranjeros en España tienen el mismo volumen, son unas cincuenta mil personas: Marruecos, que sí es el que está en el estereotipo, y, Gran Bretaña; en España hay tantos británicos como marroquíes. Alemania, en tercer lugar; Portugal, en cuarto lugar, y, Francia, en quinto lugar. Es evidente que la inmigración portuguesa es una inmigración sur-norte en el sentido de que es gente que tiene pocas cualificaciones y ocupan puestos de trabajo en el segmento más precario, pero son ciu-

dadanos comunitarios y ya desde el punto de vista estadístico, oficial, administrativo, está en un plano de igualdad con el resto de los comunitarios europeos. Esto que acabo de señalar muestra la invisibilidad de cierta migración, de ciertos extranjeros. La gente de España no se cree que haya tantos británicos como marroquíes; la imagen es que hay muchísimos marroquíes y algunos europeos lo cual no es verdad.

El elemento jurídico es fundamental para construir diferencias desde la sociedad de recepción. El Estado clasifica y decide quién puede o no puede estar en una situación de estabilidad jurídica, quién puede acceder o no a la nacionalidad española y en qué condiciones. Esto tiene repercusiones muy directas en la vida cotidiana de los inmigrantes, y seguramente tiene implicaciones muy directas en su situación sanitaria. Quien carece de papeles a lo mejor no se atreve a acudir al médico; quien para tener papeles depende de estar en buena relación con el empleador no falta al trabajo para ir al médico porque tiene miedo de perder el trabajo y de perder los papeles; hay una relación muy directa entre una cosa y la otra.

Otro elemento es el ideológico-cultural. Desde la sociedad de acogida se tiende a pensar que los extranjeros son totalmente diferentes. Esto impide ver los elementos de igualdad que hay entre extranjeros y nacionales e impide ver las diferencias internas que hay dentro de la población nacional. Esto tiene que ver mucho con la política social y luego otro gran eje de diferenciación es el socio-económico. Hablamos probablemente de extranjeros pobres, extranjeros que ocupan lugares en el mercado de trabajo, en la economía, que están cerca de la precariedad y de la exclusión. Creemos que es muy importante, a la hora de abordar intervenciones de política social, pensar en estas cuestiones: ¿cuáles son las diferencias propias, características de los colectivos inmigrantes?, ¿cuáles son las diferencias que se les atribuyen desde la sociedad autóctona?, ¿cómo debemos elaborar la intervención?

En la exposición inicial Rasmussen decía que los sistemas sanitarios pecan de monoculturalismo. Creo que se puede afirmar sin dudas que la política social en España es totalmente monocultural. La política social pretende tener validez universal. La representante de la Junta de Andalucía, presente en este encuentro, ha afirmado que se ha estudiado la realidad migratoria de los extranjeros en Andalucía y se ha visto que tienen las mismas necesidades que los españoles y, por lo tanto, se les van a dar los mismos servicios. Que se les van a dar los mismos servicios es algo lógico porque realmente casi para toda la pobla-

ción se dan servicios homogéneos, y esta cuestión remite a algo importante, que es la suposición de que estamos en políticas de validez universal y que lo que puede suceder es un grado de adecuación o inadecuación mayor o menor de la gente a esas políticas. (Ahora, con la aparición de la inmigración extranjera y de la ideología de la interculturalidad parece que se han descubierto beneficios gracias a la presencia de extranjeros.)

El problema es que también colectivos de la población autóctona tienen otros códigos culturales y que la política social no contempla esto. En este sentido es una sugerencia para el debate: difícilmente se pueden llevar adelante políticas sanitarias de cara a la inmigración sin impugnar la lógica general de la política social en sentido amplio que es homogeneizadora, monocultural, etnocéntrica y sociocéntrica. No se puede hacer una buena política de integración sanitaria de prevención si no se cambia la política migratoria en general, que mantiene a la población marroquí y del Tercer Mundo en precariedad jurídica permanente que le impide tener una vivienda en condiciones, por lo que la gente vive en condición de hacinamiento con malas condiciones sanitarias. Se trata de desarrollar una política sanitaria integral sin cambiar la política migratoria, y también sin cambiar la situación económica de inserción de estos colectivos.

Al comienzo de nuestra intervención nos hicimos la pregunta de cuál era nuestro objeto de intervención, de reflexión; creo que hay que hablar también de qué capacidad tienen los inmigrantes de ser sujetos en la vida social y en los programas sanitarios. Se tiende a pensar que los inmigrantes son gente que vinieron porque vinieron, están aquí; a nosotros no nos interesan qué lazos guardan con sus países y culturas de origen. Actuamos como si este país fuese cerrado y vamos a ver cómo intervenimos así sobre ellos. Y normalmente se interviene sin tener en cuenta sus aspiraciones ni su realidad cultural. En este sentido apunto una cosa que ya es conocida pero que en las intervenciones que conocemos no son tenidas en cuenta: la importancia de las redes sociales de las comunidades inmigrantes. Tengo que decir que la política migratoria española no favorece el desarrollo de las redes sociales de los inmigrantes; de hecho, dificulta grandemente la reunificación familiar, a pesar de la importancia que tiene el núcleo familiar para la reproducción de pautas culturales, para la atención de los enfermos, para la solidaridad mutua. Por ejemplo, un grupo de hombres jóvenes viviendo solos en una habitación, que tienen que aprender a hacerse la comida, que no tienen quién les cuide, verían muy cambiada su situación sanitaria si tuviesen redes de solidaridad, de ayuda mutua comunitarias. La política oficial en este sentido pone muchas trabas en España.

La posibilidad de que las comunidades inmigrantes sean interlocutores de las políticas sanitarias nos parece básica. En este sentido es fundamental el trabajar en la línea de fomentar la capacidad de los mediadores interculturales, gente surgida de los colectivos de inmigrantes que tenga capacidad de establecer la intermediación. Hay que decir que en España aún estamos con el gravísimo problema de los idiomas: gran cantidad de inmigrantes que no proceden de América Latina no conocen el castellano o las otras lenguas españolas y tienen gravísimas dificultades de expresarse. Hay médicos que no pueden hacer un diagnóstico porque no se entienden con el paciente. Pero éste sería tema de otro debate.

LA EMIGRACIÓN MARROQUÍ A FRANCIA Y SUS REPERCUSIONES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

*Abdessalem Mechkouri**

Preámbulo metodológico

El derecho a una buena salud es indudablemente uno de los derechos más legítimos y más fundamentales del hombre en nuestra época.

La emigración internacional, dado su carácter masivo y las condiciones que la caracterizan, puede originar consecuencias tanto negativas como positivas en la salud de los actores directos y los concernidos indirectamente por el fenómeno migratorio (inmigrantes, poblaciones del país de origen y del de acogida).

Esta cuestión central, va a estructurar las ideas y los componentes de esta comunicación a través de un caso preciso: el de los emigrados en Francia.

En el plano metodológico cabe resaltar el carácter a la vez puntual y complejo de esta problemática:

- Carácter puntual, en primer lugar, ya que la emigración y sus consecuencias están enfocados y aprendidos aquí con una aproximación temática particular y bien determinada: el impacto sobre la salud.
- Carácter complejo, puesto que el impacto de la emigración sobre la salud puede situarse especialmente tanto en el país de origen como en el de acogida; puede también concernir a los actores directos de la emigración como a los que tienen relaciones familiares o profesionales con ellos.

En otro plano, el impacto de la emigración sobre la salud debe necesariamente considerar además de la salud física, la que atañe lo mental y lo psíquico a causa de los daños considerables que afectan esta dimensión fundamental de la salud de los emigrados.

* Profesor Investigador de Geografía, Universidad Moulay Ismail, Meknes, Marruecos.

Los grandes ejes y las cuestiones que van a guiar nuestra reflexión acerca de esta problemática se presenta como sigue :

a. *El estado de salud*

¿Cuál era el estado de salud de los emigrados a su llegada a Francia? La respuesta a esta pregunta permitirá apreciar, a la vez, los riesgos sanitarios que podía tener esta emigración en la población del país de acogida, e igualmente apreciar los daños que sufrirá la salud de los emigrados tras su estancia en Francia.

b. *Exposición a enfermedades*

Una segunda interrogación se perfila y se impone: dadas las condiciones profesionales, socio-económicas y culturales particular y objetivamente más desfavorables de los emigrados marroquíes en Francia, estamos en disposición de preguntarnos: ¿Estos emigrados no están más expuestos a las enfermedades profesionales, a los accidentes de trabajo y también a patologías psicológicas referentes a las dificultades de inserción en el nuevo entorno socio-económico y cultural del país de acogida?

c. *El nuevo medio sanitario*

El tercer eje se va a interesar por las mejoras inducidas por el nuevo medio sanitario y médico del país de acogida; éste se caracteriza por infraestructuras sanitarias, un sistema de cobertura social muy evolucionado y un nivel de prestaciones médicas sin comparación con el nivel del país de origen.

En el marco de estas preguntas, sería pertinente analizar el nivel de acusación real de la comunidad marroquí en sus diferentes componentes socio-profesionales al sistema de prestaciones médicas y sanitarias que prevalece.

Metodología exploratoria sobre los problemas estudiados

Concentrémonos ahora en el impacto de la emigración sobre la movilidad de la salud/enfermedad en los países de origen y de acogida. Teóricamente los movimientos de población de mayor amplitud, tal como el de los marroquíes en Francia, pueden originar transferencias de enfermedades; y, al contrario, factores de buena salud del país de origen hacia el país de acogida.

Veamos primero el problema en el sentido Marruecos-Francia. Se sabe hoy que lo esencial de los flujos migratorios de Marruecos hacia Francia se ha efec-

tuado en un cuadro legal y organizado. La emigración clandestina no se ha desarrollado de manera notoria tras la suspensión de la emigración organizada. Esta emigración clandestina ha sido, por otra parte, ferozmente combatida.

De esta primera verdad se deriva otra igualmente evidente. Los emigrantes legales gozaban al principio de su estancia de una excelente salud, y no podían de ningún modo ser agentes de transmisión de enfermedades a Francia. La razón es sencilla. Todos estos emigrados legales han debido experimentar una selección rigurosa, basada en gran parte en los parámetros sanitarios, edad y aptitud al trabajo.

Durante la época colonial los marroquíes reclutados en el seno del ejército francés, los trabajadores coloniales, los mineros, los jornaleros agrícolas eran objeto de una cuidadosa selección y solo tenían acceso elementos jóvenes, sanos y fuertes.

Después de la independencia de Marruecos en 1956, Francia fue uno de los primeros países importadores de mano de obra al firmar una convención de mano de obra (1 de junio 1963) y una convención de seguridad social (3 de julio 1965).

Esos acuerdos conferían un rol muy importante, por no decir preponderante, a la parte francesa en la selección de los candidatos a la emigración a Francia.

Francia representada en Casablanca por el Oficina Nacional de la Emigración (ONI) ¹ se preocupada ante todo por la seguridad sanitaria de sus ciudadanos y por la rentabilidad económica de la operación.

La severa selección llevada a cabo por el ONI estaba basada en tres parámetros cruzados y complementarios: la edad, el estado de salud y el estado civil.

a. El criterio edad

Conscientes del hecho de que la edad condiciona en gran medida el absentismo por enfermedad y el consumo médico, los responsables del ONI impusieron límites de edad a los candidatos a la emigración: 35 años máximo para

¹ ONI: organismo francés encargado de la gestión de la inmigración en Francia.

los mineros, 45 para los obreros agrícolas y 40 años para los trabajadores en los demás sectores económicos.

Esos límites máximos no reflejan la realidad de la juventud de inmigrantes legales. Entre 1970 y 1973 un trabajador marroquí de cada dos reclutados en Francia, tenía menos de 25 años. En 1975 de los 260.024 marroquíes que vivían en Francia, más de la mitad tenía menos de 45 años.

b. El criterio salud

La ordenanza del 2 de Abril de 1945, precisa las condiciones sanitarias exigidas de los candidatos a la inmigración y al trabajo en Francia. El candidato ha de ser indemne de toda enfermedad infecciosa o parasitaria, mental o psiquiátrica. Ha de ser, por otra parte, apto físicamente para el trabajo que va a emprender.

La selección operada por el ONI pasaba por dos fases. La primera consistía en eliminar a los candidatos demasiado mayores, demasiado bajos, demasiado flacos o con una dentadura en mal estado. Luego los candidatos contratados experimentaban exámenes médicos profundos para detectar defectos, enfermedades orgánicas, metabólicas, parasitarias, infecciosas, transmisibles etc.

Este rigor en la selección de los inmigrantes eliminaba todo riesgo de transferencia de enfermedades a Francia y convertía la emigración marroquí a ese país en una exportación de sanidad.

c. El estado matrimonial

En relación con la edad y el estado de salud, los responsables de ONI optan por los solteros considerados más móviles y menos exigentes en términos de cargas sociales.

En 1973, justo antes de la suspensión de la emigración reglamentaria, los marroquíes reclutados eran en su mayoría solteros.

Ahora veamos el problema de la movilidad de las enfermedades/salud en el sentido inverso, es decir del país de acogida hacia el país de origen. En efecto los riesgos de introducción, o por lo menos de difusión mayor, de enfermedades nuevas en Marruecos, por medio de los emigrantes provenientes de Francia son reales y esto por al menos tres razones.

La primera reside en los fuertes vínculos familiares socio-económicos y culturales que los inmigrantes marroquíes siguen teniendo con su país de origen, y que se manifiestan en retornos frecuentes y regulares a su país para pasar las vacaciones.

La segunda está relacionada con el hecho de que Francia constituye un medio favorable a la propagación de enfermedades de transmisión sexual, dadas las pautas más libres que rigen la vida sexual de la población. Por ello es un medio con riesgos elevados, particularmente con el sida, en el cual se mueven los inmigrantes marroquíes, que, si están infectados, pueden ser un agente de transmisión de estas enfermedades durante su estancia en Marruecos.

La tercera razón está vinculada al hecho de que los inmigrantes constituyen una comunidad vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual por el hecho de su marginación (prostitución, drogas, etc.).

El impacto de las condiciones socio-profesionales y socio-culturales de los inmigrantes sobre su salud

a. El impacto sobre la salud física

En este capítulo, es importante señalar que la enfermedad más mortífera y amenazante para la salud de los emigrados marroquíes en Francia es indudablemente el racismo, puesto que éste no se conforma sólo con excluir y humillar, sino que mata también con una frecuencia y regularidad inquietante. El mal ataca ciega, súbitamente y sin piedad en la calle, en los lugares de trabajo o en cualquier otro sitio; sus víctimas presentan un solo rasgo común: *un facies magrebi*.

Asesinatos y agresiones de magrebíes se han convertido en algo corriente en Francia. Cada año las víctimas se cuentan por varias decenas. Según una lista establecida por Radio-Beur el número de víctimas magrebíes del racismo mortífero alcanzó 48 muertos entre mayo de 1982 y octubre de 1983.

Por otra parte, la estructura socio-profesional de los trabajadores se caracteriza por su fuerte concentración en las actividades que tienen fama de ser peligrosas, contaminadoras, duras y con altos riesgos para la salud de los trabajadores.

La agricultura, las minas, la construcción, la siderurgia y la industria mecánica acaparan lo esencial de los activos marroquíes en Francia.

Por esto los trabajadores marroquíes en Francia están mucho más expuestos a enfermedades profesionales tal como la silicosis para los mineros, los accidentes de trabajo y a una degradación acelerada vinculada a las condiciones de trabajo.

La concentración de marroquíes en las hulleras del Norte y del Pas-de-Calais es particularmente instructiva: de 1967 a 1974, los mineros marroquíes representaron la casi totalidad de los reclutados extranjeros.

Los trabajadores marroquíes, dada la precariedad de sus condiciones son más manejables, menos exigentes y sobre todo desprovistos de la garantía de empleo y se prestan mejor como objeto de esta reestructuración.

En efecto, los mineros marroquíes no se beneficiaban del estatuto de minero al que tenían derecho, teóricamente, seis meses después de su contratación. El reclutamiento en el extranjero permitía no aplicar esta legislación en provecho de los marroquíes considerados como no titulares y sin derecho a este estatuto.

Los mineros marroquíes eran reexpedidos a su país, al cabo de 18 meses de trabajo, luego contratados de nuevo tras algunos meses de vacaciones, a condición de que estuvieran en buena salud.

Este mecanismo ocasionaba a las hulleras ganancias económicas sustanciales en detrimento de los derechos de los trabajadores tales como los gastos sociales (vivienda, cuidados médicos) y la acumulación de antigüedad; además la eliminación de sujetos atacados por enfermedades profesionales sin que cobrasen las indemnizaciones previstas por la legislación para estos casos.

b. El impacto de las condiciones socio-culturales sobre la salud psíquica y mental

Otra dimensión importante del impacto de la emigración sobre la salud de sus actores es la salud mental, desgraciadamente muy poco mensurable, ya que estos individuos viven esta condición en el silencio y no pueden ser objeto de estudios cuantitativos.

Estamos pensando en la salud mental y en el equilibrio psíquico de los emigrantes que están a menudo gravemente alterados a causa de la hostilidad, la incomprensión, la xenofobia y el racismo reinantes.

Las frustraciones afectivas, sexuales y culturales causan daños considerables en el seno de los emigrantes que viven solos ya sean solteros, divorciados, viudos o los que no se beneficiaron de la reagrupación familiar.

Estos viven en una soledad destructiva de las funciones psíquicas y fisiológicas más fundamentales de un ser sano: impotencia sexual, depresiones nerviosas, complejos de inferioridad, y otros males psíquicos son el pan de cada día de numerosos emigrantes marginados. Estos emigrantes están frente a una contradicción desestabilizadora entre la imagen y los mitos de la sexualidad tal y como están percibidos en el país de origen y la mujer real en Francia, la percepción de la mujer y la dialéctica del deseo, por lo que están gravemente perturbados.

Son gente que sufre una ausencia de afectividad, viven entre la abstinencia forzosa y la repulsa del deseo sexual. Estas repetidas frustraciones se traducen a menudo por una impotencia sexual de origen psíquico.

A este respecto Tahar Benjelloun nos dice: "El sistema de la emigración ha forjado una imagen del emigrado: una fuerza bruta de trabajo, sin corazón, sin testículos, sin deseos, sin familia; en resumen, apenas un hombre."

La impotencia sexual esta percibida como principio de la muerte. Tahar Benjelloun describe este estado del alma como sigue: "La impotencia es también pérdida de identidad y de vida: el hombre impotente se encuentra no sólo separado de la vida sino también amenazado de perderla, simbólica y realmente".

Las mejoras de las condiciones sanitarias de los emigrantes marroquíes en Francia

Es innegable que la emigración desde un país en vías de desarrollo hacia un país desarrollado se traduce de manera general por modificaciones, a veces profundas, tanto de las condiciones objetivas de encuadramiento médico y sanitario (infraestructuras, nivel de encuadramiento, sistema de financiamiento, etc.) como de la actitud cultural y de comportamiento de los emigrantes en relación con sus problemas de salud.

En efecto, el convenio de la seguridad social firmado entre Marruecos y Francia, estipula que los trabajadores marroquíes en situación regular en Fran-

cia se beneficiarán, del mismo modo que los ciudadanos de origen francés, de las prestaciones de las diferentes cajas afiliadas a la seguridad social. Entre éstas está la Caja Primaria de Seguros de Enfermedades (C.P.A.M) que cubre los gastos de los cuidados médicos entre 80% y 100% y los riesgos de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo.

Los miembros de la familia del emigrado están cubiertos por estas cajas, pero de manera diferencial, dependiendo si el miembro reside en Francia o en Marruecos. Para los primeros la tasa de cobertura de gastos oscila entre el 80% y el 100% según la naturaleza de las prestaciones o cuidados. Además esta cobertura financiera es directa. Para los segundos la tasa de cobertura es del 50% solamente, es además indirecta puesto que los beneficiarios deben pagar de su propio dinero los cuidados médicos y esperar el reembolso de la Caja Nacional de Seguridad Social.

El nuevo entorno médico e institucional, más avanzado que el del país de origen, permite mejoras notorias y cambios positivos en los dominios siguientes: 1) Una mejor acción de prevención sanitaria por medio de una alimentación más equilibrada, de una generalización de la vacunas (sobre todo a favor de los hijos) y también de una higiene más rigurosa. 2) Toma de conciencia y confianza creciente en la medicina moderna y una solicitud cada vez mayor de sus servicios y sus cuidados en la cura de diferentes enfermedades. 3) Una mejor planificación familiar: Aunque las familias emigrantes son más prolíficas que las autóctonas, podemos comprobar cierto retroceso de la fecundidad en la emigrante marroquí y un número de hijos por matrimonio inferior a la media de los matrimonios en Marruecos. Esta tendencia a la baja de la natalidad, que beneficia ante todo a la salud de las madres, es atenuada por la persistencia de tradiciones natalistas, sobre todo en el seno de los emigrados de origen rural y entre los analfabetos.

No obstante este optimismo debe ser moderado y relativo puesto que numerosas lagunas y problemas caracterizan las condiciones sanitarias de los emigrantes; además resistencias de naturaleza socio-cultural se oponen todavía a esta evolución más bien positiva. Vamos a citar aquí los más importantes:

a. Acceso desigual y selectivo de los emigrantes marroquíes al sistema de cobertura médica

Los primeros excluidos son naturalmente los emigrantes en situación irregular. Este componente de emigrantes estadísticamente incuantificable, no

tiene acceso a ningún sistema de cobertura médica ya sea público, mutualista, o privado.

Además de los clandestinos, los trabajadores marroquíes en situación de paro no tienen derecho a la cobertura médica en Marruecos inmediatamente y en Francia después de cierto periodo de inactividad.

Esta medida atañe ciertamente tanto a los emigrantes como a los nacionales pero como se sabe, el paro, sobre todo de larga duración, abarca con una proporción mayor a los emigrantes en comparación con los ciudadanos de origen francés.

b. Dificultades de comunicación de los emigrantes con el cuerpo médico y para-médico

Las diferencias culturales y lingüísticas persistentes enturbian considerablemente la comunicación entre el cuerpo médico y para-médico y los emigrantes que solicitan sus curas y prestaciones. Este *handicap* atañe particularmente a la primera generación de emigrantes, a los de origen rural y a las mujeres. Estas categorías son las más caracterizadas por el analfabetismo y la falta de dominio de la lengua francesa.

Sobre esta incompreensión que impera entre los emigrantes y el cuerpo médico, Tahar Benjelloun cita en su libro "Hospitalidad francesa", el testimonio de un médico francés que trabaja para la empresa Renault. Este último nos dice a propósito de los trabajadores emigrantes: "¡Estoy furioso! Me hacen perder un tiempo enorme. Consultan por nada y ni siquiera saben lo que tienen. Para ellos siempre es grave y confunden todo, el vientre, el estómago, el bazo y el hígado... fingen".

En el seno de los emigrantes marroquíes en Francia la medicina moderna goza de un prejuicio muy positivo. La vivísima admiración ante los progresos tecnológicos en todos los dominios concierne igualmente al dominio médico. La eficacia de los tratamientos y cuidados es a menudo alabada y subrayada por los emigrantes, la alta tecnología de los aparatos utilizados está a menudo mitificado. Esta creciente confianza en la medicina occidental, se traduce en una demanda masiva a sus curas para todas las enfermedades del cuerpo. Las prácticas y usos de la medicina tradicional se mantienen sin embargo para enfermedades sin gravedad tales como el catarro, las diarreas etc. Cabe notar ade-

más que para las enfermedades de origen psíquico, los emigrantes siguen teniendo también más confianza en la medicina tradicional. Los curanderos son investidos de un poder excepcional por el consultante que les respeta y mitifica. Para actuar sobre el sistema nervioso estos últimos utilizan las plantas y la palabra.

Refiriéndose al problema de la importancia sexual Tahar Benjelloun nos dice: "El imaginario magrebí amputa este fallo a un bloqueo mágico, un encadenamiento de virilidad por brujería, a menudo comandada por una mujer. El papel del curandero, consiste entonces en localizar el mecanismo del bloqueo y en desmantelarlo por un sistema de magia más potente".

De manera general, podemos decir que los emigrantes se vuelven más receptivos ante la medicina occidental cuando se trata de enfermedades del cuerpo, mientras que son muy escépticos ante los métodos de la psiquiatría para curar enfermedades y traumatismos que afectan la salud mental.

Globalmente podemos afirmar que la emigración marroquí en Francia no tiene impacto negativo notorio sobre la salud de los ciudadanos franceses, dado el estado perfectamente sano de los emigrantes en el momento de su llegada en el país de acogida.

En cambio, los efectos de la emigración sobre la salud de los marroquíes que viven en Francia son particularmente devastadoras tanto a nivel físico como a nivel psíquico y mental.

Las condiciones de trabajo y de vida particularmente desfavorables de los emigrantes, añadidas a las dificultades de inserción socio-cultural favorecen toda clase de enfermedades, traumatismos graves y a veces irreversibles.

Sin embargo, cabe reconocer que la inmigración indujo una mejora cualitativa de las condiciones sanitarias de los emigrantes y de sus familias, gracias al alto nivel de las infraestructuras médicas, y al sistema de protección médica en vigor en el país de acogida.

Bibliografía

Belguendouz A. *L'émigration des travailleurs marocains*. La Grande Encyclopédie du Maroc. Volume de géographie humaine. Paris: Denöel, 1983.

Benjelloun T. *Hospitalité Française*. Paris: Editions du Seuil, 1984.

Benjelloun T. *La Plus Haute des Solitude Paris*: Editions du Seuil, 1977.

Benjelloun T. *La Réclusion Solitaire*. Paris: Denoël, 1976.

O.M.S., Bureau Regional de l'Europe. *Les aspects socio-sanitaires des travailleurs marocains migrants en Europe (France, Pays-Bas, Belgique)*. Copenhague: OMS, 1986.

Zehraoui A. *L'immigration de l'homme seul à la famille*. Paris: Ciemi l'Harmattan, 1994.

SALUD E INMIGRACIÓN ECONÓMICA DEL TERCER MUNDO EN ESPAÑA

*Antonio Ugalde**

Como es bien sabido España ha sido históricamente un país de emigrantes. Durante siglos el excedente laboral se dirigió a América, en las primeras décadas de este siglo hacia el norte de África y más recientemente, desde la década de los 50 y hasta mediados de los 70, hacia países de la Unión Europea.

La década de los años setenta marca un punto importante en la historia contemporánea del movimiento migratorio español: empieza a reducirse significativamente el número de españoles que emigran al extranjero, al mismo tiempo que empieza a aumentar considerablemente el número de inmigrantes extranjeros en España. De 165.000 residentes extranjeros en 1975 se pasa a 415.000 en 1992. A este número hay que añadir los trabajadores con permisos temporales y un número de indocumentados que diversas fuentes han estimado entre 70.000 y 294.000 (Vidal Domínguez, 1993; Aragón, 1989; de Prada, 1989). A pesar de que en 1990 España ocupaba el séptimo lugar en la Unión Europea en relación al número de residentes extranjeros, su rápido crecimiento ha hecho que los expertos la consideren junto con Italia, como un nuevo centro de inmigración dentro de la Unión Europea (Izquierdo, 1990; OECD, 1990; OIT, 1990)¹.

Este trabajo se centra en el estudio de la inmigración económica de personas procedentes de países del Tercer Mundo, distinguiéndola de la inmigración política (exilados voluntarios y forzados), y de la de países industrializados. Quizás sea necesario recordar que en la actualidad el mayor número de residentes extranjeros en España, es decir de inmigrantes legalizados (casi un 60%), proviene de otros países de la Unión Europea (Blanco Fernández, 1993). De todos ellos, son aquellos procedentes del Reino Unido los que representan el

¹ Italia también ha sido considerada como un nuevo centro de inmigración por las mismas razones. Algunos autores han señalado que España e Italia presentan las tasas de fertilidad más bajas del mundo en un momento en que se está produciendo una explosión demográfica en África del Norte. El creciente y rápido crecimiento del flujo migratorio desde el norte de África hacia España e Italia se ha atribuido en parte a la existencia de dinámicas demográficas opuestas entre ambas regiones.

* Doctor en Sociología, Departamento de Sociología, Universidad de Texas, Austin, EEUU.

porcentaje más elevado. El proceso migratorio, los niveles y problemas de salud, la accesibilidad a los servicios y las barreras a su utilización son muy diferentes entre los tres tipos de inmigración (Bourdillon et al., 1991; Holtzman y Bornemann, 1990).

Mientras existan profundas diferencias económicas entre el norte y el sur, la inmigración económica hacia España tenderá a incrementarse (Fielding, 1993; López García, et al. 1993; Actis et al., 1993; Salt 1992; Callovi, 1993). Muy probablemente, es difícil que cambie esta tendencia cualquiera que sean las políticas migratorias que se aprueben tanto en España como en la Unión Europea (Actis et al., 1993; Archdeacon, 1992; Martín, 1992). No podemos olvidar que España se encuentra situada a escasos kilómetros de Marruecos y que anualmente cientos de miles de marroquíes cruzan la península desde Europa para visitar a sus familiares en su país de origen. Por otra parte, España conserva estrechos lazos históricos y culturales con Latinoamérica y respeta la doble nacionalidad para una serie de países de esta región.

El grupo de inmigrantes que ha crecido más rápidamente en España es el de los magrebíes, pero dado el elevado número de indocumentados existentes, es difícil saber su número con precisión. Antes de la regularización de 1991, se estimaban unos 68.000 magrebíes indocumentados, mientras que en 1991 unos 48.142 solicitaron legalizar su situación a través de dicho programa de regularización². Para hacernos una idea del crecimiento experimentado por este grupo de inmigrantes, podemos utilizar las cifras oficiales referentes a residentes extranjeros (dichas cifras excluyen a los inmigrantes nacionalizados y a los indocumentados). En 1966 tan sólo existían 836 residentes extranjeros procedentes del Magreb, si bien en 1990 esta cifra había ascendido a 17.670 (Blanco Fernández, 1993; López García et al., 1993).

Inmigración, aculturación y salud

Antes de comenzar a describir la situación de salud y los problemas de accesibilidad con que se enfrentan los inmigrantes en España, hay que partir de la idea de que existen diferentes definiciones de inmigrantes. El término inmigrante se puede restringir a la primera generación, es decir aquellos nacidos en el extranjero cualquiera que sea su *status* legal en la actualidad: nacionalizado, residente, indocumentado, refugiado/exilado o trabajador temporal. A veces el

² Aragón Bombín y Chozas Pedrero (1993) recogen un informe detallado del programa de regularización de 1991.

término inmigrante puede también incluir a los emigrantes de segunda generación, es decir, los hijos ya nacidos en el país de inmigración. Generalmente, estas personas son ciudadanos del país en que nacieron cualquiera que sea la situación legal de sus padres, de hecho, estrictamente hablando no son inmigrantes y no aparecen en las estadísticas poblacionales como tales. Sin embargo, frecuentemente los estudios de inmigración cubren segundas generaciones porque su proceso de aculturación es incompleto, pueden tener problemas con el idioma y sufrir discriminación racial y desintegración cultural.

Entre la segunda generación de inmigrantes, el comportamiento frente a la salud y la enfermedad, las actitudes sobre auto-medicación y las conductas preventivas y de promoción de salud vienen determinados en cierta medida por la cultura de los padres. En algunos casos su acceso a los servicios sanitarios es limitado, como es el caso por ejemplo de hijos de indocumentados nacidos en el país de inmigración. Además, la literatura sugiere que la segunda generación de inmigrantes pueden tener problemas específicos de salud producidos por el mismo proceso de aculturación, especialmente si éste se da en condiciones de marginación social (Verdonk, 1982).

El grado de aculturación de los inmigrantes nacidos en el extranjero es muy diferente. Las variables que afectan el proceso de aculturación incluyen la edad en el momento de emigrar, problemas en la adquisición del lenguaje y la afinidad entre la cultura del país o la región de origen y la del país receptor. Desde un punto de vista demográfico o económico, puede resultar importante el cuantificar el número de inmigrantes de primera generación en un momento determinado. Desde un punto de vista sanitario puede resultar igualmente relevante el conocer el grado de aculturación de los inmigrantes de primera y de segunda generación. A pesar de que el número de estos últimos es muy reducido, algunos hospitales (Hospital de Mataró, 1991) han señalado un aumento significativo de casos atendidos en pediatría debido al creciente número de inmigrantes de segunda generación.

Niveles de salud

El primer estudio exhaustivo de la población magrebí en España ha sido realizado por López García y sus colaboradores (1993). Dicho estudio contiene una extensa información sobre el lugar de origen y destino, la situación ocupacional, las condiciones de trabajo y las características socio-demográficas de esta población. Otro segundo estudio importante sobre la población marro-

quí, aunque limitado al territorio autónomo catalán, es el que acaba de terminar el Colectivo IOE (Actis et al., 1994). Otros grupos de inmigrantes han sido estudiados en menor profundidad, a excepción de una extensa investigación llevada a cabo en Madrid (Giménez Romero) y de algunos estudios sobre mujeres inmigrantes de diversos países (Solé, 1994; Marrodan et al., 1991). Las condiciones de salud y la accesibilidad a los servicios sanitarios tan sólo aparecen citados en algunas investigaciones sobre inmigración y de hecho, existen muy pocos estudios que cubran de forma específica el ámbito de la salud (como excepción puede consultarse Prado et al. en este mismo volumen).

Podemos obtener información sobre las condiciones de salud de una población a partir de:

- información recogida en los registros de los centros de salud y hospitales (morbilidad atendida).
- observación participante (morbilidad observada).
- valoración que cada persona hace de su propio estado de salud (morbilidad percibida).
- estudios clínicos de la población (morbilidad clínica).

Morbilidad atendida y observada

En España, la morbilidad atendida constituye un método poco fiable a la hora de medir el nivel de salud de los inmigrantes, ya que muchos de ellos no tienen seguro y por tanto, no acceden a los servicios de salud. Por ejemplo, un pequeño sondeo realizado en Granada entre inmigrantes africanos, halló que un 53% de los 94 encuestados habían padecido molestias o dolores en los doce meses anteriores a la encuesta, pero habían decidido no acudir a los servicios (Gómez Rodríguez, 1992). Este estudio, uno de los pocos centrado en niveles de salud y utilización de servicios, no recoge ningún tipo de información sobre la gravedad de las enfermedades y por tanto, no permite comparar patrones de utilización entre esta población inmigrante y el resto. En 1994 realizamos en Madrid una pequeña encuesta entre trabajadores magrebíes empleados en la construcción (n=100) y trabajadores españoles (n=100). Les preguntamos si habían sentido la necesidad de acudir a un hospital sin haber llegado a hacerlo. Las respuestas nos facilitaron una medida de la morbilidad no atendida. Alrededor de un 31% de los magrebíes no habían acudido a un centro de salud cuando percibieron que debían haberlo hecho, mientras que en el caso de los españoles el porcentaje era de un 22%.

En España existen algunos estudios que analizan la morbilidad atendida en aquellas clínicas utilizadas por los inmigrantes. Por ejemplo, un estudio sobre jornaleros agrícolas inmigrantes realizado en el poniente almeriense registra una alta incidencia de enfermedades derivadas del contacto con plaguicidas (cefaleas, depresiones, mareos, alergias, parestesias) y un aumento en la tasa de intoxicaciones (entre 1980 y 1991 en un hospital local se registraron 85.302 casos). También halló que los empresarios agrícolas que empleaban inmigrantes incumplían las medidas de protección y seguridad (Parrón et al., 1993). El estudio también sugiere una posible relación entre el contacto con pesticidas y el aumento de la tasa de abortos y suicidios.

Los inmigrantes trabajan en la agricultura sin ningún tipo de protección y por lo general en lugares poco ventilados como invernaderos cubiertos con plásticos, lo que da lugar a un número relativamente elevado de accidentes y envenenamientos debidos al contacto con productos químicos, así como a enfermedades respiratorias, oculares y de la piel (Cruz Roja, 1992). También se producen accidentes porque los inmigrantes no pueden leer las instrucciones de los equipos que emplean, ya sea por su limitado conocimiento del español o por ser analfabetos (Pumares, 1993).

Se ha registrado un elevado número de enfermedades de transmisión sexual entre africanos subsaharianos. Casi el 47% de todas las consultas registradas (n=430) en el departamento de dermatología de un hospital del área metropolitana de Barcelona entre 1983 y 1987 eran enfermedades de transmisión sexual (Hospital de Mataró). Desde 1987, año en el que se registró el primer caso, la incidencia de HIV-1 ha venido incrementándose hasta un total de 17 casos registrados en 1990 (ibíd.).

Los informes anuales sobre morbilidad atendida en las clínicas de la Cruz Roja que tratan inmigrantes, también facilitan información sobre los niveles de salud y los problemas que afectan a esta población. Un informe realizado en 1992 en clínicas donde acuden principalmente africanos señala (Cruz Roja c., 1992):

"A grandes riesgos y en porcentajes variables, se detectan en este colectivo enfermedades infectocontagiosas fuera de control sanitario, enfermedades importadas y de difícil tratamiento en los Centros Sanitarios; accidentes de trabajo no declarados ni tratados para ocultar situaciones laborales irregulares; enfermedades derivadas de una mala o inadecuada nutrición con regímenes alimenticios a base de latas de conservas o de alimentos que no se consumen en estado adecuado por falta de frigoríficos o carencia de medidas elementales de higiene,

consumo de agua no potabilizada ... Otro factor causal de diversas patologías es el tipo de trabajo que desempeñan y las condiciones en que desarrollan su actividad laboral"⁴.

Las condiciones de vida afectan los niveles de salud, si bien éstas difieren considerablemente entre la población inmigrante según clase social y ocupación. Por lo general, las peores condiciones se dan entre los trabajadores agrícolas en algunas ciudades pequeñas situadas en la periferia de Madrid y entre africanos subsaharianos (Pérez Losada, 1993). Según Pumares (1993), un porcentaje considerablemente alto de marroquíes residentes en Madrid vive en barrios de chabolas sin agua corriente ni electricidad. También son escasos los sanitarios y las duchas, y bajo tales condiciones "incluso los inmigrantes legales hallan problemas a la hora de mantener unas condiciones higiénicas básicas. El clima afecta negativamente su salud debido a las malas condiciones de vivienda en que viven" (ibíd.). En una ciudad situada en la región agrícola de Segria, el 18% de las viviendas no tenía sanitarios y el 9% tampoco disponía de agua corriente. El hacinamiento también es frecuente. En Granada se registraron 6,1 inmigrantes africanos por vivienda con una media de 2,8 habitaciones, por tanto, un 62% de estas viviendas estaban superpobladas. Estas condiciones reducen la privacidad e incrementan las posibilidades de accidentes y enfermedades de la piel. Esta serie de problemas no aparecen en el caso de mujeres inmigrantes que trabajan como empleadas de hogar internas en familias de clase media y alta.

Morbilidad percibida y morbilidad clínica

Los conceptos de salud y enfermedad vienen delimitados culturalmente (Susser et al., 1985). Es difícil comparar las condiciones de salud de los inmigrantes con las del resto de la población a través de la morbilidad percibida, puesto que existen diferencias culturales a la hora de definir el significado de la salud y la enfermedad. Por ejemplo, en la última encuesta nacional sobre

⁴ La encuesta sobre los trabajadores de la Construcción fue llevada a cabo por el Colectivo IOE (Madrid). Se me permitió añadir al cuestionario una docena de preguntas sobre salud. Dicho cuestionario se realizó entre noviembre y comienzos de diciembre de 1994. El trabajo de campo fue llevado a cabo por entrevistadores marroquíes. Si bien el cuestionario se tradujo al árabe, algunos de los entrevistadores al ser nativos beréberes emplearon el beréber en algunas entrevistas. Se realizó un pretest del cuestionario, tras lo cual se introdujeron las modificaciones pertinentes. El área metropolitana de Madrid fue dividida en cuatro secciones geográficas (Norte, Sur, Este y Oeste), identificándose obras en construcción en cada una de ellas. Se seleccionaron 50 entrevistados (25 españoles y 25 marroquíes) en cada uno de los escenarios para cada sección y las entrevistas se realizaron durante las horas de trabajo o al finalizar la jornada laboral. La metodología y los resultados de la investigación aparecen recogidos en Actis, Pereda y de Prada (1995).

las condiciones de salud de la población hispana en los Estados Unidos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que respondieron en inglés y aquellos que prefirieron el español a la hora de responder una escala Likert sobre su estado de salud. No quedó claro si las diferencias se debieron a los cambios introducidos por la traducción de algunos términos del inglés al español, a los distintos niveles de aculturación o a los diferentes niveles de salud.

En algunos estudios realizados en España se pidió a los encuestados que autoevaluaran sus condiciones de salud. En Granada el 43% de los inmigrantes africanos indicaron que su salud era regular y el 3% mala. Si consideramos el hecho de que se trataba de una población joven y que la inmigración económica tiende a ser selectiva, podemos inferir que estos porcentajes sugieren una situación de salud precaria y probablemente que se produjo un deterioro de ésta tras la llegada a España. Esta suposición es compartida por Vicente Abad (1993), para quien los niveles de salud de los africanos subsaharianos vienen dados por las situaciones que éstos han de afrontar en España, antes que por aquellas presentes en su país natal en África.

Tabla 1. Auto-identificación de los principales síntomas (en la última consulta médica) entre trabajadores de la construcción españoles y marroquíes, Madrid 1994 (porcentajes)

Síntomas	Trabajadores Marroquíes	Trabajadores Españoles
Dolores de cabeza	15	7
Dolor de pecho	14	1
Mareos	12	14
Malestar general	12	2
Dolores de estómago	10	4
Heridas	10	13
Gripe	8	15
Dolores de articul.	6	8
Dolor de espalda	3	4
Depresión/Ansiedad	3	
Debilidad	1	
Otros	6	34
Total	100	99
	(n=73)	(n=95)

En el estudio que realizamos entre los trabajadores de la construcción preguntamos a los encuestados acerca de su problema de salud en la última consulta médica. Las respuestas aparecen recogidas en la tabla 1. Tal y como podemos apreciar en la tabla, un porcentaje relativamente alto de respuestas indican que los inmigrantes padecen trastornos mentales y psicosomáticos: malestar general (12%), depresión/ansiedad (3%), mareos (12%), dolores de cabeza (15%), dolores de pecho (14%), dolores de estómago (10%) y debilidad (1%). El porcentaje total de estos trastornos se eleva al 67%, muy por encima del 15% registrado entre los trabajadores españoles.

Nuestra hipótesis sugiere que la inmigración en España origina problemas de salud mental y determinadas predisposiciones psicosomáticas. Esta idea aparece recogida en el estudio sobre inmigrantes africanos realizado en Granada, en el que el diagnóstico de la primera consulta identificó trastornos como úlceras gástricas y otras enfermedades del aparato digestivo, depresiones, insomnio y dolores de cabeza, todos ellos probablemente relacionados con estados de ansiedad.

Una encuesta clínica de inmigrantes latinoamericanos residentes en Madrid también apoya nuestra hipótesis. Marrodán et al. (1989) halló que:

"... la prevalencia de padecimientos genitourinarios y osteomusculares, así como de enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales. En esta última categoría, se incluyen amenorreas, hipertensión, obesidad, y otros trastornos cuya etiología pudiera estar directamente relacionada con la respuesta del organismo a la ansiedad y el estrés ambiental, así como con el cambio de actividades y hábitos alimenticios. Constatamos igualmente, un ligero aumento de los trastornos relativos al sistema nervioso y de la frecuencia de accidentes (caídas, lesiones y fracturas)."

La inestabilidad del empleo y los ingresos (Pumares, 1993), la marginalización social y cultural (Páez 1993), la separación familiar (Zapata de la Vega, 1993), las presiones para enviar dinero a su familia (Gómez Rodríguez, 1992, Jabardo Velasco 1993), la discriminación racial (Celaya, 1993; Solé, 1992; Alvirte 1995) y la falta de documentación, son algunas condiciones que podrían explicar los trastornos mentales y psicosomáticos de los inmigrantes en España.

Los propios inmigrantes expresan con preocupación aquellos problemas sociales que han de afrontar (Gómez Rodríguez, 1992):

"Si tienes los papeles estás tranquilo, si no, preocupado, nervioso..."

"Me siento como en una cárcel, sin residencia ni permiso de trabajo..."

"Hay mucha gente que no puede dormir, pues piensa que no les van a dar los papeles y si te para la policía... es mucho problema y no puedes dormir..."

"No te queda nada de dinero para mandar a África y esto es lo más importante... la comida de mis hijos, mi mujer, mi madre, toda la familia..."

La regularización de 1991 no ha resuelto la situación para muchos inmigrantes, tanto para aquellos a los que se les denegó su legalización (Ramírez, 1993) como para los que no pudieron solicitarla por no estar contratados (una condición necesaria para obtener la legalización).

En resumen, en base a la literatura que existe en otros países (Bourdillon et al., 1991) y a la escasa información que hay en España, se puede sugerir que las condiciones de salud de los inmigrantes vienen determinadas por:

1. Condiciones laborales de alto riesgo, horarios muy largos y en general, la explotación laboral a la que están expuestos (Actis, 1994). Además, los riesgos laborales se incrementan ante el deterioro del estado de salud mental de estos inmigrantes (Almeida, 1985).
2. Precariedad laboral y legal, lo que origina estados de ansiedad y otras enfermedades de salud mental y psicosomáticas (de Vicente Abad, 1993).
3. Separación de la familia y falta de apoyo psicosocial, aspectos fundamentales si consideramos que los inmigrantes se ven constantemente expuestos a estados de ansiedad, racismo y presión para enviar dinero a sus países de origen (Torres, 1995). La separación familiar también tiene un impacto negativo sobre los hábitos alimenticios, puesto que apenas elaboran las comidas y con frecuencia se alimentan a base de latas de conserva. Estas condiciones unidas a una vivienda precaria (falta de higiene y refrigeración) y a situaciones de pobreza, determinan una mayor incidencia de trastornos nutricionales y enfermedades gástricas.
4. Uso de drogas, puesto que según un informe de la Cruz Roja (c. 1992) se han dado casos de inmigrantes que han utilizado anabolizantes y hormonas masculinas para aumentar su rendimiento laboral y sus ingresos.
5. Malas condiciones de vida y hacinamiento (Comisión de las Asociaciones y ONG, 1992).

6. Existencia de algunos valores culturales que pueden estar reñidos con normas de higiene y prácticas nutricionales recomendables.

Acceso y utilización de los servicios de salud

Los estudios realizados en otros países indican que los inmigrantes usan los servicios de salud menos que el resto de la población (Chávez et al., 1985; Nagi and Haavio-Manilla, 1980; Montiero, 1977). No sabemos si esta situación se da también en España, como tampoco conocemos el tipo de servicios a los que acuden los inmigrantes.

Varios estudios sobre inmigración realizados en España, ofrecen una clasificación simplista de los inmigrantes atendiendo al uso que éstos hacen de los servicios de salud (Pumares, 1993; Páez, 1993). Dichos estudios distinguen entre aquellos inmigrantes que cuentan con permiso de trabajo y que por tanto, al igual que el resto de los españoles, tienen acceso gratuito a los servicios de la Seguridad Social, y los inmigrantes indocumentados sin derecho a estos servicios. Por desgracia, no es éste el caso (Comisión de las Asociaciones y ONG, 1992; Asociación de Mujeres Dominicanas en España, 1992). Por ejemplo, muchos inmigrantes empleados por cuenta propia que tienen una situación legal regularizada y por tanto un permiso de trabajo, no pueden pagar las primas exigidas por la Seguridad Social. También existe discriminación institucional, puesto que aquellos españoles que carecen de recursos suficientes (ingresos anuales inferiores al salario mínimo interprofesional) o son indigentes, tienen derecho a utilizar los servicios de la Seguridad Social sin cotizar, algo que se les niega a inmigrantes que se encuentran en estas mismas situaciones (Real Decreto 1088 de 1989). Finalmente, también existe un número indeterminado de inmigrantes que no están cubiertos por la Seguridad Social porque los empresarios no pagan la contribución establecida por ley. Estos inmigrantes temen exigirles dicha contribución por miedo a ser despedidos, lo que podría ocasionarles no solo la pérdida de su fuente de ingresos, sino también su permiso de estancia en España. Todas estas situaciones son un reflejo muy limitado de una realidad que ha sido documentada en unos pocos estudios, sin embargo, no existen investigaciones más amplias que nos permitan cuantificar el número de inmigrantes que no pudieron utilizar los servicios sanitarios en momentos de necesidad.

En el estudio que realizamos en Madrid sobre los trabajadores de la construcción, les preguntamos las razones por las que no habían acudido a los ser-

vicios de salud cuando los precisaron. El 33% de la muestra de marroquíes respondieron que tenían miedo por ser ilegales o que no estaban cubiertos por la Seguridad Social, mientras que tan sólo un 6% de los españoles se hallaba en esta misma situación. El miedo a perder el empleo, con un 27%, fue la segunda razón que alegaron, una respuesta ausente entre la totalidad de los españoles. Los inmigrantes ilegales tenían probablemente miedo a perder el empleo, mientras que aquellos que ya contaban con permiso de residencia tenían perderlo igualmente, ya que en España los inmigrantes desempleados pierden su derecho de residencia. Estos temores no existen en el caso de los españoles, ya que de acuerdo a la normativa laboral, todo trabajador tiene derecho a bajas retribuidas por razones de salud. En teoría, los inmigrantes legales marroquíes podrían apelar a esta ley, pero en la práctica son conscientes de que pueden ser despedidos sin razón alguna; la discriminación es una realidad. El 23% de los trabajadores marroquíes señalaron que carecían de tiempo para acercarse a un centro de salud, mientras que con un 89%, era ésta la categoría que agrupaba a un mayor porcentaje de trabajadores españoles, lo que probablemente indica que los problemas de salud que sufrían no eran demasiado graves. Finalmente, observamos que la falta de dinero limitó el acceso a un 7% de los marroquíes, así como que un 10% declaró haber tenido experiencias negativas en visitas previas a un centro de salud.

Tabla 2. Razones por las que no acudieron a los servicios de salud cuando los necesitaban (trabajadores de la construcción españoles y marroquíes), Madrid 1994 (porcentajes)

Razones	Trabajadores Marroquíes	Trabajadores Españoles
Temor por no tener documentación legal/S.S.	33	6
Temor a perder el empleo	27	
Falta de tiempo	23	89
Experiencias negativas previas	10	
Falta de dinero	7	
No querían gastar dinero		6
Total	100	101
	(n=30)	(n=18)

Aquellos inmigrantes que no pueden acogerse a la Seguridad Social reciben servicios de atención primaria en la Cruz Roja, en algunas ONG, en los

servicios de urgencia de la Seguridad Social y otras instituciones públicas, en clínicas municipales y en instituciones sanitarias privadas. Durante muchos años, la Cruz Roja ha venido proporcionando asistencia sanitaria a refugiados y exiliados a través de la financiación del gobierno y a partir de 1990 comenzó también a ofrecer servicios de atención primaria para trabajadores inmigrantes con subvención del Ministerio de Asuntos Sociales. Estos servicios se dispensan en un pequeño grupo de centros de salud situados en siete provincias que concentran un gran número de inmigrantes. Según la Cruz Roja, las dificultades en la prestación de servicios surgen en "el seguimiento de los casos, el acceso a la medicina especializada, los tratamientos prolongados y la necesidad analítica y de radiografías" (Cruz Roja c., 1992). Esta opinión, tal y como veremos más adelante, es compartida por los usuarios. Otras instituciones también han hallado problemas en el seguimiento de los pacientes y han señalado que muchos de ellos no vuelven a las citas posteriores a la primera consulta. Por ejemplo en Mataró (Hospital de Mataró, 1991), de los 165 pacientes a los que se había citado para una primera consulta en 1990, tan solo se presentaron 99 (60%) y sólo un 71% acudió al hospital para la segunda cita.

Un estudio realizado en Madrid halló que el 24% de los inmigrantes latinoamericanos procedentes del Cono Sur (Argentina, Uruguay y Chile), quienes por lo general suelen tener un mejor *status* socio-económico que la mayoría de inmigrantes del Tercer Mundo, no tenían ningún tipo de seguro. Este mismo porcentaje, que para el resto de latinoamericanos ascendía a un 42% (Marrodán et al. 1989), resulta muy similar al que la Comissió Diocesana de Migracions (CDM) registra entre los latinoamericanos atendidos en Barcelona (Actis et al. 1993). Entre aquellos que no acudían a la CDM, un 25% era atendido en servicios de beneficencia municipales (ibíd.).

La regularización no ha garantizado a los inmigrantes legales el acceso a los servicios de salud. Jabardo Velasco (1993) en su estudio de los magrebíes en Orihuela indica:

"Según los datos proporcionados por la oficina de desempleo local, un 50% de los emigrantes que había iniciado gestiones para regularizar su situación en España, había obtenido (entre mayo y octubre de 1991) un precontrato de trabajo, dentro del sector agrícola. Estos contratos -expedidos por empresarios agrícolas que habitualmente emplean a emigrantes-, que tenían validez dentro de las oficinas de emigración, no establecían relaciones contractuales entre empresarios y trabajadores, a la vez que no proporcionaban a los trabajadores ningún tipo de asistencia social o sanitaria, según nos informaron desde el sindicato de CCOO."

Aparte de la Cruz Roja existen otras ONG (algunas de las cuales se dedican exclusivamente a asistir inmigrantes) que ofrecen atención primaria a aquellos inmigrantes que carecen de Seguridad Social. Algunas de estas ONG, al contar con muy limitados recursos y realizar la mayoría de sus servicios a través de voluntariado (Cifuentes Mimoso, 1993), decidieron encauzar sus esfuerzos en presionar al sector público para que garantizara dichos servicios. En algunos lugares su intervención ha tenido éxito (Páez, 1993) y por ejemplo en Barcelona, el Ayuntamiento firmó un acuerdo con las ONG para facilitar asistencia médica a los inmigrantes sin considerar su *status* legal. De la misma forma, en 1991 la Delegación Diocesana para la Inmigración y los centros de salud del Ayuntamiento de Madrid, alcanzaron un acuerdo por el que éstos últimos se comprometían a facilitar atención sanitaria a aquellos inmigrantes que estuvieran registrados en el municipio (es éste un procedimiento burocrático bastante simple). Este acuerdo fue muy bien recibido por los inmigrantes, quienes desde ese momento han venido haciendo uso de estos servicios con las limitaciones que posteriormente plantearemos. Sin embargo, no se pudo llegar al mismo tipo de acuerdo con aquellos municipios situados en el área metropolitana de Madrid (Pumares, 1993).

Son muy pocos los inmigrantes que disponen de seguro privado o acuden a médicos de pago. Es éste el caso de las inmigrantes que trabajan como empleadas domésticas internas, ya que las personas que las contratan prefieren pagar servicios privados que resultan más baratos que la Seguridad Social, debido a que ésta obliga a cubrir cotizaciones por enfermedad y jubilación.

En resumen, podemos afirmar que los servicios sanitarios ofrecidos por la Cruz Roja y otras ONG son limitados y que los servicios de salud municipales para inmigrantes que carecen de Seguridad Social son más bien escasos. No se han realizado estudios sobre la calidad de la atención recibida, pero algunos otros han recogido las quejas de los inmigrantes en torno a la precariedad y la insuficiencia de los servicios ofrecidos por la Cruz Roja (Páez, 1993).

La accesibilidad a la atención hospitalaria y especializada es extremadamente limitada para aquellos inmigrantes que no disponen de Seguridad Social. En Madrid el Hospital Ramón y Cajal cuenta con un departamento de medicina tropical que atiende a inmigrantes ilegales que sufren este tipo de enfermedades. Un hospital de la Cruz Roja (Hospital del Rey) atiende a refugiados e inmigrantes que padecen enfermedades contagiosas poco conocidas (Páez, 1993). De hecho, los inmigrantes que carecen de Seguridad Social tan solo son inter-

nados o tratados por especialistas en casos de urgencias, en el resto de los casos no reciben tratamiento alguno. El pago de las urgencias varía según el gobierno autonómico del que se trate. En Mataró, durante el primer trimestre de 1991 alrededor del 66% de las consultas en urgencias fueron financiadas por instituciones benéficas, 24% por la Seguridad Social, el 3% por los propios pacientes y el resto, un 17%, por otras fuentes como las ONG (consultar la tabla 3). La tabla nos muestra igualmente que la cobertura de la Seguridad Social es mucho más amplia entre los inmigrantes magrebíes que entre los africanos subsaharianos, una situación que probablemente se repite en otras zonas de España.

Tabla 3. Fuentes de financiación para pagar las consultas de urgencias, enero-abril 1990 y 1991, Mataró, Barcelona (porcentajes)

Fuentes	Africanos sub-saharianos		Magrebíes		Total	
	1990	1991	1990	1991	1990	1991
Instituciones benéficas	63	72	43	60	56	66
Seguridad Social	19	19	36	30	26	24
Particular	9	3	12	4	10	3
Otras	8	6	8	7	8	6
Total	99	100	99	101	100	99

Fuente: Hospital de Mataró (1991).

En Madrid, al salir del hospital se pide a los inmigrantes que han sido internados por urgencias que abonen los gastos de su estancia, lo que origina que los trabajadores sociales hayan de vérselas con pacientes desconcertados que no saben cómo afrontar los gastos de la factura (Pumares, 1993). En España, los líderes políticos no se han mostrado tan cínicos y francos como sus colegas franceses, quienes han manifestado que en Francia no se podía facilitar atención sanitaria para los inmigrantes, porque el país no contaba con recursos suficientes para asistir a todos los "desheredados" del Tercer Mundo (Bourdillon et al., 1991). No obstante, al final las consecuencias son las mismas.

Los médicos y enfermeras que prestan servicios en la Seguridad Social han de afrontar un problema ético. Por una parte, su profesión les lleva a atender a todas aquellas personas que lo necesiten sin considerar su capacidad para pagar, pero por otra parte, existen normas institucionales que restringen los servicios a los beneficiarios de la Seguridad Social. En la atención primaria las normas y

regulaciones pueden burlarse con facilidad, sin embargo, a un nivel hospitalario existen controles burocráticos mucho más rigurosos y difíciles de evitar.

Barreras a la utilización de los servicios

La percepción que los usuarios tienen de los servicios constituye una primera barrera a su utilización. Si los pacientes perciben que los proveedores no los tratan adecuadamente dejarán de acudir a ellos. Como ya se indicó anteriormente, el 10% de los magrebíes empleados en la construcción han tenido experiencias negativas y algunos otros estudios también han mencionado las quejas de los inmigrantes ante el trato recibido. Páez (1993) relata la experiencia de un paciente senegalés muy disgustado ante el trato recibido en un centro de la Cruz Roja: "Cuando estuve en la Cruz Roja ni se molestaron en escucharme, no se preocupan por tí, aquí (en una clínica privada) sí que me atienden bien". Una visita a un centro de salud también puede ser una experiencia humillante, como sucede por ejemplo cuando los inmigrantes han de acudir a los servicios de urgencias de la Seguridad Social como si estuvieran pidiendo un favor.

Algunos autores han señalado que los inmigrantes del Tercer Mundo tienden a posponer su visita a los centros de salud cuando se sienten enfermos, que no les interesa aprender conceptos modernos sobre salud ni sobre prácticas preventivas y que no quieren pagar las medicinas. Estos autores han sugerido que "los inmigrantes (magrebíes) carecen por completo de una cultura moderna en torno a la salud" (Pumares, 1993). Sin negar el hecho de que toda cultura (incluyendo las pertenecientes a países económicamente avanzados) lleva consigo valores que pueden no ser enteramente compatibles con una visión moderna de la salud, existen otras explicaciones alternativas para responder a estos patrones de conducta atribuidos a los inmigrantes. Como ya hemos señalado anteriormente, éstos tienen miedo de acudir a los centros de salud porque perciben que cualquier contacto con instituciones públicas supone un riesgo a ser detenido (Cifuentes Mimosos, 1993). Hay que recordar que en España el número anual de detenciones y expulsiones es elevado (37.700 y 5.700 respectivamente en 1990), por lo que es comprensible el hecho de que los inmigrantes pospongan el mayor tiempo posible su visita a los centros públicos de salud.

La carencia de información por parte de los inmigrantes puede explicar también los retrasos y la falta de participación en los programas educativos, de hecho, incluso las instituciones sanitarias y el personal están apenas informados. Según la Cruz Roja (Cruz Roja c., 1992):

"La falta de información no es patrimonio de los inmigrantes, sino que existe, aunque parezca paradójico, entre el personal adscrito a órganos competentes de la Administración Sanitaria. En este sentido, una Oficina Provincial de Cruz Roja ha recibido recientemente una comunicación de la Secretaría General del INSALUD, en la que afirma que la atención sanitaria del colectivo de inmigrantes legales temporales es competencia de Cruz Roja, según convenio firmado con el INSERSO, cuando de hecho no es éste el caso."

Tal y como sucede en otros países (ver De Muynck, Verrept y Loucks en este mismo volumen), también en España las barreras lingüísticas y culturales son un obstáculo a superar. Los inmigrantes se han quejado de que la relación médico-paciente está determinada de forma negativa por problemas de comunicación que van más allá del lenguaje. A veces los pacientes y los médicos hablan el mismo idioma pero no pueden llegar a comunicarse porque no entienden sus culturas respectivas (Putsch, 1987). Pumares (1993) explica cómo una clínica de la Cruz Roja situada cerca de Madrid (Boadilla) y en la que se atendían exclusivamente pacientes magrebíes, decidió emplear a un médico marroquí quien sin embargo, no pudo comunicarse con los inmigrantes procedentes de la región del Rif. En la mayoría de los estudios realizados se han detectado problemas de comunicación (Hospital de Mataró, 1991; Gómez Rodríguez, 1992). Gómez Rodríguez, autor del estudio llevado a cabo en Granada, detectó este tipo de problemas durante las entrevistas realizadas a gestores y sanitarios y en las historias clínicas de los pacientes africanos (Gómez Rodríguez, 1992):

"... (las) barreras lingüístico-culturales, al igual que las burocráticas-legales, tienen como consecuencia una disminución de la eficacia y de la continuidad dispensada al incrementar las dificultades en el diagnóstico, seguimiento y resolución de los problemas de salud de los problemas de salud que se presentan"

En España aún está por plantearse la necesidad de introducir mecanismos específicos para facilitar la accesibilidad y mejorar la calidad de la atención. En los pocos casos en los que un centro de salud ha organizado actividades dirigidas específicamente a inmigrantes, como por ejemplo programas de prevención y educación, los instructores desconocían por completo las necesidades y las diferencias culturales de la audiencia. Los inmigrantes dejaron de acudir a las clases porque los contenidos que se trataban eran totalmente ajenos a sus problemas de salud (Pumares, 1993), si bien los instructores culpaban a la cultura "tradicional" marroquí por la pérdida de interés.

Para los inmigrantes que disponen de pocos recursos, la adquisición de medicinas constituye a menudo un problema que les impide seguir las prescripciones de los médicos. Las fuentes a las que pueden acudir para adquirir estas medicinas varían, de forma que en algunos casos son ofrecidas gratuitamente por las ONG y las clínicas municipales, mientras que en otros tienen que comprarlas ellos mismos. En Granada, solamente el 39% de los inmigrantes entrevistados compraba las medicinas, el resto dependía de donaciones hechas por ONG, médicos y amigos. Según un administrador de Cáritas, no es poco frecuente el que los inmigrantes dejen de comprar una medicina que precisen para poder seguir enviando dinero a sus familias. El cumplimiento de los tratamientos prescritos por los médicos se hace aún más difícil cuando los pacientes son analfabetos y los proveedores y usuarios hablan distintos idiomas (Pumares, 1993). Los inmigrantes en España tienen difícil el acceso a la farmacoterapia tradicional que emplean en sus países de origen y que puede ser muy eficiente en el tratamiento de ciertas enfermedades.

La movilidad también constituye una barrera para una atención sanitaria de calidad. Si bien en la práctica de la atención primaria se aconseja una estabilidad en la relación del médico con la familia, dicha estabilidad resulta muy complicada en el caso de los inmigrantes empleados en la agricultura, ya que éstos están cambiando de residencia constantemente. Moreno Torregrosa (1983) señala en un estudio que realizó entre inmigrantes marroquíes y argelinos en Valencia:

"... la dificultad mayor (para determinar el número de inmigrantes) estriba en su gran movilidad. Se desplazan de unas comarcas a otras según las necesidades de trabajo en la zona. Otro problema lo constituye que prácticamente todos ellos, son ilegales, sin permiso de trabajo y de residencia. Aparecen durante la jornada laboral y desaparecen al anochecer y los días festivos."

Conclusiones

La inmigración económica del Tercer Mundo en España está aumentando rápidamente en estos años y se espera que el ritmo de crecimiento se mantenga. El número de estudios demográficos y socio-económicos sobre este nuevo fenómeno, tanto los ya realizados como los que aún se están llevando a cabo, es significativo. En cambio, en el área de la salud tenemos un conocimiento muy limitado sobre las condiciones de salud, el acceso a los servicios y las conductas frente a la salud y la enfermedad de la población inmigrante. La infor-

mación que empieza a reunirse en una serie de estudios sobre inmigración y salud registra una situación precaria y una accesibilidad muy limitada a la atención médica, especialmente en cuanto a servicios especializados y de hospitalización.

La necesidad de estudios en este campo es bastante obvia. Aparte de un estudio de morbilidad nacional que permita obtener el perfil epidemiológico de esta población y de las enfermedades importadas, es necesario estudios puntuales sobre aspectos tales como el coste que la inmigración conlleva para el sistema sanitario español y para los propios inmigrantes. La literatura revisada indica que las condiciones laborales del inmigrante, su situación familiar, la discriminación racial, la marginación social y la situación de vivienda tienen un impacto negativo sobre su salud, algo que se manifiesta a través de trastornos nutricionales y digestivos, estados de ansiedad y depresión, problemas psicosomáticos, enfermedades de la piel y accidentes por intoxicación. Sin embargo, se precisan estudios más detallados que registren los casos de morbilidad por causas, unos estudios que permitirían el introducir cambios legislativos o podrían reforzar el cumplimiento de leyes y reglamentos ya existentes. Los patrones de morbilidad de la mayoría de los inmigrantes en España reflejan, más que sus niveles de salud antes de emigrar, aquellos problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana. Para concluir, podemos afirmar de forma provisional que los trabajadores inmigrantes en España aportan una mano de obra barata a costa de su propia salud.

A nivel de servicios convendría identificar más detalladamente las barreras al acceso, sobre todo a los servicios secundarios y terciarios, así como buscar soluciones que muy probablemente llevarían a una aproximación más humanitaria y a cambios en la legislación. La relación médico-paciente merece una especial atención para así poder determinar el conocimiento que tiene el proveedor sobre el contexto socio-cultural de su paciente, los problemas que han de afrontar los inmigrantes para explicarse en un idioma que no es el suyo y su grado de comprensión de las recomendaciones médicas. Estos resultados podrán facilitar el desarrollo de programas de formación para el personal que atiende a inmigrantes y para mejorar los servicios ofrecidos.

Puesto que la población marroquí constituye el mayor grupo de inmigrantes en España, los investigadores españoles deberían invitar a sus colegas marroquíes y constituir equipos de investigación conjuntos que pudieran facilitar un mejor entendimiento de los contextos culturales. De esta forma, podrían ela-

borar programas de promoción de salud sensibles a las particularidades culturales de esta población de inmigrantes.

Reconocimientos

Me gustaría expresar mi agradecimiento al Inter University Program for Latino Research por la beca concedida para organizar el International Migration and Human Rights Project puesto en marcha en la Universidad de Tejas. Como integrante de dicho proyecto me encargué de todas aquellas cuestiones relacionadas con la situación de salud de los inmigrantes empleados en el sector de la construcción en Madrid.

Bibliografía

Actis W, de Prada MA, Pereda C. *La inmigración extranjera en Catalunya*. Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis, 1993.

Actis W, Pereda C, de Prada A. *Marroques en Catalunya: ¿Nuevos catalanes?*. Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis (en prensa).

Almeida D. Les sinistres chez les immigrés. *Rev. Med. Travail*, 1985; 3: 37-41.

Aragón R. Hacia una política activa de inmigración. *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, 1991; 11: 97- 108.

Archdeacon TJ. Reflections on immigration to Europe in light of U.S. immigration history. *International Migration Review*, 1992; 26: 525-548.

Blanco Fernández de Valderrama C. The new hosts: the case of Spain. *International Migration Review*, 1993; 26: 169- 181.

Bourdillon F. et al. Le santé des populations d'origine étrangere en France. *Social Science and Medicine*, 1991; 32: 1219-1227.

Callovi G. Regulation of immigration in 1993: pieces of the European community jigsaw puzzle. *International Migration Review*, 1993; 26: 353-372.

Cáritas. Situación en España de los inmigrantes procedentes de países de mayoría islámica. La Acción social. *Cuadernos de formación n° 5*. Madrid, 1990.

Celaya C. La vuelta a los desprecios. Algunas consideraciones sobre la xenofobia en la España de los noventa. En: López, B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.

Cifuentes Mimoso N. Inmigración y Salud. Relaciones de los inmigrantes con el sistema sanitario. Ponencia presentada en el Taller: *Salud e Inmigración*, Nerja, 22 y 23 de junio de 1993 Málaga.

Cruz Roja Española. *Ponencia sobre la situación sanitaria de la población inmigrante. Departamento de Actividades y Servicios*, Madrid: Cruz Roja Española, 1992.

Chavez LR, Cornelius W, Jones WO. Mexican immigrants and the utilization of U.S. health services. *Social Science and Medicine*, 1985; 21: 93-102.

De Prada MA. España, país de emigración a país de inmigración. En Angles Roque, M. (comp.) *Els moviments humans en el Mediterrani*. Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis, 1989.

Fielding A. Migration, institutions and politics: the evolution of European migration policies. En: King R. com. *Mass migration in Europe. The legacy and the future*. London: Belhaven Press, 1993: 40-61.

Frisvold G. et al. The effects of job site sanitation and living conditions of the health and welfare of agricultural workers. *American Journal of Agricultural Economics* 1988; 70: 875-885.

Gómez Rodríguez AJ. *Necesidades de salud y utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes africanos en Granada*. Tesis de maestría. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1992.

Guarnaccia PJ. et al. The impact of farm work on health: Analysis of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *International Migration Review*, 1992; 26: 111-132.

Holtzman WH, Bornemann TH (comp.) *Mental health of immigrants and refugees*. Austin: Hogg Foundation for Mental Health, The University of Texas, 1990.

Jabardo V., Inmigrantes magrebíes en la agricultura: La Vega Baja del Segura (Orihuela). En: López, B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.

King R. European International migration 1945-1990: a statistical and geographical overview. En: King, R. (comp.) *Mass migration in Europe. The legacy and the future*. London: Belhaven Press, 1993: 19-39.

- López B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.
- Marrodán MD, Herranz Gomez Y, García Ruíz CM. *La inmigración de Iberoamericanos en Madrid. Consecuencias sociobiológicas*. Madrid: Universidad Complutense, Dpto. de Biología Animal, Facultad de Ciencias Biológicas, 1989.
- Martin PL. Trade, aid and migration. *International Migration Review*, 1992; 26, 162- 172.
- Montiero L. Immigrants without care. *Society*, 1977; 14: 38-42.
- Moreno Torregrosa. Argelinos y marroquies en Valencia: la aportacion argelina a la inmigración magrebí en España. En López B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.
- Nagi SZ, Haavio-Manilla E. Migration health status and utilization of health services. *Society, Health and Illness*, 1980; 2: 174-193.
- OECD. *Situación actual en el campo de las migraciones*. Paris: OECD, 1990.
- Oficina Internacional del Trabajo. *Réunion informelle de consultation sur les travailleurs migrants venant des pays tiers dans l'Europe du marché intérieur après 1992*. Ginebra: OIT, 1989.
- Parrón T, González MC, Mascaró ML. *Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de plaguicidas en la zona del Poniente Almeriense*. Trabajo presentado en el Taller: Salud e Inmigración, Nerja 22 y 23 de junio de 1993, Málaga.
- Putsch RW. La communication Transculturelle. *Migrations Santé*, 1987; 52: 4-10.
- Ramírez A. La inmigración magrebí en la Cataluña agrícola. Marroquies en el litoral catalán. En: López, B. (comp.) *La inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Mapfre, 1993.
- Recio Adrados JL. Acculturation: the broader view. Theoretical framework of the acculturation scales. En: de la Rosa MR, Recio Adrados JL (comp.) *Drug abuse among minority youth: advances in research and methodology*. Washington, D.C.: Nida Research Monograph 130. U.S. Department of Health and Human Services, 1993.
- Rogler LH, Cortes DE, Malgady RG. Acculturation and mental health status among hispanics: convergence and new directions for research. *American Psychologist*, 1991; 46: 585-597.
- Salt J. The future of international migration. *International Migration Review*, 1992; 26.

1077-1111.

Solé C. Trabajadores extranjeros en Cataluña: ¿integración o racismo? *Alfoz*, 1992; 91-92: 162-170.

Vidal Domínguez MJ. Movilidad espacial del colectivo magrebí: Madrid ¿Ciudad de tránsito o de permanencia? En López B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.

Verdonk AL. The children of immigrants in the Netherlands: social position and implied risks for mental health. En Nann AL. (comp.) *Uprooting and surviving*. Amsterdam: Reidel Pub. Co., 1987

Wilk VA. *The occupational health of migrant and seasonal farmworkers in the United States*. Washington, D.C.: Farmworker Justice Fund, 1986.

Wisniewski, J. Les accidents du travail. Qui paie quoi? *Hommes Migrations Documents*, 1983; 1054, 11-13.

Zapata de la Vega. Aspectos de la situación legal de los magrebíes en la comarca de L'Horta (Valencia). En: López, B. (comp.) *Inmigración magrebí en España. El retorno de los moriscos*. Madrid: Editorial Mapfre, 1993.

II. ESTADO DE SALUD Y CONDICIONES DE VIDA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES

ESTADO DE SALUD DE LAS MADRES E HIJOS SEGÚN LAS ENCUESTAS NACIONALES REALIZADAS POR EL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES EN MATERIA DE POBLACIÓN

*Louihichi Khaled **

Trabajo en la unidad de estudios y de investigación de población de la liga de los Estados Árabes en el Cairo, unidad que trabaja en todo lo relacionado con la población. Esta unidad se creó en 1987 y es un proyecto financiado por la Liga Árabe y por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población (FNUAP).

Voy a presentar los proyectos sin enmarcarme científicamente y hablaré brevemente de algunos de los proyectos más importantes de esta unidad relacionados con la inmigración, aunque existen otros en los que estamos trabajando como son la fecundidad, la nupcialidad, la salud, etc.

Trabajamos en un proyecto sobre la repercusión de la inmigración/emigración del marido en el *status* de la mujer. Es un proyecto basado en encuestas hechas a pie de calle sobre muestras representativas de países árabes. Hemos realizado la investigación en dos de estos países para verificar esencialmente cuál sería el impacto de la transferencia de dinero por parte del marido y de la duración del período de emigración sobre el *status* económico de la mujer del emigrante, sobre su *status* social y sobre algunos aspectos de la educación de sus hijos.

A continuación voy a enumerar algunos resultados de la investigación en Jordania:

La media de duración de la emigración del marido es de 15 años, sin embargo en general, hemos encontrado que la participación de la mujer en las actividades económicas, las condiciones de escolaridad de los hijos, el *status* de la mujer, sus relaciones con el marido, con los hijos, con el entorno familiar

* Investigador responsable de la Sección de Inmigración Internacional, Unidad de Estudios de Salud de El Cairo, Egipto.

tanto exterior como interior, con la familia como núcleo o en el más amplio sentido de la palabra, son mejores que las condiciones de la esposa de un marido no emigrante. Estas dos muestras se han comparado con una de control de los matrimonios cuyos dos cónyuges viven juntos y hemos encontrado que las condiciones, el *status* de la mujer y las condiciones de los hijos de las familias de emigrantes son mejores que las demás. Además hemos preguntado a las mujeres si querían que su marido volviese tras una media de 15 años fuera y la respuesta en Jordania fue: "Prefiero que no". Otros países como Egipto dieron una respuesta bastante diferente.

Encontramos, en segundo lugar, un proyecto que aún no está muy avanzado pero que en la actualidad nos interesa. Trata de los motivos que inducen a la emigración en los países árabes del Mediterráneo, del Magreb y de Egipto y del potencial migratorio. Este es un tema principal, porque en estos países, los datos son muy escasos y porque la planificación de la emigración no se puede llevar a cabo sin una mínima base de datos. Por lo tanto es un proyecto que tiene previsto realizar encuestas sobre muestras de parejas de emigrantes y de no emigrantes (personas en edad de trabajar) para verificar por qué se emigra, cómo se emigra, y qué sector y qué características económicas predominan. Esta investigación también pensamos llevarla a cabo con inmigrantes que están en Europa para verificar tanto las preguntas que se han planteado al otro lado del mediterráneo, como para verificar la trayectoria de la emigración, el proceso migratorio y la decisión de emigrar.

Hay otras instancias interesadas en este tema que muestran interés por coordinar esfuerzos, pues es un tema que indaga el origen de este fenómeno y por lo tanto, muy interesante a la hora de facilitar la base estadística de datos que permita al planificador del otro lado esclarecer sus políticas. A modo de ejemplo: hemos realizado una encuesta en Túnez a 10.000 parejas constituidas por emigrantes y no emigrantes (incluyendo también a las parejas de emigrantes que han regresado). Constatamos que el paro no es la razón principal de la emigración según una encuesta sobre la emigración entre 1974 y 1988. Durante este período constatamos que quienes emigran son personas que trabajan, que están en edad de trabajar y que tienen su puesto de trabajo. Esto desmiente ciertos mitos que dicen que el paro es la razón principal de abandono de estos países y que son los parados quienes se van.

Hemos constatado que la emigración sur-sur, en este caso entre Túnez y Libia, tiene muchos más puntos positivos que la emigración sur-norte, en este

caso Túnez-Francia. Entre otros motivos porque es mucho más productiva. Entre los emigrantes que van a Libia hay un gran tanto por ciento que lo hacen esencialmente para realizar proyectos económicos o para fortalecer un proyecto económico emprendido antes de abandonar el país; para comprarse útiles de trabajo que sólo pueden conseguir realizando este viaje. Constatamos que la emigración sur-sur es de menor duración (se emigra solo) que la emigración hacia el norte. Sobre todo si la comparamos con la emigración antes de 1974. En 1973/74 tuvo lugar el cierre de fronteras de Europa y el bloqueo a la emigración que buscaba trabajo en la mayoría de los países europeos.

En el caso de Túnez la emigración estaba destinada principalmente hacia Francia. Por lo tanto si comparamos la emigración antes y después de 1974, vemos una neta diferencia, entre otros factores, a nivel de duración: se hace sobre todo más corta, de 12 años de media pasa a 2,5 años después de 1974. Por lo tanto se reducen los prejuicios sociales a nivel familiar, tales como separación de la mujer, separación de los hijos. Si no se emigra para llevar a cabo un proyecto económico se hace para emprender un proyecto social que no se consigue realizar, por ejemplo, el matrimonio, ya sea del propio inmigrante o de su hijo. Por lo tanto se hace principalmente para realizar un proyecto limitado en el tiempo y en el espacio, que se puede conseguir en un corto período de tiempo al que se limita la emigración. Aquí reside, entre otros, la importancia de este tipo de estudios sobre los que hay que centrarse en estos momentos.

En tercer lugar nos encontramos con un proyecto de investigación a petición de Libia. Consiste en un estudio sobre la salud de los inmigrantes en dicho país, donde la emigración se considera ilegal aunque tiene las puertas abiertas la gente entra y sale sin ningún tipo de control y no hay ningún tipo de censo. Por lo tanto está surgiendo una tendencia que quiere racionalizar un poco esta inmigración, al menos a nivel de la repercusión que tiene para la salud. Acabamos de recibir la solicitud para realizar el proyecto y lo pensamos llevar a cabo aunque por ahora sólo hay un acuerdo preliminar. Evidentemente queremos extenderlo a los países receptores de mano de obra en las regiones árabes, es decir a los países del Golfo.

También quiero mencionar un proyecto de estudios sobre el análisis de los datos de una encuesta que la Liga Árabe, FNUAP, OMS, UNICEF y otras organizaciones interesadas en la salud de las madres y los hijos que están realizando 13 estados árabes. Esta investigación ya se ha realizado en unos 6 países y va

a continuar en otros siete que no pertenecen al Golfo. El cuestionario de esta investigación abarca entre otros los siguientes temas: la mortalidad de niños y adultos, la procreación y la salud de los niños. También se incluyen cuestiones sobre las condiciones socioeconómicas, entre las que se encuentran principalmente las características de las personas que forman la pareja, de la pareja en sí, del alojamiento, de la infraestructura sanitaria del barrio y de las intenciones y actitudes de la mujeres. El cuestionario contiene preguntas no sólo sobre la emigración del marido sino también sobre la emigración de la mujer de una región a otra; ésto permitirá analizar el resultado de cualquier tipo de emigración sobre la salud de la madre y de los hijos.

Finalmente algunos datos de los resultados de la encuesta que se realizó en Egipto sobre el impacto de la emigración del marido en la salud de la madre embarazada. Aquí también hemos constatado que la mujer del emigrante goza de mejor salud que la del no emigrante; en efecto el 50% de las mujeres de emigrantes se ha realizado un reconocimiento médico frente al 45% del resto de mujeres. Otro indicador es que el 46% de dichas mujeres de emigrantes que se han hecho un chequeo lo han hecho por prevención o de forma regular y el 54% por algún tipo de problemas, mientras que esta proporción en las mujeres de no emigrantes es del 39% y 61% . Otro indicador es que el 52% de las mujeres de emigrantes son controladas por médicos frente al 44% de las otras. El 48% de las mujeres de emigrantes embarazadas no llevan ningún tipo de control médico frente al 55 % del resto. Otro indicador: el 54% de las mujeres de emigrantes reciben atención antes del parto, en centros privados el 84% frente al 74% del resto. Un último indicador es que el 56% de las mujeres de emigrantes se han vacunado al menos una vez contra el tétanos frente el 48% de las otras.

LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS: APORTACIONES DEL ANÁLISIS DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES EN LA CIUDAD DE BARCELONA

*Josep María Jansà**

El trabajo que voy a presentar tiene dos partes: por un lado el análisis del registro de nacimientos de la ciudad de Barcelona y, por otro lado, el análisis de las fuentes de mortalidad. Parte de este trabajo está fundamentado en un trabajo previo de un compañero que hizo también conjuntamente este trabajo, Carlos Valero.

El objetivo general de este trabajo es identificar algunas características epidemiológicas y sociodemográficas básicas de la población inmigrante extranjera que reside en la ciudad de Barcelona a partir de las fuentes de información disponibles desde el Ayuntamiento y, en concreto, de las estadísticas vitales. Los objetivos específicos son: 1) Analizar las características sociodemográficas de los recién nacidos de madres inmigrantes en la ciudad de Barcelona en el período 1990-92, a partir del registro de nacimientos de la ciudad. 2) Identificar la distribución y características esenciales de las defunciones de las personas inmigradas extranjeras residentes en la ciudad de Barcelona ocurridas en el período 1984-92, a partir del registro de mortalidad de la ciudad.

A nivel de métodos, los datos básicos de las fuentes de información disponibles del Ayuntamiento permiten definir el perfil de la inmigración extranjera de la ciudad de Barcelona.

Se trata básicamente de un estudio descriptivo a partir de los registros empleados en estas estadísticas vitales que debe servir de base para otros posibles estudios. En primer lugar del registro de nacimiento seleccionamos las variables: país de nacimiento, distrito de residencia, edad, recurso asistencial empleado por las madres, país de nacimiento del padre, semanas de gestación y peso al nacer. Con la idea de tener unas descripciones más de tipo sociodemográfico se seleccionaron dos indicadores con el limitado valor que pueden tener a partir del registro: a) el bajo peso al nacer o el peso al nacer y, b) las semanas de gestación.

* Epidemiólogo, Servicio de Epidemiología, Instituto Municipal de la Salud, Barcelona, España.

Los datos del registro de nacimientos parten de la Oficina de Población del Ayuntamiento que registra todos los nacimientos en la ciudad diferenciando entre los nacimientos de madres residentes y no residentes. Esta información, al mismo tiempo, procede de lo que se llama el Boletín Estadístico de Nacimiento y Parto que es un documento necesario para inscribir al recién nacido en el registro civil del municipio.

En segundo lugar, del registro de mortalidad se han escogido: el país de nacimiento, el sexo, la edad, el distrito municipal de residencia y la causa de defunción. Todos los datos son muy crudos y actualmente si hiciéramos este análisis probablemente intentaríamos, si los datos lo permitieran, hacer el análisis por barrios para especificar mejor la posible existencia de diferencias, lo que se llama estudio de áreas pequeñas.

Para poder identificar los fallecidos residentes en la ciudad de Barcelona se han seleccionado los que disponían de dirección y distrito municipal en la ciudad de Barcelona, es decir, los que residían en la ciudad. Los datos se han estudiado de forma agregada y desagregada por años aunque lo cierto es que debido al número reducido de inmigrantes extranjeros registrados en la ciudad de Barcelona, aquí coincidiría con lo que ha comentado antes Walter Actis, tenemos números pequeños y por lo tanto debemos trabajar con períodos grandes de tiempo para encontrar unos datos mínimos que puedan aportar alguna información.

En la mayoría de los casos se presentan los datos de manera conjunta para el período de estudio. Debido a la limitada validez de los datos poblacionales, dado que acostumbramos a trabajar con el padrón, hemos renunciado a utilizar las tasas, es decir, no hemos considerado denominadores en el cálculo de tasas porque sabemos que hay un subregistro de registro importante. Por tanto, aunque en otros estudios realizados a partir de las enfermedades de declaración obligatoria (registros de enfermedades transmisibles como sida y tuberculosis), intentamos hacer una estimación de tasas estimando también los subregistros, en este caso presentamos solamente números totales y porcentajes.

La distribución de nacimientos de residentes en Barcelona según el lugar de nacimiento de los padres. Destacamos, como se ha comentado antes, el volumen de América Central y del Sur del total de nacimientos y luego lo que sería también el Magreb. Hay un dato interesante cual es que, excepto en los casos de América Central y América del Sur donde existe un predominio de

las madres en cuanto al origen, en el resto de los casos la identificación del mayor número de nacimientos corresponde al padre. Es decir, hay una diferencia que se podría interpretar como una mayor emigración masculina de determinados colectivos y quizá mayor emigración femenina por parte de otros.

La distribución de los nacimientos de madres residentes en Barcelona según el lugar de nacimiento de los padres. En la diagonal se darían lo que son los porcentajes de apareamientos o de padres y madres de la misma procedencia. Vemos que para el colectivo de Asia y para el colectivo de Filipinas se han establecido dos categorías distintas en la medida que Filipinas representa un colectivo importante de la emigración y donde el porcentaje de apareamientos del mismo país es mayor. En cambio en el Magreb y en África Subsahariana se encuentra un mayor apareamiento mixto, es decir, de parejas que serían de poblaciones en las cuales la madre sería del país de origen y el padre sería ya de Cataluña o del resto de España.

En Barcelona, existe un distrito en el cual tradicionalmente se efectúan casi todos los estudios: la zona del puerto, el casco antiguo que a pesar de que en los últimos años se hacen grandes esfuerzos para despejarla, sanearla y mejorarla en cuanto a sus condiciones de vida, sigue aglutinando una cantidad de situaciones que suponen un cierto grado de marginación. Esto se ha extraído de los nacimientos y coincide con los datos que obtenemos de fuentes de acceso a servicios sanitarios. En esta zona de la ciudad se concentra el mayor porcentaje de emigración y sobre todo emigración procedente de países más pobres. En cambio, existe otro distrito que es la parte alta o la zona más elevada con mayor representación de la población inmigrante de países más desarrollados.

La distribución de madres residentes según edad y lugar de nacimiento permite ver si existe una mayor fertilidad o mayor fecundidad en las edades más jóvenes (o cómo se comportaban los nacimientos en función de las edades de las madres), ya que por un lado la fecundidad o los nacimientos en edades más jóvenes tienen determinados riesgos aunque las madres estén en edad fértil, por problemas de cultura o por problemas de habilidad social. En cambio, en las edades mayores eso puede tener un mayor riesgo, especialmente a partir de los cuarenta años. Antes observábamos que en el colectivo de Filipinas, que es un colectivo que emigra mayormente a nivel femenino en Barcelona, tiene un desplazamiento superior. Un 22% del total de nacimientos de mujeres filipinas, corresponde al sector de edad más elevado de treinta y cinco a trein-

ta y nueve años. Esto podría suponer que estas mujeres, por las condiciones de precariedad en la que se encuentran a nivel económico y social, tienden a tener sus hijos en edades más avanzadas.

En cuanto al colectivo del resto de Asia encontramos una situación algo distinta con un cierto desplazamiento hacia edades más jóvenes; esto supondría un 23% mientras que en el mismo sector la población autóctona sólo supondría un 10%. En cuanto al Magreb encontramos también una mayor dispersión que evita la concentración en los sectores de edad mayoritarios (25-29 y 30-34) y que se concentran en los 20-24 y los 30-34 años; esta mayor dispersión puede tener interpretaciones de distinto tipo. Si nos situamos en las edades más avanzadas puede ser también por esa dificultad de integración social o podría ser por otra parte por la no utilización o déficit de utilización de métodos preventivos de anticoncepción. Pero esto es algo que queda abierto para futuras investigaciones.

Cuando consideramos la distribución de nacimientos de residentes en Barcelona según el tipo de hospital, es decir conocer donde estaban acudiendo las poblaciones emigrantes (recursos públicos o privados), nos encontramos básicamente con dos patrones: a) el patrón compuesto por el resto de Europa y América Central y del Sur con una mayor tendencia a la utilización de recursos de tipo privado; y b) el colectivo de Filipinas, resto de Asia, Magreb y resto de África, sobre todo en el colectivo de Filipinas y de resto de Asia con una mayor utilización de los recursos públicos. Cuando hablamos de recursos de salud públicos, en la ciudad de Barcelona, nos referimos a hospitales de tercer nivel, es decir, los grandes hospitales que forman parte de la red pública asistencial. Los nacimientos en domicilio constituyen una proporción insignificante.

En cuanto al bajo peso al nacer el colectivo de resto de África presenta un mayor volumen de niños de bajo peso comparado con el colectivo de América Central y del Sur. No sabemos la explicación que puede tener este fenómeno. No podemos establecer ningún tipo de hipótesis a partir de aquí, simplemente la presencia de los datos crudos. Menos aún podríamos aventurar ningún análisis inferencial.

En cuanto a la distinción de los residentes en Barcelona nacidos a pretérmino también encontramos algo similar pero las escasas cifras impide cualquier análisis.

En cuanto al análisis de la mortalidad, encontramos que la distribución de las defunciones de residentes en Barcelona por edad y sexo según el desarrollo del país de origen, en las edades jóvenes de 15-24 y de 25-34 años una mortalidad superior en los países en vías de desarrollo frente a la mortalidad de grupos de edad equivalentes de los países desarrollados. La mortalidad se puede estudiar en los que son residentes en la ciudad de Barcelona o sumar los que son residentes y no residentes; cuando los sumamos vemos un cambio total del patrón dentro de estas edades, lo cual probablemente se deba a que aquí en cuanto a residentes y no residentes se incluiría gente de otras zonas de Cataluña que acuden a los grandes hospitales de la ciudad y que tienden a incrementar las cifras. Además, probablemente, esto también se ha debido a muertes por accidentes de tráfico motivadas durante la época de vacaciones en población joven, sobre todo en turistas y no en inmigrantes. El verificar el nacimiento en otro país probablemente explicaría esta discrepancia.

Conclusiones

1. En primer lugar, comentar que la natalidad de las madres de origen extranjero tiene un peso modesto en el conjunto de la natalidad en la ciudad de Barcelona. Sería un 6,5% en este período trianual; aproximadamente, la mitad corresponde a madres nacidas en países en vías de desarrollo con un peso especial de Marruecos, (aproximadamente un centenar de nacimientos) y las Filipinas.
2. En segundo lugar, que en el período de tres años, 1990-92, no se aprecia ningún cambio relevante, ninguna tendencia en el volumen de la natalidad de madres extranjeras que aparece estable. Territorialmente se aprecia una mayor concentración en el distrito de Ciutat Vella en el que los nacimientos de madres extranjeras en tres años llegan a representar el 20,2% del total de nacimientos, con una gran mayoría procedente de países en vías de desarrollo, especialmente de Marruecos y Filipinas. Esto es un dato importante porque cuando estudiamos la ciudad sabemos que en las grandes ciudades no se pueden estudiar como un todo homogéneo sino que las situaciones son muy distintas en función de las zonas o barrios. Los hijos de madres procedentes del África subsahariana y los procedentes de América Central y del Sur parecen presentar un mayor riesgo sanitario. Esto habría que estudiarlo más a fondo y podría ser corregido por el proceso de asistencia durante el embarazo y el parto.

3. En tercer lugar, la mortalidad de personas de origen extranjero presentan un peso muy bajo también en el conjunto de la ciudad; serían el 38%, (270 defunciones al año), en el período 1984-92. El 38% son defunciones de personas ocurridas en la ciudad que no son residentes en ella, lo cual es un volumen importante. El 60% de las muertes corresponde a personas procedentes de países desarrollados que siguen un patrón de mortalidad por edad, sexo y causa similar a la de los barceloneses y el 40% de personas procedentes de países en vías de desarrollo también tienen unos patrones con alguna especificidad, que sería quizá una mayor mortalidad por enfermedades transmisibles pero explicado más por el tema del sida.
4. En cuarto lugar, las defunciones de personas procedentes de países en vías de desarrollo ocurridas en la ciudad se observa entre los varones una mayor proporción de defunciones en edad joven, y especialmente por causas externas. Esto es importante porque en las causas externas se incluyen accidentes, suicidios y homicidios y probablemente allí podemos intervenir de algún modo; se trata de buscar elementos en los que se pueda intervenir (la mayoría de las cuales corresponden a muertes por accidentes).
5. En quinto lugar, se observa mayor frecuencia de mortalidad por enfermedades infecciosas a causa del sida, que en este caso afectaría sobre todo al colectivo de población procedente de América Central y del Sur; estudiando con más detalle los patrones, probablemente no se trate de casos de sida importados sino de casos de sida adquirido en el país de recepción, en este caso en Barcelona o el resto de España.

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES GUATEMALTECOS EN MÉXICO

*Rodolfo Casillas**

Introducción

Durante decenios, en la frontera de México con Guatemala, en particular en la región conocida como Soconusco, ha habido importantes flujos migratorios de trabajadores guatemaltecos, importantes para la economía regional mexicana por dos razones: son fuerza laboral de bajo costo y son consumidores de bienes varios que, producidos o no en el país, se comercializan en las localidades a las que concurren los trabajadores migrantes y sus acompañantes.

En el análisis de la salud de los trabajadores guatemaltecos en México concurren varios factores: 1) Características de la población migrante; 2) Oferta de salud pública en sus lugares de origen; 3) Oferta de salud pública en los lugares de destino; 4) Aspectos culturales, económicos y sociales prevalecientes en la región; 5) Cuadros epidemiológicos y principales causas de mortalidad en ambos lados de la frontera, 6) Principales causas de morbilidad y mortalidad en los trabajadores guatemaltecos en Chiapas, México. La consideración de estos factores permitirá comprender que, independientemente del volumen, estamos en presencia de un fenómeno complejo, escasamente conocido y poco estudiado. En este artículo me limitaré a hacer un amplio esbozo de dicho fenómeno, dado que hasta la fecha no se ha hecho un estudio específico de la relación migración/salud en la región fronteriza de México con Guatemala. En la parte final se presentan, recomendaciones generales para mejorar las políticas gubernamentales en la región limítrofe de ambos países y, en particular, para la atención de los flujos de trabajadores migrantes.

Características de los migrantes y de las actividades de destino

Los trabajadores guatemaltecos en México conforman uno de los cuatro flujos migratorios que se presentan en la frontera sur de México¹. Hasta hace unos

¹ Los otros tres son los siguientes: refugiados, transmigrantes y residentes fronterizos.

* Profesor Investigador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica de México.

15 años su presencia era percibida sólo por los sectores sociales locales que tenían que ver con ellos (empleadores, comerciantes e involucrados en el traslado y contratación) así como un reducido sector de las autoridades de migración. Las cosas han cambiado: en los últimos tres quinquenios se observan cambios cualitativos y cuantitativos en los flujos, particularmente en trabajadores y transmigrantes. Además hay un surgimiento del flujo de refugiados sin punto de comparación con los hechos precedentes, lo que ha llamado la atención de distintos sectores sociales, académicos y gubernamentales; diversificación de los lugares de origen, de los de destino de la temporalidad de la migración, de la composición comunal y familiar, de las rutas migratorias, de la ocupación previa a la migración, etc. Presumiblemente, aunque no existe todavía forma de comprobarlo, también cambios en el volumen². Hay, en consecuencia, un universo de migrantes, algunos con documentación migratoria en regla y otros sin la acreditación correspondiente. Las corrientes de trabajadores guatemaltecos³ forman parte de ese universo de flujos migratorios mutantes.

Los guatemaltecos van fundamentalmente al Soconusco a los cultivos de café, caña de azúcar y plátano. Se estima que el volumen total de trabajadores migrantes oscila entre ochenta y ciento cincuenta mil personas al año, sin incluir a los acompañantes (hijos mayores, mujeres y niños). La gran mayoría va al café y proporciones menores (no más de diez mil en total) a los otros dos cultivos. Adicionalmente hay que mencionar la existencia de otros grupos de trabajadores en el sector servicios (cuya cifra es difícil de estimar), destacando de entre ellos las trabajadoras domésticas, importante fuerza de trabajo en el área de Tapachula, Chiapas.

En tanto que el café y el azúcar son actividades estacionales, los flujos se adecúan a su temporalidad; de abril a agosto para las labores de limpia y de septiembre a febrero para la cosecha en el caso del café y de enero a mayo para el corte de caña. El cultivo del plátano es una actividad permanente por lo que los desplazamientos internacionales tienen frecuencias variables: diarias, semanales o por varias semanas. Esta variedad en los desplazamientos da

² De hecho, una interrogante todavía sin respuesta se refiere al volumen total de la migración, así como a la parte de ella que se compone por indocumentados.

³ Para esta ocasión referiré sólo algunas características de los trabajadores que proceden del Departamento de Huehuetenango, en Guatemala, fronterizo con México, si bien es cierto que en términos generales las condiciones de vida y salud son válidas para el conjunto de campesinos guatemaltecos que concurren al campo mexicano. La razón de acotar es sencilla: cuento con informes que permiten cierto grado de comparación con localidades de destino en México.

una idea de la cercanía y fácil acceso de la comunidad de origen al centro de trabajo, independientemente de los límites fronterizos nacionales y de los procedimientos migratorios que pudieran aplicarse. En términos de salud, tal movilidad gravita en la posibilidad de que los migrantes puedan ser portadores -sin ningún tipo de control- de vectores de una localidad a otra, es decir, de un país a otro.

Cabe señalar que a lo largo de la frontera nacional de Guatemala con el estado mexicano de Chiapas (985 km), existe infinidad de caminos vecinales en medio de una vegetación exuberante y de fincas agrícolas que terminan justo en la línea fronteriza. Esto dificulta el control migratorio, las estimaciones sobre el volumen y, sin duda, la puesta en práctica de programas institucionales de salud para la población migrante.

Particularmente en el cultivo del café se presenta una migración colectiva (familiar o comunal), que al menos en el 50% de los casos, la encabezan los hombres o jefes de familia y se acompañan de la esposa o los hijos mayores. Su estadía promedio es de seis a ocho semanas y se estima que durante ese lapso la mayoría sólo trabaja en una sola plantación, con baja frecuencia de desplazamientos posteriores a fincas con cultivo similar y todavía menor frecuencia a otros tipos de cultivos debido a las tareas especializadas de cada uno de ellos. En términos de salud, ello significa que, de contagiarse de algún virus, podrían transportarlo a su lugar de origen y por su ruta migratoria de retorno; mas difícilmente lo propagarían en otras plantaciones mexicanas de cultivo diferente al que ellos concurren.

En la caña y el plátano la migración laboral es mayoritariamente individual, con presencia menor de mujeres y de infantes de procedencia centroamericana. En parte ello se debe a las características propias de los cultivos y en parte también a las condiciones de vida en los albergues, sin dejar de considerar que en estos cultivos la fuerza laboral la constituyen jornaleros del campo con menor apego a formas colectivas de relación con la tierra y las labores agrícolas ⁴. De ahí que pueda hacerse una diferenciación de los lugares de procedencia: para el café provienen del altiplano y para la caña y plátano de la costa sur guatemalteca. No obstante lo anterior, en los últimos años se empieza a observar una participación creciente de trabajadores procedentes de otros departamentos

⁴ Para ilustrar la cosmovisión que implica la forma comunal, puede consultarse la obra "Me llamo Rigoberta Menchú" y así me nació la conciencia. México: Siglo XXI, editores.

de Guatemala ⁵, incluso sin las habilidades requeridas para algunas tareas especializadas de los cultivos mencionados, lo que incide en una menor productividad, menor salario y mayores riesgos de accidentes del trabajo.

Con respecto a la edad, la mayor proporción se encuentra en las edades más productivas en los tres cultivos (18 a 45 años), si bien para el corte del café hay presencia significativa de personas de edad avanzada y menores de edad que, al lado del padre, aprenden en el campo el trabajo que algún día deberán hacer de manera independiente o al frente de su propia familia. En estas circunstancias de convivencia, las posibilidades de aprendizaje en el trabajo compartido, en la vida compartida en los centros de residencia transitoria, conlleva los riesgos de compartir las enfermedades y los riesgos de accidente laboral; en el trabajo y en el descanso hombres, mujeres y niños forman una fuerza productiva indiferenciable en aras de obtener el máximo ingreso posible.

En todo caso, el ingreso es bajo: se requiere de una jornada de ocho a diez horas a pleno rayo de sol para lograr en el mejor de los casos una retribución promedio de aproximadamente tres dólares por día trabajado ⁶. El ingreso es considerable a la luz de los bajos salarios y la dificultad para encontrar empleo en su Guatemala natal. Particularmente en el café se da el caso de que para muchos de ellos el único ingreso monetario que reciben al año es el que devengan como trabajadores temporales en el campo mexicano. El ingreso, por tanto, "debe" ajustarse para atender las necesidades más inmediatas y proporcionar una reserva para otros gastos a realizar durante el resto del año en sus lugares habituales de residencia. En el plátano, en la medida que se trata de una actividad permanente, los trabajadores procuran mantenerse en la plantilla de contratados dado que se ha convertido en su único ingreso seguro. En el caso de los que participan en el corte de la caña de azúcar, como en el café, el ingreso obtenido en México tiene carácter complementario a la ocupación habitual en su lugar de residencia en Guatemala.

⁵ Guatemala está dividido en departamentos, 22 en total. Teóricamente, podría esperarse en México un mayor número de trabajadores provenientes de los departamentos vecinos (como de hecho así lo contemplan las autoridades migratorias mexicanas para el otorgamiento de permisos de trabajo a los naturales de los departamentos de San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Quetzaltenango, Totonicapán, Suchitepequez y Retalhuleu), más observaciones de campo indican la presencia de otros laborantes residentes en departamentos guatemaltecos alejados de la frontera con México.

⁶ En el caso del café, según una encuesta que realizamos hace algunos años, cerca del 80% no lograba ese ingreso promedio incluso considerando el trabajo agregado de los acompañantes. Menos del 10% superaban el ingreso promedio, gracias a la edad, habilidad y número de acompañantes involucrados. En tanto que no ha habido cambios técnicos o en el tipo de relación contractual, considero que las proporciones anteriores conservan vigencia en términos generales.

En el corte del café las relaciones contractuales están mediadas, en un número indeterminado de casos, por el conocimiento previo y la confianza personal entre empleador y empleado. Importan los nexos previos, pues muchos de ellos acuden directamente a la unidad productiva en donde son esperados año tras año. En consecuencia no es extraño encontrar ciertos pactos sociales (compadrazgos, etc.) que aseguran la continuidad entre empleadores y empleados al paso de generaciones. Dicho de otra forma hay vínculos culturales que median las relaciones contractuales. En cambio, para la caña y el plátano el esquema de contratación es diferente, es más impersonal, sin necesario conocimiento ni relaciones sociales previas y en ocasiones con la mediación de un tercero que les contrata en los lugares de residencia y les dirige durante las labores de corte⁷. Se observa, entonces, una combinación de formas culturales tradicionales y modernas con normas de contratación capitalistas, si bien también es cierto que ello no significa una mejora sustancial en el salario o en las condiciones de vida o prestaciones sociales para la población contratada.

En el cultivo del café hay dos tipos de unidades productivas: las propiedades individuales y las colectivas o ejidales. Para el tema que nos ocupa, la diferencia importa en tanto que en las primeras los trabajadores se alojan en galeras o "galleras" (en muchos casos en condiciones de hacinamiento) y a veces los que acuden en forma familiar tienen la oportunidad de obtener una pequeña casa con un poco más de privacidad; si no es así, van con todos los demás contratados a dormir en el suelo en espacios delimitados con líneas pintadas en el piso de no más de 1,20 por 1,80 metros por persona. En todo caso, el hacinamiento de cien, doscientos, trescientos trabajadores o más, a los que hay que añadir los acompañantes, crea una situación propicia para la propagación de enfermedades infectocontagiosas de alcances impredecibles dado que la estada y movilidad de grupos que llegan y van ocurre de manera asincrónica y, cuando menos, semanalmente durante varios meses.

En cambio, una proporción de los contratados por ejidatarios, aunque sea un número reducido los que pueden ser absorbidos por este tipo de tenencia, con frecuencia son alojados en las propias viviendas de los empleadores y toman los alimentos preparados por las familias de los mismos sin distinción de habitantes permanentes y temporales. Como cada ejidatario contrata a unos cuantos guatemaltecos, se podría pensar que las condiciones de vida son mejores para los migrantes, lo que no es del todo cierto, como veremos.

⁷ Es el caso del corte de la caña, actividad en que un "cabero" (especie de jefe de cuadrilla) gestiona la contratación y encabeza a un grupo determinado de trabajadores día a día en las labores en la unidad productiva.

Los trabajadores del corte de la caña y del plátano se alojan en albergues con capacidad para 300 trabajadores cada uno; son pocos los que vienen acompañados de esposa e hijas, pues el corte es una tarea ruda realizada sólo por hombres. Las condiciones de los dormitorios y el hacinamiento es similar al de los trabajadores del café; similares también son los riesgos de transmisión de enfermedades. En el caso de las mujeres con hijos empleadas en la producción platanera, se observan efectos contraproducentes en el crecimiento de los niños debido a la ocupación materna ⁸.

Para concluir con esta caracterización general de los trabajadores guatemaltecos en México desde una perspectiva que combina lo económico, lo social y lo cultural, se puede decir que se trata de flujos con un pie en formas pre-capitalistas de socialización y otro pie en prácticas capitalistas de producción, en los lugares de destino de la migración. Por esta combinación de formas y tradiciones difícilmente pueden ponerse en práctica esquemas de atención a la salud altamente institucionalizados dado que, en contrapartida, por su historia, cultura, tipo de relaciones que establecen con sus empleadores y una oferta gubernamental limitada y deficiente no puede esperarse más que la vigencia de esquemas de sobrevivencia accesibles a las comunidades migrantes, pero que hasta la fecha escapan a cualquier intento de programación y control gubernamentales. De ahí, pues, que la atención a la salud de la población migrante constituya un desafío de muchos rostros de rasgos imprecisos.

La atención a la salud en Huehuetenango (Guatemala)

Guatemala es un país pobre y más empobrecido en los últimos años. En la actualidad, se estima que cerca del 80% experimenta algún grado de pobreza. En este contexto el gasto presupuestal para el rubro social que incluye salud, educación y vivienda, entre otras, ha devenido menor en términos reales, a la par de aumentos en la demanda insatisfecha y en el crecimiento poblacional. Cerca del 67% de la población vive en zonas rurales, con una distribución de 124,4 viviendas por cada 1.000 habitantes, aunque en el campo el hacinamiento es más pronunciado, sin poder especificarse cifras. El déficit de vivienda y la calidad menor de las existentes se magnifica ante la gran proporción de

⁸ Sobre este tema, un trabajo social y de gran mérito es el que han hecho Takehiro Misawa y Octavio Ixtacuy, quienes han estado trabajando en los últimos años sobre las condiciones de salud de la mujeres con hijos empleadas en las plantaciones plataneras en Chiapas. Su trabajo más reciente fue presentado con el título "El efecto del empleo materno sobre el crecimiento de los niños según edad de los niños: la zona de producción platanera en Chiapas", en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía (5 al 9 de junio), México, 1995.

ellas que no cuentan con los niveles mínimos de provisión de servicios básicos (agua, luz y drenaje). En cuanto a la escolaridad, cerca del 50% de la población guatemalteca mayor de 15 años es analfabeta, si bien en los sectores rurales e indígenas los porcentajes son mayores: 71 y 77% respectivamente.

En lo que respecta al departamento de Huehuetenango, éste es parte de la región más pobre de Guatemala; cuenta con 12% de la población económicamente activa pero sólo genera 4% del producto interno bruto. Su población es básicamente campesina e indígena (66%); reúne distintas ramas mayenses y, aparte del español, se hablan siete idiomas más. Cerca del 45% es menor de 15 años. En lo que se refiere a los servicios de salud éstos son proporcionados por dependencias gubernamentales, por instancias semiautónomas y no gubernamentales. La oferta de salud gubernamental involucra a cerca de 500 personas, incluyendo 35 médicos, 28 enfermeras profesionales, 44 técnicos varios y 51 empleados para distintas labores administrativas y de mantenimiento de las instalaciones. Es significativo que se cuenta con cerca de 900 promotores voluntarios de la salud y 1.400 parteras, también voluntarias. Con base en las cifras oficiales los indicadores son los siguientes: 0,05 médicos, 0,04 enfermeras profesionales y 0,11 en la oferta de servicios médicos por cada 1000 habitantes.

Entre las causas de morbilidad más frecuentes en el caso de las mujeres están las complicaciones prenatales y perinatales, enfermedades respiratorias, parasitosis intestinal, diarreas agudas, puerperio fisiológico, amibiasis intestinal y parasitosis. Para los hombres, las causas son enfermedades respiratorias agudas, diarreas agudas, parasitosis y amibiasis intestinales, faringoamigdalitis, dermatitis alérgica y neumonía.

En cuanto a la mortalidad neonatal, para finales de los 80 era de 20 por cada 1.000 nacidos vivos y registrados y la mortalidad posnatal era de 40 tam.000 (N.V.R.). Más preocupante es que de cada 1.000 menores de 5 años, morían 160. La tasa de mortalidad infantil es fuertemente afectada por las condiciones sanitarias de la vivienda, por las condiciones de vida en general y por el grado de instrucción de la madre en materia de salud, higiene y alimentación. Adicionalmente, cabe señalar que sólo el 19% de los partos son atendidos en centros hospitalarios y 77% por parteras, la mayor parte empíricas, y que cerca del 50% de la mortalidad materna se debe a hemorragias y 20% a sepsis. Como resultado se tienen para 1991 las siguientes tasas: de mortalidad neonatal de 8,06; de mortalidad posnatal de 22,32; de mortalidad infantil de 30,28; de mortalidad

materna de 1,18; y de mortalidad general de 5,52. Entre las causas de muerte, las más frecuentes han sido enfermedades infecciosas intestinales, desnutrición, afecciones originadas en período perinatal, enfermedades varias del aparato respiratorio, diversas enfermedades bacterianas, infecciosas y parasitarias.

Lo anterior lleva a concluir que existe una oferta gubernamental de atención a la salud limitada y deficiente, donde la participación de redes sociales (vía organismos no gubernamentales y prácticas tradicionales) tiene un papel importante dado que absorbe gran parte de la demanda de atención de la población de Huehuetenango. Si bien esto lleva a un fuerte subregistro en morbilidad y mortalidad, lo grave es que las tasas de enfermedad y muerte son abatibles, de contarse con la atención y servicios oportunos. Es decir, hay una fuerte incidencia de las enfermedades y muertes de la pobreza en una población mayoritariamente indígena, analfabeta, joven, desempleada, con precarias condiciones en la vivienda, en la alimentación, en el acceso al empleo y a los servicios públicos asistenciales.

Este es el perfil de la población que por lapsos se ve obligada a migrar, mucha de ella a México, a los cultivos ya antes mencionados. Y, con ese perfil, adicionado por la condición de indocumentada en que ocurre la migración, es previsible que existan pocas posibilidades de que los trabajadores agrícolas demanden atención a su salud en el país de destino: si llegan a enfermar, recurren con mayor facilidad a la automedicación o a las prácticas y redes sociales similares a las de su lugar de origen. Como se ve, son diversos y complejos los nutrientes de la indefensión del trabajador guatemalteco, incluso antes de llegar a su destino laboral en México.

La atención a la salud en Chiapas (México)

El estado de Chiapas constituye el 58% del total de la frontera sur de México, es el principal centro de destino de las migraciones laborales y tránsito de casi todas las migraciones centroamericanas al país y a EEUU. Chiapas también es uno de los estados más pobres de México; los índices de marginación gubernamentales lo ubican en primer lugar en la categoría de muy alta marginalidad⁹. La población chiapaneca es rural casi en su totalidad: de 16.622 localidades existentes en el estado, 99,2% son rurales y sólo 0,7% urbanas.

⁹ Con respecto a los municipios y su distribución según los grados de marginalidad en que se encuentran, más de 34% del total (38 de 111 municipios) están en condiciones alarmantes; y más de 84% (94 de 111) se ubica en los grados de alta y muy alta marginalidad.

Más de la mitad de la población ocupada (66%) está dedicada al sector primario, con un importante porcentaje que sólo produce para el autoconsumo, es decir que no recibe salario alguno (30% del total del sector). En lo que se refiere a las condiciones de vivienda, cerca de 50% no cuenta con drenaje, inodoro ni agua entubada y sólo 66,9% cuenta con energía eléctrica ¹⁰. En su territorio también se encuentra una diversidad cultural, con fuertes raigambres mayenses en diversos pueblos indígenas que al extenderse a Guatemala conforma una región transnacional de cierta homogeneidad cultural y de similares condiciones de vida precarias para los sectores campesinos e indígenas.

Para principios de este decenio, según cifras oficiales, en Chiapas había aproximadamente 645.000 personas sin acceso a ningún tipo de servicios sanitarios, lo cual en términos relativos equivale a 17,2% de la población total del estado. Sin embargo, aun en el grupo poblacional que recibe real o potencialmente los servicios de salud, los recursos médicos también son escasos. Considerando que la proporción de la población total que cuenta con algún tipo de seguro médico en Chiapas es de 20%, principalmente de instituciones gubernamentales y que la población potencialmente usuaria de los servicios de salud es de 60%, es evidente que la utilización de los servicios sanitarios en el primer nivel está por debajo del promedio nacional. La proporción de consultas a un médico es de ocho por día, la mitad de las que ocurren a nivel nacional; la población asegurada lo hace con más frecuencia: casi diez consultas por día frente a seis de la población no asegurada.

En Chiapas las enfermedades infecciosas más comunes son las respiratorias agudas y las intestinales; estas últimas han sido en años recientes la principal causa de mortalidad general de la población total del estado, alcanzando en 1992 una tasa de 52,4.

En el medio doméstico las instalaciones sanitarias representan un aspecto importante que influye en la aparición de algunas parasitosis o infecciones. En la región fronteriza de Chiapas, sólo 20% del total de las viviendas cuentan con drenaje y hay casos donde menos del 10% de las viviendas cuentan con ese servicio. Con respecto al abastecimiento de agua, aproximadamente 40% de las viviendas cuenta con ella. La baja dotación de servicios sanitarios de la población en el interior de sus viviendas y las condiciones de hacinamiento en

¹⁰ Ello no obsta para que en su territorio se cultiven productos de exportación como es el café. Tampoco para que sus recursos naturales (como es el petróleo y sus caudalosos ríos) alimenten actividades de punta en la industria petroquímica o provea cerca del 30% de la electricidad que se consume a nivel nacional.

que vive la mayor parte de los pobladores multiplican los riesgos de contraer parasitosis y enfermedades gastrointestinales.

Las muertes maternas se deben en mayor parte a causas obstétricas y al aborto. El porcentaje de mujeres que se atienden en los puestos de salud durante y después del embarazo es mínimo. La mayoría son atendidas por sus familiares o parteras empíricas. Las muertes de infantes son pocas según los registros oficiales; lo que ocurre es un alto subregistro de nacimientos y muertes en poblaciones campesinas e indígenas. De las registradas, en primer lugar están las originadas en el período perinatal, seguidas por diarrea y neumonía, respectivamente.

Al revisar el perfil epidemiológico de Chiapas se advierte que las enfermedades que prevalecen en la entidad y las que en mayor proporción son causa de mortalidad podrían ser, como en el caso de Huehuetenango, Guatemala, prevenibles con una intensa política de salud orientada a ese fin. Las principales causas de morbilidad son las infecciones respiratorias, las intestinales, el paludismo, las genitourinarias y la tuberculosis, todas ellas susceptibles de ser diagnosticadas y tratadas en el primer nivel de atención médica. Este tipo de enfermedades, y otras como la fiebre tifoidea, la influenza y la oncocercosis¹¹ ubican a la entidad en niveles más altos que el nacional debido sobre todo a las precarias e insanas condiciones en que vive la población.

Con la atención adecuada y oportuna se reduciría en más de 50% el promedio de decesos entre la población en general; seis de las diez principales causas de muerte (diarrea, sarampión, neumonía, afecciones durante el período perinatal, tuberculosis y desnutrición) se podrían evitar si hubiera mayor atención en el primer nivel. Atacando a este mismo grupo de enfermedades se erradicarían también las tres principales causas de muerte infantil, sobre todo la de niños entre uno y cuatro años, que es la más frecuente y la más grave si se compara con las cifras a escala nacional.

La raíz del problema de las enfermedades infecciosas se halla tanto en la población como en el medio en que ésta vive, es decir, en el agua contaminada de los ríos, en el aire intoxicado de sus casas, en las condiciones antihigiénicas en que elimina sus desechos, en las condiciones de hacinamiento en que vive,

¹¹ Tapachula es el foco de infección más importante en todo el país; esta enfermedad, desde finales del siglo XIX, se arraigó de tal forma en este municipio que aún hoy ha sido imposible para las autoridades sanitarias erradicarla o reducirla a su mínima expresión.

etc. Cuidando la relación hombre/medio ambiente pueden abatirse las raíces principales de las infecciones que tanto enferma y mata campesinos e indígenas.

Otro de los problemas estructurales que afectan la relación salud población es el que se refiere al acceso real de la población a los servicios de salud. La ineficiente distribución de los recursos médicos y la insuficiencia de los existentes han influido para que la población no acuda muchas veces a los centros de salud¹². Este desprestigio ha llegado a los oídos de los trabajadores guatemaltecos, que si ya tenían recelo de las instituciones gubernamentales de salud, con este tipo de noticias su resquemor aumenta. Si a esto añadimos las barreras geográficas, culturales y de idioma entre la población y el personal de los servicios de salud, el problema se torna aún más complejo. Adicionalmente, la insatisfacción de la población con respecto a los servicios, expresada en carencias, maltrato o deficiente atención es también producto de la manera en que se organizan actualmente dichos servicios.

En conclusión, la oferta de atención a la salud por parte de México es insuficiente e ineficiente. El esquema institucional de servicios públicos en Chiapas, incluidos los servicios médicos, para una población con los mayores índices de marginalidad, con morbilidad y mortalidad propias de la pobreza y con una inicial transición epidemiológica¹³, resulta inoperante. De manera paralela, coexiste un sistema de salud tradicional con base en parteras, hueseros, yerberos, etc., que conforman el sector salud más inmediato y accesible económica y culturalmente a amplios sectores campesinos e indígenas locales y foráneos. En Chiapas, donde prevalece un régimen institucional endeble, las responsabilidades de los empleadores con sus contratados queda más a nivel de su conciencia social que al cumplimiento de la normatividad laboral existente en el país¹⁴. De esta suerte, el Estado por omisión e ineficiencia entre otras razones y los empleadores por su débil conciencia social y mayor expectativa de incrementar sus

¹² En particular, se ha comentado que las instituciones gubernamentales de salud practican sin autorización esterilizaciones en las mujeres con varios hijos, como política de control natal particularmente entre campesinas, indígenas y madres de escasos recursos.

¹³ Si bien hay bastantes similitudes en las condiciones de vida y atención a la salud entre la región chiapaneca y la de Huehuetenango, en la primera se observa una transición epidemiológica, así sea de bajo relieve. Entre las primeras causas de mortalidad en el estado aparecen, junto con las infeccioso-intestinales, las causadas por tumores malignos, sobre todo del estómago, y las enfermedades del corazón, tercera y cuarta causas de mortandad, respectivamente.

¹⁴ Una parte de los propietarios de fincas de café en el soconusco tienen un convenio de atención a sus trabajadores temporales con el Instituto Mexicano del Seguro Social. El protocolo asienta el

ganancias (vía salarios bajos, condiciones de vida precarias para sus trabajadores residentes temporales en sus propiedades, no registro o registro parcial del total de sus empleados ante las autoridades de salud correspondientes, etc.) para efectos prácticos no atienden de manera debida la salud de la población en general ni la masa trabajadora en particular, sea nacional o extranjera ¹⁵.

Esta es, a grandes rasgos, la situación que encuentra el trabajador guatemalteco durante su estadía en el campo mexicano. Su indefensión de origen, señalada en el apartado anterior, encuentra así su espacio de realización en las plantaciones agrícolas de Chiapas.

La salud de los trabajadores en la región fronteriza ¹⁶

En la región fronteriza de Chiapas, el 80% de los pobladores usa leña para cocinar, mucho más de lo que registra el nivel nacional. En la contraparte guatemalteca, la proporción es de 90%; por lo que tanto en un país como en otro la población expuesta a este tipo de contaminación, particularmente mujeres y niños, sufren padecimientos de las vías respiratorias con mayor frecuencia. Los trabajadores migrantes durante su estadía en México no extrañan, por tanto, este tipo de contaminación que afecta sus vías respiratorias prácticamente igual en uno y otro lado de la frontera. En particular esto es válido para los trabajadores que se emplean con ejidatarios, pues al dormir en casa de éstos, lo hacen en la cocina o en sus inmediaciones.

procedimiento mediante el cual los empleadores deberán presentar el listado de trabajadores acreedores de la prestación, mas por conocimiento de campo hay serias reservas sobre la cantidad que se documenta ante las autoridades de salud y migración: por lo regular es una cantidad inferior a la real dado que no hay posibilidad de verificación y existe la necesidad de atención para trabajadores no registrados: hay cierta facilidad de que se le ingrese con el nombre de otro; basta con que se le indique que diga otro nombre a la hora del registro para que pueda ser atendido, señalarle que hable su idioma vernáculo, con lo que se levanta una barrera que impide mayores interrogatorios.

¹⁵ Habría que precisar que, frente al extranjero, el trabajador nacional tiene la ventaja comparativa de poder contar con el apoyo de las organizaciones gremiales y sindicales. Aunque los datos indican la cobertura limitada e insuficiencias, el sistema institucional de salud está más al alcance del nacional.

¹⁶ Como lo señalé al inicio de esta ponencia, no existe información diferenciada por nacionalidad en los registros de salud gubernamentales en el estado de Chiapas. Por ello, gran parte del análisis de este apartado es de carácter deductivo con apego a la información verificable en dichos registros y a las estadísticas oficiales de los gobiernos de México y de Guatemala, así como observaciones de campo y entrevistas con personal de los servicios de salud gubernamentales destacados en la región fronteriza.

La tuberculosis es una enfermedad que predomina en la región con tasas muy altas (15,51), el doble de la tasa nacional. La tuberculosis registra mayor número de casos en municipios fronterizos con Guatemala, lo que coincide con lo que ocurre en localidades de Huehuetenango, aunque en esos poblados la tendencia en el número de casos ha seguido en ascenso mientras que desciende en el lado mexicano. No es descartable que los frecuentes contactos, vía la migración laboral, entre pobladores de uno y otro lado disemine el mal, si bien parece que los servicios de salud han tenido mejores resultados en territorio de México. En todo caso, la inexistencia de una política de salud uniforme y coordinada en ambos lados de la frontera y los frecuentes intercambios poblacionales hacen que las medidas sanitarias tomadas en un país sean de corto alcance, manteniéndose en conjunto tasas relativamente altas de esta enfermedad.

Otras dos enfermedades que afectan por igual a pobladores avocindados en ambos lados de la línea limítrofe, incluyendo a trabajadores temporales en México, son la oncocercosis y el paludismo. La primera, que afecta los órganos visuales, tiene su foco de infección más importante en el Soconusco, concretamente en Tapachula, el principal municipio productor de café en Chiapas y que emplea el mayor volumen de trabajadores guatemaltecos en la cosecha del grano. El paludismo, por su parte, tiene efectos similares en poblaciones asentadas a lo largo de la frontera y con migraciones laborales cíclicas. Los datos, empero, no permiten establecer una relación temporal entre migración y auge de la enfermedad, aunque personal de salud de México, con base en su experiencia laboral, asevera que tal relación existe. Dados los antecedentes, pareciera que trabajadores guatemaltecos y acompañantes enferman de oncocercosis durante su estadía laboral en Tapachula y retornan a Huehuetenango portando o abiertamente enfermos de dicho mal. Para el caso del sarampión no puede señalarse punto de origen, lo que es tema de controversia entre las autoridades sanitarias de ambos países. A final de cuentas, sin dejar de valorar el precisar el punto de origen, es menester una política sanitaria regional, sin contratiempos prácticos debido a jurisdicciones fronterizas, que atienda a la población expuesta o enferma del sarampión; de la oncocercosis no hay duda sobre el lugar de origen, lo que ha fallado son las medidas tomadas en contra de ella.

Las plantaciones del café, caña y plátano no cuentan con servicios sanitarios con capacidad suficiente para el eliminar adecuadamente las aguas negras del total de sus trabajadores; no tienen drenaje ni fosas sépticas para cientos de laborantes (sólo hay algunas de estas últimas de acceso y capacidad limitados). Pero

por otro lado, tampoco hay, entre la gran mayoría de los empleados, el hábito de utilizar dichos servicios si los hubiera. En consecuencia, las excretas quedan expuestas a ras de suelo en terrenos con clima húmedo y cálido, con frecuentes lluvias, lo que lleva a contaminar ríos y fuentes naturales de abastecimiento de agua "potable", la que se utiliza para cocinar y beber durante las largas jornadas de trabajo a pleno sol. Así, las diarreas y enfermedades gastrointestinales son frecuentes entre la masa trabajadora de las plantaciones aludidas.

Cabe mencionar la elevada proporción de muertes por accidentes que, si bien no entra en el rubro de enfermedades, sí da una idea más global del perfil de las causas de mortalidad en el estado de Chiapas. La muerte por accidente ocupa el segundo lugar dentro del grupo total de causas. Muchas de estas muertes se deben a la falta de asistencia médica cuando ocurren los accidentes (por la lejanía del centro médico o por la escasez de los recursos médicos necesarios para atenderlos), los cuales se originan frecuentemente en el campo laboral; no en vano es la primera causa de muerte de gente en edad productiva y en mayores proporciones a las que se dan a nivel nacional. En particular en los cultivos de la caña y el plátano, la utilización de herramientas punzocortantes y la utilización de ciertas fases tecnificadas en largas jornadas de trabajo hacen que, con el cansancio, llegue el accidente. También la presencia de animales venenosos (serpientes y arácnidos) en los campos de cultivo exponen a la hora de la cosecha a mordeduras y picaduras que pueden ser mortales. Lamentablemente para nuestro interés, no ha sido posible hacer una diferenciación por nacionalidad en los registros gubernamentales para tener una idea más exacta de lo que ocurre con la mano de obra migrante, aunque testimonios de campo indican una proporción nada despreciable.

Por otra parte hay que considerar el factor temor. Esto es, el trabajador extranjero se sabe vulnerable, y lo es; por tanto cuida que, de enfermarse, no sea descubierto por el capataz, el administrador o por el mismo patrón pues puede ser despedido: no porque baje su productividad, dado que le pagan por trabajo realizado, sino porque puede contagiar a otros. Puede propalarse la noticia; puede ocasionar que otros trabajadores prefieran poner tierra de por medio antes de contagiarse y afectar el ritmo de cosecha; puede, en fin, llamar la atención de las autoridades sanitarias, lo que le podría ocasionar un problema al empleador. Nadie, por supuesto, habla de este temor, se lleva en la piel. Por eso también el subregistro gubernamental de la morbilidad; por eso también la automedicación, el recurso de las anejas prácticas que cultural, económica y socialmente han estado a su alcance; la respuesta del trabajador enfermo es desde

su pasado, desde su cultura y no desde su derecho ciudadano, que mal conoce y menos le sirve. Por otro lado, frente a la ausencia de la protección sindical, propia de los tiempos capitalistas, tiene la vigencia del colectivismo precapitalista: el médico tradicional, el yerbero, el huesero, la partera empírica.

No se trata de una contradicción, se trata de una adecuación de formas pasadas a requerimientos de supervivencia del presente.

Dos recomendaciones de carácter general

Es indudable que los gobiernos de México y Guatemala tienen un serio problema de salud pública en la región limítrofe con poblaciones cultural, social y económicamente interrelacionadas. Los cuadros epidemiológicos de poblaciones vecinas de Chiapas (México) y de Huehuetenango (Guatemala) son bastante similares como para invitar al diseño de un plan binacional de salud pública que, sin negar las responsabilidades de cada país, potencie recursos humanos, técnicos y materiales para contrarrestar enfermedades y muertes evitables que han demostrado no regirse por fronteras nacionales.

En lo que se refiere a la salud de los trabajadores guatemaltecos en México, se puede avanzar mediante un esquema específico de atención para ellos. Es altamente posible que, sin realizar consultas previas con los sectores contratantes que lleve a la aplicación de medidas de corte gradual, se genere una reacción en contrario, pues no todos los empleadores verían con buenos ojos una intromisión gubernamental en aspectos contractuales que hasta ahora han sido de su exclusivo dominio.

La economía mexicana es tan endeble en el momento actual que puede hacer vulnerables o inviables los posibles intentos gubernamentales de regular relaciones contractuales conforme a derecho, si no se cuidan formas y tiempos de los sectores económicos locales; se necesita de su colaboración para introducir modificaciones en el esquema actual de salud en beneficio de los trabajadores en particular, y de la población en general. Pero, para hacerlo, más que el conocimiento específico de la masa migrante (volumen, características sociodemográficas y efectos en el mercado laboral regional) lo que se requiere para empezar y hasta concluir son unos ingredientes básicos: voluntad política de los gobiernos, respeto a y entre los sectores sociales involucrados y un alto sentido de respeto de los derechos laborales, que no debieran demeritarse ante la concurrencia de diferentes nacionalidades y culturas en las relaciones contractuales.

Bibliografía

Casillas R, Castillo MA. *Los flujos migratorios internacionales en la frontera sur de México*. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social-Consejo Nacional de Población, 1994.

Vicente M. *La frontera sur: un mosaico sanitario*. México: Secretaría de Salud, 1994. Consejo Nacional de Población. *Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación Municipal*. México: Secretaría de Gobernación, 1993.

Figueroa J. et al. *Trabajo femenino y salud en la infancia en tres regiones de México: informe de resultados*. Tapachula, Chiapas: Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, 1992. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación estatal en Chiapas. Convenio IMSS-Unión Regional de Productores de Café Tacaná, 1992.

Mier, Terán M. *Patrón de alimentación temprana y Salud de los niños en México*. Washington, D.C.: Conferencia Mundial sobre la Encuesta Demográfica y de Salud, 1991.

Takehiro, Misawa, Ixtacuy O. *El efecto del empleo materno sobre el crecimiento de los niños según edad de los niños: la zona de producción platanera en Chiapas*. Trabajo a ser presentado en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía, México, 1995.

Varios. *Perfil epidemiológico y grados de marginación estado de Chiapas*. Cuaderno de trabajo núm. 1, San Cristóbal de las Casas. Chiapas: Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, 1994.

III. ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIOS DE SALUD

¿EN QUÉ MEDIDA LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN EN SALUD BELGAS ATIENDEN ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES TURCOS Y MARROQUÍES?

*Aimé De Muynck**

Desde que finalizó la II Guerra Mundial se viene produciendo una afluencia masiva de inmigrantes hacia la mayoría de los países europeos. El 9% de la población que reside en Bélgica son inmigrantes, entre los que marroquíes y turcos por sí solos llegan a integrar el 2,5% de la población total del país. Pero no es éste un fenómeno reciente: la emigración y la inmigración siempre han constituido elementos fundamentales de la dinámica demográfica europea (Applejaer, 1992). Actualmente sin embargo, existe una diferencia de contexto fundamental en torno a la emigración: puesto que la Seguridad Social está a disposición de todo aquel que sea residente o disponga de un permiso de residencia, el gobierno es ahora responsable de una distribución igualitaria de los servicios sanitarios, tanto entre los ciudadanos nativos como entre los inmigrantes legales.

En los últimos años la asistencia sanitaria belga se ha regionalizado, con lo que ciertas competencias se han transferido a los gobiernos regionales de Flandes, Walloon y Bruselas. Actualmente residen en Flandes unos 92.000 turcos y marroquíes (Poulain y Eggerickh, 1990), lo que supone un crecimiento significativo respecto a los 75.000 contabilizados en 1988 (Van de Mieroop, Peeters y De Muynck, 1989). Este incremento se debe a unos mayores tasas de natalidad (Lesthaeghe y Surkyn, 1994) y a una política de reunificación familiar iniciada desde el gobierno que está facilitando la entrada a esposas y otros familiares cercanos.

Este artículo trata sobre la calidad de la atención que el sistema sanitario flamenco ofrece a los pacientes marroquíes y turcos. En concreto, examina los resultados de un estudio realizado en torno a los dispositivos especiales diseñados para población inmigrante. Los dispositivos especiales son intervenciones encaminadas a mejorar la comunicación, asegurar la continuidad de la atención sanitaria y el seguimiento de regímenes terapéuticos o recomendaciones preventivas. Pueden incluir posters, folletos y materiales audiovisuales traducidos al idioma de la población atendida, listas de vocabulario, intérpretes y/o personal inmigrante en las áreas de recepción, anamnesis y/o tratamientos

* Jefe Departamento de Epidemiología, Instituto de Medicina Tropical, Antwerpen, Bélgica.

médicos y paramédicos, cursos de idiomas y familiarización con la cultura de los grupos de inmigrantes más extensos.

Hasta el año 1983 las investigaciones realizadas en Flandes sobre la salud de los inmigrantes eran puramente descriptivas y tenían un valor limitado de cara a la planificación sanitaria. Entre 1984 y 1988 se produjeron importantes avances metodológicos en varias disciplinas. Se desarrollaron escalas e instrumentos de medición entre los que podemos destacar una escala actitudinal para mujeres turcas (Timmerman, Claeys y De Muynck, 1989), una clasificación de niveles de integración (Ottenheim, 1989), un índice holístico para medir la salud de los inmigrantes (Gailly, 1990) y un modelo causal de atención prenatal para inmigrantes turcos (Da Silveira et al., 1988).

A partir de 1989 se han realizado numerosos estudios encaminados a mejorar la calidad de la atención para inmigrantes. Estos estudios han demostrado que dentro de los colectivos inmigrantes, los hombres acuden al médico con mayor frecuencia que las mujeres y que todos ellos en general, presentan una mayor incidencia de accidentes, enfermedades laborales y bajas por enfermedad que la población belga. De la misma forma, las tasas de mortalidad perinatal (14,4/000 entre los marroquíes y 17,7/000 entre los turcos) son más elevadas que las de los nativos (10,7/000) (Buekens, Cleries Escoyola y Derom, 1990), una diferencia que no puede atribuirse a una mayor incidencia de nacimientos prematuros entre los inmigrantes. Los resultados de un estudio comparativo (Peeters y Uniken Venema, 1990) han registrado que los turcos que residen en Antwerpen (Bélgica) perciben que tienen un mejor nivel de salud que los de Rotterdam (Holanda), si bien las mujeres turcas en Antwerpen presentan una mayor incidencia de enfermedades crónicas. También existen diferencias étnicas relativas a la utilización de servicios de salud, especialmente en cuanto a la consulta de médicos generalistas (De Muynck y Peeters, 1994) y consumo de medicamentos (Verrept, 1992).

Las conductas en salud varían significativamente entre los inmigrantes y la población belga, como también sucede entre marroquíes y turcos e incluso entre marroquíes beréberes y árabes (De Muynck, 1993). Por lo general los inmigrantes hacen un menor uso de los servicios de prevención (Van der Stuyft et al., 1993), especialmente los de atención secundaria y terciaria. Las embarazadas turcas y marroquíes tardan más tiempo en acudir a la consulta, lo hacen con menor regularidad y siguen los programas de gimnasia pre-parto en menor medida que las belgas. Por lo general los turcos utilizan servicios de salud públi-

cos, mientras que los marroquíes acuden principalmente a médicos privados (De Muynck, 1993).

El nivel de conocimiento y las percepciones en torno a la salud y la enfermedad determinan el uso y la valoración que se haga sobre los servicios sanitarios. Los belgas y los turcos atribuyen el origen de la enfermedad al clima y a causas naturales, mientras que los marroquíes recurren a fuerzas sobrenaturales como forma de explicación (Peeters, 1986). Los inmigrantes por lo general tienen una visión positiva de los médicos occidentales y pueden incorporar con facilidad algunos de los valores alopáticos de la medicina occidental a su propia cultura, si bien existen otros valores que no llegan a asimilar. Las mujeres turcas prefieren familias con dos hijos, siguen programas de planificación familiar e incluso consideran la interrupción del embarazo como una estrategia de planificación válida.

Justificación teórica

Durante la pasada década se iniciaron en Bélgica una serie de medidas encaminadas a mejorar el nivel de salud de las minorías étnicas y a facilitar su acceso a los servicios de salud. La mayoría de las iniciativas de este tipo se basan en la idea de que el sistema de atención sanitaria no está lo suficientemente adaptado a las necesidades y/o las demandas de las minorías étnicas.

Muchas de estas medidas, en su mayoría en el campo de la prevención y la educación para la salud (Koninklijk Commissariaat voor het Migrantenbeleid, 1989), han surgido por iniciativa de médicos privados y ONG, como por ejemplo el interesante proyecto de mediadoras culturales iniciado en el Centro Flamenco para la Salud y las Minorías Étnicas (De Ridder, 1992; Verrept en este volumen) y demuestran el interés que se presta a la población inmigrante desde el sector privado. Los dispositivos especiales son componentes esenciales de dichas iniciativas y pueden considerarse como indicadores representativos de la calidad de la atención dispensada a los inmigrantes.

No disponemos en Flandes de indicadores globales que nos muestren la accesibilidad de los inmigrantes a los servicios de salud, si bien podemos considerar que el indicador holístico elaborado por Schillemans et al. (1990) supone un primer paso en esta dirección. El gobierno flamenco defiende la idea de que los inmigrantes no tienen grandes problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios. Esta idea podría ser cierta a un nivel teórico, puesto que todo ciudadano tiene derecho a hacer uso de todos los servicios de salud, pero en

la práctica los inmigrantes encuentran una serie de barreras sociales, económicas, culturales y burocráticas al tratar de acceder a dichos servicios.

Los sistemas sanitarios varían considerablemente a la hora de facilitar dispositivos especiales para la población inmigrante (Bollini, 1992). Algunos países han desarrollado ciertas medidas que podríamos definir como dispositivos activos, es decir, dispositivos que delegan en el propio sistema sanitario la responsabilidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios, mientras que otros dispositivos tienden a ser pasivos y a situar por tanto dicha responsabilidad en los propios usuarios. El sistema sanitario flamenco puede considerarse pasivo, algo que el ministro de salud reconoció en 1993, cuando declaró que el sector público sanitario debía crear las condiciones necesarias para mejorar su accesibilidad, así como contratar a inmigrantes entre el personal sanitario. Por otra parte, los sistemas sanitarios francés e italiano, que ofrecen servicios especiales para inmigrantes y el sistema sanitario sueco, que ofrece servicios de interpretación de forma regular, pueden considerarse activos. Los sistemas sanitarios con dispositivos activos tienden a optimizar la adaptación de los inmigrantes a la sociedad receptora (Bahl, 1993, Berry, 1992), por lo que existe una mayor probabilidad de que los inmigrantes, tanto a nivel individual como colectivo, disfruten de unas mejores condiciones de salud.

Determinantes en el uso de dispositivos especiales

¿Cuáles son los factores que determinan el que un proveedor de salud decida hacer uso de los dispositivos especiales para mejorar la comunicación y la calidad de la atención para sus clientes inmigrantes? Una mejor comprensión de dichos factores facilitará el que las autoridades sanitarias puedan motivar a los proveedores para que utilicen (más) estos dispositivos e igualmente, nos permitirá unificar esfuerzos para paliar las deficiencias existentes en nuestro sistema sanitario.

La figura 1 presenta los principales factores que determinan el uso de dispositivos especiales, distinguiendo entre factores extrínsecos e intrínsecos. Los factores extrínsecos, como por ejemplo la densidad de población inmigrante residente en la zona, son aquellos determinantes que escapan al control directo del proveedor de salud. Los factores intrínsecos, como por ejemplo la edad del proveedor, son aquellos referidos al potencial existente dentro del propio sistema sanitario a la hora de emplear procedimientos especiales. Tal y como plantearemos más adelante, nuestro estudio trata de considerar tanto los factores intrínsecos como extrínsecos.

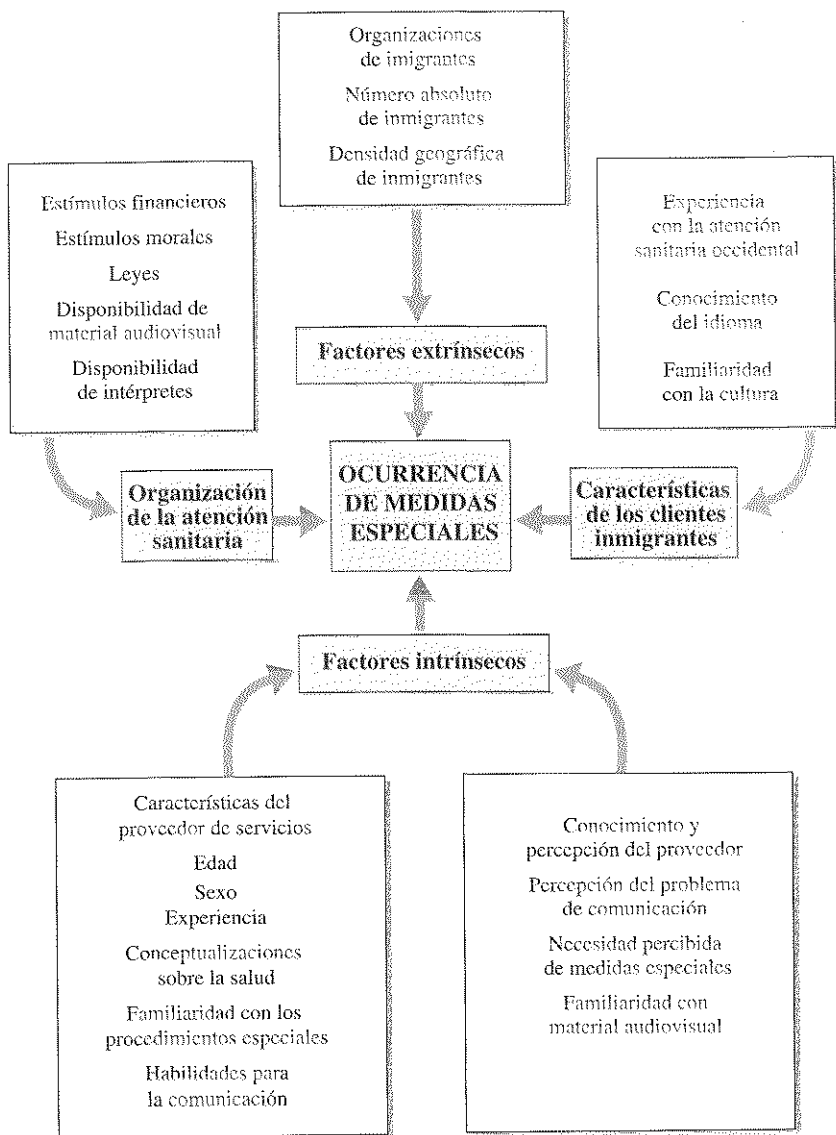


Figura 1. Determinantes de ocurrencia de medidas especiales

Alcance universalista comparado con particularista

Como ya hemos indicado anteriormente, en teoría en Bélgica todos los residentes legales tienen libre acceso a los servicios sanitarios. Exceptuando algunos problemas de salud específicos (a menudo asociados a determinados grupos de edad), todo ciudadano sin distinción étnica puede acudir en todo momento a cualquier proveedor sanitario. Los inmigrantes son bien acogidos en todos los niveles de atención sanitaria y hasta este momento no se ha creado ningún servicio exclusivo para ellos. Esta política puede considerarse de tipo universalista y en teoría muy igualitaria: el gobierno organiza y financia servicios para toda la población, servicios que son los mismos para todos los ciudadanos.

Pero tendríamos que examinar ahora las funciones de esta política universalista en la práctica. Hasta el momento y a pesar de una serie de iniciativas aisladas que han mejorado significativamente el tipo de atención dispensada a la población inmigrante, no existen sin embargo evidencias que demuestren que el sistema sanitario belga cubre suficientemente las necesidades de esta población. Por ejemplo, los pacientes marroquíes y turcos y en especial las mujeres, encuentran grandes problemas a la hora de comunicarse con los proveedores de servicios de salud (Putsch, 1986). De la misma forma, según Spruit (1986), para los médicos generalistas y los farmacéuticos la comunicación con los clientes turcos y marroquíes presenta grandes dificultades.

Muchos proveedores de salud creen equivocadamente que pueden comunicarse perfectamente con su pacientes inmigrantes (Ferrant, 1989). Existen muchos problemas de comunicación entre los médicos y los inmigrantes y de hecho, una investigación realizada ha revelado que tan sólo uno de cada cuatro pacientes turcos comprende totalmente la explicación que recibe de su médico (Eylenbosch y Peeters, 1984). Estas dificultades entre los proveedores y sus clientes, son reflejo del problema general de comunicación que existe entre la población inmigrante y la población nativa. En efecto, investigaciones realizadas en Holanda (Voorham, 1988) han hallado que el 60% de los inmigrantes perciben que no pueden entenderse con la población holandesa. Los turcos hallan este tipo de dificultades con mayor frecuencia que los marroquíes y es evidente que existe una relación entre los problemas de comunicación y el dominio del idioma del país. Alrededor de un 38% han de afrontar un problema grave de comunicación varias veces por semana, cosa que ocurre más frecuentemente entre las mujeres que entre los hombres. Efectivamente resulta llamativo el hecho de

que el 21% de las mujeres marroquíes nunca hallaron este tipo de dificultades sencillamente porque a nivel local carecían de contacto alguno con holandeses.

El proceso de comunicación viene determinado tanto por los proveedores como por sus clientes. En el caso de los proveedores, los factores que influyen sobre la calidad de la comunicación son el conocimiento del idioma y la cultura del paciente, las actitudes hacia los inmigrantes y la capacidad de comunicarse. Entre los inmigrantes se encuentran el dominio del idioma, el conocimiento de la cultura del país y las expectativas creadas en torno a los servicios sanitarios.

El principal obstáculo para la comunicación lo constituye el idioma. Según Voorham (1988), "Cuanto mayor es la necesidad de una comunicación oral, mayores son los problemas de comunicación". La barrera del idioma se asocia al "enclaustramiento" de la primera generación de mujeres inmigrantes, ya que su aislamiento tiene un impacto negativo sobre la verbalización de sus necesidades de atención en salud. Esta barrera hace más difícil una relación de confianza proveedor-cliente, la elaboración de un historial médico completo, el diagnóstico, el seguimiento adecuado del tratamiento y la comprensión del bagaje psico-social del paciente.

A pesar de que las barreras idiomáticas pueden superarse mediante intérpretes, en Holanda hasta este momento apenas se ha recurrido a ellos y aún en menor medida en Bélgica. A menudo se le pide a familiares o amigos que traduzcan, pero dicha solución está lejos de ser la más adecuada por muy diversas razones. En muy contadas ocasiones se emplea material educativo para hacer frente a esta dificultad. Los problemas de comunicación también pueden venir dados por actitudes negativas que los proveedores tengan con respecto a las minorías étnicas o por su falta de habilidades a la hora de comunicarse. Por otra parte, también existen las barreras culturales. Los inmigrantes miden su bienestar físico y su salud desde su propio contexto cultural, algo que frecuentemente desconocen los proveedores de atención en salud.

Todos estos problemas de comunicación pueden llevar a un diagnóstico equivocado, decisiones terapéuticas erróneas, deficiente comunicación en la explicación del diagnóstico, clima de incertidumbre durante el tratamiento, interpretaciones erróneas y/o incumplimiento de las prescripciones médicas, desigualdades en la atención médica, creación de un entorno hostil y un racismo creciente.

La investigación en torno a los dispositivos especiales

El objetivo de la investigación es llegar a conocer mejor el uso de los dispositivos especiales por zonas geográficas y por tipo de proveedores de servicios de salud, así como hacer recomendaciones sobre medidas a adoptar para mejorar los servicios de atención sanitaria para marroquíes y turcos en Flandes.

El estudio, realizado entre 1988 y 1990, incluyó todos aquellos municipios donde residieran al menos 100 inmigrantes turcos o marroquíes. En Flandes existen 60 municipios de este tipo en los que vive el 95% de toda la comunidad turca y marroquí de Flandes. Dentro de cada uno de estos municipios registramos todas las personas y servicios implicados en la atención en salud. Incluimos los siguientes proveedores y servicios:

- Nivel de atención primaria: médicos generalistas, farmacéuticos, instituciones y centros de la Seguridad Social, servicios infantiles y de familia, atención domiciliaria y psicológica, sucursales regionales de seguros médicos y clínicas de cuidados externos.
- Nivel de atención secundaria: especialistas, fisioterapeutas y centros de atención médica, social y psicológica.
- Nivel de atención terciaria: hospitales.
- Cuarto nivel: hospitales psiquiátricos, instituciones especiales para niños y centros para minusválidos psíquicos.

La recogida de los datos fue similar en todos los municipios. En cada uno de ellos se entrevistó telefónicamente a los proveedores con el fin de obtener información sobre los clientes inmigrantes a los que atendían y sobre la utilización de procedimientos especiales. Tras un estudio de pilotaje en Antwerpen (Van de Mieroop, Peeters y De Muynck, 1989), la investigación se amplió al resto de Flandes.

Frecuencia de utilización de procedimientos especiales

Los contactos entre inmigrantes y proveedores de servicios son bastante frecuentes, de forma que alrededor del 42% de los proveedores atienden regularmente a inmigrantes y un 29% hizo uso de procedimientos especiales. Los procedimientos se emplean en los cuatro niveles de atención sanitaria, si bien

existen diferencias significativas entre ellos en cuanto a la frecuencia y cantidad de procedimientos empleados (ver tabla 1). Era en la atención secundaria donde menos se utilizaban, le seguía el nivel secundario con unos porcentajes ligeramente superiores y finalmente era en el tercer y cuarto nivel de atención sanitaria donde se registraron los porcentajes más elevados.

Tabla 1. Instituciones de atención sanitaria con clientes inmigrantes y empleo de procedimientos especiales

Instituciones	Número total de instituciones	Instituciones que atienden inmigrantes	Instituciones que emplean procedimientos especiales	% 3÷2
Médicos generalistas	1753	724	209	29%
Farmacéuticos	947	538	92	17%
Centros locales	86	55	30	55%
Clínicas Kind en Gezin *	356	184	112	61%
Atención domiciliaria	134	69	25	36%
Centros atención psicológica	92	27	14	52%
Centros públicos regionales	114	63	27	43%
Clínicas pacientes externos	40	23	12	52%
Fisioterapeutas	1224	237	21	9%
Especialistas	1313	615	125	20%
Centros atención médico-social	112	89	62	70%
Hospitales	114	97	46	47%
Instituciones atención infantil	202	61	28	46%
Instituciones para minusválidos	201	46	24	52%
Hospitales psiquiátricos	38	16	9	56%

* Clínicas dirigidas por la National Mother and Child Care Organization, conocidas desde 1980 Child and Family Clinics.

También hallamos diferencias significativas en cuanto al tipo de atención, la institución de la que se trataba y la densidad de población inmigrante. El sector curativo empleaba menos dispositivos que el preventivo. Dentro del primero, los proveedores que trabajaban en diagnóstico recurrieron a ellos con mayor frecuencia que los de áreas técnicas, por ejemplo, los especialistas en ortopedia utilizaron dispositivos especiales en muchas más ocasiones que los fisioterapeutas (De Muyne y Peeters, 1994) y los pediatras e internistas más que los cirujanos (Peeters y De Muyne, 1994).

Los proveedores que trabajan con clientes turcos y marroquíes emplean sobre todo folletos (13%), asistencia de otras personas familiarizadas con el idioma

y la cultura del cliente (9%), intérpretes informales (8%), centros de interpretación (2%), listas de vocabulario (4%) y otros tipos de procedimientos (4%). En concreto, en el nivel de atención primaria y secundaria utilizaron principalmente folletos y asistencia de otras personas familiarizadas con el idioma y la cultura del cliente, mientras que en los otros dos niveles se emplearon básicamente intérpretes (ver tabla 2).

Tabla 2: Tipos de dispositivos especiales y empleo según niveles de atención sanitaria

	Primer nivel	Segundo	Tercero	Cuarto	Valores P
Folletos	16%	9%	11%	4%	10 ⁻⁸
Personal auxiliar	10%	8%	11%	5%	11
Intérpretes	6%	7%	26%	24%	10 ⁻¹⁰
Centros de Interpretación	2%	5%	5%	14%	10 ⁻⁷
Otros	2%	4%	8%	15%	10 ⁻⁸

Los valores P se han calculado mediante tests de X2 con dos grados de libertad.

Entre 1990 y 1991 también llevamos a cabo un estudio que partió de una muestra representativa de 201 médicos generalistas que atendían pacientes turcos y marroquíes quienes les planteaban de forma regular unos 15 problemas. Los cinco más frecuentes estaban relacionados con problemas de tipo médico (en orden descendente): trastornos gástrico-intestinales, asma y dificultades respiratorias, ginecología y obstetricia, afecciones cardio-vasculares y accidentes). Los problemas de tipo psico-social, administrativo y de bienestar social parecían darse con menor frecuencia.

En el estudio que trataba de establecer cómo reaccionan los médicos generalistas cuando han de enfrentarse a alguno de estos 15 problemas, nos sorprendió en gran medida el hecho de que su actitud no viniera determinada por el uso de procedimientos especiales. De hecho, esperábamos que los médicos generalistas que recurrían a ellos tendrían un enfoque más global en su trato con los pacientes inmigrantes que aquellos que no los utilizaban. Para muchos médicos, incluyendo aquellos que no empleaban procedimientos especiales, los problemas afrontados por los inmigrantes han de ser tratados de una forma holística, en particular aquellos originados por la falta de integración en la sociedad, los trastornos psico-sociales que padecen las mujeres y los excesos de alcohol y drogas. Por lo general, estos médicos estaban satisfechos a la hora de valorar su actuación frente a problemas de tipo somáticos como enfermedades coronarias, trastornos gástrico-intestinales, genito-urinarios y accidentes.

Por otra parte, hallamos que la disposición de los médicos generalistas para emplear (más) procedimientos especiales, estaba en correlación con una orientación más global frente a los problemas de los inmigrantes, el tamaño de la clientela (cuanto mayor era el número de inmigrantes que atendían, más valoraban el empleo de dispositivos especiales), los problemas hallados con la cultura y/o el idioma de sus clientes y la edad (cuanto más jóvenes, mayor interés en utilizarlos).

Conclusiones

¿En qué medida el sistema sanitario flamenco se preocupa por los inmigrantes turcos y marroquíes? Una revisión de la literatura nos sugiere que el nivel de salud de los inmigrantes está por debajo que el de la población nativa y que éstos utilizan menos los servicios de atención primaria y secundaria. Si bien sería lógico concluir que los proveedores de salud deben dedicar una mayor atención a la población inmigrante, está claro que actualmente no sucede así. El sistema sanitario flamenco no obliga a utilizar los dispositivos especiales ni tampoco concede una compensación económica a aquellos proveedores que los emplean. La política flamenca en relación con los inmigrantes puede ser descrita como de tipo pasivo: dejar que cada proveedor resuelva sus propios problemas de comunicación. Los procedimientos especiales que se emplean son pasivos en sí mismos, puesto que se trata básicamente de folletos, mientras que aquellos otros de tipo más activo, como intérpretes, vídeos y personal auxiliar familiarizado con el idioma y la cultura de los inmigrantes, constituyen más bien la excepción. Todo esto conlleva el que el sistema sanitario descargue una responsabilidad excesiva sobre los propios inmigrantes.

Tal y como ya hemos indicado, los dispositivos especiales se utilizan de forma diferente según el nivel de atención sanitaria del que se trate. Resulta desafortunado el que tan sólo un número relativamente bajo de proveedores de atención primaria los utilicen, ya que ellos representan el primer contacto de los inmigrantes con el sistema de atención sanitaria. Incluso entre los médicos generalistas, el número de aquellos que emplean procedimientos especiales no es demasiado significativo. Consideramos este hecho como algo desafortunado porque es precisamente en este nivel de atención donde se precisa de un apoyo personalizado, una atención integral y una continuidad en la intervención.

Existe una correlación positiva entre el número de inmigrantes existentes en una comunidad y el empleo de dispositivos especiales por parte de médicos

generalistas, farmacéuticos, especialistas, servicios de atención infantil y familiar y centros de acogida. Estos se utilizan más cuanto mayor es el porcentaje de inmigrantes, de forma que incluso un ligero incremento en dicho porcentaje podría implicar a otras instituciones en el uso de dispositivos especiales (De Muynck y Peeters, 1992; Peeters et al. 1992). Sin embargo, los fisioterapeutas constituyen la excepción (De Muynck y Peeters, 1992), un hecho que resulta sorprendente si consideramos que los inmigrantes mediterráneos presentan una alta incidencia de problemas óseo-musculares (Van Wieringen et al., 1987). Una posible explicación podría ser que los fisioterapeutas como grupo profesional no consideran los procesos culturales en la somatización de los trastornos psicosociales, ya que de hacerlo así descalificarían su propio rol de cara al diagnóstico y tratamiento de los problemas psicosomáticos de los inmigrantes.

Se precisan más estudios que expliquen por qué la densidad de población induce a los médicos a emplear dispositivos especiales.

La propia organización sanitaria también influye sobre el uso de dispositivos y de hecho, los médicos que trabajan en grupo tienden a emplearlos con mayor frecuencia que los que trabajan de forma individual. Por lo general el sistema organizativo de los primeros obedece a las autoridades regionales, cuyas políticas a menudo, aunque no siempre, fomentan el empleo de dispositivos especiales.

¿Cómo evalúan los proveedores los dispositivos especiales puestos a su disposición? Como ya mencionamos anteriormente, la presencia de los dispositivos no parece determinar de forma significativa la forma en la que estos profesionales realizan su práctica sanitaria. Para nosotros este hecho es una muestra de que quizás los procedimientos especiales no son los mejores indicadores de la calidad de la atención dispensada a los clientes inmigrantes, especialmente cuando dichos indicadores son de tipo pasivo, puesto que éstos cuentan con un potencial muy limitado para mejorar la relación proveedor-cliente. Otro resultado que nos sorprendió bastante fue el hecho de que una vez que un proveedor emplea dispositivos especiales, percibe que ha de ampliar su alcance. Por otra parte, la edad y la experiencia previa con problemas culturales y/o lingüísticos son variables que también determinan el que éste haga uso de los dispositivos especiales.

Nuestro estudio no pretendía evaluar el impacto de los dispositivos especiales sobre la calidad de la atención dispensada a los inmigrantes. No obs-

tante, creemos que éstos facilitan el contacto entre el proveedor y sus pacientes inmigrantes, mejoran la confianza en el médico (Schillemans y Zeineb, 1979), favorecen la continuidad de la atención primaria y secundaria, fomentan una orientación global ante los problemas de salud y bienestar que enfrentan las minorías étnicas, asisten a aquellas personas con más difícil acceso al sistema sanitario flamenco y especialmente a los más débiles, es decir a las mujeres inmigrantes (De Ridder, 1988) y finalmente, promueven una atención sanitaria sensible a las particularidades culturales y por tanto, más igualitaria (Whitehead, 1992).

Nuestros resultados sugieren que las políticas de atención sanitaria dirigidas a la población emigrante deben considerar el empleo de procedimientos especiales pero no limitarse solamente ellos. Existen otros elementos esenciales como son la eliminación de la discriminación étnica, la disponibilidad de información fiable sobre los niveles de salud y las conductas de los inmigrantes, su participación en el proceso de decisión y la contratación de minorías étnicas en el sistema sanitario (Bahl, 1992).

Reconocimientos

El trabajo de campo pudo llevarse a cabo gracias a una beca concedida por la Belgian Fund for Medical Scientific Research. Manifestamos nuestro agradecimiento a los miembros del grupo directivo y especialmente al recientemente fallecido profesor Dr. R. Peeters por su asesoramiento y apoyo.

Bibliografía

Appleyaerd R.T. Immigration and Development: A global Agenda for the Future. *International Migration Review*, 1992; 30:17-31.

Bahl, V. The Development of a Black and Ethnic Minority Health Policy at the Department of Health. *Innovation, Migration and Health*, 1993; 6:67-74.

Berry, J.W. Acculturation and Adaptation in a New Society. *International Migration Review*, 1993; 30:69-85.

Buekens, P; Cleries Escoyola M, Derom R. Perinatal Outcome of Immigrants in Belgium. *Archives of Public Health*, 1990; 48:33-40.

Bollini P. Health Policies for Immigrant Populations in the 1990's. A comparative Study in Seven Receiving Countries. *International Migration Review*, 1992; 30:103-119.

Da Silveira V, De Muynck A, Timmerman C, Van der Stuyft P. Development and Uses of a Conceptual Model in the Study of Antenatal Services Utilization by Migrant Women in Belgium. Working paper n° 19. Antwerp: Institute of Tropical Medicine, Department of Community Health, 1988.

De Muynck A, Peeters R. Which Special Provisions are Taken by the Health Care System for Ali and Fatima in Flanders? Empirical Research Results. *Esoc* 30. Antwerp: University of Antwerp, 1992.

De Muynck A, Peeters R. Do Our Physiotherapists Take Special Provisions for Ali and Fatima? *Kine* 2000, 1994, 5:13-15.

De Muynck A, Peeters R. How Healthy are Ali and Fatima? *Esoc* 30. Antwerp: University of Antwerp, 1994.

De Muynck A. Care Demand and Supply for Migrant Patients in the Flemish Region. Antwerp: University of Antwerp, Unpublished Doctoral Dissertation, 1993.

De Ridder R. Family Practices for Turkish Migrants. In: B. Alis-Verisi, ed., *Care and Health Promotion for Turkish Migrants*. Brussels: Koning Boudewijnstichting, 1988; 133-139.

De Ridder R. Intercultural Brokerage in Health Care: A Project in Flanders. *Medische Antropologie*, 1992; 4:179-183.

Eylenbosch W, Peeters R. Illness and Health of Moroccan Immigrants at Hoboken, Antwerp. Unpublished report. Antwerp: University of Antwerp, 1984.

Ferrant, L. Communication. *Bijblijven*, 1988; 4:33-39.

Ferrant, L. Communication and Culture. *Hamu*, 1989; 18:493-496.

Gaylli A. Etnogeneeskunde en Psychosomatische Klachten bij Turken. *Acta Medica Catholica*, 1990; 59:19-28.

Koninklijk Commissariaat voor het Migrantebeleid. Integration Policy Making: A Task of Long Duration. Part 1: Norms and Preliminary Propositions; Part 3: Facts and Final Propositions. Brussels, 1989.

Lesthaeghe R, Surkyn J. Turkish and Moroccan Women in Belgium: Family Creation and Values in Generation Changes. *Bevolking en Gezin*. Brussels: Flemish Ministry of Health, 1994; 9-51.

Ottenheim C. De Gezondheidsspecifieke beheersingsorientatie. Een Vergelijkend Onderzoek bij Turken en Belgen in antwerpen. Doctoral Dissertation, Maastricht: University of Limburg, 1989.

Peeters, R. Health and Illness of Moroccan Immigrants in the City of Antwerp, Belgium. *Social Science Medicine*, 1986.

Peeters R, De Muynck A. Which Special Provisions Do Take Specialists for Ali and Fatima? *Tydschrift Geneeskunde*, 1994; 50:399-406.

Peeters R, Segaert A, Van de Mierop E, De Muynck A. Which Care does Offer the Flemish Health Care System to Ali and Fatima? *Esoc* 25. Antwerp: Unioiversity of Antwerp, 1992.

Peeters R, Uniken Venema P. Coping Edith Illness: A coomparative Research of Curative Consumption of Turkish Minorities in Rotterdam and Antwerp. *Archives of Public Health*, 1990; 48: 41-57.

Poulin M, Eggerickh T. Demographic Characteristics of the Foreign Population in Belgian Cities, 1983-1988. *Bevolking en Gezin*, 1990; 1:77-92.

Putsch, R.W. Crosscultural Communication. The Special Care of Interpreters in Health Care. *JAMA*, 1985; 254:3344-3348.

Schillemans L, Zeineb T. Health Care fot Foreigners: Challenge and test Criterion. *Meta-medica*, 1979; 58:3-9.

Schillemans L, De Muynck A, Van der Stuyft P, Saenen R, Baeten R. Assessment of Patients' Health Status in Family Medicine. *Quality Assurance in Health Care*, 1990; 2:161-170.

Spruit I.P. Health Care for Labour-migrants: Perception of Problems. In: Colledge C, Van Geuns HA, Svensson PG, eds., *Migration and Health*. WHO-Europe ICP/SPM, 1986; 050(3):32-75.

Timmerman C, Claeys W, De Muynck A. Denken over Waarden. Attitudes van Trske Migrantenvrouwen Tegenover een Westers Waardensysteem. *Cultuure en Migratie*. Brussels, 1989.

Van de Mieroop, E.; R Peeters, and A. De Muynck. Special Provisions Taken by the Antwerp Family Practitioner. *HANU*, 1989; 18:517-51

Van de Mieroop E, Peeters R, De Muynck A. Atlas of Ethnic Minorities. Geographical Distribution of Moroccans and Turks in Flanders and Brussels. Antwerp: University of Antwerp, Institute of Tropical Medicine, 1989.

Van der Stuijt P, Woodward M, Armstrong J, De Muynck A. Uptake of Preventive Health Care Among Mediterranean Migrants in Belgium. *Journal of Epidemiology And Community Health*, 1993; 47:10-13.

Van Wieringen JCM, Leentvaar-Kuypers A, Brower HJ, Slegt AC, Van Kassel-Al HA. Morbidity Profile and Medical Actions with Ethnic Groups. *Tydschrift. Sociale Gezondheidszorg*, 1987 ; 65:587-592.

Verrept, H. Moroccan Migrants and Their Medicines. *Medische Antropologie*, 1992; 4:184-198.

Verrept, H. Evaluation of the Project of Intercultural Brokeage in Health Care in Flanders. Brussels: Free University of Brussels, 1995.

Voorham, A.J.J. Communication Problems with Migrants. An Empirical Research of Felt Communication Problems of Turkish and Moroccan Clients of the Juvenile Health Care in Rotterdam. Rotterdam: Gemeentelyke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, afdeling gezondheidsvoorlichting en Opvoeding, 1988; 86:116-142.

Whitehead, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 1992; 22:429-445.

INMIGRACIÓN LATINA Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE HOUSTON

*Néstor Rodríguez**

Quiero empezar describiendo la inmigración latina en Houston desde dos perspectivas. La primera perspectiva es como la continuación de un proceso histórico: la migración de los ochenta hasta ahora, los noventa. Nos da el contexto histórico de inmigración, muestra la gente que entra como inmigrantes con visa, digamos los documentados; no incluye los indocumentados. Han existido fuertes corrientes de inmigración mexicana en Houston desde la segunda década del presente siglo. Esto se debió a la inestabilidad causada por la revolución mexicana y por el desarrollo enorme de Houston como un centro petrolero-industrial, que siempre atrae a inmigrantes de México. La inmigración mexicana ayudó a incrementar la población latina de Houston por una tasa doble de la tasa de la población general. Es decir, que en 1900 el censo encontró mil latinos o hispanos en Houston y el censo de 1910 contaron dos mil, en 1920 contaron cuatro mil, y así se fue multiplicando la población latina en Houston, en gran parte, debido a la inmigración.

En la década de los ochenta hubo un intervalo de crisis económica en Houston; la población general creció con una tasa de menos de uno por ciento pero la población latina creció por más de un 60%. Es posible pensar en tasas grandes de crecimiento cuando la base es pequeña; si vienen tantos individuos y en una hora hay cuatro, eso es fácil y la tasa es del 100%. Pero desde los setenta a los ochenta creció la población latina como cien mil a doscientas mil, una base grande que se multiplicaba precisamente por la inmigración.

Un resultado demográfico de este impacto histórico es que más de un 50% de los adultos latinos hispanos en la área de Houston son inmigrantes; es decir, la mayoría de adultos latinos en Houston son gente que nacieron en otros países y esto es algo que todavía muchos líderes hispanos o latinos en Houston no han comprendido; pensamos todavía que la mayoría son gente nacida en este país. Así que demográficamente el impacto de población ha sido muy

* Profesor Asociado, Departamento de Sociología, Universidad de Houston, EEUU.

dramático también en otras ciudades aparte de Houston. Si comparamos las cinco ciudades más grandes de EEUU con Miami, por ejemplo, precisamente por el impacto de la inmigración tanto de latinos como de asiáticos, existe solamente una donde la población blanca es mayoría: Filadelfia. Ya no hay mayoría blanca ni en Nueva York, ni en Chicago, ni en los Ángeles, ni en Houston, sólo se conserva en Filadelfia, y por poco tiempo.

Los inmigrantes latinos de los ochenta también significan el principio de una etapa nueva de inmigración latina en Houston; una etapa nueva porque la llegada de grandes cantidades de centroamericanos, debido a las guerras civiles de los países del ismo centroamericano y también debido a las crisis secular y económica en muchas partes de América Latina, ha atraído a muchos centroamericanos a Houston, y ha sido algo nuevo para nosotros. El censo indica que hay más de cien mil centroamericanos ahora en el área de Houston y son estas comunidades nuevas de inmigración.

Esta inmigración constituye una etapa nueva en Houston también porque los nuevos inmigrantes, en conjunto con mexicanos, se establecieron en zonas residenciales en la parte oriental de la ciudad. Esto son zonas en las que las grandes mayorías de residentes son blancos anglosajones y las zonas de la clase media en general. También se puede considerar una etapa nueva de inmigración latina en los ochenta en Houston porque los inmigrantes latinos formaron comunidades transnacionales, a un nivel tan formidable que se podría considerar cualitativamente diferente que antes.

Mucho de este desarrollo de comunidades transnacionales se debe al desarrollo tecnológico de los transportes y la comunicación rápida. Por ejemplo si en Houston se sale a la una de la tarde, se toma un avión y se vuela hacia Guatemala, y a eso de las siete de la tarde ya se está en el altiplano de Guatemala en otras comunidades totalmente diferentes. Esto se debe a los avances de la tecnología de transportes rápidos que permiten que los inmigrantes crucen la frontera en poco tiempo.

La incorporación social de inmigrantes en Houston se da en tres niveles: 1) En el nivel étnico, históricamente muy abundante con el desarrollo de las comunidades o los barrios mexicanos; 2) La incorporación social de inmigrantes en Houston a nivel interétnico, en donde algunos inmigrantes latinos se establecen residencialmente en comunidades de otros grupos étnicos. Esto para nosotros los sociólogos, que estamos estudiando el impacto de relaciones entre grupos,

es algo muy importante; tenemos ahora la mezcla de obreros centroamericanos trabajando para empresarios capitalistas coreanos o japoneses; se están cruzando y quebrando muchas fronteras raciales y culturales. Es precisamente esta mezcla que trae a muchas áreas un desarrollo económico más dinámico para Houston; 3) Existe la incorporación de inmigrantes latinos en la sociedad o cultura dominante blanca o el sector asimilado. Lo importante de la incorporación de inmigrantes es que se incorporan, es decir, que ya no tienen una existencia temporal, ya están ahí y son parte de la sociedad del país.

Más incorporación al tercer nivel, al nivel de la sociedad dominante, ha resultado en más acceso y más compromiso por parte de instituciones mayores como escuelas públicas, el mercado formal de trabajo (siempre hablamos del mercado informal del trabajo), y en agencias de gobierno municipal y en agencias e instituciones de salud como hospitales públicos y clínicas públicas que ofrecen servicios de prenatal, para mujeres embarazadas y vacunación para los niños. Encuestas que se han llevado a cabo en Houston y en el estado de Tejas indican que cerca de la mitad de la población blanca anglosajona se opone a que se ofrezcan servicios públicos a los inmigrantes sin papeles (indocumentados).

Una teoría económica predice que si hay una comunidad que recibe inmigración indocumentada es la comunidad afroamericana. Pero en una encuesta en Houston encontramos que de todos los grupos a quienes preguntamos: "¿qué se le debería ofrecer a los inmigrantes para que se acomoden bien en Houston?" y les dimos unas alternativas: "se les debe ofrecer prácticas de inglés, conocimientos sobre la historia del país, se les debe de ofrecer cupones de comida, hacer visos gratis de medicina...", casi todos los grupos dijeron: "se les debe ofrecer "prácticas en inglés y conocimientos sobre la historia de EEUU y el gobierno; y nada más que un grupo dijo: "se les debe de ofrecer servicios públicos", y ese grupo fue el de los los afroamericanos. Los afroamericanos fueron los que ofrecían más. Y esto es irónico porque los hispanos ofrecían menos a los inmigrantes en esta encuesta que los afroamericanos.

En Houston se han avanzado políticas para restringir el acceso de inmigrantes a instituciones públicas y privadas, no étnicas, de salud; lo que ha sucedido en California con la proposición 87, ha creado sentimientos similares en otras partes del país, incluso en Tejas, pero no al mismo nivel. Parte de esta dinámica tiene que ver con el cambio demográfico de los inmigrantes que vinieron de 1900 al 1910, la gran mayoría venían de Europa; ahora lo que vemos es que casi la mitad, el 47,2% vienen de América Latina y el 38,4% vienen de

países asiáticos, y menos del 10% vienen de Europa; esto no incluye los flujos de indocumentados.

Todo esto ha creado una imagen de una invasión de inmigrantes en EEUU, y especialmente en las áreas metropolitanas principales. No más del 10% de la población en EEUU es del extranjero, son inmigrantes. Pero si uno lee los periódicos piensa que la mitad del mundo son de otros países.

Déjenme dar ejemplos de los intentos de restringir el acceso de inmigrantes a instituciones públicas de salud. El caso de Antonio Ordoñez, un amigo mío, me enseñó personalmente que un inmigrante sin papeles, indocumentado, no es aceptado en hospitales privados aunque la situación sea grave, crítica. Antonio, un indocumentado del Altiplano de Guatemala, tenía un tumor grande en el área del estómago y perdió mucho peso y sangraba. Yo lo llevé a varios hospitales privados pero nunca fue aceptado porque no tenía seguro de salud. Al fin lo aceptaron para examinarlo en un hospital público pero cuando encontraron el tumor canceroso no le ofrecieron una cama porque no tenían, ya había muchos en la lista. Antonio decidió mejor regresar a Guatemala, donde murió un mes después. Lo que estoy viendo sin observaciones sistemáticas, es que en muchos casos con las situaciones graves no se les permite a los indocumentados entrar a hospitales públicos y regresan a morir a sus países.

Las instituciones públicas en el condado de Harris, que es el condado de Houston, ahora requieren que los pacientes contesten la pregunta si son indocumentados o no. Un comisionado del condado de Harris ha propuesto que las policías del condado visiten las residencias de todas las personas que tienen tarjetas doradas, que son las tarjetas para obtener servicios públicos de salud. El objetivo del comisionado es identificar a todos los indocumentados que están allí con estas tarjetas. La realidad es también que muchos inmigrantes, indocumentados o con papeles, no tienen acceso a agencias públicas de salud por la razón que los dirigentes de estas agencias no han hecho lo necesario para eliminar barreras culturales, para que inmigrantes latinos tengan mejor acceso a las agencias públicas de salud.

En conclusión, la realidad del acceso a instituciones de salud por inmigrantes nuevos en Houston es que en muchos casos este acceso es muy limitado. Otros inmigrantes deciden regresar a sus países en casos muy severos de salud personal.

LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES EN LA FRONTERA MÉXICO-ESTADOUNIDENSE. EFECTOS SOBRE LA POBLACIÓN DE EMIGRANTES MEXICANOS EN LA FRONTERA

*Yolanda C. Padilla**

En un estudio hecho público la semana pasada ante las Naciones Unidas, un equipo de médicos de la Escuela Médica de Harvard denunció "un alarmante deterioro de la salud mental del mundo en desarrollo originado principalmente por el envejecimiento, la pobreza y la violencia" (Austin-American Statesman, 16 de mayo, 1995, p. A2). El director del equipo declaró, "existe el mito de que podemos seguir esperando y que quizás esta población más necesitada llegue a elevar su nivel de ingresos y se vea así libre de sus problemas... Éste es, sin embargo, uno de los problemas más acuciantes de nuestro tiempo" (Austin-American Statesman, 16 de mayo, 1995, p. A2). A lo largo del estudio se describe cómo la pobreza de las ciudades de países del Tercer Mundo, incluyendo México, se debe en parte a las grandes olas de emigración rural hacia las ciudades. Como todos sabemos, la mayoría de estas personas oprimidas emigran con la esperanza de encontrar un futuro mejor. De hecho, muchos de los aspectos relacionados con el fenómeno migratorio tienen importantes repercusiones para los países receptores o adyacentes. Es por ello que hoy día se precisa de una colaboración a nivel internacional para afrontar esta problemática.

El objetivo de esta Primera Reunión Internacional sobre Inmigración, Políticas Sociales y Salud se ha planteado como "el estudio comparativo de las políticas sociales formuladas en los países receptores para poder satisfacer las necesidades básicas de los inmigrantes". En esta línea, el objetivo de mi presentación es hacer una revisión de la provisión de servicios sociales a lo largo de la frontera estadounidense con México, así como sus efectos sobre la población emigrante mexicana en dicha frontera.

La perspectiva estadounidense en torno a la provisión internacional de servicios sociales para inmigrantes

Una revisión de la literatura revela que en EEUU el interés por la provisión de servicios sociales para emigrantes (incluyendo refugiados e indocu-

* Profesora asociada, Universidad de Texas, Austin, EEUU.

mentados) se ha reducido en gran medida a una preocupación por dotar de servicios sensibles a la diversidad cultural (Drachman, 1992; LeDoux, 1992). De hecho, un libro reciente titulado *Trabajo Social con Inmigrantes y Refugiados* (Ryan, 1992) señala que "en los países receptores se habla a menudo sobre el tema de la emigración, pero no se hace demasiado al respecto" (p.xii-xiv).

Es evidente que cuando en EEUU tratamos el tema de la provisión de servicios sociales para emigrantes, en realidad nos estamos refiriendo a los problemas que éstos afrontan en EEUU. En efecto, lo hacemos desde una perspectiva en la que la formulación de políticas de servicios sociales está totalmente desconectada del país de origen de los emigrantes. Estudios realizados en torno al tema reconocen sin embargo: 1) Que el país receptor precisa de servicios sociales que ayuden a que los inmigrantes se integren con éxito y que tales servicios han de responder a las necesidades específicas de los diversos grupos de inmigrantes, 2) Que para dotar de una asistencia adecuada es fundamental la comprensión de las condiciones existentes en el país de origen, ya que dichas condiciones son las que posteriormente determinan la integración social de los inmigrantes.

En EEUU las condiciones existentes en el país emisor aún se perciben como parte de una "fase previa a la emigración", es decir, todos aquellos factores sociales, políticos y económicos que determinan la decisión de emigrar (Drachman, 1992; Jacob, 1994). Sin embargo, una vez que el emigrante pasa de la fase de "tránsito" a la de "reasantamiento", dichos factores ya no son considerados relevantes, ni se estima que puedan tener un impacto sobre el país receptor (aparte de su repercusión sobre el índice de inmigración). Como mucho, el trabajo social que se realiza en EEUU puede llegar a tratar la problemática de los emigrantes desde el trabajo internacional, pero siempre desde una perspectiva extremadamente limitada. Una muestra de esta orientación podemos hallarla en un estudio que considera que un rol en potencia del trabajo internacional con inmigrantes sería el de llevar a cabo un programa educacional auspiciado por EEUU y ofrecido a los países emisores. Estos inmigrantes recibirían información sobre aquellas dificultades que han de afrontar una vez en EEUU, dificultades referidas a vivienda, empleo, altos costes de reasantamiento, caída de status, etc. El objetivo sería el de "acabar con todos aquellos mitos sobre la vida en EEUU y reducir así las expectativas poco realistas de muchos emigrantes..." (Drachman y Halberstadt, 1992).

La orientación que domina el trabajo social a nivel internacional en EEUU es así de limitada, por lo que poco más pueden esperar aquellos inmigrantes que actualmente nos llegan desde todos los continentes: Asia, África, Europa, América Central y Suramérica. Sin embargo, el caso de los inmigrantes mexicanos en la frontera es diferente y de hecho su impacto en la región es muy significativo. En este caso en particular no podemos considerar a los emigrantes como individuos desconectados de su país de origen. El desplazamiento a través de la frontera implica en la comunidad receptora algo más que un movimiento de personas, puesto que también supone un nivel de interdependencia derivado de una serie de problemas económicos, sociales y sanitarios comunes a ambos lados de la frontera (Lorey, 1991). Por ejemplo, el problema de los niños de la calle en ciertas ciudades mexicanas como Juárez, se está convirtiendo también en un problema creciente en la ciudad estadounidense de El Paso. A menudo, las zonas situadas a ambos lados de la frontera se consideran como una sola región debido a la relación de simbiosis que se genera entre ellas.

Existen ámbitos como la planificación urbana (Herzog, 1985), el medio ambiente (Instituto de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Tejas, Austin, 1994) y la salud (Organización Panamericana de la Salud), en los que se ha planteado la necesidad de modelos de planificación cooperativa que vayan más allá de la estrecha orientación que sigue el trabajo social a nivel internacional. Según un experto en planificación urbana, "Mientras que la interdependencia entre los asentamientos existentes a lo largo de la frontera (entre EEUU y México) sigue creciendo, la política y la toma de decisiones se mantienen como dos jurisdicciones nacionales separadas y, por supuesto, diferentes" (Herzog, 1985, p. 31).

La situación descrita genera todo un potencial para la mala administración, puesto que da lugar a diferentes objetivos, políticas y estrategias de planificación. Por tanto y ante "el efecto derrame" ("spillover effect") que experimentan los problemas a ambos lados de la frontera proponemos una revisión de la agenda, revisión que incluiría: 1) Diseñar un plan que considere las dos partes implicadas pero que al mismo tiempo aúne sus necesidades y 2) Coordinar servicios para que ambas partes se beneficien de ellos (Herzog, 1985).

Dentro del trabajo de planificación y provisión de servicios sociales y de salud que estadounidenses y mexicanos deben realizar conjuntamente en la zona de frontera, han de incluirse acuerdos binacionales en torno a programas de bie-

nestar social. Dicha colaboración podría realizarse por ejemplo a través de investigaciones conjuntas, análisis de políticas sociales, planificación, desarrollo de programas, mediación, educación pública y coordinación (Kelley, Balderrabano y Briseno, 1986).

Si bien actualmente ya existe una concienciación en torno a esta necesidad, apenas se presta atención a todos aquellos temas relacionados con la provisión de servicios en la frontera. Los problemas en la zona fronteriza se complican aún más debido al hecho que en México, a diferencia de lo que sucede en la frontera con Canadá, se está originando una situación tercermundista propia de un país en vías de desarrollo. A pesar de todo esto, EEUU siguen sin disponer de una política global al respecto.

La política actual estadounidense de provisión de servicios sociales para inmigrantes

La actual política estadounidense de provisión de servicios sociales para inmigrantes está definida de forma muy limitada y no incluye ninguna disposición sobre el trabajo a realizar a nivel internacional. Desde el gobierno federal y de forma muy restringida, se prevé la provisión de servicios para inmigrantes y refugiados desde dos programas: el Programa de Reasentamiento de Refugiados ("Refugee Resettlement Program") y la cláusula de la Ley de Reforma y Control de Inmigración ("Immigration Reform and Control Act") en la que se recoge el programa de Ayudas Estatales para el Impacto de la Legalización ("State Legalization Impact Assistance Grants, SLIAG") (LeDoux y Stephen, 1992).

Programa de Reasentamiento de Refugiados

El Programa de Reasentamiento de Refugiados es competencia de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados ("Office of Refugee Resettlement") integrada a su vez en la Administración de Apoyo Familiar ("Family Support Administration") del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de EEUU. El programa concede financiación a los estados para que éstos contraten a aquellas entidades locales que faciliten servicios de reasentamiento a refugiados. La financiación se destina a la creación de servicios en el ámbito de empleo y ayudas a localidades muy impactadas por poblaciones de refugiados (también concede financiación a los estados para que éstos apoyen organizaciones locales de auto-ayuda).

Ley de Reforma y Control de Inmigración

El programa de Ayudas Estatales para el Impacto de la Legalización recogido en la Ley de Reforma y Control de Inmigración de 1986, se creó como un mecanismo de apoyo para que estados y gobiernos locales facilitaran servicios sociales, educativos y de salud para inmigrantes que hasta ese momento habían sido indocumentados, pero que con la aprobación de esta ley legalizaron su situación. Hay que destacar, no obstante, que a pesar de haberse legalizado, estos inmigrantes veían limitado su derecho a recibir servicios sociales por los restrictivos criterios de "cargo público" que el Servicio de Inmigración y Naturalización había establecido a la hora de solicitar el status de ciudadano (Plascencia y Wong, 1991). Más de tres millones de personas que se habían acogido a este programa solicitaron la legalización de su situación. El estado de Tejas recibió la segunda mayor financiación concedida por la SLIAG, puesto que fue el segundo en cuanto a número de solicitudes recibidas (Plascencia y Wong, 1991). Sin embargo, un estudio realizado en Tejas en 1991 sobre las personas que acababan de legalizar su status, reveló que tan sólo una pequeña proporción recibe las prestaciones previstas en los programas gubernamentales (Plascencia y Wong, 1991).

En general, los inmigrantes y los refugiados suelen beneficiarse de los servicios sociales a través de los canales destinados específicamente a los más pobres o mediante servicios públicos universales. Es éste por ejemplo el caso de la legislación que establece el derecho de todo niño a recibir una educación pública en EEUU. Otros servicios, incluyendo la provisión de viviendas de protección, asistencia legal y refugio para personas sin hogar, no precisan por lo general de una prueba de status legal por parte de los solicitantes.

En cuanto a la provisión de servicios, muchas comunidades locales únicamente exigen una acreditación de residencia en la ciudad o en el distrito local. Actualmente los hijos de inmigrantes indocumentados nacidos en EEUU detentan pleno derecho como ciudadanos y están bajo la asistencia pública federal que incluye servicios como los Bonos de Comida, *Medicaid*, Ayudas a la Familias con Hijos Dependientes y otras prestaciones de asistencia sanitaria como vacunaciones, si bien sus padres quedan excluidos de todas estas prestaciones. Sin embargo, y como resultado de la ola de reformas referidas a inmigración y bienestar social que recorre hoy EEUU, se está poniendo en tela de juicio el derecho de los emigrantes ilegales y de sus hijos, así como de ciertos emigrantes legales, a disfrutar de todos estos servicios. De hecho, el centro de aten-

ción en políticas migratorias se está desplazando últimamente hacia el control efectivo de la entrada de extranjeros en el país.

Es evidente que las políticas que guían hoy la provisión de servicios para inmigrantes en EEUU son bastante limitadas y no contribuyen a una planificación estratégica. No se dispone de una política clara en cuanto a la provisión de servicios sociales para inmigrantes ni de una política de cooperación internacional con la región fronteriza de la que éstos proceden. No obstante, si atendemos a la situación que se vive en la región fronteriza con México (situación que pasamos a describir a continuación), podremos apreciar la necesidad de una política mejor formulada.

El caso de la región de la frontera de Tejas con México

El caso del estado de Tejas ilustra los problemas específicos que EEUU han de afrontar a la hora de satisfacer las necesidades básicas de la población que vive en la frontera con México. La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Tejas, Austin, realizó junto con un centro local de políticas públicas una investigación para conocer la situación de familias y niños hispanos en Tejas, en particular en la zona de frontera entre EEUU y México.

Los proveedores de servicios sociales nos facilitaron una revisión preliminar de los problemas que afrontan aquellas comunidades del sur y el oeste de Tejas situadas junto a la frontera mexicana. El análisis de la provisión de servicios a inmigrantes y el trabajo internacional ya realizado en EEUU en torno a comunidades de frontera, nos facilita esquemas de referencia y clarifica algunos de los resultados que hallamos en este estudio.

Si partimos de cualquier indicador (salud, educación, ingresos), podemos apreciar que, por regla general, los inmigrantes mexicanos se encuentran en una situación mucho peor que la población global de EEUU. Los problemas de los emigrantes mexicanos que viven en la región fronteriza vienen dados por la desfavorable situación económica y social de sus comunidades y por las condiciones tercermundistas que se viven hoy en México. La zona estudiada se compone de 14 condados que se extienden desde la ciudad de El Paso en el extremo oeste, hasta el condado de Cameron en el extremo sur. Todos estos condados cuentan con una desproporcionada población de emigrantes. Se estima que casi el 25% de las personas que viven en la frontera, en su mayoría mexicanos, son emigrantes. Este porcentaje contrasta con una media estatal

del 9% de inmigrantes en relación con la población total, un porcentaje recogido en el censo de 1990 (Oficina Estadounidense del Censo, 1993). Esta región también tiene una población hispana desproporcionada, puesto que más del 80% de sus habitantes son de origen hispano, principalmente mexicano, mientras que la media estatal es de un 26,3% (Texas State Data Center, Texas A&M University).

Las comunidades situadas a lo largo de la frontera con México, y en especial en el estado de Tejas, están sufriendo en los últimos años importantes transformaciones sociales y económicas que repercuten a largo plazo sobre el bienestar de niños y familias. Se teme por ejemplo que la aprobación del Tratado de Libre Comercio (TLC) pueda acarrear graves repercusiones sociales para esta zona del país. Todo esto origina que la frontera México-estadounidense presente problemas muy particulares en cuanto a la provisión de servicios sociales.

Esta zona fronteriza tiene de por sí una serie de condiciones que amenazan el bienestar de las familias pues presenta unos índices de pobreza de alarmantes proporciones. En particular el índice de pobreza infantil en estas ciudades se eleva a un 45,7% (oscilando entre el 35 y 67% en todos los distritos fronterizos excepto dos de ellos), mientras que en el resto del estado afecta a un 21,3% (Hispanic Children in Texas). Esto supone que en ninguna otra parte de Tejas la pobreza se encuentra tan concentrada como en esta zona. Este estado ocupa también las últimas posiciones en cuanto a otros indicadores de bienestar, con unos índices de desempleo de hasta el 34% y con tan sólo un 31% de jóvenes que finaliza la enseñanza secundaria (Hispanic Children in Texas, The State of Texas Children, 1994). A pesar de que disponemos de datos estadísticos y demográficos sobre los problemas que afectan a esta región, carecemos de información que pudiera ayudar a los políticos a identificar las causas y las consecuencias de estos problemas y poder así plantear soluciones alternativas desde la perspectiva de los proveedores locales de servicios sociales.

Ante estas necesidades, el objetivo del estudio fue el de recabar información entre los proveedores de servicios sociales, una información que resultará de utilidad a políticos a nivel local, estatal y federal. Si bien en un principio partimos de un conjunto de estudios bastante limitado, éstos de encuentran en expansión centrándose todos ellos en la aportación de los proveedores de servicios locales a los intereses de la política estadounidense de frontera (Daigle, 1994; Kelley, Balderrabano y Briseno, 1986). Los proveedores locales se encuentran en una situación privilegiada para interpretar los problemas sociales de la

comunidad y recomendar políticas alternativas. Éstos facilitan de forma directa servicios de todo tipo y tienen acceso a información referente tanto a las condiciones ambientales como a la adecuación de la respuesta del sistema de servicios sociales a aquellos que precisan de ayuda.

La metodología empleada se basó en una técnica de recogida de datos utilizada en la planificación y análisis de políticas públicas. Se partió de un método de entrevistas semiestructuradas especializadas o de élite, "mediante el cual el investigador recoge información no estandarizada de individuos claves seleccionados y que tienen un conocimiento especializado sobre un hecho o un proceso específico" (Patton y Sawicki, 1993, p.99). Se eligieron tres escenarios diferentes situados en el estado de Tejas a lo largo de la frontera con México: una comunidad urbana, una semiurbana y una rural. Se realizaron 50 entrevistas individuales y tres grupos focales con proveedores de servicios locales, incluyendo entre otros profesionales, a aquellos empleados en las áreas de bienestar infantil, salud mental, servicios para jóvenes, salud pública, servicios sociales y colegios. El tipo de información recogida para cada uno de los temas específicos incluía una definición precisa del problema, su contexto actual (además de sus antecedentes históricos), una predicción de tendencias e información sobre la factibilidad de diferentes alternativas y preferencias de actuación a nivel político.

Los principales resultados indican que los problemas a afrontar en la frontera México-estadounidense repercuten en la provisión de servicios sociales a tres niveles: la familia, las agencias de servicios sociales y la comunidad.

En primer lugar, los proveedores de servicios identifican invariablemente la pobreza como el principal problema en la región fronteriza y consideran que ésta repercute en todos los ámbitos de la vida familiar. Estiman que los trastornos ocasionados por la pobreza dentro de unidad familiar afectan principalmente a los niños. Este hecho queda reflejado en los elevados índices de abuso infantil y delincuencia juvenil, los bajos rendimientos escolares y los problemas de salud mental que se detectaron. Además, cabe destacar el hecho de que las bolsas de pobreza conocidas con el nombre de "colonias", carecen de servicios sociales, médicos y recreacionales.

En segundo lugar y referido a las agencias locales, las entrevistas revelaron que los profesionales de dichas agencias han de enfrentarse a una serie de problemas en la provisión de servicios en la frontera. Estos profesionales resalta-

ron el hecho de que sus esfuerzos por conseguir un trabajo conjunto entre los proveedores estadounidenses y mexicanos, fracasan invariablemente a la hora de conseguir la autorización (y financiación) por parte del estado y del Gobierno Federal. También señalaron que estas comunidades se sienten extremadamente aisladas del resto del estado y consideran que sus problemas a menudo son ignorados o desatendidos y en general mal interpretados. Podemos apreciar que las ciudades de esta zona de frontera reciben una financiación estatal y federal relativamente baja si la comparamos con la recibida en otras zonas del estado para salud, educación, servicios para jóvenes, salud mental, facilidades recreativas, etc. Esto se debe, en parte, al hecho de que las fórmulas de financiación se calculan en base a la población estimada en la zona, unos cálculos que no incluyen por tanto en la ecuación a aquellas personas procedentes del otro lado de la frontera.

En tercer lugar, hallamos que la mayor preocupación de los trabajadores de las agencias de servicios sociales es el posible impacto negativo que la aprobación del Tratado de Libre Comercio (TLC) pueda tener sobre la comunidad (debido a las expectativas de desarrollo industrial y demográfico creadas). Consideramos que es éste un aspecto que ha sido descuidado en la formulación del tratado. Los proveedores, basándose en su contacto directo con la comunidad y en su conocimiento de los sistemas de provisión de servicios sociales, reconocen que ellos mismos se sienten incapaces de ofrecer unos servicios de salud, sociales y educacionales adecuados ante la escasez de recursos de los que disponen.

Conclusión

La particular situación que viven los emigrantes mexicanos en las comunidades adyacentes a su país precisa de una cooperación internacional en la formulación de políticas de servicios sociales. Como ya hemos visto las posibilidades de que esta cooperación se haga efectiva están determinadas por el contexto político en el que operan los proveedores de servicios sociales. Finalizo haciendo referencia a una cita recogida en un libro sobre trabajo social con inmigrantes en Gran Bretaña escrito en 1972 y donde se expresa claramente la complejidad de la problemática de los inmigrantes y su derecho a recibir servicios básicos. El autor de este libro declara:

"El futuro de los inmigrantes y de sus hijos depende en gran medida de políticas de largo alcance diseñadas para aliviar los problemas de los

miembros más despojados de la sociedad cualquiera que sea su origen social. Estas políticas implican la redistribución de recursos, la planificación y reconstrucción de algunas áreas urbanas y la salvaguardia de los derechos de los grupos minoritarios".

(Cheetham, 1972)

ACCESIBILIDAD DE LOS INMIGRANTES EXTRANJEROS A LOS SERVICIOS DE SALUD DE BARCELONA

*Carlota Solé**

Este artículo presenta la situación laboral y social de la inmigración extranjera en una de las zonas de mayor concentración urbana de colectivos de africanos occidentales, magrebíes y asiáticos (filipinos/as principalmente), a saber, el Distrito I (Ciutat Vella) de la ciudad de Barcelona. Este estudio describe los condicionantes sociolaborales de este tipo de inmigración económica procedente de países del llamado Tercer Mundo en relación a las dificultades de acceso y disfrute de las agencias sanitarias que ofrece la ciudad. Siendo el colectivo de inmigrantes extranjeros muy reducido en España y en Barcelona, en concreto, la metodología utilizada es cualitativa con soporte de datos cuantitativos, de encuesta, sobre la otra cara de la moneda de la integración, el racismo.

En 1991 se realizó un estudio sobre la realidad social de las minorías étnicas en "Ciutat Vella". Además se realizó una encuesta de opinión y actitudes ante el racismo, sobre una muestra de 1.500 unidades del universo de población residente en Cataluña (casi seis millones). Se cumplimentaron y codificaron 1.161 cuestionarios. Del cruce de variables independientes, dependientes y de nueva creación se extraen algunos de los siguientes datos.

El estudio de 1991 sobre la realidad social de las minorías étnicas en el Distrito I, de "Ciutat Vella", engloba cuatro barrios barceloneses (Barrio Gótico, Raval, Barrio Chino y Barceloneta) donde se concentra gran número de inmigrantes extranjeros; se realizó a través de 40 entrevistas en profundidad y 4 historias de vida que, por la duración reducida, se definen como entrevistas biográficas.

En principio, la inmigración extranjera de carácter económico asentada en los cuatro barrios que conforman el Distrito I analizado puede beneficiarse por el Sistema Nacional de Salud, creado según la Ley General de Sanidad aprobada por el parlamento autonómico de Cataluña (España) en 1986. Los principios rectores del Sistema Nacional de Salud son los siguientes: 1) ser un servicio

* Catedrática de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

público financiado públicamente; 2) universalización de la asistencia; 3) concepción integral e integrada del sistema sanitario en la región de Cataluña (atención primaria, atención hospitalaria, atención sanitaria, atención psiquiátrica y salud mental), con especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; 4) equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios (despliegue de hospitales comarcales -"counties"- equilibrio territorial); 5) racionalización, eficacia, simplificación, descentralización y eficiencia de la organización sanitaria (Trias., 1995).

El cuarto principio de la superación de las desigualdades sociales en la prestación de los servicios sanitarios afecta directamente a la población inmigrada con evidente menor información sobre el sistema sanitario y las posibilidades de acceso a los servicios de salud, especialmente en el período inmediatamente posterior a su llegada a España.

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud derivan en última instancia de las desigualdades socioeconómicas que se corresponden con unas condiciones de vida y de trabajo de extrema precariedad. Conocer estas condiciones y las desigualdades que producen es el primer paso imprescindible para examinar las condiciones sanitarias de la población inmigrante extranjera y su situación de desigualdad relativa o desigualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios.

Condiciones de vida y de trabajo

Una vez tomada la decisión de emigrar de su país de origen, instalarse en la sociedad receptora comporta encontrar un trabajo remunerado, regularizar la situación de residencia en un país extranjero, ubicarse individual o familiarmente en un habitáculo, mantener un nivel de salud adecuado para seguir trabajando y viviendo, educar a los hijos y repartir el tiempo entre trabajo y ocio en el entorno espacial y social en que se encuentran.

El primer problema a resolver por parte de las minorías étnicas de la ciudad de Barcelona y, en concreto, del Distrito de Ciutat Vella es, como el de todos los extranjeros, la situación jurídica. Éste es el punto de partida para introducirse en el mercado de trabajo sin dificultades y poder residir en la sociedad receptora sin tropiezos. Ahora bien, la paradoja de no poder conseguir el permiso de residencia si no se posee un empleo en el segmento formal de la eco-

nomía y, al mismo tiempo, no obtener un contrato de trabajo si no se presenta al empresario el permiso de residencia, no se resuelve fácilmente.

La mayoría de los inmigrantes se sitúan necesariamente en los círculos más periféricos y marginales del mercado laboral, en actividades rechazadas por la población activa autóctona por las condiciones de precariedad en su realización y remuneración, actividades propias de la economía sumergida. Así, los hombres, que constituyen el grueso de la población inmigrante del Tercer Mundo, trabajan en tareas del campo, de la pesca, de la venta ambulante o en el mercado de abalorios, en el comercio o en los servicios de seguridad de discotecas, o de locales de diversión. Los más jóvenes se dedican a trabajos de carga y descarga de mercancías en Mercabarna o en otros mercados municipales, a la restauración en pequeños bares o restaurantes y a tareas del campo. Las mujeres se ocupan en el servicio doméstico, en la confección a domicilio, hacen pequeños servicios remunerados a vecinas o amigas; como conjunto no se introducen en el mercado de trabajo industrial o agrícola sino excepcionalmente (Solé, 1994).

Las dificultades mencionadas inducen, según una de las entrevistas en profundidad, a un número no menospreciado de inmigrantes del Tercer Mundo a la consecución de trabajos ilegales, como por ejemplo la prostitución, el robo o la venta de droga. Desde determinadas instancias cívicas se tiende a establecer una tipología de delincuentes según una división del trabajo según el lugar de procedencia de los inmigrantes del Tercer Mundo. Así, los árabes se dedican a robar con más o menos amenazas y violencia física y al tráfico de drogas blandas, los africanos occidentales trafican con droga dura al igual que los paquistaníes. Otros asiáticos, como los chinos o filipinos, no se encuentran entre los que actúan en este tipo de actividades, declara el informador entrevistado (Solé y colaboradores, 1993).

En la medida en que mejoran sus condiciones de trabajo consiguen regularizar la residencia en el país, y pueden promocionarse en el mercado formal de trabajo y cambian de barrio. En los barrios del Distrito barcelonés de Ciutat Vella quedan los que no tienen recursos materiales, ni redes de contactos ni apoyos que les permitan superar la difícil situación de partida. Según nuestros entrevistados los inmigrantes entran en la dinámica de supervivencia en el barrio, dedicándose frecuentemente a actividades delictivas, manteniendo como única base de apoyo la propia familia u otros delincuentes. Generalmente los pequeños traficantes de droga no viven en familia, no están casados ni tienen hijos; viven en grupo compartiendo un piso.

Muchas veces, a través de los medios de comunicación, nos llega una imagen estereotipada y parcializada de las actividades y de la situación general de las minorías étnicas, enfatizando precisamente los aspectos negativos de la realidad (Solé, 1995). La correlación estereotipada entre minorías étnicas y delito (drogadicción, prostitución, robo) se ha de entender en el marco de las graves dificultades de regularizar su situación de acomodarse a unas condiciones de trabajo por salarios irrisorios (mil pesetas a la semana por recoger claveles en el Maresme, o bien de cuarenta o sesenta mil pesetas al mes por un servicio o tarea poco cualificada), por debajo de las posibilidades que les permite el nivel de estudios que tienen. Esta imagen estereotipada, basada en la correlación de inseguridad ciudadana y población inmigrada extranjera, se universaliza al conjunto de los inmigrantes extra-comunitarios sin distinción.

La distancia entre cualificación profesional y actividad es muy notoria en el caso de las mujeres marroquíes y es especialmente flagrante en el caso de las mujeres filipinas y de los hombres de países centroafricanos. Las mujeres filipinas, que constituyen un ochenta por ciento del colectivo de filipinos en Barcelona ciudad, son maestras, enfermeras o comadronas. A pesar de tener el certificado de enseñanza secundaria se dedican mayormente al servicio doméstico como "chicas fijas" en los hogares de las clases acomodadas de la ciudad. Estas tendencias son ratificadas por los testimonios de las familias marroquíes de las que se hizo el seguimiento de su trayectoria inmigratoria a través de historias de vida.

En esos casos, la migración comporta una movilidad social descendente por cuanto las tareas efectuadas aquí (vendedor ambulante, empleada doméstica) supone un descenso en la escala social. Por ello, las expectativas relativas al tipo de actividad laboral que les gustaría poder desarrollar tienen como eje la clara delimitación del horario de trabajo y de ocio, un cierto grado de autonomía y mejores condiciones de trabajo (salario, habitabilidad de los espacios, etc.).

Merece mención especial la situación de las mujeres que, con más frecuencia, resultan ser las demandantes de los servicios prestados por las agencias de bienestar social. En los casos en que las mujeres se dirigen a estas agencias con la intención de acceder a un trabajo, suelen ser derivadas hacia los centros de formación en los cuales se pretende enseñar el castellano o bien se les proporcionan cursos sobre actividades vinculadas a la esfera doméstica como, por ejemplo, cursos de cocina.

Estas actividades son vistas como banales por parte de las mujeres inmigrantes destinatarias, las cuales consideran que el nivel de enseñanza de la lengua no se ajusta a sus necesidades, o bien que la preparación de comidas es una actividad que dominan desde hace tiempo. Además, poseen una experiencia laboral previa considerable en lo referente al trabajo fuera y dentro del hogar (las fronteras entre uno y otro ámbito son, como es sabido, no identificables fácilmente) de manera que se sienten protagonistas de la vida económica del grupo familiar y responsables de ella.

En la casi totalidad de los casos analizados hemos constatado que las mujeres ocupan un papel significativo en el centro del grupo familiar; en unos casos como portadoras exclusivas de ingresos económicos (y no sólo en los casos de mujeres sin pareja) y, en otros casos, como redistribuidoras de estos recursos.

Por otro lado una vez en España, concretamente en Barcelona, el acceso a una actividad laboral remunerada se consigue frecuentemente a través de los miembros de la propia red social que acostumbra a estar compuesta por conacionales, aunque no exclusivamente. En el caso de los hombres empleados en la restauración, sector en el que se desarrollan las tareas de algunos miembros del grupo a los cuales hacen referencia nuestros interlocutores, los contactos se establecen a través conacionales; entre las mujeres ocupadas en el trabajo doméstico, los intermediarios informales suelen ser autóctonos (vecinos, conocidos, etc.).

En lo referente a las condiciones de vivienda, el colectivo de inmigrantes del Tercer Mundo residente en Ciutat Vella de Barcelona presenta cierta estabilidad residencial en el Distrito. La razón principal es el bajo nivel de ingresos que tienen estas personas (la gran mayoría de centroafricanos solos sin su familia) y familias (los árabes acostumbran a emigrar con mujer e hijos o se reagrupan con la familia más tarde). Otra razón es el rechazo social que sufren al intentar alquilar una vivienda propiedad de un español. Es frecuente la respuesta negativa a consentir que magrebíes, centroafricanos o pakistaníes se instalen en pisos de barrios relativamente acomodados. Por otro lado, muchas veces son inasequibles monetariamente para los inmigrantes extranjeros.

Todo lo anterior hace que este colectivo se ubique mayormente en zonas degradadas y segregadas de Barcelona, como, por ejemplo, el Distrito de Ciutat Vella. Ocupan viviendas que presentan condiciones de habitabilidad real-

mente indignas por las pequeñas dimensiones y la estrechez en que viven los inquilinos. Los alquileres son proporcionalmente elevados en relación a la media de ingresos que obtienen estas personas. Ello obliga a muchos inmigrantes a ser realquilados en condiciones inhumanas o bien a recurrir a instituciones benéficas para hacer frente a los gastos de alquiler o de reparaciones o pequeñas reformas en las viviendas (Solé y colaboradores, 1993).

Otro aspecto preocupante es el número de irregularidades que se cometen en el acceso a la vivienda por los colectivos de inmigrantes extranjeros del Tercer Mundo en el Distrito barcelonés de Ciutat Vella. A cualquier trabajador español que quiere alquilar un piso, el propietario le exige la hoja de salario para asegurarse de que podrá pagar regularmente el alquiler; con los extranjeros los propietarios especulan pidiendo alquileres abusivos, sin preocuparse de dónde procede el dinero, como afirma uno de los entrevistados.

La casi totalidad de los pisos de alquiler se entregan sin la cédula de habitabilidad que concede la Generalitat. La inspección por los organismos pertinentes de las condiciones higiénicas y sanitarias para obtener la cédula de habitabilidad es muchas veces inexistente pese a las denuncias de instituciones o de las asociaciones de vecinos. Ahora bien, se exige siempre que los alquileres se paguen sin retraso o excusa (Solé y Herrera, 1991).

Existe pues, una complicidad indirecta pero manifiesta de la población autóctona en actos de especulación inmobiliaria que se encuentran en la frontera de la delincuencia, al negarse a alquilar pisos a extranjeros sin justificación objetiva o al cobrar rentas abusivas. El derribo, en los últimos años, de pensiones muy degradadas en los barrios del Distrito barcelonés de Ciutat Vella y el proceso "de esponjamiento" (derribo de fincas y constitución de plazas "duras" con pavimento de cemento); la rehabilitación de edificios de algún interés histórico, la ubicación de la 3ª Universidad Pública (Pompeu Fabra) y construcción de viviendas orientadas a las clases medias, han aumentado las dificultades de instalarse en pisos de alquiler, por personas con bajo nivel de ingresos, aunque haya mejorado la calidad de vida en la zona.

Condiciones sanitarias

Los problemas de salud de las minorías étnicas en los barrios del Distrito I de Barcelona son fruto de las precarias condiciones de vida que tienen. La alimentación incorrecta, la falta de descanso, el tipo de trabajo que realizan, etc.

hace que enfermedades como la tuberculosis, la pediculosis o la hepatitis, sean frecuentes entre los inmigrantes extranjeros, se curen mal o tarden excesivamente en desaparecer. La información que tienen sobre la salud es muchas veces precaria e insuficiente. El escaso cuidado en prevenir complicaciones en una enfermedad o embarazo, por ejemplo, es casi total. No van al médico si no es por una cuestión absolutamente urgente. Generalmente, se dirigen al asistente social que conocen o les recomiendan como primer recurso sanitario. Los problemas de salud son derivados muchas veces de la falta de higiene y de la influencia cultural de prácticas poco profilácticas, propias de una religión o de una tradición.

Según los informantes en las entrevistas en profundidad, el acceso a prestaciones sanitarias por parte de los inmigrantes extranjeros se encuentra muy restringido por la Ley General de Sanidad o regulaciones de la Generalitat que incluye los servicios municipales en los generales. Los trabajadores de la economía sumergida o en situación de residencia clandestina en nuestro país no tienen más recurso que la atención sanitaria pública que proporcionan los servicios de urgencias hospitalarias.

En lo referente a las agencias de bienestar social, de las entrevistas se desprende que el contacto se realiza a través de sujetos que pertenecen a redes sociales en las cuales los entrevistados se encuentran insertos. En este sentido hay que destacar el ámbito vecinal y el ámbito laboral, donde con más frecuencia se promueve el contacto. El servicio prestado por la agencia se identifica con un/a agente y es el/ella a quien el sujeto se dirige intentando personalizar una estructura organizativa que aparece como burocratizada y opaca.

Según las historias de vida, el primer contacto con las agencias es fundamental y de él depende el tipo de valoración que el sujeto haga del servicio. Con frecuencia, si el sujeto considera que la agencia ha sido capaz de responder a una necesidad, podrá satisfacer también el resto. De ahí, la concepción del servicio como ayuda, como apoyo orientado hacia la resolución de las dificultades en todas las esferas de la vida cotidiana. La experiencia de recibir esta ayuda o asistencia se encuentra directamente vinculada a la conciencia, fuertemente radicada en el colectivo, de estar llevando a cabo actividades laborales rechazadas por autóctonos las cuales, en la sociedad denominada receptora, no se quiere prescindir.

La compartimentalización de las prestaciones y la desviación hacia otros servicios es frecuentemente considerada por el usuario como rechazo por

parte de la instancia en cuestión al proveer al sujeto de dicha ayuda. Ello ocurre en la medida en que estas instancias o agencias se proponen fundamentalmente como dispensadoras de prestaciones puntuales o únicamente como una fuente de información sobre el mapa de servicios de la ciudad (Solé y colaboradores, 1993).

El sujeto al no disponer de la información relativa al conjunto de la estructura de servicios sanitarios sino sólo de algunas de sus partes, efectúa recorridos rígidos en el interior del sistema de los servicios. Los cambios habidos (por ejemplo, la desaparición de las cartillas sanitarias de beneficencia), resultan así inexplicables y arbitrarias. Intentar afrontarlos puede implicar efectuar un nuevo recorrido dentro del sistema, que puede desdibujar la relación establecida entre el inmigrante usuario y los agentes que siguen su caso. En este marco, resulta particularmente significativo el papel que cumplen las representaciones sociales relativas a inmigrantes, a pesar de que las prestaciones no tienen por qué diferir de las de los autóctonos. Estas representaciones condicionan los itinerarios por los servicios. El agente reacciona inconscientemente de acuerdo con los estereotipos vigentes en la sociedad respecto al grupo social de los inmigrantes. En consecuencia, los aspectos relativos a la difícil orientación en el sistema de los servicios son interpretados como abandono, impuntualidad, informalidad, falta de atención respecto a los agentes y sus indicaciones, etc.

Estas observaciones son retraducidas al bagaje técnico de los agentes y pueden llegar a ser categorizadas como perturbaciones inherentes a la estructura de personalidad de los sujetos. Efectuando tal operación los agentes evitan la consideración sobre el hecho de que, desde una posición de exclusión, se restringen las posibilidades de adquirir conocimientos sobre el conjunto de orientación y normas que rigen la vida de las instituciones y agencias. En relación a este aspecto hay que destacar la percepción que del mapa de los servicios de la ciudad elaboran los interlocutores en nuestras entrevistas. Dicho mapa aparece como complejo y laberíntico lo cual no deja de coincidir, a menudo, con la percepción de los usuarios autóctonos. En cualquier caso la gravedad de esa complejidad tiene repercusiones en la relación agente/usuario.

La experiencia de la enfermedad constituye con frecuencia el factor que induce al sujeto a dirigirse a los servicios sanitarios. Es una necesidad vital que, siempre que no resulte enfrentada con los medios disponibles entre los miembros de la red social connacional, permite romper la invisibilidad de los miembros del colectivo de inmigrantes. Pero este contacto refuerza la imagen difusa

del inmigrante, al igual que su necesidad de atención y de ser un sujeto susceptible de intervención en cuanto a enfermo.

Las condiciones de salud y bienestar de las minorías étnicas residentes en Ciutat Vella de Barcelona se hallan afectadas por la desaparición de la beneficencia municipal que, mediante la Cartilla Municipal de Beneficencia, asistía a los inmigrantes en situación irregular. La Seguridad Social atiende a los trabajadores inmigrantes en situación legal. El acceso a la asistencia sanitaria queda en la actualidad relegada y reducida a los servicios de urgencias de los hospitales. Esos servicios hospitalarios solucionan problemas puntuales pero no hacen el seguimiento de una enfermedad o un de accidente.

No siempre es la experiencia de la enfermedad el detonante del contacto del inmigrante con el sistema sanitario. Con el paso del tiempo, con la formación de una familia, la necesidad de los inmigrantes a recurrir a la asistencia social y sanitaria resulta más frecuente: el nacimiento de los hijos y su atención y educación resultan determinantes en este sentido.

El Distrito cuenta con un Centro de Servicios Sociales (Erasmé Janer) que ha elaborado y puesto en práctica un Programa Materno-Infantil, de atención y prevención de enfermedades. Atiende a un buen número de familias de origen magrebí, paquistaní y de mujeres filipinas. Cuenta además con la Sección de Enfermedades Tropicales del Hospital del Mar y el Centro de Asistencia Primaria de las Drassanes, donde médicos pediatras atienden las necesidades sanitarias de la población inmigrada extranjera. Las carencias más usuales entre esta población son afectivas más que orgánicas, pues se trata de familias estructuradas, no marginadas en origen sino por la circunstancia de la emigración de su país de procedencia. Presentan problemas de desestructuración mental, según comenta uno de nuestros entrevistados, y de adaptación al medio, que se manifiesta en miedos, temores, claustrofobia esporádica. Aunque la situación económica de estas familias es precaria, no existen casos de malnutrición de los hijos ni abandono de los cuidados sanitarios mínimos.

Las diferencias culturales entre la población española y los inmigrantes son relativas. El concepto de higiene personal es muy distinto para los españoles y los árabes, por ejemplo, en términos de periodicidad (una vez a la semana o quince días, todos los días), elementos a utilizar al lavarse (piedra pómez o simplemente jabón, etc.). Entre los marroquíes se observa un comportamiento de prevención de la salud (control del embarazo, por ejemplo) semejante al de los

autóctonos entre quienes proceden de la ciudad. En cambio los marroquíes de las aldeas rurales, descuidan la vacunación periódica de los hijos, olvidan las citas para las consultas o visitas del médico, de control del embarazo, de la dolencia o enfermedad; sólo en casos de extrema gravedad acuden al centro, etc. Los asiáticos, especialmente los filipinos, se ayudan mucho entre ellos. Obedecen las indicaciones de los médicos aunque no confíen en la medicina preventiva.

Los médicos y enfermeras que atienden a la población inmigrante, juntamente con la autóctona, en los barrios mencionados, no sólo actúan como tales sino que también desarrollan una actividad pedagógica muy importante, culturizando a una población en la prevención de enfermedades o discapacidades de por vida que pueden ser detectadas y corregidas al inicio. Esa labor se lleva a cabo por los servicios sociales del Ayuntamiento con la cobertura del Hospital Clínico de Barcelona que suple muchas deficiencias, con la aportación de voluntariado (calle cadena) en suplir deficiencias alimentarias de parte de la población ya marginada del barrio del Raval, sin tener en cuenta la situación legal o ilegal de los usuarios de los servicios sanitarios. La permisividad de las autoridades municipales al respecto es clara, a pesar de los obstáculos burocráticos que supone para muchas de estas personas no contar con la cartilla de la Seguridad Social (Solé y colaboradores, 1993).

El acceso a la salud es una condición reconocida por todos y cada uno de los gobiernos nacionales del mundo, que -en teoría- aseguran vías para garantizar la superación de los procesos de disfuncionalidad orgánica y psíquica para todos los habitantes de ese país. En la realidad, no siempre se cumple para todos y cada uno de los individuos y grupos que residen en un determinado espacio geográfico que ocupa una nación y, en el caso de individuos que provienen de otras, muchísimo menos. Las limitaciones que derivan de este postulado son paliadas por los recursos endógenos a los que tienen acceso, combinándolos en la medida que les es posible con las pocas vías de acceso que les permite la sociedad de acogida.

El propósito de la tarea a desarrollar por los servicios sanitarios es evidenciar en qué momentos y cómo la lucha del inmigrante Magrebí-Africano y Asiático por superar el dilema de integrarse en la sociedad de acogida (como estrategia necesaria) y el no perder su propia identidad como grupo, puede quedar documentado. Esto a través del análisis de la toma de decisiones que en materia de salud asumen estos individuos, ante la oferta que les proporcionan los sistemas autóctonos de origen -ya sea medios propios, los del grupo, los de la medici-

na Clásica, la "Tradicional" o las del acceso de la medicina Occidental en sus países de origen- como de las vías de la sociedad de acogida.

La dinámica de acciones y situaciones combinadas o la "invención" de nuevos circuitos de asistencia en el uso, percepción, clasificación, evaluación y, por fin, toma de decisiones, puede posicionar a individuos y grupos dentro del sistema, asumiendo y/o adscribiendo roles, modificando el significado de los estereotipos de partida. Todo esto dentro de una negociación no formalizada entre ambas comunidades, en función de cada una de las decisiones tomadas en algún momento del proceso terapéutico por todos y cada uno de los actores sociales.

La igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud es un tema central de las medidas de política social a tomar a nivel municipal, regional y estatal. Plantea de inmediato una cuestión de equidad. Como señala Freire (1993), "la igualdad de acceso es una condición necesaria de equidad pero no es suficiente; en todos los países, a pesar de la universalización de los servicios sanitarios, se da desigualdad por clases sociales (y por origen territorial y cultural de procedencia, añadiríamos nosotros) en la utilización de los mismos y en los beneficios derivados de su uso".

Las desigualdades sanitarias se refieren a situaciones de no equidad en el desigual acceso a igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de servicios para todos los usuarios. El nivel educativo y cultural en sentido amplio, el difícil o inexistente acceso a la información, la falta de transparencia en la comunicación y la difusión de los servicios de salud a disposición de todos los ciudadanos residentes en un municipio o región, son los elementos que más inciden en producir desigualdad en el acceso efectivo a servicios -teóricamente universales- en la atención y asistencia al enfermo, fuere cual fuere su clase social, raza o cultura.

Bibliografía

- Freire Campo JM. *Desigualdades en el campo de la salud*. Igualdad., Madrid: 1993.
- Iranzo J. *La inmigración en Europa*. Madrid: Instituto de Estudios Económicos, 1995.
- Solé C, Herrera E. *Trabajadores extranjeros en Cataluña, ¿Integración o racismo?* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1991.

Solé C, Colaboradores. *Estudi sobre la realitat social de les minories ètniques a "Ciutat Vella"*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1993.

Solé C. *La mujer inmigrante*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1994.

Solé C. *Discriminación racial en el mercado de trabajo*. Madrid: Consejo Económico y Social, 1995.

Trias X. *El model sanitari català i el seu finançament*. Conferencia en el Círculo de Economía. Barcelona: 1995.

IV. LA SALUD MATERNO-INFANTIL

ACULTURACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS REPRODUCTIVOS EN LA POBLACIÓN MIGRANTE SENEGAMBIANA RESIDENTE EN CATALUÑA

*Adriana Kaplan**

Este trabajo se inicia hace seis años con una pregunta curiosa y quizás provocadora: ¿hasta qué punto somos tan humanos como los otros humanos, los migrantes procedentes de países del sur?

¿Por qué me he hecho esta pregunta? Por un lado hay un interés científico concreto y, por otro, hay un interés personal también concreto con toda una experiencia migratoria familiar y personal. Cuando se habla de procesos de integración social respecto a la población migrante generalmente se habla en términos jurídicos y en términos laborales; ahora se está empezando a hablar también en términos de vivienda. Sin embargo pocas veces se habla de aspectos cotidianos, de aspectos personales, de aspectos íntimos y privados como son los comportamientos reproductivos, como es la salud reproductiva y como es el tema de la alimentación. Las relaciones sexuales y la alimentación forman parte de la vida cotidiana de las personas, de la vida cotidiana de los seres humanos y entiendo que los primeros pasos que se dan en el tema de la integración tienen que ver con los aspectos cotidianos de la vida de la persona.

Vamos a hablar de los comportamientos reproductivos; sin embargo, la investigación tenía que ver con comportamientos reproductivos y alimentación y un poco con la articulación que había entre lo que eran prácticas alimentarias, como puede ser la lactancia materna, y la contracepción como método tradicional que se usa en el África occidental. El interés de la investigación se basa en uno de los aspectos centrales de la cultura como es la alimentación y los comportamientos reproductivos de la población migrante procedente del área de Senegambia en el África occidental. Senegambia se rompe como confederación política en el año 89, y por tanto hablamos de Senegambia en términos geohistóricos y etnolingüísticos, es decir, que comparten orígenes culturales comunes. La mayoría de la población subsahariana residente en Cataluña procede del área de Senegambia.

* Profesora Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Ramón Llull, Barcelona, España.

El acceso a los centros de planificación familiar y las demandas contraceptivas efectuadas en estos centros de planificación necesariamente reflejan continuidades, cambios, readaptaciones y expectativas en una situación de desplazamiento compleja como es la migración.

La perspectiva bipolar, realizando trabajo de campo tanto en África como en Cataluña, permitió el acercamiento a un conocimiento etnográfico más profundo -que entiendo es imprescindible- de las normas interiorizadas y sostenidas culturalmente, de los cambios que allí se estaban produciendo; es decir, los cambios que evidentemente se producen en toda cultura, los cambios que se estaban produciendo en África y contrastarlo posteriormente con su aplicación, reinterpretación, adaptación y, por lo tanto, también cambios que se producen en la sociedad de destino que los migrantes han elegido para terminar su proyecto de vida.

Era necesario saber qué tipo de interacciones existían entre la lactancia materna, el período de amenorrea postparto, el tabú de abstinencia coital postparto, las relaciones sexuales, la contracepción y la planificación familiar. Todo esto en un entorno donde la distribución espacial de las relaciones conyugales es distinto, donde normalmente la convivencia es monogámica, donde la reducción de la mortalidad infantil es drástica, comparativamente con origen, y donde las redes enculturativas de aprendizaje y de apoyo tradicionales, particularmente femeninas, están ausentes apareciendo otras nuevas que son ajenas a su propia cultura, así como la utilización de nuevas tecnologías contraceptivas propias de la sociedad de destino.

¿Cómo se explica esto? La población procedente de Senegambia es una población totalmente musulmana que ya trae pautas culturales de origen respecto a lo que es la contracepción. Todas las culturas tienen sus propias normas respecto a la contracepción y la contracepción se establece en términos de permitir un espaciado intergenésico entre el nacimiento de un nuevo niño y el de aquel que ha nacido por última vez. Es decir, quienes provengan del campo sanitario saben que un espaciado intergenésico conveniente se sitúa entre los dos y los tres años; por lo tanto se establece un tabú sexual postparto donde se prohíben las relaciones coitales mientras se está amamantando a los niños. El Corán establece y recomienda amamantar entre 18 y 24 meses. Durante estos meses que se está amamantando al niño se establece este tabú de la lactancia donde las mujeres no pueden mantener relaciones coitales con los maridos. De forma que, con esta abstinencia sexual se permite el espaciado intergenésico que se quiere conseguir.

La idea es que a través del semen se contamina la leche de la madre y a partir de la contaminación de la leche materna los niños enferman. Este tabú está muy respetado y muy extendido en el África occidental y las condiciones espaciales de la vivienda y las relaciones sociales lo permiten. Existe lo que se llama en terminología mandinga el "musubumba" que es la casa grande de las mujeres. Quienes tienen experiencia en África saben que las unidades domésticas tienen una casa muy grande, que es fácil de reconocer, que es la casa grande de las mujeres donde viven las mujeres y los niños pequeños; luego hay casitas pequeñas, las chozas de barro pequeñas, donde viven los hombres. En la medida en que son sociedades poligámicas las mujeres efectúan permanencias nocturnas conyugales con los maridos cada dos noches. Mientras las mujeres están lactando permanecen en la casa grande de las mujeres, según los grupos étnicos, o muchas veces las mujeres regresan a los hogares paternos con lo cual se permite respetar esta tradición.

¿Qué es lo que pasa en una situación de migración donde la situación es frecuentemente monogámica? En Cataluña no existen más de quince familias con dos mujeres, donde la mujer duerme cada noche con el marido, donde muchas veces la vivienda se comparte con otras familias o con muchos otros miembros. Es decir, hay condiciones de hacinamiento donde las redes de apoyo no existen; estamos hablando de familias extensas, donde otras mujeres como son las suegras, las hermanas mayores, las cuñadas, las hijas mayores de alguna forma sirven como redes de apoyo para la crianza de los niños. ¿Qué es lo que pasa con lo que traen de origen y cómo se adapta aquí? Evidentemente es muy difícil poder respetar estas normas y además el hecho de que no haya un constreñimiento normativo en esta sociedad de destino permite de alguna forma que estos cambios se produzcan de forma no traumática y bastante espontánea.

Los resultados de la investigación muestran en un primer momento la reproducción de modelos culturales de origen con embarazos inmediatos a la reunificación familiar. Es decir, que la migración procedente del África Subsahariana es una migración masculina, o sea, asimétrica en términos de género y el rol de migrante corresponde al hombre; el que primero emigra es el hombre y una vez que tiene su situación laboral, residencial y legal consolidada entonces llama a su mujer. Por lo tanto la migración de las mujeres no es una migración voluntaria sino que se produce como un proceso de reagrupación familiar. En cuanto llegan lo primero que hacen es intentar quedar embarazadas; han estado separadas durante muchos años casi siempre por una situación de migración, es decir, el marido está fuera y estos años en que han estado separadas se entien-

den en África como años de pérdida de su etapa reproductiva. O sea, que lo primero que hacen es reproducir un poco estas pautas de origen donde en la medida en que se unan a los maridos van teniendo hijos.

Sin embargo, se han contrastado importantes cambios en lo que es la construcción del modelo de maternidad donde la mayoría de la población femenina acude a los centros de planificación familiar con independencia de que las madres fueran primíparas en destino o que ya hubieran tenido hijos en origen. Es decir, que en un primer momento la reunificación con el marido implica recuperar y continuar años de fertilidad que se han perdido con independencia de que ya fueran madres en origen o no.

Un estudio que se ha acabado hace dos meses de la Universidad de Harvard y el Marcel Medical Research Council en Gambia han encontrado que sólo un 9% de la población gambiana usa algún tipo de método contraceptivo, ya sea método contraceptivo de tecnología moderna o tradicional. Parece que es importante el cambio que se produce en destinos donde prácticamente todas las mujeres acuden a centros de planificación familiar. Estos cambios que conllevan la incorporación aparentemente poco problemática de nuevas tecnologías contraceptivas, y digo aparentemente poco problemáticas o poco traumáticas en términos psicológicos en cambio, sí que tienen dificultad en seguir los tratamientos.

Sin embargo, muchas veces tienen dudas, aunque el personal sanitario lo puede llegar a interpretar como comportamientos erráticos que se expresa en términos "no saben lo que quieren". Creo que realmente las mujeres saben lo que quieren y como mujeres evidentemente experimentan y como muchas de las mujeres que están aquí "pues vamos a probar las pastillas a ver qué tal funcionan" y si no pues nos ponemos un DIU a ver cómo funciona; nos ponemos el DIU y resulta que no nos gusta y entonces volvemos a las pastillas o usamos otro tipo de método. Entonces entiendo que es más fácil decir: "no saben lo que quieren" y medirlo en términos de comportamientos erráticos que realmente hablar de personas, de mujeres que al igual que otras mujeres están experimentando. Por eso mi pregunta muchas veces es: ¿hasta dónde somos tan humanos como los otros humanos?

Estos cambios revelan una progresiva adaptación funcional no sólo de las propias mujeres sino que producen cambios culturales en las relaciones de géneros. Esto parece importantísimo porque en el trabajo etnográfico que hemos

hecho en África la mayoría de las mujeres que acuden a los centros de planificación familiar para el uso de tecnologías modernas, de nuestras tecnologías, van a escondidas del marido y a escondidas de las otras mujeres. Entonces el hecho de que los hombres lleven mucho tiempo aquí y que hablen mucho mejor castellano, que conozcan la red asistencial y los centros de planificación familiar significa que empieza a haber otro tipo de comunicación en la pareja diferente de la que tenía que ver con redes femeninas o que se podían solamente hablar con otras mujeres. Empiezan a cambiar y los hombres empiezan a tener un papel bastante importante en las cuestiones reproductivas. Parecería que a pesar de las ambigüedades y conflictos personales y culturales, en algunas historias de vida e historias clínicas las representaciones sociales y culturales son más fácilmente cuestionadas y transgredidas. Es decir, que si bien el constreñimiento normativo en origen puede ser mayor, evidentemente en la sociedad de destino es más fácilmente transgredido.

¿Qué se ha constatado con esta investigación? Esta realidad nos indica el desarrollo de una voluntad de control de las mujeres sobre su propia reproducción mediante una mayor capacidad de decisión y acción en su medio social de destino y una fluida y compartida responsabilidad con los hombres respecto al hecho reproductivo. La aculturación producida, que entiendo que es altamente selectiva, forma parte de un proceso más amplio y a más largo plazo de experimentación y aprendizaje en su situación de readaptación e integración en la sociedad de destino.

Volviendo al principio, si realmente queremos hacer estudios sobre integración social no tenemos que quedarnos solamente en los niveles legislativos, en los niveles laborales o de vivienda ya que la aculturación se produce de una manera selectiva. Y la manera selectiva es aquella en la que se permite vivir cada día de una forma un poco más libre y un poco más cómoda; tanto el trabajo de prácticas alimentarias como el de comportamientos reproductivos han mostrado que estas mujeres, a pesar de los estereotipos donde se victimiza a la mujer, realmente están haciendo un enorme esfuerzo de integración. Pienso que esto se ha de valorar tanto a nivel de las instituciones, de las administraciones como de las personas que trabajan en la atención directa y me refiero concretamente a trabajadoras sociales y a personal sanitario.

CICLO Y PATRONES REPRODUCTIVOS EN LAS MUJERES EMIGRANTES EN ESPAÑA

Consuelo Prado, M.D. Marrodán, A. Sánchez-Andrés,
E. Gutiérrez, P. Azevedo, J. Sebastián*

Tradicionalmente se ha entendido la migración como un hecho fundamentalmente masculino, sin embargo las últimas décadas la movilidad femenina es comparable a la del varón. Además, esta movilidad es en muchas ocasiones ajena a la reagrupación familiar, de forma que cada vez se dan más casos de mujeres que han emigrado solas iniciando sus propias cadenas migratorias (Zeverin, 1985; David, 1990; Marrodán et al, 1991). Puede afirmarse la presencia de la mujer en migraciones internacional es cada vez mas importante, un hecho que aparece reflejado en un número creciente de investigaciones en torno a mujeres inmigrantes (Tapinos, 1990; Chapman, 1991; Bolzman, 1993).

En España concretamente, las mujeres inmigrantes que proceden de naciones en vías de desarrollo, conforman un grupo joven donde las dos terceras partes tienen menos de 50 años y algo mas de la mitad se encuentran en edad reproductora. Por otra parte, un 20% de esta población tiene menos de 15 años, con lo que es lógico esperar que en un futuro próximo inicien su ciclo reproductivo. La proporción de sexos muestra que el número de mujeres inmigrantes en España es elevado e incluso en ciertas regiones superior al de hombres. Por ejemplo la proporción de mujeres y varones entre la comunidad africana es de 118, de 101 en la comunidad asiática y de 85 en la latinoamericana (Marrodán y Prado, 1994).

En un informe elaborado a principios de los 90 (Marrodán et al, 1991a) ciframos en 200.000 el número de mujeres procedentes de países en vías de desarrollo y Europa del Este, si bien sólo la cuarta parte de ellas había obtenido la residencia legal. El creciente flujo migratorio hacia España en los últimos cinco años y la situación demográfica que acabamos de describir, justifican el interés en realizar un estudio sobre los modelos familiares y reproductivos entre estas poblaciones inmigrantes. Un estudio de este tipo también resulta interesante para mejorar la calidad de los servicios públicos puestos a disposi-

* Profesora, Facultad de Ciencias, Universidad Autónoma de Madrid, España.

ción de los inmigrantes en España. Los proveedores sanitarios han de considerar las necesidades específicas de esta población que por lo general no suele contar con la misma cobertura en atención pública que la población nativa.

Dada la edad de las mujeres inmigrantes, es evidente que sus demandas prioritarias de salud están directamente relacionadas con la reproducción y la planificación familiar. La experiencia y el contacto mantenido con mujeres de diversos países, nos ha permitido afianzar el convencimiento de que las cuestiones obstétrico-ginecológicas, trascienden el marco de la propia fisiología. De este modo, el comportamiento reproductivo y los potenciales problemas sanitarios relacionados con éste, dependen en gran medida del bagaje educativo y conductual que las inmigrantes. Las políticas sanitarias han de considerar la diversidad de los contextos socio-culturales y económicos en los que se desenvuelven los distintos grupos de inmigrantes, si quieren resolver los problemas de salud que afectan a las mujeres. Los políticos corren el riesgo de agrupar a todos los extranjeros, especialmente a aquellos procedentes del Tercer Mundo, bajo una única categoría como inmigrantes, sin considerar su cultura, su contexto social y las razones por las que se vieron obligados a emigrar. De cualquier forma, está claro que tales políticas al ignorar la diversidad cultural tendrán, en el mejor de los casos, un impacto muy limitado.

El acercamiento al comportamiento reproductivo de la mujer es por lo general complicado, ya que en cierta medida supone el vulnerar su intimidad, pero de hecho, lo es aún más cuando tratamos con inmigrantes puesto que estas mujeres por lo general suelen percibir su entorno como algo hostil y ajeno. A pesar de estas dificultades y motivados por los logros de experiencias anteriores, decidimos comenzar en 1992 un estudio que llenara el vacío existente en España en torno a la conducta reproductiva de las mujeres inmigrantes (Marrodán et al., 1991b; Prado et al., 1991).

En dicho proyecto, se han tenido en cuenta diferentes aspectos relativos al marco socio-cultural previo y posterior a la migración, los hábitos sanitarios, el historial clínico de las entrevistadas (con especial énfasis en sus aspectos ginecológicos) y finalmente su conducta reproductiva y de planificación familiar, así como sus posibles variaciones tras la inmigración. El proyecto llevó a cabo mediciones antropofisiológicas con el fin de establecer un marco de referencia objetivo sobre el estado nutricional y la condición física de las mujeres inmigrantes. Por último, también medimos los cambios en la dieta originados por la inmigración y la adaptación psicológica a la sociedad receptora. Todas las

fases de la recogida de datos han sido realizadas directamente por los miembros del equipo investigador, quienes han tomado las medidas antropofisiológicas siguiendo la normativa del I.B.P. (Weiner y Lourie, 1991).

Se contactó con las mujeres en instituciones sanitarias privadas y de la Cruz Roja, en centros de acogida y en ONG que trabajan con inmigrantes. Las entrevistas, las mediciones antropofisiológicas y las pruebas sanguíneas se hicieron en el mismo lugar donde se realizaron los contactos, si bien la consulta médica se llevó a cabo en los centros de salud. Las entrevistas fueron dirigidas por los miembros del equipo investigador en español, inglés y francés. En aquellos casos en los que la entrevistada no hablaba ninguno de estos idiomas, se contó con la colaboración de algún amigo o familiar que tradujo las preguntas y repuestas.

Status legal y socio-económico de las mujeres inmigrantes

De acuerdo con los objetivos de este artículo hemos agrupado a las mujeres inmigrantes según su origen geográfico: Cono Sur americano (Argentina, Chile y Uruguay), Latino América (resto), África Subsahariana, Mundo Árabe, Magreb) y Europa del este. La tabla 1 nos muestra las mujeres entrevistadas según región de origen y status legal en España. No vamos a discutir aquí el significado que tiene la residencia legal en España, pero debemos señalar que a menudo (especialmente para los inmigrantes económicos) está estrechamente relacionada con el empleo: si en el momento de renovar el visado el/la inmigrante no tienen un trabajo, pierde su derecho a permanecer en el país. Alrededor del 30% de las mujeres son refugiadas, un status que no les permite conseguir un empleo de forma legal, mientras que el 13% son inmigrantes ilegales. Los porcentajes más elevados de ilegalidad los hallamos entre las mujeres latinoamericanas (exceptuando a las del Cono Sur), las magrebíes y las subsaharianas.

Tabla 1. Status legal por región de origen, 1994 (porcentajes)

Estado	Cono Sur	Latinoamérica (resto)	África Subsahariana	Oriente Medio	Este de Europa	Magreb	Total %
Ilegal	4	21	16	2	2	20	13
En proceso	42	38	22	37	22	23	33
Refugiada/exiliada	2	23	47	51	61	20	30
Residencia legal	44	16	13	10	12	31	20
Ciudadana	7	2	3	0	2	6	3
Total	99	100	101	100	99	100	99
n=	(45)	(151)	(32)	(41)	(41)	(35)	(345)

La tabla 2 muestra los distintos niveles educativos. Como podemos apreciar, existen profundas diferencias entre los distintos grupos de mujeres inmigrantes. Por un lado, hallamos que los niveles más altos de analfabetismo (29%), corresponden a las magrebíes, principalmente a las de Marruecos, mientras que son las del Cono Sur americano las que presentan los niveles educativos más elevados. El mayor número de titulaciones universitarias se encuentran entre las mujeres de Europa del Este y el más bajo entre las del África Subsahariana y el Magreb.

Tabla 2. Niveles educativos por región de origen, 1994 (porcentajes)

Estado	Cono Sur	Latinoamérica (resto)	África Subsahariana	Oriente Medio	Este de Europa	Magreb	Total %
Analfabetas	0	1	9	7	5	29	6
Primario	7	18	16	29	17	46	20
Intermedio	42	45	66	22	22	11	38
Educac.secundaria	24	9	6	17	15	6	12
Universidad	27	27	3	24	42	9	24
Total	100	100	100	99	101	101	100
n=	(45)	(152)	(32)	(41)	(41)	(35)	(346)

La situación de ilegalidad de la gran mayoría de las mujeres estudiadas, hace que la profesión desempeñada en España no guarde en muchos de los casos relación alguna con las aspiraciones dado su nivel de formación. Así, tan sólo el 6% de las mujeres de Europa de Este y el 4% de las americanas del Cono Sur consiguen un trabajo en una categoría socio-profesional similar al que tenía antes de emigrar a España.

El poder adquisitivo se corresponde con la situación laboral descrita, de forma que el nivel de ingresos familiar en términos generales, se encuentra ligeramente por debajo del salario mínimo interprofesional, siendo frecuente el subempleo y la economía sumergida. Por este motivo, sólo una pequeña parte de las inmigrantes disponen de vivienda independiente para su núcleo familiar y por lo general varias personas o familias comparten un piso común, viviendo por tanto en circunstancias de hacinamiento. Igualmente, es normal que permanezcan durante los primeros meses en Centros de Acogida de instituciones oficiales o dependientes de organismos no gubernamentales.

La tabla 3 muestra cómo las mujeres del Cono Sur y Europa del Este, con una menarquía más precoz, tienden a casarse más mayores, mientras que las mujeres subsaharianas, el grupo que presenta la regla más tardía, son las que acceden más jóvenes al matrimonio.

También existen grandes diferencias geográficas según el número de hijos. Alrededor del 20% de las mujeres casadas del Cono Sur no tiene hijos, mientras que no registramos ni una sola mujer árabe casada que careciera de descendencia. Probablemente las diferencias culturales y socio-económicas pueden explicar tales discrepancias. Por otra parte, cada cultura reacciona de forma diferente ante aquellas mujeres que tienen hijos sin haber estado casadas nunca. En nuestra muestra el mayor porcentaje de madres solteras lo encontramos entre las europeas del este y las americanas del Cono Sur. Alrededor del 6% de las inmigrantes africanas tuvieron uno o más hijos siendo solteras, si bien dos terceras partes de éstas contrajeron matrimonio con posterioridad. Es conocido el hecho de que la maternidad de la mujer soltera no constituye un "handicap" en todas las sociedades, puesto que la idiosincrasia religiosa y cultural determinan la forma en la que éstas son percibidas por el resto de la sociedad. En algunos países como por ejemplo Guinea Ecuatorial, las mujeres pueden casarse con mayor facilidad si tienen hijos antes, ya que de esta forma hacen gala de su fertilidad (Sainz de la Maza y González Kirchner, 1995).

Tal y como podemos apreciar en la tabla 3, también existen diferencias significativas en cuanto al tamaño familiar. Tal y como cabría esperar, las mujeres de países más desarrollados (Cono Sur y Europa del Este) tienen un número menor de hijos. Igualmente, hallamos una correlación entre el tamaño familiar y el control de natalidad. En el caso de las mujeres subsaharianas hemos de aclarar que aquellas que actualmente emplean métodos anticonceptivos, no comenzaron a hacerlo hasta su llegada a España. Existen profundas diferencias en cuanto a pautas de lactancia, lo que a su vez condiciona el tamaño familiar, puesto que de esta manera se regula de manera natural el espaciamiento entre las concepciones. Las mujeres del Mundo Árabe y las subsaharianas, así como las magrebíes, amamantaron a sus bebés durante un largo período de tiempo, casi 15 y 13 meses respectivamente. Las actitudes frente al aborto difieren considerablemente. Mientras en todas las submuestras la totalidad de los abortos fueron declarados como espontáneos, entre las mujeres del Cono Sur americano y las de Europa del Este, el 25% y el 58% de los abortos fueron provocados. Precisamente el índice más elevado de abortos lo hallamos entre la mujeres de Europa del Este, donde registramos un 55% de pérdidas fetales por mujer.

El período de espaciamiento entre los hijos varía según grupos étnicos. Como ya comentamos anteriormente, las mujeres subsaharianas y magrebíes y las del Mundo Árabe que tienden a casarse a edades más tempranas, presentan un intervalo menarquía-matrimonio más corto y esperan más tiempo antes del primer hijo (28,4 y 22,2 meses respectivamente). Posiblemente, este período de espera relativamente largo, pudiera ser resultado de cierta inmadurez fisiológica antes que de un deseo voluntario por posponer el primer embarazo. El análisis del tiempo transcurrido entre dos embarazos sucesivos se ve limitado por el hecho de que en nuestra muestra apenas aparecen recogidos los partos posteriores al tercero. No obstante, podemos apreciar una tendencia al mantenimiento de un ritmo reproductivo constante entre todos los grupos excepto entre las mujeres del Cono Sur y de Europa del Este, quienes presentan unos períodos reproductivos más cortos con intervalos de mayor duración entre partos sucesivos. En términos generales, puede afirmarse que a tamaños familiares mayores corresponde un ritmo reproductivo más constante.

Según todo lo anterior, podemos concluir que las mujeres inmigrantes en España presentan unos patrones o modelos reproductivos con grandes contrastes que reflejan la cultura y los niveles de desarrollo de sus países de origen. Por una parte, hallamos el modelo integrado por las mujeres de Europa del Este y las americanas del Cono Sur, caracterizado básicamente por menarquía relativamente temprana, edad marital posterior a los 23 años, intervalo menarquía-matrimonio superior a los 10 años, tamaño familiar reducido (uno o dos hijos en promedio) y régimen de lactancia inferior a los seis meses. El segundo modelo, adoptado por el resto de las latinoamericanas, las subsaharianas, las magrebíes y las inmigrantes procedentes del Mundo Árabe, se caracteriza por una menarquía más tardía, matrimonio anterior a los 22 años, intervalo menarquía-matrimonio inferior a los 9 años, mayor tamaño de la unidad familiar y período de lactancia superior a los ocho meses.

A este panorama brevemente descrito, se añade un comportamiento diferencial en lo que a hábitos de salud y prevención ginecológica se refiere. Las inmigrantes de Europa del Este y las americanas del Cono Sur están plenamente familiarizadas con métodos anticonceptivos eficaces y acuden de forma regular a las revisiones médicas y controles ginecológicos. Por el contrario, aquellas procedentes de países menos desarrollados o con culturas más tradicionales, emplean por primera vez métodos de planificación familiar al llegar a España, ya que en sus países de origen no tienen acceso a servicios médicos o de control de natalidad, o bien dichos métodos no son aceptados culturalmente. Es por

ello que las mujeres inmigrantes a menudo van asumiendo nuevas conductas reproductivas en España, sin desvincularse por completo de su propia identidad cultural. El proceso de adaptación al entorno socio-cultural en el que viven estas mujeres presenta particularidades específicas según su edad, nivel educativo y la cultura del país de origen.

En la tabla 4 aparecen recogidas las características del ciclo menstrual en cada uno de los grupos de inmigrantes. Con frecuencia, síntomas como la amenorrea o irregularidades en el ciclo menstrual, son un reflejo de dificultades y problemas psicológicos causados a menudo por unas condiciones sociales adversas. De este modo, los períodos de amenorrea (excluyendo la del embarazo y postparto) son significativamente más frecuentes entre las inmigrantes subsaharianas, norteafricanas y del Mundo Árabe, entre las que también se registra una mayor incidencia de ciclos irregulares. No existen diferencias significativas en la duración del sangrado, si bien sí que hallamos variaciones importantes entre los grupos en cuanto al porcentaje de mujeres afectadas por dismenorrea. Resulta interesante destacar el que las mujeres con un mayor número de hijos -latinoamericanas (exceptuando a los del Cono Sur), árabes y magrebíes-, padecen este trastorno con una frecuencia menor.

Tabla 4. Síntomas de síndromes menstruales, mujeres inmigrantes por región geográfica

	Europa del Este	Centro y Sur América	Cono Sur	Mundo Árabe	África Subsahariana
Dismenorrea (%)	40.9	32.20	50.00	41.93	53.33
Amenorrea (%)	4.64	6.77	7.60	9.67	18.86
(%) Ciclo Irregular	18.18	27.11	30.00	12.90	26.70
Días de sangrado	4.40 ± 1.36	4.06 ± 2.56	4.71 ± 2.00	4.76 ± 2.78	5.08 ± 2.26
Depresión(%)	22.72	5.08	22.60	12.90	6.06
Dolor pecho (%)	45.45	32.20	35.00	32.25	20.00
Alteración piel(%)	22.72	10.16	10.00	0.00	0.00
Dolor de cabeza(%)	18.65	18.65	15.00	16.72	5.86
Edema(%)	0.00	1.62	0.00	12.90	20.00
Dolor espalda(%)	18.18	5.36	7.80	8.46	0.00
Dolor riñones(%)	18.18	5.08	2.50	16.12	6.60

Tal y como apreciamos en la tabla 4, existen diferencias significativas entre los distintos grupos en relación a la prevalencia de depresiones, dolor de senos, afecciones en la piel, dolor de cabeza, edemas, y dolores de espalda y riñones. Todas estas afecciones pueden ser igualmente reflejo de otros trastor-

nos psicológicos causados por unas duras condiciones de vida, algún trauma físico experimentado en el pasado (tortura, persecución política, etc.), o por todas aquellas dificultades asociadas al hecho de vivir en una cultura que les resulta ajena (separación familiar, discriminación y racismo). La incidencia de depresiones es particularmente alta entre las inmigrantes de Europa del Este y del Cono Sur americano. Un porcentaje relativamente elevado del primer grupo presenta igualmente enfermedades de la piel y dolores de senos, riñones y espalda, mientras que son las inmigrantes subsaharianas las que menos afectadas se ven por estas afecciones, con la excepción de los edemas. El siguiente paso a seguir en nuestra investigación es el de hallar posibles explicaciones a las diferencias que acabamos de exponer, así como identificar el papel que juega la inmigración al respecto. Por ejemplo, las condiciones originadas por la inmigración (separación familiar, condiciones de vida) o por el *status* de ilegalidad asociado a ésta, pueden resultar variables explicativas más significativas que aquellas referentes a la región de procedencia. De la misma forma, aquellas refugiadas políticas que en su país se vieron expuestas a situaciones traumáticas, pueden presentar síntomas de depresión más severos que las que emigraron por motivos económicos. En otras palabras, consideramos que más allá de la cultura del país de origen, podrían existir otras variables que expliquen la severidad y la frecuencia de algunos de los síntomas que hemos visto. Los proveedores de servicios en salud han de ser conscientes de sus posibles causas para ofrecer así un tratamiento terapéutico acertado y poder transferir los casos hacia trabajadores sociales o psicólogos clínicos.

Si bien nuestro estudio no trataba de cuantificar las necesidades y demandas sobre los servicios sanitarios, queremos indicar que hemos percibido la existencia de una marcada demanda entre las mujeres inmigrantes. La escasez de centros que atiendan a inmigrantes sin Seguridad Social (ésta facilita asistencia gratuita a la población nativa y a los inmigrantes documentados, ver Ugalde en este volumen), sugiere que en España debe existir una gran demanda insatisfecha de servicios sanitarios entre la población inmigrante. El hospital de Majadahonda, en las cercanías de Madrid con el que colabora nuestro equipo, constituye un buen ejemplo de este tipo de centros. A pesar de la asistencia facilitada por el municipio y por muchos médicos voluntarios, existe una gran necesidad de especialistas en ginecología tanto en este centro de salud como en otros. En resumen, actualmente en España las necesidades de salud de muchos inmigrantes no están aún cubiertas y es precisamente por ello, que hemos de hallar una solución a dicha situación, para poder así garantizar a todos estos nuevos españoles una atención sanitaria global.

Bibliografía

Bolzman C. La place des femmes dans une emigration politique. L'exemple de l'exile chilien vers la Suisse. En: *Vers un ailleurs prometteur. L'emigration, une response universelle a une situation de crise?* Paris: Presses Universitaires de France. Geneve: Cahiers de H.U.E.D., 1993.

Chapman J. Factors in Nineteenth Century Swiss Emigration to the United States. Table Ronde sur la Place des Femmes dans l'emigration. Colloque Pluridisciplinaire: L'Emigration, une response universelle a une situation de crise? *Le Chable*, Suisse: 1991.

David I. Situación de las mujeres iberoamericanas en España. *Las mujeres en América Latina. Una aproximación necesaria*. Barcelona: Ed. Fundación CIPIE y Dpto de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1990.

Marrodán MD, David I, Sancho C, Santamarta MC, Relaño A. Mujeres del Tercer Mundo en España. Modelo migratorio y caracterización sociodemográfica. Madrid: Ed. Fundación CIPIE, 1991.

Marrodán MD, Prado C. *Las migraciones: su repercusión en la sociedad y en la biología de las poblaciones humanas*. Madrid: Ed. Universidad Autónoma, 1994.

Marrodán MD, Sanchez Andrés A, Pérez de Landazabal E, Prado C, Rivero R, Nielsen AH, Martínez R. La mujer inmigrante en España. Caracterización epidemiológica y factores de riesgo. En: *Nuevas Perspectivas en Antropología Biológica*. Granada: Diputación Provincial, 1995.

Prado C, Martínez R, Pérez Landazabal E, Marrodán C, Sanchez Andrés A, Nielsen A. Menarcheal age as an indicator of socioeconomic level at migration. *Journal of Human Ecology*, 1995; 4, 2/3,157-172.

Prado C, Rivero R, Pérez E, Martínez R, Marrodán MD, Nielsen AH, Sánchez A. La mujer inmigrante en España. *Nuevas perspectivas en Antropología Biológica*. Granada: Diputación Provincial, 1995: 783-789.

Saínz de la Maza M, González Kirchner JP. Patrones de reproducción de la población de Bata (Guinea Ecuatorial). *Nuevas Perspectivas en Antropología Biológica*. Granada: Diputación Provincial, 1995: 883-892.

Tanner JM. *Hormonal, genetic and environmental factors controlling growth*. Oxford: Oxford University Press, 1988.

Tapinos GP. *Immigration féminine et statut des femmes étrangères en France*. Paris: Institut National d'Etudes Demographiques, 1990.

Weiner JS, Lourie JA. *Practical Human Biology*. Academic Press. I.N.C.London Ltd, 1981.

Zeverín D. La joven mujer inmigrante. Informe editado por Cruz Roja de la Juventud. Madrid, 1985.

ATENCIÓN SANITARIA PREVENTIVA PARA HIJOS DE EMIGRANTES EN HOLANDA

*Ben Rensen**

Voy a ofrecerles una visión general sobre la atención sanitaria que actualmente se ofrece a los hijos de emigrantes en Holanda. Llevo trabajando en este campo más de diez años. En una mañana de trabajo llego a tratar con personas de más de diez culturas diferentes por lo que podría convertirme en un antropólogo especialista en estas culturas. El hecho de hablar cinco idiomas avala mi competencia para darles una visión general sobre las experiencias de los hijos de emigrantes.

Al tratar este tema se suele hablar de la salud de la madre y del hijo, aunque yo siempre me refiero tan sólo a la del hijo, si bien sigo preguntándome por qué en estos casos no hablamos también de la salud del padre. La razón por la que suelo iniciar mis presentaciones con estas disquisiciones es porque quiero poner en relieve el hecho de que tardamos demasiado tiempo en averiguar qué es lo que realmente necesitan los niños. Puesto que constituye un segmento de la población que no puede votar, es preciso que les prestemos una atención especial previa a la que prestamos a políticos, médicos y al resto de profesionales que trabajan con ellos. Hasta fechas muy recientes, no se había firmado y ratificado en Holanda la Convención de las Naciones Unidas por los Derechos del Niño. Tendríamos que cuestionarnos por qué uno de los países más ricos del mundo ha tardado tanto en respaldar dicha convención.

Un tema de reciente debate hoy en el país, es aquel que trata de esclarecer quién es holandés y quién no lo es. Se trata por tanto de un debate en torno a la identidad, a las diferencias etnográficas. Otro tema es el hecho de que los políticos cuando hablan de emigración la describen como una marea que está precipitando oleadas de emigrantes contra los diques holandeses, una marea migratoria que intenta ser frenada cubriendo los orificios abiertos en los diques. Ésta es la versión que nos ofrecen hoy los políticos. Para algunos Holanda no admite más personas, cosa que podríamos aceptar si consideramos que en un país catorce veces más pequeño que España viven quince millones de personas. Quizás se trate de un país bastante poblado pero no podemos olvidar que los emigrantes tan sólo suponen el 8% de la población total del país.

* Facultativo en Medicina Social, Centro de Salud para Jóvenes, Servicios Municipales de Salud, Utrecht, Holanda.

Voy a pasar a leer por un momento algunas cifras referidas a los diferentes países de origen de los emigrantes que residen en Holanda. El 50% de todos los niños nacidos en las cuatro ciudades más grandes de Holanda, es decir, en Amsterdam, Rotterdam, La Haya y Utrecht, son hijos de emigrantes en su mayoría de Turquía, Marruecos y Suriname. Estos tres grupos presentan grandes diferencias entre ellos. Se supone que el grupo de emigrantes, uno de los más numerosos, es el más integrado en nuestra sociedad o al menos eso declaran ellos mismos, aunque yo sigo sin tener muy claro qué es lo que significa la palabra "integración", especialmente cuando estamos tratando con niños. ¿Significa quizás que han de hablar holandés, pensar en holandés, sentir en holandés o vestir como holandeses? Incluso ante el caso de un adolescente recién llegado a Holanda que cumpliera con todos estos requisitos, creo que seguiría cuestionándome el que estuviera realmente integrado o que en algún momento de su vida no llegara a sufrir algún trastorno de identidad.

Al tratar el tema de la emigración y los derechos de los niños, resulta fundamental revisar el artículo 24, en el que se recoge el derecho fundamental a recibir una atención en salud. Una de las acciones más importantes a desarrollar en el ámbito es la de promover la cooperación internacionalí.

Trabajo desde una perspectiva biológica y física en el micronivel de la familia . Es por ello que mi trabajo no se centra en el ámbito social y en los estilos de vida (ámbitos en los que más bien se situaría la educación para la salud y la prevención primaria), sino que se enfoca hacia la prevención secundaria. Esto quiere decir hacia la detección precoz de problemas entre la población infantil y la intervención sobre los mismos. Para muchos podría parecer que cuanto más elevado sea el nivel de análisis más importantes serán los resultados. Considero sin embargo que, cuando tratamos con niños, el nivel de análisis más importante es el de la familia, aunque sea éste el nivel más micro y pudiera parecer que en él las cosas tienen una menor influencia. Pero de hecho, incluso dentro de la unidad familiar se pueden dar grandes diferencias en cuanto al desarrollo del niño en función de la edad y sexo. Es evidente que podemos hallar rasgos muy diferentes según nos estemos refiriendo a un niño o a una niña, según tratemos con niños menores de cinco años o niños comprendidos entre los cinco y los doce.

Me gustaría recordarles que cuando hablamos de infancia, hemos de referirnos a una gran variedad de "ismos", de forma que cuando por ejemplo hablamos de niñas marroquíes, desgraciadamente tenemos que tratar con hechos

tales como racismo, clasismo y sexismo. Los procesos de adaptación vinculados a la emigración generan una serie de problemas para los emigrantes, aunque tampoco podemos descartar aquellos casos en los que la adaptación llega a ser todo un éxito. Nadie puede establecer de antemano si un emigrante se va a ver libre de problemas, si va a caer enfermo, si va a ser criminalizado o incluso si va a decidir retornar a su país de origen.

A lo largo de los años se han producido grandes transformaciones en las pautas migratorias. Por ejemplo, hace treinta años, cuando los primeros emigrantes comenzaron a llegar a Holanda, todo el mundo hablaba acerca de los españoles y los italianos que iban instalándose en el país. Hoy, sin embargo, ya no se comenta nada sobre ellos, ahora tan sólo se habla de los emigrantes marroquíes. En Israel algunas personas estiman que aún han de pasar dos o tres generaciones hasta que la población de este país se sienta realmente integrada, algo que me hace pensar si quizás todo sea, sencillamente, una cuestión de tiempo.

Es evidente que una familia de emigrantes sufre una gran carga de estrés, carga que viene acentuada por la incertidumbre que conlleva la posibilidad de que parte de la familia retorne algún día a su país de origen. Sin embargo, seguimos sin explicarnos porqué existen algunas familias que, aún sufriendo todos estos problemas, consiguen sobrevivir en la sociedad holandesa. Tampoco disponemos apenas de información sobre aquellos adolescentes que consiguen superar todas estas dificultades y hallar su propio camino. De hecho, es imposible conocer la situación de aquellas familias y aquellos niños a los que las cosas no les han ido demasiado mal, puesto que las cifras de las que disponemos se refieren tan sólo a poblaciones clínicas.

Durante el proceso de adaptación un factor determinante lo constituye el tipo de familia a la que el niño pertenece más que su propia personalidad. La situación particular de un niño variará por ejemplo si éste procede de una familia muy ambiciosa o muy positiva, si se trata de una familia de carácter ambivalente o si la propia familia se mantiene al margen de las cosas y se aísla del resto de la sociedad. De hecho les puedo asegurar que en la misma zona en la que yo vivo, donde el 40% de los niños proceden de familias de emigrantes, existen algunas familias holandesas que también tienen que afrontar muchos problemas de integración en nuestra sociedad.

Si me dedicara a recoger los signos y síntomas infantiles que he observado en mi trabajo, terminaría escribiendo todo un libro en el que básicamente

aparecerían síntomas de tipo psiquiátrico. Acabamos de realizar una investigación a gran escala basada en datos epidemiológicos referidos a la población infantil belga. Esta investigación reveló que el 27% de los niños presenta síntomas psiquiátricos menores y que, además, el 13% padece otros síntomas psiquiátricos de tipo más severo. De acuerdo con lo que he leído en artículos publicados en otros países los signos y síntomas que presentan los hijos de familias de emigrantes bajo situaciones de estrés, son más o menos los mismos. Podríamos considerar, por tanto, que es ésta una estrategia transcultural que emplean los niños para reflejar sus problemas. Incluso podría citarles síndromes específicos propios por ejemplo de un niño cuyos padres procedan de Marruecos, de Suriname o de cualquier otro país.

Desgraciadamente existen también diferencias muy claras en las familias de emigrantes en cuanto a índices de mortalidad. Podemos apreciar que entre los niños turcos, marroquíes y holandeses existen grandes diferencias. En particular observamos que las niñas marroquíes presentan unos índices de mortalidad infantil más elevados, diferencia que aún no podemos explicar. De hecho, los índices de mortalidad infantil y otros datos referidos a la población adulta, resultan muy similares a los que hallamos en otros países. Tal es el caso, por ejemplo, de las diferencias existentes entre blancos y negros en EE UU o judíos y árabes en Israel. Estoy seguro de que si continúan las investigaciones en curso, en un plazo de diez años podremos mostrar resultados sobre las diferencias en los índices de mortalidad para de cada uno de estos grupos.

Voy a pasar ahora a darles una visión global sobre la población holandesa en general, ya que no disponemos de suficientes datos desagregados por grupos étnicos. Resulta bastante complicado conseguir este tipo de datos ya que en Holanda, conforme a los Derechos Humanos y a la ley, está prohibido el registrar a las personas según su origen étnico. Este hecho puede ser positivo pero tiene también sus aspectos negativos, puesto que, si no se dispone de estos datos, no se puede actuar desde un punto de vista político ya que toda responsabilidad queda diluida.

Si observamos las cifras referidas a jóvenes holandeses podemos apreciar que un 25% de éstos sufre problemas de algún tipo; los porcentajes referidos al número de suicidios nos muestran que un 2,2% de las jóvenes holandesas han intentado suicidarse, un porcentaje que se eleva hasta un 15% entre aquellas pertenecientes a los grupos más desfavorecidos social y económicamente. En todas las publicaciones referentes al tema hallamos que los hijos de emigrantes

presentan un factor de incidencia entre dos y tres veces superior, tal y como sucede también con los índices de desempleo y otros muchos indicadores.

Pasamos ahora de forma muy breve el tema de los adolescentes y la emigración. A nivel epidemiológico siempre tenemos que enfrentarnos con el problema de establecer con quién podemos hacer comparaciones que nos permitan analizar la situación de este sector de población. La cuestión es establecer si dicha comparación ha de hacerse con aquellos que aún se encuentran en Marruecos o Turquía, con la población de adolescentes holandeses en su totalidad o quizás desagregando por clases sociales. Aún no tenemos una respuesta adecuada a este problema, pero de lo que no hay duda alguna es de que el hecho más importante a considerar en este tipo de análisis es el origen de los adolescentes. Hemos de saber si éstos proceden de un entorno rural o urbano o si, por ejemplo, acudieron o no a la escuela.

Otro factor determinante lo constituye la edad con la que emigraron: cuanto más mayores fueran en el momento en el que abandonaron su país de origen, más complicado será el proceso de aculturación en la nueva sociedad. El hecho de vivir una doble cultura puede llegar a ser una experiencia muy positiva para los hijos de emigrantes. Es cierto que para algunos niños el experimentar esta dualidad cultural puede llegar a tener efectos muy negativos, como inseguridad, ansiedad, hostilidad, angustia e indefensión. Pero al mismo tiempo no podemos olvidar que dentro de esa misma familia pueden también existir otros niños con una capacidad cognitiva muy flexible y con una gran adaptabilidad y creatividad a la hora de resolver problemas.

Para finalizar comentaré algunas características personales de los niños. Incluso entre gemelos podemos llegar a encontrar grandes diferencias en cuanto a su inteligencia, capacidad de adaptación, nivel de desempeño de tareas, cumplimiento de compromisos y *locus* de control interno o externo. El estudio de todos estos factores nos permite realizar un macroanálisis que comienza en la propia personalidad y características del niño. Todos conocemos el caso de algún niño que ha llegado a adaptarse plenamente a su nueva situación a pesar de haber iniciado su trayectoria en desventaja, una desventaja originada sencillamente por haber nacido en el seno de una familia desfavorecida. Sin embargo aún no podemos distinguir cuáles son los factores que pueden ayudar a los hijos de emigrantes a adaptarse a la nueva sociedad en la que viven.

DATOS PERINATALES DE LA POBLACIÓN DE EMIGRANTES NORTEAFRICANOS EN BÉLGICA

*Therese Delvaux**

Este artículo tratará sobre los datos perinatales referentes a los emigrantes norteafricanos en Bélgica, un país al que emigran muchos de ellos. Al hablar del Norte de África, me refiero, por supuesto, a países como Marruecos, Argelia y Túnez, aunque con diferencia, son los marroquíes el grupo de emigrantes con mayor representación en Bélgica.

Si analizamos los certificados de nacimientos y defunciones en Bélgica entre los años 1981 y 1988, podemos apreciar que de un total de unos ochocientos mil nacimientos, alrededor de un 4,3% procedían de mujeres norteafricanas. A partir de estos datos se extraen algunas conclusiones interesantes. En primer lugar, observamos que el índice de natalidad entre las mujeres norteafricanas es bastante más alto que el de las belgas. Quizás estos datos nos podrían parecer de poco interés, pero si los analizamos desde la perspectiva de la salud pública, sí que pueden llegar a ser muy relevantes. La comparación entre norteafricanos y belgas nos revela cómo los primeros, además de presentar un mayor índice de natalidad, también presentan un menor número de recién nacidos con bajo peso (menos de dos mil quinientos gramos). Tan sólo un 3,1% del total de los bebés de madres norteafricanas nacen con bajo peso, mientras en el caso de los belgas este mismo porcentaje se eleva al 4,8%.

¿Por qué estas diferencias tan significativas? No podemos olvidar que las poblaciones económicamente desfavorecidas suelen tener un mayor número de hijos con bajo peso al nacer. Sin embargo, éste no es el caso de la población de emigrantes norteafricanos en Bélgica. Estos resultados nos plantearon una serie de cuestiones muy interesantes, cuestiones que de hecho son el primer punto que tratamos al analizar los índices de natalidad entre los años 1981 y 1988.

El segundo aspecto que nos llamó la atención fue el hecho de que la mortalidad neonatal entre las mujeres norteafricanas era sin embargo superior a la de las belgas.

* Diplomada en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina y Farmacia, Escuela de Salud Pública, Universidad Libre de Bruselas, Bélgica.

Tras hallar estas dos diferencias referidas en particular a los recién nacidos norteafricanos, decidimos iniciar un estudio que analizara sus índices de natalidad. Tratábamos de identificar aquellos factores que pudieran explicar por qué la población de emigrantes norteafricanos presenta unas mayores tasas de natalidad. Para poder llevar a cabo este objetivo dividimos nuestra investigación en dos fases. En una primera etapa hicimos un estudio prospectivo que nos pudiera facilitar datos sobre embarazos y partos, estudio que realizamos a partir de cuestionarios realizados en tres hospitales belgas. Se entrevistaron a todas las mujeres que habían pasado por estos hospitales. Estas mujeres eran de muy diversas nacionalidades, si bien necesitábamos conseguir una muestra de cuatrocientas mujeres norteafricanas y cuatrocientas belgas, ya que la idea era establecer diferencias significativas entre ambas poblaciones.

La segunda fase de la investigación consistió en un estudio nutricional sobre la dieta que seguían las mujeres norteafricanas durante el embarazo. No voy a presentarles los resultados de esta segunda parte del estudio, puesto que aún se está llevando a cabo. No es este el caso del estudio prospectivo realizado en la primera etapa de la investigación, puesto que ya disponemos de algunos resultados preliminares.

Este estudio se inició a partir de veinticuatro horas de entrevistas grabadas realizadas sobre una muestra de ochenta mujeres norteafricanas y ochenta belgas. El cuestionario que empleamos para recopilar información sobre embarazos y partos consistía en una sola página donde se recogía información referente a la primera consulta prenatal. Se incluían aquí aspectos tales como: nacionalidad, lugar de nacimiento (en caso de que la mujer hubiera nacido en el extranjero se registraba el número de años que llevaba viviendo en Bélgica), edad, estado civil, nivel educativo, fecha de la última menstruación, peso anterior al embarazo y consumo de tabaco o café. Seguidamente se recogía otra información recopilada tras el parto. Esta incluía los datos recogidos justo después de la última visita realizada antes del parto. Datos sobre control de peso, pruebas de ultrasonidos, diabetes e hipertensión y toda aquella información referida al tipo de parto. También incluía al propio bebé, ya que el peso del recién nacido era una de las medidas más relevantes para la investigación.

El número de mujeres incluidas en el estudio fue de dos mil trescientas setenta y cuatro, entre las que había un total de cuatrocientas veintitrés mujeres norteafricanas, si bien algunas de estas últimas todavía no habían dado a luz. Estos datos son sólo resultados preliminares y únicamente referidos a un grupo de mujeres limitado, no a la totalidad de la muestra incluida en el estudio.

Podemos observar que un 88% proceden originalmente de Marruecos. Hallamos también que tan sólo treinta habían nacido en Bélgica frente a un total de ochenta y siete nacidas en el extranjero (aunque algunas de ellas llegaron a Bélgica siendo muy jóvenes). Un 66% son árabes mientras que las mujeres bereberes tan solo suponen un 26% de la muestra. El 14% no hablan nada de francés, holandés o alemán, las tres leguas oficiales en Bélgica y aproximadamente un 70% domina alguno de estos idiomas. Las mujeres norteafricanas, con una edad media de 28,3 años, son algo mayores que las belgas, cuya edad promedio es de 27,2 años. También podemos apreciar que el número de mujeres casadas que conforman una unidad familiar es mayor entre las norteafricanas. En cuanto a su formación, veintitrés de ellas no han finalizado la educación básica o carecen de formación alguna.

En relación a características antropomórficas, observamos que las mujeres norteafricanas a pesar de ser 3 centímetros más bajas que las belgas, pesan 3 kilos más. Tal y como esperábamos no nos llevamos ninguna sorpresa respecto al consumo de tabaco. Los datos nos mostraron que las mujeres norteafricanas fuman mucho menos que las belgas: un 5% frente a un 29% de fumadoras, respectivamente.

Los resultados sobre el consumo de café resultan también bastante interesantes. Si bien existe la idea de que las mujeres norteafricanas no beben café, de acuerdo con los resultados obtenidos, sesenta y nueve de estas mujeres tomaban al menos una taza al día, un promedio muy similar a las belgas que presentan un número de tazas diarias ligeramente superior. (Nos interesaba obtener estos resultados en particular porque algunos estudios realizados en EE UU consideran que el consumo de café, junto al de tabaco, es uno de los factores que inciden sobre el peso del bebé al nacer.)

La conclusión a partir de los datos que acabo de referirles es que el peso de los recién nacidos norteafricanos es superior al de los belgas, si bien también lo es el índice de mortalidad neonatal. Esto puede parecer paradójico puesto que normalmente la incidencia de la mortalidad neonatal es menor cuanto mayor sea el peso del bebé al nacer y viceversa. Este resultado nos ha llevado a iniciar una investigación sobre aquellos factores que puedan explicar por qué el peso de los recién nacidos norteafricanos es superior al de los belgas. Así mismo esperamos iniciar pronto un estudio encaminado a analizar los mayores índices de mortalidad neonatal entre esta misma población.

**V. INTEGRACIÓN SOCIAL DEL INMIGRANTE
IMPACTO SOBRE SU SALUD
Y CONDICIONES DE VIDA**

EL PROYECTO CÁRITAS/ASFR DE ATENCIÓN DE SALUD EN ROMA

José Manuel Ballesteros, S. Geraci, R. Colasanti*

En este artículo me referiré a la actividad sanitaria desarrollada a favor de los emigrantes por la Cáritas de Roma y la Asociación Fernando Rielo de Asistencia e Investigación Sanitaria (ASFR) durante el período que va de 1983 hasta hoy. Durante este tiempo hemos asistido médicamente a unas 35.000 personas provenientes de aproximadamente 70 países. Nuestro centro desarrolla su labor con personal voluntario y se dirige sobre todo a los emigrantes clandestinos. Con el fin de describir nuestra actividad hablaremos en primer lugar de la presencia de los emigrantes en Italia tal como aparece en la estadística oficial.

El 31-12-93 había en Italia 987.405 extranjeros de los que 152.954 pertenecían a la UE y 834.451 eran no-comunitarios. La población proveniente de países en vías de desarrollo eran 711.884, es decir, el 72% del total; comparando estos datos con los de 1992, 1991 y 1990 se encuentra un crecimiento del número de emigrantes del 6,7% respecto al 92, del 7,2% respecto al 91 y del 18% respecto al 90.

Como se ha dicho, estos datos se refieren a la población presente legalmente en Italia e indican una infravaloración del fenómeno porque, según diferentes entes, el número de emigrantes clandestinos es de aproximadamente 500.000. Para estos emigrantes clandestinos se han creado los servicios sanitarios de Cáritas en Roma, pues son personas privadas por ley de todo tipo de asistencia sanitaria ya que legalmente no existen.

En la práctica la población que tiene acceso a nuestros centros tiene dos características: a) Son usuarios privados de derechos sanitarios porque no pueden acceder a los servicios públicos; b) Son usuarios multiétnicos y multiculturales.

A la primera característica hemos respondido creando servicios asistenciales accesibles a quienes carecen de asistencia pública. Por lo que se refiere a

* Director, Centro Médico para Migrantes, Cáritas Diocesana de Roma, Italia.

la transculturalidad hemos intentado desarrollar programas de salud específicos para poblaciones procedentes de otras culturas, de otras sociedades y de religiones y tradiciones diferentes.

En la tabla 1 se muestra la distribución porcentual de los pacientes visitados en nuestros centros desde 1983 a 1993. Como se puede ver, se trata sobre todo de africanos (muchísimos procedentes del cuerno de África), europeos (sobre todo de los países del este y en particular de Polonia), de América Latina y de Asia.

Tabla 1. Comparación de distintas poblaciones efectuada en el Ambulatorio para emigrantes Cáritas-ASFR de Roma 1983-1993

	1983-84	1986-88	1991	1993
Norte de África	10,10%	7,90%	7,70%	7,00%
Cuerno de África	56,90%	34,90%	46,10%	20,60%
África Nordequat.	12,80%	12,10%	6,10%	7,50%
África Sudequat.	9,30%	8,20%	2,20%	1,90%
Medio Oriente	1,40%	3,40%	1,00%	1,30%
Extremo Oriente	2,30%	3,70%	12,10%	19,20%
América Latina	*1,80%	1,40%	8,60%	22,30%
Europa del Este	**5,40%	28,40%	16,20%	***20,20%

* (Incluido 1% América del Norte), ** (Incluido 3,3% Italia), *** (Incluido 1,9% países desarrollados)

Una característica de la población extranjera es el gran dinamismo del flujo migratorio. Efectivamente en 1983 los usuarios eran casi exclusivamente africanos; en 1986 surgió un gran flujo de emigrantes procedentes del este de Europa; en el 90 hubo un aumento de los emigrantes del Extremo Oriente; actualmente hay una verdadera oleada de hispanoamericanos.

Como hemos dicho anteriormente desde 1983 hemos visto aproximadamente 30.000 pacientes, otorgando asistencia completamente gratuita. Nuestros servicios son: medicina general, ginecología, cirugía, ecografía y radiología, odontología, psiquiatría, oftalmología, urología y ORL.

A continuación referiré los datos de nuestra actividad particularmente en 1993, pues siendo un fenómeno tan dinámico, lo más interesante es hablar de los últimos años.

En 1993 hemos visto 4.398 nuevos pacientes; si a estos sumamos 956 nuevos pacientes del ambulatorio odontológico, llegamos a un total de más de 5.000. Se llevaron a cabo 13.957 consultas, de las cuales 5.825 eran de especialidades. Además se hicieron 7.200 prestaciones odontológicas. Hemos realizado en nuestras estructuras 360 ecografías, 584 radiografías y 137 endoscopias digestivas. Además, nuestra farmacia ha proporcionado más de 30.000 envases de medicamentos.

En la tabla 2 se indica la subdivisión por proveniencia de área geográfica y por sexo de nuestros usuarios de 1993. Es interesante comprobar cómo para ciertas poblaciones, sobre todo de América Latina y el Cuerno de África se trata principalmente de emigrantes de sexo femenino.

Tabla 2. Datos Ambulatorio Cáritas-ASFR de Roma

	Total	Hombres	Mujeres	% Mujeres
Cuerno de África	867	340	527	60,80
Norte de África	297	246	51	17,20
África Nordequat.	316	206	110	34,80
África Sudequat.	79	37	42	53,20
Medio Oriente	54	38	16	29,60
Extremo Oriente	811	521	290	35,80
América Latina	942	274	668	70,90
Europa del Este	770	475	295	38,30
Países desarrollados	81	54	27	33,30
Total	4217	2191	2026	48,10

En la tabla 3 se evidencia el significativo aumento progresivo del número de emigrantes de sexo femenino a lo largo del período 1986/93.

Tabla 3. Datos Poliambulatorio Cáritas-ASFR de Roma

	1986/88	1991	1993
Hombres	68%	57%	52%
Mujeres	32%	43%	48%

La tabla 4 muestra la división por edades; se ve claramente cómo la mayoría de nuestros usuarios oscilan entre los 26 y los 35 años.

Tabla 4. Datos Ambulatorio Cáritas-ASFR de Roma

Clases de edad en porcentajes							
	menos de 6	6-15	16-25	26-35	36-45	46-55	más de 56
Total	2,4	3	29,9	42,6	15	4,1	3
Hombres	2,3	2,9	26,7	44,8	16,9	3,6	2,8
Mujeres	2,5	3	33,6	40,2	12,9	4,7	3,1

Muy interesantes son los datos que se refieren al nivel de instrucción de nuestros usuarios y que se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Datos Poliambulatorio Cáritas ASFR de Roma

Nivel de estudios (1993)		
	Hombres*	Mujeres**
Sin título	7,6%	7,3%
Elemental	32%	31,4%
Medio	48,4%	50,6%
Universitario	12%	10,7%

* En % sobre 2.147 entrevistas válidas **En % sobre 1.846 entrevistas válidas

Tabla 6. Datos Poliambulatorio Cáritas ASFR de Roma

Empleo en Italia (1993)		
	Hombres*	Mujeres**
En busca de trabajo	68,8%	55,8%
Empleadas del hogar		34,8%
Cocineros/camareros	5,6%	
Obreros	8,9%	
Vendedores ambulantes	4,9%	
Estudiantes	3,6%	2,8%
Religiosas		0,6%
Otro	8,2%	6%

* En % sobre 2.036 entrevistas válidas **En % sobre 1.889 entrevistas válidas

El nivel de instrucción es de tipo medio en el 50% y hasta universitario en el casi 11% de nuestros asistidos; en su mayoría estos jóvenes hablan otras lenguas además de la de origen. El 61% habla inglés y el 25% italiano. Por lo que se refiere al empleo, la tabla 6 demuestra el grave estado económico y ocupacional de estos emigrantes.

Casi el 70% de los hombres y un 55% de las mujeres están buscando empleo un año después de su llegada a Italia; por otro lado los empleos desempeñados por los emigrantes son, en su mayoría, aquellos que rehusan aceptar los italianos.

En una investigación realizada por la cátedra de antropología cultural de la Universidad de Roma, sobre una población prácticamente equivalente a la nuestra, el 39,4% de los emigrantes no quiere volver a su país. El motivo de la emigración resulta en su mayor parte económico: 57,8%; lo sigue el político con un 20%; el 5,2% dice haber sido empujado a emigrar por una atracción cultural ligada al arte o la religión.

Perfil sanitario

En varios estudios multicéntricos desarrollados en Italia parece evidente que los emigrantes de países subdesarrollados tienen un patrimonio de salud normal. Esta constatación ha sido definida con el nombre de efecto emigrante sano, debido a la autoselección que se produce espontáneamente entre quienes deciden emigrar: los más jóvenes, los más fuertes, los que tienen mayor capacidad de iniciativa. Por desgracia el patrimonio de salud del emigrante se pierde más o menos rápidamente por una serie de factores de riesgo a los que el emigrante se ve sometido en su nueva situación vital: malestar psicológico ligado a la condición de emigrado, falta de trabajo, subocupación en actividades laborales de riesgo no tuteladas, etc.

Los factores de riesgo para el emigrante en el país que lo acoge:

- Falta de trabajo y recursos económicos
- Subocupación en actividades de riesgo no tuteladas
- Condiciones de vivienda inadecuadas (sin residencia fija, cohabitación forzada, hacinamiento)
- Ausencia del apoyo familiar
- Clima diferente
- Hábitos perniciosos (alcohol, tabaco...)

- Riesgo de delincuencia
- Malestar psicológico ligado a la emigración
- Discriminación en el acceso a los servicios sanitarios
- Hábitos alimenticios diferentes (nutrición comprometida)

Aparecen así lo que podemos definir como patologías de malestar o de deterioro: patologías por resfriado con continuas recidivas, por mala alimentación, traumáticas, etc. Es posible además detectar enfermedades no específicas del emigrante pero que indican un estado de extrema marginación; son las enfermedades de la pobreza propiamente dichas: tuberculosis, sarna, micosis, enfermedades venéreas, etc.

La tuberculosis es, sin duda, la enfermedad que mejor indica la incapacidad de un país para acoger dignamente a los extranjeros; es la enfermedad de las clases sociales bajas, de quienes sufren, por causas endógenas o exógenas, una disminución de las defensas inmunitarias. Es interesante la valoración del hecho de que el tiempo transcurrido entre la llegada a Italia y la aparición de la enfermedad, (en una casuística de 143 emigrantes afectos y vistos en los últimos 6 años en el Ambulatorio Cáritas-ASFR de Roma), era de más de 6 meses en el 64,2% de los casos y de al menos una año en el 43,6%. Esto podría indicar sobre todo la concurrencia en favorecer la enfermedad de factores ambientales locales y en particular el deterioro social y de vivienda en el que vive una buena parte de los emigrantes. La precariedad de su inserción social, la situación frecuente de ilegalidad y clandestinidad, los frecuentes desplazamientos y la escasez de recursos económicos hacen que los esquemas habituales de control y de quimioprofilaxis no puedan ser muchas veces cumplidos.

El problema de la *compliance*, unido a la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios de diagnóstico y tratamiento en modo gratuito, las urgencias reales aumentan esta problemática; los tan aireados controles obligatorios tienden a "culpabilizar" al emigrado frente a la opinión pública, probablemente dando lugar a una "fuga" de la oficialidad del emigrante.

Precisamente la tuberculosis junto a otras enfermedades como la sarna, otras parasitosis y situaciones ligadas a la salud materno-infantil (parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.) podrían utilizarse como indicadores básicos útiles para analizar la sanidad pública y poner a punto un eficaz sistema de vigilancia y tutela.

El capítulo de la patología de los emigrantes que tanta polémica y alarma despierta es ciertamente el de las enfermedades importadas. Provenientes a veces

de países con condiciones patológicas de naturaleza infecciosa y parasitaria en forma endémica. En la casuística de varios centros sanitarios para emigrados la frecuencia de estas enfermedades es muy limitada; además estas enfermedades se difunden difícilmente entre nosotros debido a la ausencia del vector y a sistemas de control eficaces existentes en el país que acoge al emigrado.

Respecto al sida, la experiencia italiana demuestra que el síndrome no es más frecuente en los emigrantes que en la población autóctona; en aquéllos, como en éstos se observa ligado a la toxicodependencia y a la promiscuidad sexual. Tampoco, como se podría esperar, se ha visto un número particularmente alto de pacientes psiquiátricos.

Hay que precisar que los datos precedentes son producto de la experiencia actual y que tienen un valor temporal, al igual que temporalmente se deben interpretar los flujos migratorios. No estamos ahora en condiciones de prever cómo incidirán realmente en la salud del emigrante las enfermedades de larga incubación, los efectos de la aculturación y las modificaciones psicofísicas que podrán aparecer en un futuro próximo.

Es cierto que con el pasar de los años y con la progresiva estabilización del fenómeno migratorio se evidenciarán principalmente las diferencias de salud ligadas a las condiciones socio-económicas y a la capacidad de adaptación recíproca de los sistemas sanitarios y del emigrado; la frecuencia cada vez mayor de mujeres y niños -y por tanto de familias- podrá dar lugar a la aparición de necesidades específicas sociales y sanitarias.

Más importante que la clasificación de las enfermedades peculiares de los emigrados es, a nuestro parecer, su expresión sintomatológica y por tanto la capacidad y la posibilidad del enfermo de expresar su propio sufrimiento; esto es lo que caracteriza a la medicina de la emigración.

El credo religioso, el horror por los males desconocidos, el tribalismo, la impronta cultural del lugar de origen, etc., hacen que el individuo enfermo interprete en modo particular el mal que lo aflige. Íntimamente relacionado con esto está la actitud del médico, que valora al paciente no sólo con la propia profesionalidad sino sobre todo con la propia cultura, a menudo disonante e impermeable a mensajes heterogéneos. Creemos que tener esto presente es una de las bases para programar una actuación sanitaria adecuada para los emigrados: reducir las disonancias culturales es reducir sustancialmente la enfermedad.

De esto nace la necesidad de poner a punto una medicina atenta a la diversidad, atenta no sólo a las enfermedades sino al modo de plantear una pregunta respecto al estado de salud; en una palabra: culturalmente atenta y antropológicamente preparada. Es la medicina transcultural que debería ser sustrato común para todos aquellos que se ocupan de la salud de los emigrados.

Hemos dedicado una particular atención a la interpretación transcultural sea con trabajos de investigación en antropología cultural, sea con cursillos de formación para médicos y operadores sanitarios. Nos ha impulsado a esto la frecuente observación de muchos pacientes de medicina general que pedían nuestros servicios sin tener realmente signos objetivos de patología. Mientras por una lado nuestros médicos buscaban patologías tropicales presentes a veces pero en porcentajes muy bajos, por otro lado se observaban manifestaciones de sufrimiento de pacientes con patologías no bien definidas, ambiguas, en las cuales la característica más importante era la de una incompreensión por parte del médico, no solamente lingüística sino del "sentido de la expresión sintomatológica".

El sentido común enseña cómo en la experiencia de cualquier ambulatorio de medicina general en Italia los pacientes acceden a los servicios médicos muchas veces sin razones verdaderamente fundadas; esto no quiere decir que con los emigrantes sucede lo mismo, pues esto es verdad sólo en parte; hay una parte de estos pacientes cuyos síntomas nacen de la especial situación vital que, como emigrados, sufren; esta situación no la sabe expresar el paciente o bien es el médico occidental que no la puede captar.

La zona de sombra en la relación médico occidental-paciente emigrante debe ser aclarada por una formación transcultural del médico de base; la biculturalidad sanitaria del emigrante, que se encuentra conviviendo con dos modelos de sanidad, el propio del pasado, que cree haber dejado pero que en realidad aún conserva, y el nuevo del presente en Europa que cree conocer pero que es filtrado todavía a través de mitologías y prejuicios; prejuicios que se encuentran con claridad también en el médico, el cual considera que paciente emigrante quiere decir paciente afecto de enfermedad tropical.

El tercer nivel de acción de nuestro grupo de trabajo ha sido el del compromiso social para la realización de políticas sanitarias en favor de los emigrantes, sea a nivel local, como provincial y nacional.

A nivel nacional se ha creado una red de centros de servicios médicos interconexos y unidos a través de la Sociedad Italia de Medicina y Migración.

Además, a nivel internacional hemos participado en la fundación del Comité Internacional de Emigrantes y Refugiados de la Federación Mundial de Salud Mental.

A nivel académico hemos promovido la realización de cursos de perfeccionamiento en Medicina de la Emigración. Nuestra meta actual es el reconocimiento del derecho a la salud del emigrante independientemente de la nacionalidad, ciudadanía o residencia legal. Si la OMS prometía hace años la salud para todos para el año 2000, creemos en que en este "todos" deberían incluirse también los 700.000 emigrantes que hoy viven en Italia sin derechos sanitarios.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA PARA POBLACIONES DE EMIGRANTES Y REFUGIADOS EN NUEVA YORK

Heike Thiel de Bocanegra, F. Gany*

La proporción de los distintos grupos de inmigrantes que residen en EEUU varía según la región. Por ejemplo, mientras que Nueva York recibe un 60% del total de inmigrantes documentados de la República Dominicana y un 70% de los de la Guayana, la proporción de mexicanos, quienes constituyen el grupo de emigrantes con mayor representación en EEUU (tabla 1), está por debajo del 1%. No obstante, hay evidencias de que en los últimos años se ha producido un incremento en el número de inmigrantes indocumentados desplazados desde las zonas rurales de Méjico hacia el área metropolitana de Nueva York. La diversidad de la población inmigrante en la ciudad de Nueva York plantea grandes retos para los proveedores de atención sanitaria, quienes han de planificar sus intervenciones ante una gran variedad de riesgos, patrones de enfermedad y conductas en salud (Thiel de Bocanegra et al. 1993). Las diferencias en el acceso a los servicios en salud pueden derivarse de factores como status legal, situación socio-económicos, años de residencia en EEUU, idioma y cultura (Gropper y Thiel de Bocanegra, 1994).

*Tabla 1. Inmigrantes según país de nacimiento.
Ciudad de Nueva York y Estados Unidos, 1982-1989*

	Nº Nueva York	% Nueva York	NY con respecto a EEUU
Total	648,819	100,0	14,5
República Dom.	115,759	16,9	60,8
Jamaica	72,343	10,6	44,5
China	71,881	10,5	20,1
Guayana	53,638	7,8	70,2
Haití	40,819	6,0	37,4
Colombia	22,805	3,3	26,7
Korea	20,112	2,9	7,4
India	20,039	2,9	9,7
Ecuador	17,930	2,6	49,9
Filipinas	13,539	2,0	3,6
México	3,114	0,5	0,6

Fuente: Annals Immigrants Tape Files, 1982-1989, U.S. Immigration and Naturalization Service.

* Master en Salud Pública, Escuela de Medicina, Univesidad de Nueva York, EEUU.

La New York Task Force on Immigrant Health (NYTFIH), ubicada en la University School of Medicine de Nueva York, está constituida por una red de proveedores de servicios sanitarios, científicos sociales y mediadores comunitarios que trabajan con comunidades de inmigrantes y refugiados en la ciudad. Su principal objetivo es el de facilitar el acceso a los servicios de salud y el asegurar una atención sanitaria de calidad sensible a las particularidades culturales de los inmigrantes y refugiados. Actualmente, el creciente sentimiento anti-inmigrante extendido por EEUU y los cambios legislativos que éste ha traído consigo plantean todo un reto a tales esfuerzos.

En 1994 los residentes del estado de California votaron por la Proposición 187, un proyecto de ley que amenaza con restringir severamente o incluso negar a los inmigrantes indocumentados servicios básicos tales como la salud y la educación. La sección 130.(b) de dicha ley establece que: "una persona no deberá recibir ningún servicio de instituciones públicas de salud, a las que no obstante pudiera tener derecho, hasta que su status legal haya sido verificado como uno de los siguientes: 1) ciudadano de EEUU; 2) extranjero admitido legalmente como residente permanente; y 3) extranjero admitido legalmente de forma temporal". La sección 48215.(a) declara que: "ningún colegio público o privado deberá admitir o permitir la presencia de cualquier niño que no sea un ciudadano de EEUU, un extranjero legalmente admitido como residente permanente o que no haya sido autorizado por las leyes federales a permanecer en los Estados Unidos".

A pesar de que en la actualidad la Proposición 187 se halla ante los tribunales tras haber sido imputada como anticonstitucional, ya se han presentado ante el Senado del estado de Nueva York similares propuestas legislativas. Todas estas iniciativas son una muestra de la concepción generalizada de que los inmigrantes se desplazan a EEUU para aprovecharse de los servicios de asistencia pública y de que acaban siendo una carga para la sociedad. Por el contrario, habría que mencionar que los emigrantes suelen disfrutar de muy buena salud y suelen acudir a los servicios de atención sanitaria en menor medida que la población nativa (Chavez et al. 1985). Se ha comprobado que las mujeres extranjeras dan a luz bebés más saludables que las estadounidenses, siempre y cuando se controle el *status* socio-económico (Cabral et al. 1990). Los inmigrantes apenas acuden servicios de carácter preventivo como chequeos generales y servicios dentales, básicamente debido a las barreras lingüísticas y a las dificultades de acceso que encuentran. Esto puede conllevar a unos mayores índices de entrada en servicios de urgencias (Chavez et al. 1985, 1992) y

a que ciertos diagnósticos de enfermedades susceptibles de prevención se pospongan de forma innecesaria (Fruchter et al. 1985, 1986).

La New York Task Force on Immigrant Health defiende una orientación multifacética a la hora de asistir a poblaciones inmigrantes. Dicha orientación se basa en un marco ecológico a partir del cual se pretenden desarrollar programas en los que se impliquen el propio sistema sanitario, políticos, la comunidad, los proveedores de servicios y los inmigrantes. A continuación se describen dos proyectos que ilustran esta orientación y que fueron puestos en marcha con el objetivo de cubrir dos objetivos básicos en sí mismos a la hora de gestionar una atención sanitaria de calidad: asegurar el acceso de la población inmigrante a los servicios en salud y el garantizar una atención de calidad sensible a su diversidad cultural.

El acceso a la atención en salud: alcance del programa de educación y control de tuberculosis en la comunidad

Desde 1985 la incidencia de la tuberculosis en EEUU se ha incrementado en un 20%, mientras que los extranjeros llegan a representar el 60% de dicho incremento (Centers for Disease Control 1990). Por otra parte, la incidencia de la tuberculosis es significativamente más elevada entre los inmigrantes que residen en ciudades grandes como Nueva York (Centers for Disease Control 1989). Los inmigrantes extranjeros constituyen una población de riesgo ya que, a) proceden de países endémicos, b) por lo general ha de afrontar unas condiciones de vida muy precarias y c) excepto en casos de emergencia, tienden a posponer su utilización de los servicios de salud. De la misma forma, la ausencia total de contacto con el sistema sanitario puede impedir la detección de la infección y por tanto, la posibilidad de prevenir que la enfermedad llegue a desarrollarse.

La NYTFIH ha diseñado diferentes estrategias de captación entre esta población inmigrante de acuerdo a los distintos grupos existentes y con la finalidad de acceder a aquellos que no tienen contacto alguno con el sistema sanitario. Por ejemplo, muchos de los haitianos se captan en grupos organizados desde la comunidad (como iglesias, por ejemplo), mientras que los contactos con inmigrantes de África Occidental se llevan a cabo de forma individual en sus lugares de residencia o en la misma calle (muchos de ellos son vendedores ambulantes). Por otra parte, los programas de educación en torno a la tuberculosis se integraron dentro de las principales prioridades de los inmigrantes,

entre las que básicamente se encuentran regularizar su situación legal o la de su familia, alcanzar una estabilidad económica y aprender inglés. La organizaciones comunitarias son determinantes en todos estos aspectos, puesto que cuentan con la confianza y el acceso a los distintos grupos de inmigrantes, por lo que la NYTFIH trabaja con ellas en el desarrollo de campañas educativas y de protección contra la tuberculosis. De esta forma, son estas organizaciones de base las que seleccionan y contratan a los trabajadores bilingües, quienes posteriormente son formados para llevar a cabo las campañas educativas y los tests de tuberculosis que se realizan en lugares como ONG e iglesias, que ya ofrecen servicios como asesoramiento de tipo laboral y legal y clases de inglés. Durante el primer año, la captación en organizaciones comunitarias se llevó a cabo entre inmigrantes y refugiados de Haití, África, la antigua Unión Soviética y países del sureste asiático. Desde 1995 se ha ampliado el programa hacia inmigrantes latinoamericanos, especialmente dominicanos, mexicanos, colombianos y ecuatorianos.

Por otra parte, la Task Force también trabaja con la comunidad con el objetivo de facilitarle el acceso al sistema sanitario. Aquellos que registran positivo en el test de tuberculosis son remitidos a otros servicios sanitarios donde se le hacen radiografías de pecho y se les ofrece asesoramiento en terapias preventivas. Los trabajadores que realizan la captación mantienen un estrecho contacto con sus clientes para asegurar que éstos no se pierdan en alguna de las fases del diagnóstico y del tratamiento preventivo de la tuberculosis.

De las 826 personas que se hicieron las pruebas entre septiembre de 1994 y julio 1995, el 58% carecía de un seguro médico, el 12% carecía de formación, el 66% se realizaba la prueba por primera vez, el 5% de aquellos que ya se la habían hecho antes no conocía los resultados y finalmente, un 8,4% no volvió a recogerlos. Cabría destacar que un 40% de los 816 que recogieron sus resultados había dado positivo (tabla 2).

*Tabla 2. Brote de TBC y tamizaje en la ciudad de Nueva York:
Características de los participantes (n=826)*

	SI%	NO%
PPD + (infectados con TBC)	40	60
Con seguro de salud	42	58
Con, por lo menos, un (1) año de educación escolar formal	88	12
Con PPD previo*	34	66

* De éstos, el 5% no conocía los resultados. No muestra tasa/datos incompletos: 8,4%.

Mediante las actividades de captación y educación, se pudieron identificar nueve personas que ya habían desarrollado la tuberculosis de forma activa, entre las cuales, cuatro nunca se habían realizado la prueba con anterioridad. Estas personas proceden de países muy diversos: Guinea (2), Costa de Marfil (2), Haití (3), Mauritania (2), Senegal (3), Zaire (1) y Burundi (1). Dos terceras partes del total llevaban viviendo en EEUU menos de dos años, la mitad no disponía de ningún tipo de seguro médico, una tenía un seguro privado y finalmente, seis de ellas contaban con *Medicaid*, un seguro federal que cubre a personas de bajos ingresos y a refugiados durante los primeros nueve meses de estancia en el país.

De haber llevado a cabo una captación sistemática entre todos los recién llegados al país, incluyendo aquellos que no tienen ningún tipo de seguro, se podrían haber prevenido algunos, o incluso, todos los casos de tuberculosis activa. Es por ello que la Task Force ha decidido ampliar su radio de acción a otros grupos de inmigrantes y a otras zonas geográficas situadas más allá de la ciudad de Nueva York.

Una atención sanitaria sensible a las particularidades culturales: inmigrantes y formación en salud

¿Qué les sucede a los inmigrantes que acceden por vez primera a los servicios de atención en salud? Si durante esta primera visita llegan a percibir que son malinterpretados o discriminados, muy probablemente tarden mucho tiempo en volver a acudir. Los servicios pediátricos y de atención prenatal constituyen una ventana de acceso hacia una población que no acude a los servicios sanitarios y una oportunidad para animarla a hacer uso de los servicios de prevención tanto para sí misma como para sus hijos. En este sentido, la Task Force está actualmente tratando de dotar a los proveedores de salud de una formación intercultural en atención sanitaria. Esta formación se llevaría a cabo en los propios centros de atención materno-infantil, incluyendo tanto al personal sanitario como administrativo, puesto que a menudo la persona encargada de registrar las entradas suele ser el primer contacto con la paciente, que puede llegar a sentirse muy incómoda en esta primera visita.

La formación que se ofrece está basada en los principios de la educación para adultos, principios tales como el partir del conocimiento y las experiencias de los participantes y presentar los contenidos con un método de resolución de problemas. La sensibilidad ante la diversidad étnica y cultural se presenta

como parte integrante de una comprensión global del contexto socio-cultural de los inmigrantes y del impacto que dicho contexto tiene sobre la práctica sanitaria. Los módulos impartidos cubren temas como las barreras idiomáticas, el trabajo con intérpretes, derechos y otros temas legales, experiencias previas con el sistema sanitario, influencia de la cultura sobre la práctica sanitaria e interacción proveedor-paciente (Gany y Thiel de Bocanegra 1996). Una vez que ya se ha establecido una relación estrecha con los proveedores, se tratan temas más delicados y potencialmente peligrosos tales como valores, creencias y prácticas, así como sus propios prejuicios.

Una parte de la formación cubre aspectos relacionados con información epidemiológica sobre salud materno-infantil e inmigración, siendo su objetivo el de cambiar algunos conceptos erróneos sobre la población inmigrante. Por ejemplo, como ya mencionamos anteriormente, si controlamos los factores socio-económicos (Cabral et al. 1990), las mujeres extranjeras dan a luz bebés más saludables que las estadounidenses. En la ciudad de Nueva York el porcentaje de madres adolescentes y de mujeres que reciben una atención prenatal tardía (seis meses después del embarazo), es mayor entre las hispanas nacidas en EEUU que entre las portorriqueñas y caribeñas de origen hispano (Chavkin et al. 1987). Por otra parte, las tasas de mortalidad infantil entre 1980 y 1983 eran también más elevadas entre el primer grupo (Chavkin et al. 1987). Estas diferencias podrían explicarse porque generalmente las mujeres inmigrantes no suelen consumir tabaco o alcohol durante el embarazo, si bien tras la llegada a EEUU tienden a abandonar estos hábitos. Podríamos afirmar por tanto, que la emigración a EEUU y el proceso de aculturación a los valores dominantes en la nueva sociedad, pueden tener un efecto perjudicial sobre la salud de los inmigrantes. Por ello, durante el curso de formación tratamos de motivar a los proveedores para que identifiquen los recursos de los que disponen los inmigrantes y para que propongan diferentes estrategias encaminadas a que éstos conserven sus hábitos saludables.

Implicaciones para una metodología sensible a las particularidades culturales

El objetivo de la Task Force es el de desarrollar una metodología que contemple la colaboración con las organizaciones comunitarias. Esta metodología incluye:

- Promover una mayor flexibilidad para acceder a los nuevos grupos de inmigrantes.

- Identificar, dentro de la comunidad, la estructura de los distintos grupos de inmigrantes y sus líderes.
- Fomentar una orientación participativa en la educación y en las actividades de captación.
- Controlar los patrones de enfermedad de los inmigrantes mediante registros estadísticos más precisos.
- Promover la investigación sobre la salud de los inmigrantes.

Promover una mayor flexibilidad para acceder a los nuevos grupos de inmigrantes

Los nuevos grupos de inmigrantes que están llegando a EEUU presentan una gran variedad de perfiles epidemiológicos y de creencias y prácticas en salud. Tal diversidad fue especialmente considerada tanto en el diseño, como en la implementación de los dos proyectos puestos en marcha: el de control de tuberculosis y el de formación sobre la salud de los inmigrantes. Once de las catorce personas que dieron positivo en las pruebas de tuberculosis procedían de países africanos, de los que EEUU no han recibido nunca grandes flujos de inmigrantes. Además, durante las sesiones de formación los proveedores nos mostraron su interés por aprender sobre todos estos grupos de inmigrantes que en los últimos años vienen llegando a EEUU y no lo mostraron hacia aquellos otros grupos mayoritarios ya instalados hace tiempo en el país. Por ejemplo, en un centro en el que el 80% de los pacientes son de origen hispano, los proveedores se sentían seguros a la hora de tratar con la cultura y las condiciones de vida de este grupo de inmigrantes. Sin embargo, nos hicieron saber la necesidad que tenían de aprender sobre sus pacientes bengalís, ya que un gran número de éstos habían comenzado a acudir recientemente a la clínica, con lo que sus conductas en salud y sus relaciones familiares les resultaban muy diferentes e incluso extrañas.

Identificar la estructura de los distintos grupos de inmigrantes y sus líderes

Tratar con los nuevos grupos de inmigrantes constituye todo un desafío, en el sentido de que dichos grupos a menudo carecen de una estructura comunitaria definida e incluso puede ser que aún no dispongan de un sistema de apoyo en su comunidad. Muchos de ellos carecen de documentación y por tanto, rehuyen el contacto con los servicios socio-sanitarios ante el temor a ser deportados. Por ello, es importante el diseñar programas que nos permitan establecer rela-

ciones de trabajo con los grupos recién llegados con la mayor brevedad posible. La identificación de los principales líderes y el conocimiento de los procesos de decisión y los recursos locales, pueden llevarse a cabo mediante una evaluación a nivel local que identifique las necesidades y el potencial de la comunidad y capte las similitudes y diferencias de los distintos grupos que la integran.

Fomentar una orientación participativa en la educación y en las actividades de captación

La implicación de la comunidad en la planificación, la implementación y la evaluación de cada intervención, resulta esencial para poder diseñar programas de salud sensibles a la diversidad cultural. De hecho, ha sido la participación comunitaria la que ha facilitado las actividades de captación para el programa de control de tuberculosis, unas actividades que han sido realizadas de acuerdo a las necesidades particulares de los diferentes grupos culturales y lingüísticos.

Controlar los patrones de enfermedad de los inmigrantes mediante registros estadísticos más precisos

Las estadísticas sobre salud que clasifican por categorías raciales/étnicas sin determinar el país de origen y el tiempo de estancia en EEUU, por ejemplo, no llegan a captar la diversidad existente en Nueva York y carecen por tanto de significado alguno a la hora de diseñar un programa apropiado a las particularidades culturales de los inmigrantes. Por ejemplo, una persona de color que viva en la ciudad de Nueva York puede haber nacido en Jamaica (con inglés como lengua materna), en Haití (con creole como lengua materna) o en la República Dominicana (con español como lengua materna). Debido en parte a los esfuerzos de la New York Task Force on Immigrant Health, varias instituciones sanitarias de la ciudad de Nueva York han comenzado a recoger en sus registros y formularios datos sobre el país de procedencia y el dominio del idioma.

Promover la investigación sobre la salud de los inmigrantes

Las investigaciones aún por realizar deben tratar de identificar aquellos factores que impiden o facilitan conductas saludables como la lactancia materna y el bajo índice de consumo de tabaco, conductas que por otra parte pueden evitar el impacto negativo del proceso de aculturación. La diversidad existente en Nueva York también invita a desarrollar investigaciones comparativas entre los diferentes grupos de inmigrantes acogidos a los mismos programas de pro-

moción de salud. El desarrollo de investigaciones que comparen por ejemplo las experiencias de los inmigrantes en distintos países y/o regiones, nos permitirán identificar factores de riesgo que afectan a los inmigrantes y desarrollar por tanto estrategias adecuadas de intervención. Dichas investigaciones deben complementarse con instrumentos de evaluación dentro de la propia comunidad, que nos permitan identificar la prevalencia de enfermedades y los modelos de decisión a la hora de acudir a los servicios de atención sanitaria.

A modo de conclusión, podemos afirmar que estos cinco componentes han de estar presentes en cualquier iniciativa de salud pública dirigida a inmigrantes y refugiados. Toda metodología dirigida a los proveedores de servicios socio-sanitarios que atienden a poblaciones inmigrantes ha de considerar que los grupos de inmigrantes más recientes son a menudo los más necesitados ya que carecen de una estructura comunitaria definida, están más expuestos a pasar desapercibidos y a carecer de asistencia. Los epidemiólogos y los investigadores sanitarios deben cuestionar continuamente la precisión y la validez de los indicadores sobre los nuevos grupos de inmigrantes. Por ejemplo, la información referente al país de nacimiento puede ser insuficiente a la hora de identificar a un grupo de inmigrantes africanos con marcadas particularidades regionales o tribales. Los proveedores han de conocer las necesidades y los recursos de los nuevos grupos y evaluar la adecuación de sus estrategias educativas y de provisión de servicios. El desarrollo de programas sensibles a la diversidad cultural, únicamente puede llevarse a cabo mediante la implicación activa de la comunidad en su planificación, implementación y seguimiento. De hecho, los programas integrados y participativos serán en última instancia los que garanticen una atención de calidad para inmigrantes y refugiados.

Bibliografía

Cabral H, Fried L, Stevenson S, Amaro H, Zuckerman B. Foreign-born and US-Born Black Women: Differences in Health Behaviors and Birth Outcomes. *American Journal of Public Health*, 1990; 80:70-72.

Centers for Disease Control. Tuberculosis Among Foreign-Born Persons Entering the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* , 1990; 39,RR-18.

Centers for Disease Control. Tuberculosis in the United States. Atlanta, GA: *DHSS Publication number (CDC)*, 1987; 89-8322.

Chavez L, Cornelius W, Jones O. Mexican Immigrants and the Utilization of U.S. Health Services: The Case of San Diego. *Social Sciences and Medicine*, 1985; 21:3-102.

Chavez L, Flores E, Lopes-Garza M. Undocumented Latin American Immigrants and U.S. Health Services: An Approach to a Political Economy of Utilization. *Medical Anthropology Quarterly*, 1992; 6:6-26.

Chavkin W, Busner C, McLaughlin M. Reproductive Health: Caribbean Women in New York City, 1980-1984. *International Medical Review*, 1987; 21:609-625.

Fruchter R, Remy J, Burnett W, Boyce J. Cervical Cancer in Immigrant Caribbean Women. *American Journal of Public Health*, 1986; 76:797-799.

Fruchter R, Wright C, Habenstreit B, Remy J, Boyce J, Imperato P. Screening for Cervical and Breast Cancer Among Caribbean Immigrants. *Journal of Community Health*, 1985; 10:121-135.

Gany F, Thiel de Bocanegra H. Maternal-child Immigrant Health Training: Changing Knowledge and Attitudes to Improve Health Care Delivery. *Patient Education and Counseling*, 1996; 27:23-31.

Gropper R, Thiel de Bocanegra H. Health Beliefs and Practices Across Cultures. In H. Thiel de Bocanegra, ed. *Conference Proceedings, Integrated Maternal Child Immigrant Health Care for Immigrant and Refugee Populations*, 1993; 24-34.

New York City Department of Planning. *The Newest New Yorkers: An Analysis of Immigration into New York City During the 1980s*. New York, NY: Dept. of City Planning, 1992.

Thiel de Bocanegra H, Gany F, Fruchter R. Available Epidemiologic Data on New York's Latino Population: A Critical Review of the literature. *Ethnicity and Disease*, 1993; 3:413-426.

U.S. Department of Commerce. 1982. *1980 Census of Populations*, Part 34, New York, PC80-1-A34 and 1990 Census data tapes.

CONDICIONES DE CAMBIO, REALIDADES SOCIOLÓGICAS E INCIDENCIAS EN LA SALUD DE LOS EMIGRANTES

Ahsene Zehraoui

Soy sujeto-objeto de los fenómenos migratorios, puesto que vengo de una familia de inmigrantes argelinos. Mi padre fue minero en el norte de Francia, llegué en los primeros años de la adolescencia y conozco este fenómeno de cambio, de desarraigo; siempre estoy estudiándome a mí mismo a través de la problemática de la inmigración y el estudio de este fenómeno. A menudo pienso que si mi padre viera que me he convertido en un especialista en emigración y que he tenido la suerte llegar al Centro Nacional de Investigaciones Científicas, lo cual no está nada mal en Francia, me diría: "Pobre hijo, creo que has fracasado", porque la mayoría de los inmigrantes no veían a sus hijos como especialistas en ciencias sociales sino más bien como médicos o ingenieros, que es lo que se consideraba como un éxito. Ahí pueden ver ustedes la dificultad que para mí entraña hablar del problema de la emigración.

Me gustaría hacer un inciso para rendir homenaje a dos autores. El primero fue un gran amigo mío, uno de los grandes dramaturgos argelinos, que decía lo siguiente: "nunca se rompen los lazos de unión de quien busca sus orígenes". Y el segundo fue un gran poeta judío marroquí A. Yabess que decía: "no preguntes al extranjero cuáles son sus orígenes sino dile cuál será su futuro".

Voy a abordar los fenómenos migratorios bajo tres puntos de vista: 1) Las causas de la emigración; 2) Los efectos que el desarraigo produce sobre la salud; y 3) Los efectos y consecuencias inducidas por las condiciones de vida en sí mismas. Todo esto para intentar llegar a una política social capaz de prevenir, mejorar y curar lo relacionado con la salud de los emigrantes.

Los fenómenos migratorios están en los fundamentos de la constitución de las sociedades, de las civilizaciones. Les invito a que olviden la imagen miserable que puedan tener de la emigración para abordar esta cuestión. Nunca me han gustado las plañideras, me recuerdan mucho a los muertos de mi país de

* Profesor-Investigador, Centro Nacional de Investigación Científica. IRESKO, París, Francia.

origen, y detesto que se llore pensando en el destino de la inmigración o de los inmigrantes. Prefiero abordar el tema de una manera objetiva y, aunque de vez en cuando aparezca la subjetividad, me gustaría que se abordara con dignidad y respeto; no como una asistencia, lo cual rechazan las nuevas generaciones en general incluyendo a la magrebí, sobre la que he trabajado mucho.

Los inmigrantes son elementos constituyentes de culturas y civilizaciones y están en el fundamento mismo de la historia de la humanidad. Los fenómenos migratorios constituyen uno de los fenómenos principales en este final de siglo y para principios del siglo que viene. Por un lado, porque ya hay poblaciones establecidas, por lo tanto se plantean cierto número de problemas a estas poblaciones de inmigrantes ya instaladas. Por otro lado, por lo que podríamos llamar los emigrantes potenciales, con una doble presión migratoria: la del Sur sobre el Norte y la más reciente del Este sobre el Oeste. Bajo mi punto de vista, las causas fundamentales vienen dadas por desórdenes económicos, que son fundamentales, y por desórdenes políticos, que en cierta manera consisten en el desequilibrio de mundos. Un mundo cada vez más rico, cada vez más desarrollado que en la actualidad tiende a producir la precariedad aplicando la fórmula de "exclusión", junto con el desmoronamiento de la ideología comunista. En cualquier caso no puede existir emigración sin que haya desorganización en las sociedades, al menos en el plano económico y a veces incluso dictaduras políticas.

Por lo tanto cuando tratamos el tema de la salud de los emigrantes y de las políticas sociales tendríamos que tener presente este doble nivel. También por necesidades de análisis en el interior de la población ya instalada, tenemos que distinguir al menos tres tipos de población: 1) El hombre inmigrante que está trabajando solo, algunos de los cuales han pasado de estar de manera provisional a permanente; 2) También está la cuestión de la mujer, que tiene una manera diferente de vivir y percibir la emigración; 3) Las generaciones surgidas de la inmigración que no se enfrentan, bajo mi punto de vista, al mismo tipo de problemas.

La aproximación que se debería hacer es, de entrada, multidisciplinaria. En el momento en que se abordan las cuestiones migratorias tenemos que hacerlo desde un punto de vista multidisciplinario porque no podemos ocuparnos de los fenómenos migratorios partiendo de un solo punto de vista. En esta monografía se reúnen artículos de psicólogos, médicos y antropólogos; quizá falte algún jurista porque los problemas legales, a los que me referiré a continuación, son fundamentales.

En cualquier caso hablaré a partir de mi doble experiencia como hijo de inmigrantes y como sociólogo que ha trabajado mucho tiempo en el fenómeno de la emigración partiendo del estudio de la población magrebí en Francia y ahora en Europa.

Cuatro son los niveles de análisis:

- 1° Causas de los fenómenos migratorios.
- 2° Efectos inducidos por el desarraigo y el cambio (consecuencias específicas por la adaptación a un nuevo medio) en los problemas de salud de los inmigrantes.
- 3° Relación entre las condiciones de vida y los problemas de salud de la población emigrante.
- 4° Políticas sociales llevadas a cabo, o que hay que desarrollar, para prevenir, tratar y mejorar la salud de los inmigrantes.

El primer punto está directamente relacionado con el nuevo orden económico mundial: con la división internacional del trabajo, con la expansión del capitalismo, con las consecuencias de la colonización, con la desigualdad en el desarrollo, con los regímenes políticos dictatoriales, por lo tanto con toda una serie de factores.

La problemática del coloquio es la siguiente ¿hay una patología específica ligada a la emigración? Y si la hay, ¿cómo y de qué manera se manifiesta?

Pienso que en vez de cuestionarse el carácter específico de la patología hay que hacerlo sobre toda una serie de fenómenos que hacen que exista una patología que puede manifestarse aparentemente de forma específica. Pienso que la inmigración puede ser más un factor revelador que otra cosa, es decir un fenómeno analizador-revelador.

La cuestión se plantea a un doble nivel. Están lo que se llaman las enfermedades "traídas" y es que cuando salen hacia los países de acogida, los inmigrantes llevan consigo cierta cantidad de enfermedades potenciales que podrían desarrollarse tras llegar al país receptor. En lo referente a la emigración económica la cuestión está clara puesto que hay cierto número de personas que emigran con un número indeterminado de enfermedades ligadas a su entorno

de origen que van a manifestarse a su llegada, aunque creo que estadísticamente el número no es importante en lo que a emigración económica se refiere. Por el contrario en lo referente a las enfermedades adquiridas o de adquisición pienso que hay algunas que están ligadas a fenómenos de movilidad, de desarraigo, y que pueden estar motivadas por dos tipos de causas. En primer lugar, por todo lo relacionado con el desplazamiento, cuando un individuo abandona un país no opera sólo un desplazamiento en el espacio geográfico; tendrá que adaptarse a todo un mundo nuevo y por lo tanto a toda una serie de cuestiones nuevas que van a conducirlo a adoptar una serie de actitudes nuevas, y de comportamientos nuevos a partir de este nuevo entorno para conseguir un mínimo de adaptación que, en un primer momento, llamaré de tipo funcional.

Entre los factores implicados en este proceso de desplazamiento destacaré cuatro: el clima, la manera de vestirse (que no se tiene muy en cuenta), la alimentación y la lengua. La lengua es fundamental ligada efectivamente a la cultura. Hablaré en concreto de la lengua, como decía el escritor rumano "no se vive en un país sino en su lengua" (para que se den cuenta de la importancia de la lengua tienen que ponerse en situación). Cuando van a un país, como ha sido mi caso al venir a España, les angustia la idea de no encontrar el camino, de no comprender la dirección que les indican, etc., pues imaginen a una persona que va a trabajar a otro país. En este caso surgen problemas de tensión psicológica que perturban y crean angustias, porque nos encontramos ante una comunicación reducida al mínimo, por esto, en cuanto al hombre inmigrante se refiere, confiero gran importancia al cuerpo, al menos en el plano simbólico. Esto explicaría, en parte, las condiciones de vida en relación con la vivienda, con el trabajo, etc.

Todas estas condiciones de vida difíciles están muy relacionadas con el cuerpo, pues el inmigrante que trabaja se ve a sí mismo como trabajador manual; de ahí la importancia del cuerpo con la que sustenta su legitimación como trabajador emigrado. Como ejemplo: he trabajado algún tiempo con asistentes sociales y psiquiatras sobre la sinestrosis. Un trabajador inmigrante sufre un accidente de trabajo, por lo tanto deja de trabajar y obtiene la baja médica. Tras algún tiempo el médico constata que está curado y le prescribe que vuelva al trabajo. El inmigrante se niega a volver al trabajo alegando que no está curado. Ahí nos enfrentamos a un problema con las instituciones puesto que cuando hablamos de políticas sociales y de salud de los emigrantes es muy importante la relación con quienes gestionan el tema de la salud. Nos encontramos ante un universo Kafkiano: él dice: "No estoy curado" y la Seguridad Social le dice

"tiene que volver al trabajo" y entra en un proceso de controversia con la Seguridad Social que puede durar meses e incluso años.

En realidad el emigrante lleva a cabo una descompensación al ver que el proyecto de emigración no cumple con sus expectativas; siente que su cuerpo está afectado ya que al no poder expresarse a través del lenguaje, el cuerpo se vuelve su medio de comunicación. De ahí esta relación tan importante que hace que la Seguridad Social francesa no haya querido reconocer nunca esta grave enfermedad que se llama sinestrosis porque precisamente no sabe si se trata de una "condena", si se me permite decirlo así, a las instituciones de los países de inmigración por su actitud negativa o si se trata de separar todo lo que subtiende esta problemática relacionada con el cuerpo y la mente. Bajo mi punto de vista separar el cuerpo de la mente es algo arbitrario y nada interesante en la problemática del análisis de la salud de los emigrantes.

Hay toda una serie de problemas además de las enfermedades relacionadas con las condiciones de vida.

La mujer tiene otra relación con la lengua y por lo tanto con el cuerpo. En los hijos nos encontramos con otro tipo de problemas que son los de toxicomanía, porque están más vinculados a fenómenos de desorganización de la personalidad, unidos a la dificultad para situarse en sistemas culturales diferentes.

Se ve claramente cómo hay varios niveles de análisis. No nos vamos a ocupar de los refugiados políticos que forman una categoría aparte capaz de portar enfermedades cuando se produce este fenómeno de masas.

Para terminar diré qué tipo de política social habría que aplicar para intentar dar un mínimo de respuestas a la cuestión de salud de los inmigrantes. Aquí se distinguen tres niveles.

En primer lugar están las políticas sociales ligadas a la política de la sociedad en general, es decir, a la de los poderes públicos, del gobierno, de la sociedad y a la de inmigración; aquellas relacionadas, por ejemplo, con las condiciones de trabajo y la vivienda. Todo lo que se puede pedir es que no se trate al inmigrante de manera segregativa a la hora de definir las políticas sociales. No se puede definir una política social específica para los inmigrantes.

Sin embargo lo que sí se pueden llevar a cabo son acciones específicas entre las cuales considero importantes la alfabetización, que habría que desarrollar

aún más a todos los niveles alcanzando tanto a mujeres como al trabajador solitario. Para prevenir la toxicomanía habría que educar a las madres en relación a la educación de sus hijos.

Finalmente, en cuanto a lo que sabemos de la población inmigrante a través de estudios empíricos, la información es un problema central no resuelto. La mayoría de la población emigrante sufre una ausencia de información; conoce mal sus derechos y obligaciones, al igual que las categorías sociales desfavorecidas de los países receptores, aunque para esta población sea más grave el problema por el obstáculo que supone la lengua.

MEDIADORAS EN SALUD EN EL SISTEMA SANITARIO BELGA

Hans Verrept, F. Louckx*

Presentamos la experiencia de un programa de mediación en salud (*Health Advocacy Scheme*) para pacientes marroquíes y turcos en Flandes y Bruselas (Bélgica). Dicho programa fue presentado en 1991 como iniciativa del Centro de Salud y Minorías Étnicas (CEMG), un grupo interdisciplinar de investigadores y médicos con experiencia en el campo de la salud y de las minorías étnicas. El programa ha sido financiado por varios ministerios de Flandes y Bruselas como un proyecto experimental por un período de cinco años.

Unas 60 mujeres turcas y marroquíes fueron reclutadas y formadas como mediadoras en salud (health advocates), comenzando posteriormente a trabajar en distintos sectores del sistema sanitario belga; en su gran mayoría se integraron en atención materno-infantil, hospitales y medicina preventiva para escolares. El objetivo del programa es mejorar la calidad de la atención sanitaria dirigida a pacientes marroquíes y turcas, que en última instancia conlleva una mejora del desfavorable estado de salud de estas minorías. A pesar de que en Bélgica no se han realizado encuestas a gran escala sobre la salud de estas poblaciones, investigadores, médicos y políticos generalmente coinciden en que su estado de salud es inferior al de los nativos belgas. Los resultados de encuestas a pequeña escala realizados en Bélgica, así como los de investigaciones similares hechas en otros países europeos apoyan esta hipótesis.

La investigación realizada por De Muynck ha mostrado que las pacientes marroquíes y turcas han de afrontar graves problemas cuando utilizan los servicios sanitarios belgas. Tal como ya se ha observado en otros países, la provisión fluida y eficiente de servicios sanitarios a estas pacientes se ha visto seriamente limitada por barreras lingüísticas y culturales, y por la ausencia de medidas especiales o en casos excepcionales de muy limitado alcance para adaptar el sistema sanitario al elevado número de inmigrantes llegados recientemente al país. Esta situación ha provocado que los pacientes procedentes de minorías étnicas reciban una atención sanitaria de peor calidad que los pacientes nativos.

* Antropólogo social y filólogo, investigador ayudante en la Universidad Libre de Bruselas (VUB) y en la Facultad de Medicina Familiar de la Universidad de Antwerpen, Bélgica.

Se espera que la intervención de las mediadoras contribuya a elevar la calidad de la atención sanitaria, fundamentalmente a través de una mejor comunicación entre los profesionales sanitarios y las pacientes de minorías étnicas. Las mediadoras en salud desempeñan los cuatro roles descritos por Kaufert & Koolage: 1) Actúan como intérpretes; 2) Facilitan información a los profesionales sanitarios sobre aquellos factores lingüísticos y culturales que pueden afectar tanto a la conducta del paciente, como al proceso y resultados de la intervención; 3) Informan a los pacientes sobre diferentes aspectos de la "cultura biomédica" explicando conceptos médicos, funcionamiento de las instituciones sanitarias, educación para pacientes y facilitando un consenso informativo; y 4) Defienden a los pacientes procedentes de minorías étnicas; hablan en su nombre y abogan por sus principales intereses y demandas como consumidores, situación que puede llevarlas a enfrentarse con la cultura de los profesionales sanitarios.

En 1992 uno de los ministerios financiadores encargó al Departamento de Ciencias Médico-Sociales de la Universidad Libre de Bruselas la realización de un estudio que evaluara estos efectos. El estudio que presentamos a continuación trata de responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Conduce el trabajo con mediadoras en salud a una mejora en la calidad de la atención sanitaria para pacientes procedentes de minorías étnicas?
2. ¿Qué problemas vienen asociados a la introducción de las mediadoras en salud? ¿Cómo pueden afectar estos problemas a la eficacia del programa?

Diseño de la investigación

Puesto que apenas existe investigación empírica sobre los efectos de la intervención de las mediadoras sobre la calidad en atención sanitaria, decidimos en una etapa preliminar del proyecto optar por un diseño de investigación exploratorio. El problema central fue el decidir qué criterios íbamos a utilizar para juzgar la evolución de la calidad de la atención sanitaria. En un principio la elaboración de criterios para evaluar aspectos técnicos en salud no resulta muy complicada. No obstante, en nuestra investigación teníamos que evaluar el efecto del programa de mediadoras en una amplia variedad de escenarios de atención sanitaria. A este problema se sumaba el hecho de que carecíamos de criterios explícitos de evaluación en la mayoría de los ámbitos en los que trabajan los

mediadores en salud. Muy pronto vimos claro que ante el extenso y heterogéneo grupo de profesionales implicados en el programa, sería poco realista el tratar de elaborar propuestas consensuadas (donde se recogieran criterios explícitos a utilizar en la evaluación). Por ello, decidimos utilizar aquellos criterios implícitos empleados por los profesionales sanitarios, criterios que se habían reflejado durante las entrevistas como uno de los medios para recabar información sobre la evolución de la calidad en la atención sanitaria.

Se realizaron un total de 28 entrevistas en profundidad con aquellos profesionales sanitarios que habían trabajado con mediadoras en centros de atención materno-infantil y/o hospitales¹. En centros de atención materno-infantil se entrevistó a 8 médicos y 9 enfermeras sociales ("social nurses"). De los 11 profesionales sanitarios que trabajan en hospitales hablamos con 7 trabajadoras sociales, 3 enfermeras y un pediatra. Al no obtener ninguna información adicional de los últimos profesionales sanitarios que se incorporaron al estudio, estimamos que el número de profesionales entrevistados era el adecuado. El gran número de trabajadores y enfermeras sociales de la muestra refleja el hecho de que el resto de categorías profesionales sanitarias no emplea muy a menudo los servicios de las mediadoras de salud.

Las entrevistas en profundidad se diseñaron con el fin de recopilar datos sobre: 1) Frecuencia con que los profesionales sanitarios cooperan con las mediadoras; 2) Tareas que éstas realizan; 3) Efectos sobre la calidad de la atención tanto a nivel de proceso y resultados como a nivel de la satisfacción percibida por el paciente; y 4) Problemas asociados a la introducción del programa.

También se realizaron entrevistas en profundidad con 21 mediadoras marroquíes con experiencia para así obtener una visión completa sobre el funcionamiento del programa. Puesto que ellas mismas son parte de la comunidad en la que se desarrollaba el programa, se consideró que estaban en una situación privilegiada para crear conciencia sobre los problemas de pacientes de minorías étnicas y, en particular, podríamos comprobar si el programa puede resolver estos problemas. Se les pidió que recopilaran todas aquellas "quejas o elogios que hubieran recibido de sus clientes en relación a la puesta en marcha del proyecto". También se les consultó sobre aquellas limitaciones (p.e., su propia carencia de conocimientos médicos, la falta de voluntad para cola-

¹ Debido a limitaciones de tiempo y financiación tan solo pudimos estudiar los efectos de la introducción de mediadoras marroquíes (y no los de las turcas) y únicamente en dos escenarios de atención sanitaria: hospitales y centros de atención materno-infantil.

borar por parte de los profesionales sanitarios, etc.) que estuvieran dificultando la efectividad del programa, así como posibles soluciones.

Finalmente se seleccionó al azar un total de 31 personas entre los clientes de las mediadoras: 20 de los servicios de atención materno-infantil y 11 de los hospitales. El objetivo de estas entrevistas semi-estructuradas era el de recoger información adicional sobre los efectos del programa sobre algunos aspectos de la satisfacción de los pacientes. En particular queríamos comprobar si éstos se resistían a la puesta en marcha del programa, lo que posiblemente a su vez podría determinar su interés por utilizar los servicios implicados. También queríamos obtener una visión complementaria sobre las actividades realizadas por las mediadoras.

Las entrevistas hechas a los profesionales sanitarios y a las mediadoras duraron entre 45 y 60 minutos y la mayoría de aquellas realizadas a los clientes entre 30 minutos y una hora. El investigador entrevistó a los profesionales sanitarios y a las mediadoras, mientras que la mayoría de las pacientes fueron entrevistados por una mujer marroquí o argelina para así evitar posibles sesgos derivados del género y la raza del investigador. Todo el material de las entrevistas a excepción de las que iban dirigidas a los clientes, puesto que éstas no fueron grabadas, fue transcrito y analizado con Textbase Alpha, (programa informático para análisis de datos cualitativos). Se compararon los datos obtenidos entre los tres grupos para así comprobar la fiabilidad del material obtenido durante las entrevistas.

Resultados

Características de los informantes

Si comparamos las características sociales y demográficas de las mediadoras y de sus clientes podemos constatar que ambos grupos se encuentran muy próximos cultural y lingüísticamente. La mayoría de las mediadoras forman parte de una segunda generación de inmigrantes cuyos padres llegaron a Bélgica en los sesenta o a principios de los setenta. Éstos, como la mayoría de los inmigrantes marroquíes en Bélgica, proceden de las regiones del norte de Marruecos (especialmente del Rif y de las grandes ciudades situadas más hacia el norte: Tetuán, Oujda y Tánger). Catorce de las 21 mediadoras marroquíes entrevistadas se consideran bereberes y declaran que su lengua materna es el Dhamazight, un dialecto bereber, aunque casi todas ellas dominan igualmente el

árabe marroquí. El resto se consideran parte de la etnia árabe, su lengua materna es el árabe marroquí y ninguna habla Dhamazight. Es muy importante el hecho de que muchas de ellas sean bereberes puesto que el grupo más numeroso de la comunidad marroquí en Bélgica también es de ascendencia bereber. Existe además un grupo de mujeres bereberes de primera generación que o bien tienen un conocimiento muy limitado, o bien, desconocen por completo el árabe marroquí, el francés y el holandés. La mayoría de las mediadoras tenían un bajo nivel educativo cuando se incorporaron al programa, lo que también constituye un rasgo característico de la mayoría de las mujeres marroquíes que viven en Bélgica.

Un aspecto importante a diferenciar entre las mediadoras y la mayoría de las marroquíes de segunda generación que residen en Bélgica es el gran número de ellas que viven solas (4), que viven con un compañero sin estar casadas (2), o que viven o están casadas con un belga (4). Una parte considerable de la comunidad marroquí en Bélgica percibe todas estas situaciones vitales como indeseables e incluso deshonrosas; por ello el programa puede exponer a las mediadoras a las murmuraciones de la cerrada comunidad en la que viven y trabajan. Esta diversidad también refleja las diferentes opiniones que mantienen las mediadoras respecto al papel y la posición de la mujer en la sociedad; estas diferencias, aparte de la necesidad económica, pueden haber jugado un papel importante en su decisión de comenzar a trabajar.

Para algunos autores el que las mediadoras compartan ciertos rasgos lingüísticos y culturales con la población a la que sirven constituye un prerrequisito importante para la eficacia de los programas de mediación en salud [10]. De hecho, el impacto de estos programas se ve seriamente limitado cuando las mediadoras no conocen suficientemente el lenguaje de sus clientes o cuando son incapaces de facilitar a los profesionales sanitarios información precisa sobre elementos culturales relevantes para la provisión de servicios sanitarios.

La muestra de los clientes de las mediadoras estaba compuesta por 20 mujeres jóvenes que acudían a los centros de atención materno-infantil. El 50% son inmigrantes de primera generación y el resto pertenece a la segunda generación. Trece de ellas desconocen totalmente o bien tienen un conocimiento muy limitado del holandés o del francés, por lo que dependen totalmente de intérpretes informales para poder comunicarse con los profesionales sanitarios. De los 11 pacientes de hospitales (5 hombres y 6 mujeres), 8 son de primera generación y tan sólo tres de ellos desconocen por completo el idioma francés o el holan-

dés. En cuanto a los pacientes de tercera generación, todos ellos dominan el francés o el holandés. El hecho de que los pacientes de la muestra de hospitales dominen mejor estos dos idiomas probablemente se deba al hecho de que en este grupo el porcentaje de hombres es mayor.

Entre los 17 profesionales sanitarios de los centros de atención materno-infantil hay solamente dos hombres. La mayoría de ellos han trabajado con una mediadora en salud como mínimo un día y medio por semana durante más de un año, por lo que cuentan con una amplia experiencia de colaboración con mediadoras. Éste no es sin embargo el caso de los 11 profesionales sanitarios que trabajan en los hospitales (5 hombres y 6 mujeres), donde únicamente 4 tienen una ligera experiencia de trabajo con mediadoras en salud (menos de 5 intervenciones). Las dificultades halladas a la hora de contactar con profesionales sanitarios con una sólida experiencia en este tipo de programas nos revelan los problemas asociados a la puesta en marcha de un programa de asesoría en salud en hospitales.

Efectos sobre la calidad de la atención en salud

Los tres grupos de informantes confirman que la introducción de las mediadoras conduce a una importante mejora en la calidad de la atención sanitaria siempre y cuando se haga un uso adecuado de sus servicios. Los profesionales sanitarios, en particular, coinciden en que el programa debe continuar y convertirse en un servicio fijo a disposición de pacientes de minorías étnicas y de personal sanitario.

Se considera que el logro más importante del programa lo constituye el hecho de que las mediadoras faciliten el intercambio de información correcta y detallada entre el personal sanitario y los pacientes. Este intercambio no viene facilitado exclusivamente por la presencia de una intérprete, sino también por el hecho de que los pacientes se sienten menos inhibidos a la hora de relatar su problema en presencia de una mediadora en salud (y/o en ausencia de un intérprete informal). Además, nuestros datos sugieren que las mediadoras posibilitan una comunicación más eficiente con pacientes marroquíes, puesto que su presencia permite una mejor adaptación al nivel de estrategias y estilos de comunicación. Todos estos logros traen consigo también efectos a largo plazo, tal y como ilustramos a continuación mediante algunas citas extraídas de las entrevistas.

Mejora de la comunicación

Para los profesionales sanitarios el programa aumenta su capacidad para identificar y distinguir entre distintos diagnósticos posibles (p.e., para hallar pistas que les permitan discernir si una continua sensación de malestar viene dada por problemas somáticos o psico-sociales). Gracias a la introducción de la mediadoras se ha podido llevar a cabo una anamnesis detallada de algunos pacientes de la misma manera en que ésta se realiza a los pacientes nativos belgas. A continuación podemos apreciar una muestra de estos logros:

"Yo no creo que pueda hacer mi trabajo de forma tan exhaustiva sin la ayuda de una mediadora en salud. A veces tengo que hacer una primera visita a domicilio sin ella. En esos casos trabajo mucho mas rápido, no tengo que detenerme tanto en muchas cosas. Ellos (los clientes) me dan respuestas cortas y yo les formulo preguntas breves empleando un lenguaje muy simple. Pienso que la mediadora es muy útil puesto que gracias a ella nuestras visitas a domicilio se convierten en una experiencia significativa para las clientes y para nosotros. Las pacientes pueden comprendernos y nosotras a ellas. Pueden hacernos preguntas -a menudo tienen muchas- pero inmediatamente surge la barrera del idioma... Sin la mediadora dejas a las pacientes con la incómoda sensación de que no has podido hacer mucho por ellas..."
(Enfermera social, empleada en un centro de atención materno-infantil)

Un médico, también implicado en el programa, nos ofrece otro ejemplo de los efectos (en este caso indirectos) que se derivan de una mejora en la comunicación con las pacientes:

"Una de mis pacientes marroquíes tiene niños con sobrepeso... Está claro que ella no es capaz de decirme cómo los alimenta. Sin embargo, en una de las visitas a domicilio se lo comentó a la mediadora en salud, con lo que ahora yo también lo sé. Par mí es muy importante el saber que el exceso de peso de los niños se debe sencillamente a una sobrealimentación y que por tanto no tengo que empezar a buscar su origen en algún desorden de tipo metabólico."
(Médico, empleado en un centro de atención materno-infantil)

Los pacientes y los profesionales sanitarios también señalan que la intervención de las mediadoras hace posible la provisión de una atención sanitaria más fluida puesto que, gracias a la mejora en la comunicación, pueden cooperar entre ellos más fácilmente. Este hecho aparece bien reflejado en la siguiente descripción:

"Un primer intento de realizar una gastroscopia a una mujer bereber de 57 años (en este caso sin la ayuda de una mediadora en salud) fracasó porque la pacien-

te entró en un estado de pánico. Tras hablar con la mujer supe que ella había creído que iba a ser sometida a una operación. Finalmente se pudo realizar la gastroscopía en un segundo intento. Yo fui traduciendo las instrucciones del doctor quien se sorprendió de lo sencillo que resultó y de la cooperación que en todo momento ofreció la paciente en esta segunda ocasión."

(Mediadora en salud, empleada en un hospital)

Hallamos evidencias de que a muchas pacientes marroquíes les resulta mucho más fácil comunicarse con la mediadora que con los profesionales sanitarios a la hora de abordar una gran cantidad de temas. Los datos sugieren que este es también el caso de algunas marroquíes de segunda generación que en muchos casos dominan el holandés o francés mucho mejor que el árabe marroquí o el Dhamazight. Según estas pacientes, las mediadoras entienden mejor ciertos mensajes porque "las cosas son diferentes dentro de la comunidad marroquí, una comunidad que ellas conocen bien".

Los profesionales sanitarios señalan que antes de que se introdujera el programa de mediación en salud resultaba complicado discutir muchos temas, especialmente aquellos problemas surgidos en el ámbito de las relaciones familiares, problemas maritales, anticoncepción, etc., temas que muy frecuentemente quedaban fuera de su conocimiento. Se da incluso el caso de algunas pacientes marroquíes que llegan a inventar una imagen positiva de su vida familiar y de su posición social para intentar así combatir los prejuicios de los profesionales sanitarios belgas. Hallamos un buen número de pacientes marroquíes que habían creado una imagen de su situación psico-social completamente diferente a la que posteriormente ofrecieron a las mediadoras. Estas revelaciones en algunos casos fueron realmente determinantes a la hora de elegir la estrategia a seguir por los profesionales sanitarios. Por ejemplo:

"Una anciana marroquí siempre había manifestado que su hijo la cuidaba e incluso le ayudaba económicamente, si bien posteriormente descubrió que éste en realidad era toxicómano y robaba a su desamparada madre todo aquello que pudiera llegar a sus manos. Cuando la mediadora llegó a conocer la situación real, se organizó una entrevista personal con el hijo. La trabajadora social del hospital averiguó que éste podía reclamar algunas prestaciones a la Seguridad Social, cosa que se le facilitó desde el hospital. Con esta intervención, se pudo reducir en gran medida el estrés asociado a los problemas económicos de la familia.

(Mediadora en salud, empleada en un hospital)

Las mediadoras y sus clientes nos cuentan que en general tratan de apoyar y alentar a éstas últimas para que no duden en formular todas sus preguntas a los profesionales sanitarios. Muy a menudo las pacientes creen que esto podría

suponer una carga para los profesionales sanitarios o incluso temen que algunas de sus preguntas puedan resultar ridículas como sucede por ejemplo con problemas de incontinencia urinaria. Los profesionales sanitarios indican que antes de poner en marcha el programa las pacientes no hacían muchas preguntas, ya fuera debido a la barrera del lenguaje o a inhibiciones de diversa naturaleza. Algunas de ellas han manifestado que había ciertos temas que no podían discutir con los profesionales sanitarios, puesto que al tener que hacerlo ante el intérprete se avergonzaban tanto por ellas mismas como por la presencia del intérprete. Por ejemplo:

"Yo solía ser el intérprete de mi mujer cuando ella iba a visitar al ginecólogo o cuando estaba de parto. Para evitar la vergüenza me mantenía un poco alejado de ella. Pero ahora que hay mediadoras es mucho mejor, puesto que así pueden discutir entre ellas aquellos temas propios de mujeres. Hay ciertas cosas que, aún siendo su marido, yo no puedo hablar con mi mujer."
(Un hombre bereber de 47 años)

Las enfermedades populares (p.e. la posesión por espíritus o "jnun") y los remedios tradicionales (p.e. la consulta a un "fqih"), al ser en sí mismos emociones y estado mentales, también se discuten con mayor facilidad con una mediadora. Este hecho puede afectar de forma significativa al proceso y al resultado de la intervención en atención sanitaria, puesto que se ha observado que las pacientes marroquíes a menudo utilizan remedios tradicionales y consultan curanderos. Existen muchos casos de pacientes que han decidido dejar el tratamiento biomédico y confiarse a las habilidades terapéuticas de un curandero tradicional. Por ejemplo:

"Una paciente que estaba en diálisis pretendía viajar a Marruecos a un balneario (Sidi Harazem) e ir de peregrinación sin comentar sus planes a los profesionales sanitarios. Si no me lo hubiera contado no habría seguido con la diálisis durante su estancia en Marruecos. Junto con el personal sanitario pude convencerla de la necesidad de seguir allí con el tratamiento. Se contactó con un centro de diálisis marroquí, lo que posibilitó el que la mujer continuara con la diálisis el tiempo que permaneció en Sidi Harazem."
(Mediadora en salud, empleada en un hospital)

Los profesionales sanitarios destacan el hecho de que esta paciente podría no estar viva hoy de no haberse hecho la diálisis durante su estancia en Marruecos, como de hecho ha sucedido con otros pacientes antes de que existiera el programa de mediación en salud. En este caso el hecho de que la paciente estuviera dispuesta a revelar su estado emocional a la mediadora pudo satisfacer

sus necesidades de apoyo psicológico. El facilitar este tipo de ayuda es una importante tarea a cubrir por los centros de atención materno-infantil y, de hecho, uno de los mayores logros del programa lo constituye el que las pacientes marroquíes puedan disponer de este tipo de apoyo. Un alto porcentaje de madres jóvenes que acaban de llegar a Bélgica (las llamadas "novias importadas"), se sienten separadas de sus amigos y de su familia y perciben que están llevando vidas totalmente aisladas en un país que les resulta extraño. Por ejemplo:

"He de admitir que nunca antes le habíamos dado apoyo psicológico a las madres puesto que éstas se mostraban incapaces de expresar sus sentimientos. Es muy beneficioso para ellas el que ahora exista alguien que les pueda prestar atención, ya que muchas se encuentran muy solas. Ahora tienen la oportunidad de abrir sus corazones durante las visitas a domicilio. Creo que es muy importante que podamos romper su aislamiento."

(Enfermera social, empleada en un centro de atención materno-infantil)

El que las pacientes se muestren más motivadas para tratar ciertos temas, no se debe tan sólo a que ahora perciban que la mediadora en salud pueda entender mejor sus problemas. Las mediadoras describen cómo ellas mismas adaptan sus preguntas al estilo de comunicación de las pacientes marroquíes. Consideran que la forma en que los médicos se dirigen a sus pacientes es contraproducente y trae consigo el que éstas no estén dispuestas a discutir ciertos problemas. Por ello las mediadoras formulan sus preguntas de forma indirecta. Esta estrategia, que ilustramos a continuación, permite que la paciente sepa que el profesional sanitario pretende discutir sobre un tema en concreto e incluso le ofrece la opción de evitar dicho tema sin tener que reaccionar de forma desagradable. Eppink, un especialista holandés en comunicación intercultural, recomienda esta técnica como estrategia para conseguir una mayor información personal de pacientes mediterráneos. Por ejemplo:

"Algunos médicos en atención sanitaria preguntan: ¿Tiene usted algún problema? Yo particularmente nunca hago eso. Si preguntas algo así, ellas (las pacientes) te contestan: ¿Qué problema? Yo no tengo ningún problema. En mi caso, yo digo: Pareces cansada, ¿no has dormido bien? ¿tu bebé no te dejó dormir? En ese momento si ellas quieren contarte su problema, lo harán."

(Mediadora en salud, empleada en un centro de atención materno-infantil)

Las mediadoras en salud también dicen contar con estrategias de comunicación específicas que les permiten corregir posibles malentendidos con sus clientes y convencerlas de la importancia de tomar su medicación de forma

regular. Los datos nos sugieren que las mediadoras son mucho más efectivas a la hora de convencer a las pacientes de que acepten una intervención, de que continúen ciertos tratamientos o de que consulten a un especialista o a otro profesional no médico (por ejemplo a los fisioterapeutas, grupo de profesionales sanitarios que gran parte de la comunidad belga-marroquí desconoce).

Muchos médicos de atención sanitaria describen intervenciones de mediadoras que han incrementado la esperanza de vida o la calidad de vida de los pacientes implicados. Sin duda alguna parte de la gran capacidad de persuasión de las mediadoras se debe a su mayor habilidad para interpretar la comunicación no verbal de las pacientes marroquíes. Los profesionales sanitarios coinciden con las mediadoras en que estas últimas cuentan con una mayor capacidad para evaluar la atmósfera reinante en una intervención y son más sensibles a aquellos casos en los que las pacientes no entienden lo que se les explica o no están dispuestas a aceptar el más mínimo consejo. Esto hace posible que se pueda tener en cuenta la reacción del paciente. Además las mediadoras, al ser ellas mismas integrantes de la comunidad implicada en el programa, a menudo conocen las falsas concepciones que determinan la conducta en salud de sus clientes, como sucede por ejemplo con algunas que creen que la vacuna contra la meningitis se inyecta directamente en el cerebro, a través del cráneo. A diferencia de los profesionales sanitarios belgas, las mediadoras pueden dotar de sentido a aquello que se escucha en las salas de espera u otros escenarios y pueden por tanto reaccionar ante esto.

Provisión de una atención sanitaria sensible a la diversidad cultural

Todos los progresos descritos hasta este punto, se derivan en última instancia de la mejora en la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes marroquíes. Aparte de este logro se observan otra serie de transformaciones en relación a la puesta en marcha del programa. En la mayoría de los casos estos cambios tienen como objetivo el facilitar una atención sanitaria más sensible a la diversidad cultural y adaptar mejor las instituciones y procedimientos sanitarios a los pacientes de minorías étnicas. En un hospital se habilitó una habitación para que los pacientes musulmanes pudieran rezar sin ser molestados. Una mediadora en salud señaló que muchas mujeres en estado no se presentaron a las revisiones prenatales durante el Ramadán por motivos religiosos, puesto que durante ese mes no estaban dispuestas a pasar por una revisión ginecológica. Se decidió que en el futuro no realizarían tales revisiones durante el Ramadán. Las pacientes fueron informadas de este hecho

y se les motivó para que acudieran a la clínica prenatal durante el ayuno. En algunos hospitales las dietas para diabéticos se adaptaron a los hábitos alimenticios de los marroquíes. Las mediadoras fueron también capaces de resolver una serie de conflictos entre el personal sanitario y las pacientes marroquíes e incluso en algunas ocasiones defendieron con éxito a sus clientes frente prácticas insensibles y racistas.

Efectos sobre la satisfacción del paciente

Médicos y mediadoras señalan que el programa contribuye en general a aumentar la satisfacción del paciente (consúltese nuestra recopilación de "elogios y quejas" elaborada a partir de las entrevistas). En muy contadas ocasiones los pacientes rechazan a la mediadora, cosa que han puesto de manifiesto de forma explícita durante sus intervenciones. Otras veces hacen referencia a la opinión de que las mujeres no deberían trabajar o también pueden llegar a comentar que la forma en que viste alguna mediadora les parece inaceptable. Para muchas mediadoras, algunos hombres marroquíes temen la influencia que puedan ejercer sobre la opinión de sus mujeres a raíz del trabajo que realizan con estas. Esta hipótesis viene a confirmarse si atendemos al hecho de que en general son los hombres los que no dejan a las mediadoras entrar en sus casas, incluso cuando parece ser que las mujeres las aceptan.

La mayoría de las clientes de centros materno-infantiles de primera generación creen que el programa contribuye a incrementar su satisfacción con la atención que reciben. Ésta es también la opinión de las clientes de segunda generación que no dominan el francés ni el holandés. Sorprende, sin embargo, el hecho de que casi todas ellas consideran que sus maridos son buenos intérpretes a pesar de que tenemos evidencias del escaso dominio que éstos tienen del idioma. Todo esto sugiere que estas pacientes consideran que el programa ha tenido efectos significativos, lo que podría explicarse por el hecho de que ellas mismas han estado acostumbradas a una atención sanitaria con una nula o mínima calidad de comunicación.

Para la mayoría de las clientes de segunda generación, la intervención de las mediadoras en salud no les resulta útil. Incluso dos de ellas llegan a rechazar la presencia de una mediadora puesto que la consideran como una intrusión en su privacidad.

Ninguno de los pacientes de hospitales rechazan la intervención de las mediadoras. Ocho de los once pacientes entrevistados valoran muy positivamente su

presencia y sus intervenciones, si bien conviene señalar el hecho de que las mediadoras tan sólo interpretaron a dos de ellos. Los pacientes declaran que ahora se sienten más tranquilos en el hospital gracias a la presencia de la mediadora, a quien consideran la única persona que dedica parte de su tiempo a hablar con ellos. En algunos casos, las mediadoras acudieron a profesionales sanitarios para recoger información sobre mensajes que sus clientes no habían comprendido. Para algunos pacientes la mediadora era la única persona en el hospital con la que se podían hablar, por lo que valoraban mucho el poder comunicarse con ella.

Problemas asociados a la puesta en marcha del programa

Los umbrales de la comunicación

Las mediadoras en salud señalan que los profesionales sanitarios no son lo suficientemente conscientes de la complejidad que entraña el traducir mensajes de y para sus clientes marroquíes. Resaltan la dificultad de traducir términos biomédicos a un lenguaje que a menudo carece de equivalentes. Además en aquellos casos en que existen estos equivalentes, sus clientes a menudo o los desconocen o no están familiarizados con el fenómeno al que éstos se refieren (p.e., órganos, equipos técnicos, etc.).

Con el fin de aclarar la descripción que los pacientes hacen de sus síntomas, las mediadoras han de examinar todas sus respuestas hasta que tienen suficiente información para responder a las preguntas de los profesionales sanitarios. En muchos casos han de explicar cada concepto y también sucede, a veces, que ciertas preguntas no pueden formularse en presencia de los miembros del otro género o bien han de ser formuladas de forma indirecta (mediante algún tipo de introducción al tema a tratar o un uso eufemístico del vocabulario). Todos estos factores pueden hacer muy lenta la consulta, lo que frecuentemente irrita a los profesionales sanitarios. Para estos profesionales la cantidad de información que recopilan con la ayuda de la mediadora no está en relación con el tiempo que han de emplear para obtenerla.

Tal y como ya han señalado otros autores, hemos observado que las mediadoras no siempre traducen de forma literal y además suelen reproducir al profesional sanitario únicamente aquella información que ellas consideran constituye lo esencial del intercambio con su cliente ("lo que es médicamente relevante"). Sin embargo es muy poco probable que ellas mismas tengan

capacidad para distinguir lo que es médicamente relevante de lo que no lo es. Como Faust y Drickey han señalado, es difícil que puedan determinar hasta qué punto la información contextual es relevante o no para el diagnóstico clínico. También puede darse el caso de que traduzcan lo dicho por la paciente de forma muy escueta, con lo que de forma implícita están actuando en defensa de los intereses del profesional sanitario, puesto que así consiguen que la consulta proceda de forma fluida y rápida. Desafortunadamente esta estrategia puede llevar a ambigüedades, falsas interpretaciones y confusión.

A veces los clientes piden explícitamente a la mediadora que no traduzca ciertos comentarios al profesional sanitario, lo que añade aún más dificultades a la ya fragmentada e incompleta visión que éste pueda tener sobre el caso. Pero también sucede que cuando las mediadoras consideran que cierto comentario es muy importante, pueden llegar a convencer a sus clientes para que les permitan transmitir esta información a los profesionales sanitarios.

Un problema central asociado al programa de mediación en salud es la falta de formación entre los profesionales sanitarios para colaborar con las mediadoras. De hecho, tan sólo un grupo de estos profesionales, en concreto el de las enfermeras sociales empleadas en los centros de atención materno-infantil, han recibido una formación aceptable. Existen muchos casos en los que las mediadoras y los profesionales sanitarios nunca han llegado a discutir cómo conciben cada uno de ellos su colaboración, hasta qué punto las mediadoras han de traducir literalmente, qué hacer cuando consideren que cierta pregunta no es apropiada, etc. Además la constante presión del tiempo hace que apenas tengan oportunidad de discutir todos aquellos problemas que surgen durante su trabajo, lo que frecuentemente exaspera a ambas partes y canaliza una fuerte carga de estrés hacia la mediadora.

Estos problemas se ven reforzados por el hecho de que los profesionales sanitarios no son conscientes de la complejidad de la comunicación intercultural y la importancia que los significados culturales tienen para las enfermedades y la provisión de servicios sanitarios.

En los hospitales hallamos evidencias constantes de que muchos profesionales sanitarios no confían en las mediadoras cuando se encuentran ante una barrera lingüística o cultural. A veces prefieren trabajar con intérpretes informales (familiares, amigos del paciente) o con la señora de la limpieza que suele ser marroquí. Varios estudios publicados coinciden en que tales estrategias han de evitarse, puesto que los intérpretes informales carecen de las habilidades

necesarias y además es poco probable que en su presencia se puedan tratar temas delicados. Sin embargo a los profesionales sanitarios les resulta más sencillo trabajar con intérpretes informales ya que estos están disponibles de forma inmediata. También puede suceder que en los hospitales más grandes algunos de los profesionales ni tan siquiera sepan que el programa de mediadoras se está realizando en el centro hospitalario.

Otro problema deriva del hecho que a menudo las mediadoras no se encuentran en el hospital cuando se las necesita, puesto que tan sólo desarrollan su actividad medio día una vez por semana. Todos estos factores hacen que apenas se produzcan encuentros entre la paciente, la mediadora y el profesional sanitario. Hemos observado también que en muchas ocasiones las mediadoras no se hallan presentes en aquellos momentos en los que su intervención más podría haber afectado a la calidad de la atención, como sucede por ejemplo al terminar el efecto de la anestesia, cuando los pacientes están pasando revisiones médicas, etc.

Impacto de los factores biográficos y psicológicos

Observamos que a veces las mediadoras se niegan a traducir ciertas cuestiones a sus clientes porque las consideran inapropiadas. En particular, éste es el caso de aquellas preguntas referidas a la vida personal de sus clientes (p.e. relación marital). Muchas veces no traducen ciertas preguntas referidas a la relación marital y a la vida familiar porque las consideraban como una intrusión inaceptable en la intimidad de sus clientes (o bien estiman que ellas las percibirían como tales) y porque ellas mismas se oponían a "las tendencias emancipatorias/asimilacionistas" implícitas en dichas preguntas². Algunas mediadoras argumentan que los profesionales sanitarios "quieren cambiar su cultura". Igualmente temen las posibles reacciones de los maridos de sus clientes ante estas preguntas y el que estas situaciones ocasionen que en el futuro no puedan continuar su trabajo.

El material que disponemos contiene evidencias que algunas mediadoras pueden decidirse a traducir o no este tipo de preguntas, según la actitud que ellas mismas tengan dada su propia herencia cultural (especialmente en el caso de todos aquellos temas derivados de su rol como mujeres) y por supuesto a su propia relación con la comunidad flamenca. Las mediadoras con una perspectiva marroquí tradicional en relación a los roles de género que perciben de forma positiva a su propio grupo étnico, suelen tener más problemas a la hora

² Dos ejemplos de preguntas de este tipo: ¿Puedes salir sola? ¿Te ayuda tu marido en la educación de los niños?

de preguntar sobre la vida privada de su cliente y tienen menos interés en promover, por ejemplo, el uso de anticonceptivos.

Por otra parte, a menudo las mediadoras desean discutir sobre terapias tradicionales con sus clientes y con los profesionales sanitarios y hacen todo lo posible por convenir una sesión de cura tradicional en el mismo hospital. Por su parte aquellas otras con opiniones más próximas a las de los profesionales sanitarios flamencos, a veces tienen incluso más interés que ellos mismos en la emancipación de sus clientes y en promover entre éstas el uso de anticonceptivos. Algunos autores han señalado que estas mediadoras pueden no estar dispuestas a discutir ciertos temas con fuertes connotaciones culturales (remedios populares) porque no quieran verse asociadas a éstos.

Varios autores argumentan que algunas mediadoras en salud desean "pasar a formar parte del grupo mayoritario" (tal y como de hecho sucede con otros muchos inmigrantes de segunda generación), para de esta forma escapar a algo que es percibido como una autoidentificación negativa. El entorno en el que estas mediadoras trabajan (en colaboración con profesionales sanitarios flamencos que ostentan un mayor poder, *status* y conocimientos) constituye en muchos casos una réplica a pequeña escala de las relaciones étnicas en la sociedad flamenca global. Esta situación puede llegar a reforzar aún más su deseo de transitar de una comunidad a otra. Según Lutz, la formación como mediadoras produce un efecto similar.

Todos estos procesos influyen sobre la forma en que las mediadoras representan los puntos de vista de sus clientes y provocan que algunas de ellas sean menos sensibles a los valores y los sistemas de creencias de su propio grupo. Este puede ser el motivo por el que las mediadoras y los profesionales sanitarios apenas lleguen a discutir acerca de modelos explicativos, percepción de los pacientes de su problema de salud, remedios populares, etc.

Por otra parte, algunos profesionales sanitarios, y esto atañe en especial a los médicos, muy a menudo no disponen de tiempo para discutir factores culturales que pueden ser fundamentales en la provisión de atención en salud (en ciertas ocasiones también han demostrado no estar interesados en estos temas). Otros autores han observado que la presencia y la intervención de mediadoras en salud no conduce necesariamente a que se preste una mayor atención a los conceptos de enfermedad y tratamiento manejados por las pacientes o a otros aspectos culturales en atención sanitaria.

Es importante destacar el hecho de que cinco mediadoras marroquíes, de un total de veintinueve, han pedido ayuda profesional ante problemas psicológicos que ellas mismas asociaban con el trabajo realizado durante el pasado año. Tal y como hemos señalado, la situación personal de muchas de estas mediadoras las hace psicológicamente vulnerables. No obstante, a esta vulnerabilidad se le une el estrés asociado a la doble lealtad que éstas han de mantener tanto hacia sus clientes como hacia los profesionales sanitarios. Estas situaciones pueden llegar a darse cuando las mediadoras han de confrontar las actitudes negativas de algunos profesionales sanitarios flamencos con las reacciones agresivas por parte de algunas de sus clientes más tradicionales. Generalmente se percibe a las mediadoras como un grupo que corre el riesgo de desarrollar el llamado "síndrome de desgaste" ("burn-out syndrome") como resultado del estrés asociado a su trabajo.

Mediación cultural

La mayoría de los grupos de profesionales sanitarios que trabajan con las mediadoras no solicitan información sobre aspectos culturales de las poblaciones con las que trabajan. Sólo las enfermeras sociales ("social nurses") que trabajan en los centros de atención materno-infantil constituyen la excepción, debido probablemente al hecho de que pasan más tiempo con las mediadoras (paseando o conduciendo con ellas de camino a las visitas domiciliarias). Existe un contraste llamativo entre el interés que muchos profesionales demuestran por recabar información sobre aspectos culturales en general y su casi absoluta falta de atención por aquellos aspectos culturales específicos que pueden surgir durante sus intervenciones con pacientes individualizadas.

Con el fin de poder responder a esta necesidad de información, algunas mediadoras han organizado, junto con la organización para la que éstas trabajan, sesiones especiales de formación para profesionales sanitarios. Estas sesiones resultan de gran utilidad puesto que la mayoría de ellos nunca habían recibido una formación específica para trabajar con pacientes procedentes de minorías étnicas³. Sin embargo, existe el peligro de que una información tan generalizada pueda llegar a generar o reforzar los estereotipos ya existentes en torno a estas minorías. También puede contribuir a la tendencia que tienen los

³ Después de más de 20 años desde la llegada de inmigrantes marroquíes y turcos, aún se da el caso de profesionales sanitarios que trabajan en hospitales con estos pacientes y declaran que tanto unos como otros hablan el mismo idioma y que ambos países son "exactamente iguales".

profesionales sanitarios a atribuir los problemas de los pacientes a sus particularidades culturales, ya que su cultura es percibida de forma distorsionada y como réplica casi exacta de la cultura de su país de origen.

Las mediadoras señalan que no siempre les resulta fácil responder a las preguntas que los profesionales sanitarios les formulan acerca de ciertos elementos culturales. Su conocimiento suele estar limitado por la forma en que "se hacen y se perciben las cosas en su propia familia". El que ellas mismas estén familiarizadas con ciertos remedios populares, formas tradicionales de medicina marroquí, etc., viene dado por factores puramente casuales, biográficos. Muchas de ellas temen difundir entre los profesionales sanitarios información falsa sobre del Islam, por lo que, intentan formarse a partir del Corán o de algunos estudios académicos sobre el tema para así poder dar con las respuestas adecuadas. Esta estrategia, sin embargo, puede conducir a equívocos, puesto que la forma en que la comunidad marroquí vive el Islam en Bélgica difiere en muchos aspectos de la del Islam oficial. Además cabría preguntarse si realmente el Islam afecta tanto la provisión de atención sanitaria como podría sugerir el gran número de preguntas planteadas por los profesionales sanitarios.

Defensa del paciente

Para las mediadoras resulta bastante complicado el defender abiertamente los intereses de sus clientes debido principalmente al bajo *status* que ellas mismas detentan. En aquellos casos en que llevan adelante dicha defensa, su éxito depende entre otros factores como las actitudes de los profesionales sanitarios con los que colaboran y de su confianza en sí mismas. O'Neil ha argumentado que para que las mediadoras puedan realizar su trabajo con éxito han de ocupar una buena posición dentro de la estructura socio-política de la institución, una posición que les permita cuestionar la estructura de autoridad. Este no es el caso de las mediadoras flamencas. Desafortunadamente muchas de ellas tienen poca seguridad en sí mismas, especialmente cuando trabajan en un hospital; además cabría cuestionarse cuántas disponen de las habilidades necesarias para poder discernir qué es lo mejor a la hora de defender los intereses de sus clientes.

Conclusiones y recomendaciones

Este estudio muestra que el programa de mediadoras en salud puede con-

ducir a una mejora en la calidad de la atención ofrecida a las pacientes marroquíes siempre y cuando se haga un uso adecuado de los servicios de la mediadora. También hallamos algunas evidencias que su intervención puede afectar de forma positiva al estado de salud de sus clientes.

Existen, no obstante, muchos factores que obstaculizan la eficacia del programa. Estos factores están principalmente asociados a: 1) La complejidad de la comunicación/interpretación intercultural; 2) Los procesos psicológicos y biográficos de las mediadoras; 3) La falta de conocimientos y capacidades por parte de los profesionales sanitarios para colaborar con las mediadoras; y 4) El bajo *status* social que detentan estas últimas.

Si queremos mejorar la eficacia tanto de este programa, como de otros similares, es fundamental concienciar a los profesionales sanitarios acerca de las complejidades de la comunicación/interpretación intercultural y hacerles ver las ventajas surgidas de un tipo de intervención en el que se obtienen modelos explicativos para la enfermedad y el tratamiento a partir de encuentros individualizados con las pacientes. Tal y como argumenta Anderson, mientras que los profesionales sanitarios carezcan de dicho interés, existe el peligro real de que las mediadoras sigan constituyendo un grupo escasamente cualificado cuya labor, siguiendo los dictados de la medicina occidental, sea, simplemente, la de filtrar información hacia los miembros de su comunidad [10]. Lo que resulta evidente es que las mediadoras no se encuentran en una posición que les permita poner en tela de juicio la agenda de los profesionales sanitarios. Es igualmente esencial que las mediadoras y los profesionales sanitarios se formen conjuntamente para aprender a colaborar entre ellos.

Si queremos que las mediadoras defiendan de forma efectiva los intereses de sus clientes es preciso que éstas ocupen posiciones socio-políticas que les permitan retar la autoridad médica. Al mismo tiempo han de facilitarse procedimientos que les ayuden a identificar los principales intereses de sus clientes. En dichos procedimientos hay que incluir, por supuesto, la consulta a profesionales sanitarios independientes puesto que las mediadoras no tienen la formación necesaria para juzgar lo que sus clientes precisan desde un punto de vista médico.

La formación de las mediadoras ha de prestar especial atención a la influencia que los procesos psicológicos y biográficos tienen sobre el desempeño de su trabajo. Así mismo, éstas han de contar con el apoyo necesario

para evitar que se desgasten debido a la intensa actividad que realizan.

La eficiencia y la efectividad del programa en los hospitales se beneficiaría en gran medida con un sistema de control informático de las pacientes en el que también vinieran registradas las mediadoras. De esta forma, cada mediadora estaría automáticamente disponible para asistir a las pacientes en aquellas intervenciones en las que más se precisara su presencia. No obstante, los efectos del programa sobre la calidad de la atención en salud seguirán siendo muy limitados en tanto que la presencia de las mediadoras en los hospitales siga siendo tan escasa y los profesionales continúen cuestionando sus servicios de forma sistemática.

Finalmente, queremos destacar el hecho de que la introducción del programa de mediación en salud sólo constituye una pequeña aportación dentro una política global sanitaria orientada hacia la mejora del estado de salud de las minorías étnicas. Programas similares en Inglaterra han sido criticados por miembros de las comunidades étnicas. Estos cuestionan los modelos de desigualdad en salud en los que se basan dichos programas, puesto que consideran que estos modelos culpán implícitamente a sus culturas de los fracasos en la provisión de una atención sanitaria adecuada. Señalan también que tales programas conllevan una ideología que culpabiliza a las víctimas y no consideran las diferencias en atención sanitaria según la clase social y el grupo étnico de los pacientes (los efectos de la pobreza). Resultados de investigaciones epidemiológicas indican que el estado de salud de las minorías étnicas no se elevará de forma significativa mientras no mejore la desventajosa posición socio-económica de estas minorías.

Bibliografía

Ahmad WIU. Policies, pills, and political will: a critique of policies to improve the health status of ethnic minorities. *The Lancet*, 1989; i; 148-150.

Ahmad WI (ed). *The politics of "race" and health*. Bradford: University of Bradford and Bradford Ilkley Community College (Race Relations Research Unit), 1992.

Andersen ML. Studying across difference. Race, class, and gender in qualitative research. In: Stanfield, JH, Demlis RM, eds. *Race and ethnicity in research methods*. Newbury Park: Sage, 1993.

Anderson JM. Ethnicity and illness experience: ideological structures and the health care

delivery system. *Social Science and Medicine*, 1986; 22 (II): 1277-1283.

De Muynck A. Waar wonen Ali en Fatima en welke problemen hebben ze met onze Belgische geneeskunde? [Where do Ali and Fatima live and which problems do they face in Belgian health care?] *Acta Medica Catholica*, 1990; 4: 29-40, 79-80.

De Vos G. Ethnic pluramism: conflict and accommodation. In: De Vos G, Romanucci-Ross L (eds.). *Ethnic identity. Cultural continuities and change*. Palo Alto: Mayfield Publication Company, 1975: 5-41.

Downing BT. The use of bilingual/bicultural workers as providers and interpreters. *International Migration*, 1992; XXX: 121-130.

Eppink A. *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten in Nederland*. [Cultural differences and communication. Problems with care for migrants in Holland.] Alphen a/d Rijn: Samson, 1981: 310.

Faust S, Drickey R. Working with interpreters. *The Journal of Family Practice*, 1986; 22(2): 131-138.

Haffner L. Translation is not enough. *Western Journal of Medicine*, 1992; 157(3):255-259.

Hermans, Ph. Aicha Qandicha à Bruxelles: les troubles mentaux et leur traitement chez les immigrants marocains. In: Gaudier JP, Hermans Ph, eds. *Des Belges Marocains*. Brussel: De Boeck Université, 1991:200-265.

Hermans, Ph. Introduction. Quelques données de base concernant l'immigration Marocaine en Belgique. In: Gaudier JP, Hermans Ph, eds. *Des Belges Marocains*. Brussel: De Boeck Université. 1991: 1-12.

Kaufert JM, Koolage WW. Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science and Medicine*. 18 (3), p. 283-286, 1984.

Lutz H. *Welten verbinden: Türkische Sozialarbeiterinnen in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 1991: 291.

O'Neil JD. The cultural and political context of patient dissatisfaction in cross-cultural clinical encounters: a Canadian Inuit study. *Medical Anthropology Quarterly*, 1989;3 (4), p. 325-344.

Peeters R, De Muynck A. De zorg voor allochtonen. De aandacht voor Marokkanen en Turken in de Vlaamse gezondheidszorg. [Health care for ethnic minorities. The atten-

tion for Turks and Moroccans in Flemish health care.] *Gezondheid. Theorie in praktijk*, 1994; 2 (2): 84-100.

Putsch RW. Cross-cultural communication. The special case of interpreters in health care. *Jama*, 1985; 254 (23): 3344-3348.

Renaerts M. Rites de passage: l'exemple du mariage. In: Gaudier JP, Hermans Ph, eds. *Des Belges Marocains*. Brussel: De Boeck Université, 1991: 57-93.

Rocheron Y. The Asian Mother and Baby Campaign: the construction of ethnic minorities health needs. *Critical Social Policy*, 1988; 22: 4-23.

Rocheron Y, Dickinson R, Khan S. *Evaluation of the Asian Mother and Baby Campaign*. I. Assessment of the Linkwork Scheme. Leicester: Centre for Mass Communication Research University of Leicester, 1988: 414.

Saldov M, Chow P. The ethnic elderly in Metro Toronto Hospitals, nursing homes, and homes for the aged: communication and health care. *International Journal of Aging and Human Development*, 1994; 38 (2):117-135.

Van Dijk R. Cultuur als excuus voor een falende hulpverlening. [Culture as an excuse for the failure to deliver care.] *Medische Antropologie* 1989; 1 (2): 131-143.

POBLACIÓN TURCA EN EUROPA: SERVICIOS DE SALUD, ELECCIONES Y ALTERNATIVAS

Akile Gürsoy Tezcan

El objetivo de este artículo es compartir algunas ideas acerca de los emigrantes, la información disponible en torno a este tema y proponer algunas sugerencias sobre áreas de investigación en el futuro.

Todo ser humano tiene derecho a una vida saludable en la misma medida que tiene derecho a la vida, a tener un juicio justo o a recibir una educación. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge de forma explícita que todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida tal que garantice un buen estado de salud y bienestar tanto para sí mismo como para su familia, un derecho que implica a su vez el acceso a comida, vestido, vivienda, atención médica y demás servicios sociales que necesite. Es evidente que ésta es una afirmación utópica, ya que desgraciadamente hoy día la mayor parte de la población mundial no disfruta de tal derecho.

Según la Organización Mundial de la Salud "la salud no es la mera ausencia de enfermedad sino que también implica un estado de completo bienestar físico, mental y social". Al definir así el concepto de salud se está haciendo referencia a un ideal más que a un derecho inapelable de las personas. A pesar de que la salud constituye un derecho fundamental, desgraciadamente para muchas personas se ha convertido en algo inalcanzable. Querría también recordar en esta sesión la definición que la OMS hace de una "persona normal": se considera como una "persona normal" a aquella que está en paz consigo misma, con su familia, sus vecinos y amigos más cercanos y con su comunidad, pero sobre todo y en última instancia, aquella persona que está en paz con Dios. Más adelante volveré sobre este tema para explicar por qué he considerado importante hacer referencia a éste último aspecto de claras connotaciones religiosas.

En Europa actualmente uno de cada siete hombres es un trabajador extranjero, por lo que en cierta forma podríamos afirmar que la presencia de extranjeros constituye uno de los elementos característicos de la realidad europea. Si

* Profesor de Antropología, Departamento de Relaciones Internacionales, Universidad de Marmara, Estambul, Turquía.

nos referimos a la población turca en particular, observamos que ésta supone el 15% del total de los extranjeros que residen en Europa occidental, un porcentaje bastante elevado. Los países donde reside un mayor número de emigrantes turcos son Alemania, Francia y Holanda, aunque de hecho los hallamos repartidos por toda Europa Occidental.

Al analizar el fenómeno de la emigración es fundamental reconocer los movimientos históricos y políticos que se han producido en los países receptores. Por ello, haciendo un breve resumen de la historia de los procesos migratorios en Europa en general y en Alemania en particular, podemos distinguir un primer período entre 1961 y 1973 en el que comienzan a llegar las primeras oleadas de emigrantes. Estos emigrantes son principalmente trabajadores que han llegado sin sus familias, tratándose por tanto de una emigración casi exclusivamente de hombres si bien poco después comenzaron a llegar también mujeres trabajadoras de forma gradual.

El segundo período abarca entre 1974 y 1981, que se caracteriza por la reunificación de las familias, de forma que al primer grupo de emigrantes se le van uniendo hijos, esposas y maridos. Finalmente se abre una tercera fase entre 1982 y 1992, período en el que los países receptores tratan de frenar el flujo de emigrantes y, de hecho, intentan devolverlos a sus países de origen. En esta última fase se produce un ligero aumento en el número de emigrantes pero nunca se llegan a alcanzar los niveles de períodos anteriores.

A lo largo de mi intervención voy a defender una perspectiva holista a la hora de estudiar el fenómeno migratorio. Creo que el análisis de la situación de los emigrantes ha de ir más allá de la realidad que éstos tienen que afrontar cuando emigran a Europa. La idea es realizar un análisis que trascienda las fronteras y que nos permita comprender la nueva situación que estos emigrantes han de afrontar una vez que vuelven a Turquía sin desconectarlos de las experiencias que han tenido en el país receptor. Creo que para estas personas y para sus familias es muy importante el poder desplazarse a través de la frontera, algo que les permite ser recibidos en ambos países. La mayoría de los emigrantes que retornan de Europa y en particular de Alemania, a pesar de haber conseguido una serie de bienes materiales y un nivel de bienestar, han encontrado problemas de adaptación de vuelta en sus propios países. Este es el caso, por ejemplo, de los emigrantes turcos.

La familia media turca en Alemania está compuesta por 4,1 personas, mientras que la alemana la forman 2,3 personas, lo que demuestra que los turcos con-

servan una estructura familiar extensa en el país al que han emigrado. La comunidad turca es percibida como el grupo social más orientado hacia la familia, tal y como muestran los resultados de una investigación en la que los ancianos turcos se mostraron más satisfechos en cuanto a su convivencia y trato familiar que los de otras nacionalidades.

Atendiendo a la distribución por sectores de ocupación, podemos apreciar que es la industria, la que con un porcentaje del 60% emplea un mayor número de trabajadores turcos. Le siguen los servicios con un 16%, el comercio con el 7%, y a partir de ahí se suceden el sector energético, minería, seguros, agricultura, etc. Es muy importante destacar que últimamente está surgiendo un grupo creciente de hombres de negocios y nuevos empresarios turcos que han ido esforzándose para llegar a constituir un grupo de clase media. Son por tanto emigrantes que están contratando ellos mismos a otros trabajadores y que han decidido emplearse a fondo para poder seguir una trayectoria diferente en el país al que han emigrado. Creo que éste es un aspecto que tenemos que considerar cuando analizamos la situación general de los emigrantes.

Quiero referirme ahora a un par de problemas de salud recogidos en algunos artículos que leí durante el mes pasado. La incidencia de la tuberculosis entre los emigrantes turcos sigue siendo elevada, una enfermedad que como todos sabemos va asociada a situaciones de pobreza. Sin embargo no podemos olvidar que todos los emigrantes legales antes de ser aceptados en el país receptor tienen que pasar unos controles médicos muy estrictos para asegurar que disfrutan de buena salud y que no traen consigo ninguna enfermedad contagiosa.

Contamos con cifras muy interesantes referidas a los problemas de salud que afectan a esta población. Se halló que en los hospitales alemanes la edad media con la que los pacientes nativos sufrían una operación de *bypass* era de 55,9 años, mientras que entre los pacientes turcos descendía a 46,2 años. Esta diferencia nos lleva a concluir que los emigrantes turcos tienen un ritmo de envejecimiento 10 años por delante de la población alemana. A partir de estos datos podemos suponer que su situación en otros ámbitos es similar. De hecho, se estima que los trabajadores emigrantes sufren accidentes laborales 2,5 veces más que los alemanes.

Resulta significativa la gran cantidad de publicaciones referentes a las condiciones psicológicas y psiquiátricas de los trabajadores extranjeros. Como antropóloga creo que sería interesante hacer un estudio que analizara a qué se debe

tanto interés por este tema en particular. Los problemas psicológicos y psiquiátricos constituyen un elemento importante al analizar el fenómeno migratorio y, de hecho, los conflictos de identidad entre los trabajadores turcos han sido ya investigados desde muy diversas perspectivas.

Todos los estudios consultados coinciden en el hecho de que las mujeres padecen en mayor medida que los hombres los efectos de estos tipos de enfermedades y presiones psicológicas. En particular, observamos que entre las generaciones mayores, son las mujeres las que presentan los índices más elevados de depresión. Aunque este tipo de problemas también se dan en el resto de las mujeres, parece ser que las turcas son las más afectadas. Tal y como ya mencionó alguien en esta reunión, el grado de satisfacción en cuanto a la asistencia sanitaria recibida suele ser menor entre las mujeres turcas que entre los hombres. Todos estos datos nos llevan a concluir que tenemos que prestar más atención a las diversas situaciones en que viven las mujeres emigrantes y analizar estas situaciones desde una perspectiva diferente que nos permita explicar el porqué de sus particularidades.

También podría citarles algunos datos importantes referidos a la situación de los jóvenes emigrantes entre 15 y 18 años que viven en Alemania. Tan sólo un 37% de ellos completan su educación como aprendices, un porcentaje que en el caso de los jóvenes alemanes se eleva a un 70%. Ante estos datos es importante el destacar que en 1987 el índice de jóvenes aprendices emigrantes era exclusivamente de 3,7, mientras que en la década de los 90 este mismo índice se había duplicado alcanzando el 7,6.

Existe un serio problema que, si bien no afecta a toda la sociedad, creo que sería relevante citarlo aquí. Un informe de Amnistía Internacional denuncia que en las prisiones alemanas la policía ha estado torturando emigrantes africanos, turcos y polacos, entre otros.

También me gustaría comentar otros hechos muy vinculados al tema de la inmigración: el racismo y la discriminación. Hace algunos meses asistí a un congreso en Alemania y decidí que, justo antes de ir, debía leer algo sobre la sociedad alemana. Tomé la enciclopedia que le había comprado a mi hijo y consulté la sección sobre Alemania dedicada a la población. Voy a leerles una sección que me pareció realmente alarmante, especialmente porque yo había comprado esta enciclopedia pensando especialmente en mi hijo. Dicha sección comienza:

Los turcos son un grupo étnico

"A principios de los 90, el índice de nacimientos en Alemania se encuentra entre los más bajos de Europa. Con un número creciente de personas mayores y cada vez menos jóvenes para sustentarlos, el poder mantener un sistema de pensiones y bienestar para los más mayores que ha llegado a convertirse en un grave problema económico y social. Actualmente hay que unir a este problema el crecimiento del número de extranjeros en el país y en particular de la población turca, un grupo que aglutina ya alrededor de 1,4 millones del total de 4,2 millones de extranjeros que residen en Alemania".

Me resultó muy preocupante el leer que en Alemania el crecimiento de la población turca es percibido como algo problemático, cuando de hecho los turcos no constituyen en sí mismos ningún problema de población. Sería por tanto interesante averiguar para quiénes más supone este hecho un problema. No podemos olvidar que esta enciclopedia es leída por estudiantes de instituto de habla inglesa para quienes la primera información que reciban sobre la población turca puede reducirse a la idea de que su presencia en Alemania constituye todo un problema.

Me gustaría sugerir que en un momento como éste, en el que tanto se habla y se escribe sobre aproximaciones alternativas a los procesos históricos de poblaciones, deberíamos ser especialmente sensibles y analizar cuidadosamente la forma en que los emigrantes son descritos en libros de texto y enciclopedias; todos sabemos que ésta puede ser una forma muy sutil de divulgar ciertas ideas y actitudes.

Voy a pasar ahora a otro tema que también tiene importantes repercusiones para los emigrantes turcos y quizás también para los yugoslavos, a pesar de que la presencia de estos últimos en Europa es menor. Al analizar sus problemas de salud, observé que a veces se crean situaciones de gran tensión en las consultas con los médicos. Este hecho suele suceder cuando los médicos turcos reciben en su consulta a algún emigrante también turco que está siguiendo una cura de tipo religioso o algún tratamiento tradicional, algo bastante normal entre la mayoría de la población turca. Los médicos alemanes y europeos parecen ser por lo general más flexibles en casos como estos, e incluso casi llegan a considerar que los pacientes tienen derecho a expresar o elegir sus propios métodos tradicionales en el tratamiento de enfermedades. Sin embargo los médicos turcos de orientación laica se alarman ante esta opción por considerar que lleva a la población turca a tratar sus problemas de salud desde una orientación totalmente irracional. Este tipo de situaciones generan tensiones tanto para los doctores como para los pacientes implicados en estos tratamientos.

En cierta forma estos problemas están muy relacionados con la concepción que predomina en Europa en torno al Islam. En particular me refiero a la forma en que se percibe el resurgimiento islámico en toda su complejidad, así como a los sentimientos, prejuicios y reacciones que éste suscita no sólo en Europa, sino también entre los gobiernos de los países emisores de emigrantes. Estos conflictos están impidiendo que los emigrantes puedan vivir en paz con su religión y con su forma tradicional de percibir la salud y la enfermedad. He de admitir que desconozco cómo podemos resolver todos estos problemas de forma positiva, tanto para su dignidad como personas, así como para la mejora de su situación como emigrantes. Pero lo que está claro es que antes que nada debemos reconocer todas estas tensiones y tratar de resolverlas. De hecho actualmente existen en Europa muchas organizaciones islámicas entre la población de emigrantes turcos, organizaciones que también generan sentimientos muy ambivalentes en la misma Turquía. Pero de cualquier forma no podemos olvidar que Turquía no es un país homogéneo sino que en él existen personas que están a favor de estas organizaciones como también existen otras que se alarman ante su proliferación. Dispongo de datos que muestran que en Alemania actualmente existen 250 ramas locales de una organización islámica que llega a aglutinar a 30.000 miembros activos.

Antes de concluir quiero comentar la necesidad que hay de llevar a cabo investigaciones sobre la población de turcos de clase media que actualmente residen en Europa. A través de estas investigaciones podríamos ir más allá de los problemas de pobreza que afectan dramáticamente a los emigrantes turcos. En particular dispondríamos de una mayor información sobre las diferencias y las semejanzas culturales que existen entre ellos mismos, reconociendo así que dentro de la población de emigrantes existen diferencias de clase, con lo que nos adentraríamos en un terreno muy importante.

Deberíamos analizar también los conflictos políticos que existen actualmente, como por ejemplo el que afecta a los bosnios, ciudadanos de la antigua Yugoslavia. No podemos seguir ignorando todas estas dinámicas puesto que hechos como estos son los que pueden llegar a determinar nuestra opinión acerca del destino de las personas. Todos nosotros, a pesar de nuestras utopías, queremos creer en un mundo donde haya armonía y convivencia entre las diferentes culturas. De hecho me resulta alarmante el ver que vivimos en un mundo carente de tolerancia y en el que estamos dispuestos a matar a todo aquel que no encaje con nuestras ideas.

Finalmente quiero manifestar mi acuerdo con aquello que se ha dicho referente a la necesidad de promover la colaboración a través de las fronteras. Creo que se precisa de una cooperación sincera entre los gobiernos a la hora de tratar el tema de los emigrantes turcos en Europa. No es justo esperar que sea el país anfitrión el que lleve adelante todas las medidas. Debemos reconocer que los emigrantes pertenecen a dos países al mismo tiempo y por ello sus particularidades y sus problemas han de ser afrontados correctamente tanto en su propio país como en el que los recibe.

RETOS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA MIGRACIÓN INDOCUMENTADA DE MÉXICO A ESTADOS UNIDOS

*Jorge A. Bustamante**

La controversia sobre las migraciones internacionales en general y de las migraciones de indocumentados en particular, ha hecho difícil una investigación de carácter científico sobre el tema. No se cuenta con un acervo de literatura en la que se informe y discuta a fondo los alcances y limitaciones de los métodos y técnicas usados para el conocimiento científico sobre ese fenómeno sociológico; el tiempo que los medios televisivos le dedican a este tema es mucho mayor de lo que se sabe con certeza científica. Lamentablemente al público le importa poco cómo se ha llegado a saber lo que se sabe sobre las migraciones internacionales, ni sobre cuánto ignoramos acerca de sus características básicas.

La prioridad de muchos para exponer interpretaciones sobre las causas y los efectos de las migraciones ha generado un ambiente de intolerancia. Parece necesario de hacer un alto en el camino para reflexionar sobre una pregunta básica: de dónde viene y hacia dónde va el conocimiento científico sobre las migraciones internacionales.

La intensidad y extensión de la ideologización y politización del tema de la inmigración, sobre todo en los países de acogida, ha llegado a interpretaciones apocalípticas sobre sus consecuencias. En varios de esos países se ha intensificado la vieja práctica política de culpar a los extranjeros de los males internos.

Esa intensificación no es tanto de curso lineal como cíclico. Hay un crecimiento de "xenofobias latentes" que ocurre en épocas de crisis económicas. Mi propia investigación sobre la relación entre crisis económicas y políticas anti-inmigratorias en Estados Unidos me llevó hace años¹ a identificar un patrón recurrente en la siguiente secuencia: a) la crisis económica se manifiesta en porcentajes crecientes de desempleo; b) el desempleo se presenta como políticamente intolerable; algunos políticos han llegado a proponer una relación de

¹ "Condiciones estructurales e ideológicas de la emigración mexicana indocumentada a los Estados Unidos", *El Economista Mexicano*, Vol. 13, N°2 (Marzo-Abril), pp.24-38.

* Sociólogo, Presidente de El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, México.

causa a efecto definiendo la presencia de extranjeros como la causa del desempleo; c) la construcción social de los inmigrantes extranjeros como "chivos expiatorios" de la crisis económica; d) de esta construcción social se derivan lógicamente propuestas de medidas de control para contener la inmigración extranjera o para expulsar a los extranjeros; e) tales propuestas conducen a debates legislativos que tienden a exacerbar un fenómeno creciente de ideologización y politización acerca de la inmigración internacional; f) la promulgación y ejecución de medidas anti-inmigratorias; g) la ideologización del tema conduce a la impunidad de quienes cometen abusos de los derechos humanos y laborales con los inmigrantes; h) la economía se recupera y el desempleo baja; i) el debate público sobre la inmigración internacional disminuye en el espacio y el tiempo que dedican los medios de comunicación masiva; j) se inicia un período de expansión de la economía y la visión de los efectos negativos de la inmigración tiende a diluirse hasta el punto que, a veces, surgen imágenes positivas de los inmigrantes en lugares destacados de los medios de comunicación. Esta tendencia se mantiene hasta que surge otra crisis económica.

Este ciclo tiene una versión análoga en cada país de acogida de la inmigración internacional. La recurrencia cíclica y su representación geográfica en diversos países de acogida, sugiere la hipótesis de que estamos en presencia de un "síndrome de irracionalidad colectiva" asociado cíclicamente a la inmigración internacional que afecta a los países de acogida en épocas de crisis económica. Esta hipótesis debería ser objeto de investigación y comprobación científica. Después de todo, qué objetivo puede proveer de una justificación social mayor a la actividad del científico que la desmitificación de la realidad y el combate contra la irracionalidad.

Esta reflexión metodológica consistirá de dos partes. La primera cubrirá aspectos teórico-metodológicos, que parten de la noción de la formulación teórico-conceptual como un elemento indispensable para hablar de una metodología referente a una práctica de investigación. La segunda cubrirá una serie de experiencias en el uso de varios métodos y técnicas para la investigación directa de la migración de México a Estados Unidos.

Construcción del marco teórico

La observación de la migración de México a Estados Unidos de manera directa y sistemática durante los últimos 25 años y el estudio de sus antece-

dentes históricos a lo largo del presente siglo, conducen a una definición de carácter empírico y a una distinción analítica de carácter teórico-metodológico².

En primer lugar, es preciso aclarar que la migración entre estos dos países ha sido principalmente de naturaleza económica y de carácter laboral.

La distinción analítica se refiere a lo que he llamado en otros trabajos las dimensiones, "perceptual o ideológica" y "estructural o económica"³. La necesidad de hacer esta distinción surgió de la aparente contradicción detectada al observar, por una parte, los datos directos e indirectos sobre el empleo de fuerza de trabajo mexicana en Estados Unidos a lo largo de este siglo y, por la otra, los datos de una investigación que realicé en 1980, sobre las percepciones de la inmigración mexicana en períodos de recesión económica; medidas a partir de una escala dicotómica de cero a dos, de signos positivo y negativo, con la que se clasificaron los contenidos de las noticias de los principales diarios de 12 ciudades de Estados Unidos, con mayor concentración de población de origen mexicano además de Washington y Nueva York. De esta revisión surgió una clasificación del contenido del texto a lo largo de una escala desde "muy desfavorable" a "muy favorable" respecto de la inmigración de mexicanos a esas diversas ciudades de Estados Unidos o al país en su conjunto. Se revisaron los

² J.A. Bustamante, "Structural and Ideological Conditions of the Undocumented Immigration to the United States". *American Behavioral Scientist*, Vol. 19, N° 3. New York, N.Y., 1976; "Commodity Migrants: Structural Analysis of Mexican Immigration", en: S.R. Ross ed. *Views Across the Border: The United States and Mexico*. Albuquerque, N.M.: University of New Mexico Press. 1978; "Mexican Migration; Political Dynamics of Perceptions", en: C. Reynolds, C. Tello eds. Stanford, Ca.: University of Stanford Press 1983; *Interdependence, undocumented Migration and National Security* en: J. A. Bustamante et al. eds. *Labor market interdependence*. Stanford, Ca.: University of California Press. 1992.

³ Me refiero a las siguientes obras donde desarrollé una distinción analítica entre la dimensión económica o estructural y la dimensión ideológica o política de la inmigración de indocumentados de México a Estados Unidos: J.A. Bustamante, "Commodity Migrants: Structural Analysis of Mexican Immigration", en: *Views Across the Border: the United States and Mexico*, Stanley Rodd (ed.). University of New Mexico Press, 1978. pp. 183-203; J.A. Bustamante "Condiciones estructurales e ideológicas de la inmigración mexicana indocumentada a los Estados Unidos", en: *El Economista Mexicano*, Vol. 12, N° 2, (Marzo-Abril) 1979, pp. 24-28; J.A. Bustamante "La migración indocumentada México-Estados Unidos: Relación entre dinámica política y estructuras económicas", en: *Primer encuentro sobre impactos regionales de las relaciones económicas México-Estados Unidos*, Vol. 3. Eliseo Mendoza Berrueto (ed.) 1992. pp. 241-310; J.A. Bustamante "Mexican Migration; Political Dynamics of Perceptions" en: *United States-Mexico Relations: Economic and Social Aspects*, C. Reynolds y C. Tello (eds.). Stanford University Press, 1983. pp. 259-276; J.A. Bustamante "La migración de los indocumentados", en: *E. Cotidiano*, Número Especial 1, 1987, pp. 13-29; J.A. Bustamante "La Política de inmigración de Estados Unidos; Un análisis de sus contradicciones", en: *Migración en el Occidente de México*, El Colegio de Michoacán, 1988, pp. 19-40.

diarios correspondientes a los años en que la respectiva recesión económica se identificó como tal y los años posteriores en que la crisis se había desvanecido⁴.

Contrario a lo que podría esperarse en términos de un cierto paralelismo en la dinámica de las percepciones sobre la inmigración de mexicanos y la dinámica de la demanda de su fuerza de trabajo desde Estados Unidos, se encontró una aparente independencia entre los cambios en una y otra dimensión. En otras palabras, en el período en el que las percepciones anti-inmigratorias, anti-mexicanas y la retórica xenófoba, aparecían en su más alto nivel, durante el tiempo de la recesión económica respectiva, la demanda estadounidense de fuerza de trabajo mexicana, no descendía significativamente⁵. Esto hizo suponer la existencia no sólo de una diferencia entre los intereses económicos detrás de la persistencia de la demanda de trabajadores mexicanos y los intereses políticos detrás de la retórica anti-mexicana y de las campañas anti-inmigratorias en cada período de recesión, sino también de una indiferencia ante la metodología que se requería para la investigación de una dinámica u otra.

Al hablar de dos dimensiones de un mismo fenómeno se está aludiendo a una misma realidad, cuya diversidad de manifestaciones requiere una diferenciación analítica que conduzca a la selección del enfoque metodológico epistemológicamente más apropiado para esa investigación científica.

No es lo mismo medir las variaciones en el empleo de migrantes mexicanos en Estados Unidos, que medir las percepciones sobre las ventajas cualitativas que trae consigo su presencia en aquel país. Aquí aparece la diferencia que justifica la distinción entre la economía y la sociología en las metodologías que convencionalmente se siguen en cada una de las dos ciencias.

Independientemente de que la dimensión económica sea susceptible de una medición cuantitativa y un análisis de datos más sofisticado, la dimensión ideológica no es menos real que la económica. Como diría el sociólogo W.I. Thomas, cuando la gente percibe algo como real, éso se convierte en real en sus consecuencias. Este aforismo se aplica nítidamente a la dinámica de lo que he llamado la "dimensión ideológica" de la inmigración internacional.

⁴ J.A. Bustamante, "Migración Indocumentada: la política de las perspectivas y la estructura de las realidades". VI Congreso Mundial de Economistas, México D.F., agosto 1980.

⁵ "Facts and Perceptions of Undocumented Immigration from Mexico", en: U.S.-Mexico Economic Relations, BW Poulsen, NT Osborn. Studies in International Economics and Business. Boulder Colorado: Westview Press.

Un ejemplo concreto de cómo las percepciones se hacen reales en sus consecuencias, lo tenemos a la vista los tijuanaenses en la cerca de acero que fue construida recientemente entre San Diego y Tijuana. Durante décadas, la frontera entre los dos países se marcaba de manera casi simbólica entre estas dos ciudades. La última crisis hizo que se repitiera el síndrome de xenofobia anti-mexicana hasta el punto que varios legisladores estadounidenses del partido republicano, representantes de los distritos electorales colindantes con Baja California, propusieron la militarización de la frontera como medida necesaria para detener la entrada ilegal tanto de "extranjeros ilegales", como del tráfico de drogas. Lograron que el ejército de Estados Unidos construyera la cerca de acero que conspicuamente separa ahora a las dos ciudades fronterizas, que tiene una longitud de poco más de 30 kilómetros en una frontera de más de tres mil kilómetros de longitud. Al parecer no hay indicación alguna de que la cerca haya detenido el narcotráfico a través de la frontera. Tampoco parece haber producido efectos significativos sobre la dinámica económica de la migración indocumentada de México a Estados Unidos; sin embargo sí produjo efectos significativos sobre la dimensión ideológica del mismo fenómeno. Para esos legisladores representó un factor considerable en el número de votos que les permitió ser reelegidos en las elecciones de 1992. Muchos votantes están convencidos de que la cerca fue una muy buena idea para detener a los "extranjeros ilegales" que perciben como causa de muchas calamidades que los aquejan.

Muchos de estos hechos simbólicos no han sido suficientemente estudiados (como por ej. la relación entre la retórica anti-inmigratoria y el comportamiento de los principales factores del mercado internacional de mano de obra al que acuden los inmigrantes indocumentados del Estado de California). Ciertamente la medición de los efectos que producen esos hechos simbólicos no se puede hacer con la misma metodología que sirve para enfocar los efectos de la conducta migratoria conceptualizada como la fuente epistemológica de los datos que corresponden a lo que he llamado la "dimensión estructural o económica", a lo que se dedica la siguiente sección.

Dimensión estructural

En una discusión epistemológica sobre las implicaciones teórico-metodológicas de la distinción analítica entre las dos dimensiones del fenómeno migratorio de México a Estados Unidos, resulta muy pertinente la distinción que hizo Max Weber entre lo que él llamó "erklärendes Verstehen" y "aktuelles Verste-

hen" ⁶. El sociólogo alemán propuso que en el estudio científico de los fenómenos sociales hay aspectos de su realidad que pertenecen a una dimensión subjetiva en la que se ubican los valores, las creencias, las ideas o los mitos. A esa dimensión Weber la llama "intersubjetiva" en la medida en que se comparte culturalmente por los miembros de una comunidad. A esta dimensión corresponde un entendimiento (*Verstehen*) de una naturaleza epistemológica particular. Esta particularidad se desprende de la naturaleza del "dato" a partir del cual se puede entender lo cultural. Ese dato, conceptualizado por Weber como el "*Gemeinter Sinn*" o sentido culturalmente o intersubjetivamente compartido por los miembros de una comunidad, pertenece epistemológicamente a una dimensión diferente de la que corresponde al dato de la conducta migratoria objetivamente observable ⁷.

Para interpretar científicamente los datos que corresponden a la dimensión cultural o intersubjetiva, el observador debe buscar una interpretación que pueda llevarse a un nivel "adecuado" (*Sinnhaft adäquat*) en el plano del significado cultural de los datos. En la medida en que el sociólogo organiza su observación científica de la realidad, que se le presenta de manera compleja y desarticulada, a partir de un enfoque sobre las relaciones sociales, se puede separar, siguiendo a Weber, la dimensión inter-subjetiva de esas relaciones de su dimensión objetiva-conductual.

⁶ Max Weber, "Grundriss der Sozialökonomie: III Abteilung, "Wirtschaft und Gesellschaft", Tübingen: Verlag von J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), 1925. En la primera sección, titulada "Methodische Grundlagen" (Premisas metodológicas básicas), sección 5, pp. 3-4, Weber hace la distinción dual entre dos tipos de "entendimientos", después de su famoso dictum de que "Verstehen" es de lo que se trata la sociología. Esta distinción dual es entre a) "aktuelles Verstehen" que se refiere al entendimiento del comportamiento con un significado cultural, directamente observable, y b) "erklärendes Verstehen" que se refiere al entendimiento que se alcanza para propósitos explicativos, mediante la interpretación cultural de las acciones sociales. Esta dicotomía inspiró la distinción básica que hacemos en este trabajo donde la "dimensión cultural" corresponde a un intento de b) y la dimensión interaccional corresponde a un intento de a).

⁷ Aquí se arguye que una de las distorsiones más graves del enfoque epistemológico de Max Weber al estudio de las relaciones sociales se deriva de la traducción de Talcott Parsons de "Sinnhaft adäquat" y "Gemeinter Sinn" como "subjetivamente adecuado" y "significado subjetivo" respectivamente. Hay pocos conceptos tan críticos para entender la teoría sociológica de Weber como el concepto de "Sinn" (significado). La lectura de los escritos originales lleva a interpretar este concepto como "un sentido cultural que se le da comúnmente a un comportamiento o a un símbolo cuyo significado es subjetivamente compartido por los miembros de una comunidad". Esa es una interpretación de "Sinn" como una construcción social, claramente independiente en origen de la individual subjetiva. La traducción de Parsons para "Sinn" resulta más cercana a su propio enfoque epistemológico, a la acción social anclada en la individualidad subjetiva de actitudes. La preocupación explícita de Weber por una identidad legítima de la sociología como campo del conocimiento coloca al dato de "Sinn" en la naturaleza social de la comunidad, mientras que Parsons coloca el dato de "significado subjetivo" en la naturaleza psicológica del individuo.

Respecto de la primera dimensión, el sociólogo debe proponerse alcanzar una comprensión (*Verstehen*) al nivel que Weber llama "*Sinnhaft adäquat*". Pero esas relaciones sociales tienen una manifestación objetiva que se expresa en conductas observables. Esto permite cuantificarlas y medirlas si se cuenta con los conceptos adecuados. Esta característica epistemológica del dato correspondiente a una conducta observable permite un nivel de entendimiento científico más sofisticado al que Weber llamó "*Kausal adäquat*" (comportamiento manifiesto) en el plano de las asociaciones causales⁸. La organización de esos datos de la realidad bajo el estudio del sociólogo lo lleva a enfocar la dimensión objetiva de las conductas interaccionales de los actores en las relaciones sociales que le interesa entender.

Aplicado el marco teórico formulado por Max Weber al reto de entender la migración indocumentada de México a Estados Unidos se podría decir que la diferencia entre un "*aktuelles Verstehen*" y un "*erklärendes Verstehen*" podría ilustrarse con la diferencia entre las preguntas de: a) cuántos están cruzando la frontera sin documentación migratoria y, b) por qué lo están haciendo. Esa diferencia no alude a la cualidad científica de los datos producidos respecto de una u otra dimensión de la realidad, sino a la elección del método científico adecuado. La diferencia entre la commensurabilidad de la "dimensión ideológica" y de la "dimensión estructural", se deriva de la diferencia en el estado de avance de la medición científica de lo cultural, frente al estado de avance de la medición científica de lo económico.

Supuestos básicos

La premisa básica del marco teórico-metodológico que aquí se propone para el estudio de la migración de México a Estados Unidos es que ésta ocurre en un contexto de procesos de interacción entre personas de dos países dentro de un espacio que abarca los dos lados de la frontera internacional. Éste es particularmente el caso de la inmigración indocumentada desde México a Estados Unidos.

En términos generales, la migración de mexicanos a Estados Unidos se puede conceptualizar como el resultado de procesos de interacción entre empleadores

⁸ El segundo párrafo de la sección 7 del primer capítulo de "*Wirtschaft und Gesellschaft*" no deja ninguna duda del énfasis de Weber en el comportamiento "manifiesto como dato que se requiere para el nivel «*Kausal adäquat*» de entendimiento científico de las acciones sociales, que debe entenderse en contraposición con la naturaleza "cultural" del dato que se requiere para el nivel "*Sinnhaft adäquat*".

estadounidenses y trabajadores mexicanos. Si bien esta conceptualización no cubre el 100% de la migración entre los dos países, sí ha cubierto la mayor parte de la migración a lo largo de una historia de más de cien años. Esos procesos de interacción social ocurren dentro de un mercado laboral que es por naturaleza internacional, porque los actores que personifican la demanda de fuerza de trabajo mexicana desde Estados Unidos, son de diferente nacionalidad que la de los actores que personifican la oferta laboral correspondiente desde México.

El concepto de "interacción social" se entiende aquí como lo usó Weber. Es decir, como la conducta que se orienta hacia el sentido culturalmente compartido de la conducta de otro. Esta noción resulta insuficiente para entender la migración de México a Estados Unidos sin el complemento estructural de otro concepto weberiano: el de "mercado de trabajo". Aquí la noción de mercado es sustancialmente diferente de la que se usa convencionalmente en la economía clásica y neoclásica. Para evitar confusiones Weber le llamó "mercado imperfecto"⁹. Esto se refiere a patrones de interacción social entre personas que ocupan posiciones diferentes de poder económico a partir de las cuales realizan intercambios de dinero por fuerza de trabajo. La diferencia más importante entre la noción clásica de "mercado" y la del enfoque weberiano es de carácter teórico.

La primera supone un mínimo de simetría en el poder económico de quienes representan la oferta respecto de quienes representan la demanda, como condición necesaria para que ocurra una tendencia al equilibrio en la dinámica de los acuerdos sobre el precio o valor de cambio de los bienes que son objeto de mercadeo. En cambio, lo que Weber llama "mercado imperfecto" supone condiciones de asimetría de poder entre quienes representan la oferta de fuerza de trabajo y quienes representan su demanda, pues es precisamente esa asimetría de poder lo que explica los acuerdos sobre el precio o salario que se

9 Wolfgang J. Mommsen, "Max Weber und die deutsche Politik 1890-1920", pp. 23-54, citado por Dirk Käsler en "Max Weber: An introduction to his life and work" (Chicago: University of Chicago Press, 1988). En esta cita Mommsen se refiere a los estudios detallados que hizo Weber de la agricultura en la región del río Elba, donde analizó en más de doce publicaciones que aparecieron entre 1892 y 1894 (aún sin traducirse del alemán) las condiciones de los trabajadores agrícolas, incluso trabajadores emigrados de Polonia. Muchas de las ideas de Weber, particularmente pertinentes a la sociología del trabajo, aparecen en esta serie de trabajos, solicitados por el Verein für Sozialpolitik a Weber, junto con Thiel, Conrad y Sering. Mi comprensión de esta parte de la teoría social y económica donde Weber desarrolla más cabalmente su concepto sociológico de un mercado de trabajo se deriva de la lectura del libro de Dirk Käsler, arriba citado, y del trabajo posterior de J. Mommsen, "The political and social theory of Max Weber (Chicago: University of Chicago Press, 1989).

intercambia por la fuerza de trabajo. Si bien no todos los mercados de trabajo son "imperfectos" en el sentido weberiano, se puede decir que tienden a serlo conforme los salarios son más bajos. Esto fue lo que encontró Weber en su estudio de las condiciones de trabajo en la producción agrícola de la cuenca del río Elba para la cual se reclutaban campesinos polacos al final del siglo XIX¹⁰.

La noción de "mercado imperfecto"

Los supuestos teóricos del concepto de "mercado imperfecto" se aplican nítidamente al fenómeno de la migración indocumentada de México a Estados Unidos cuando a ésta se la entiende como resultado de procesos de interacción social que ocurren en el contexto estructural de un mercado (imperfecto) internacional de fuerza de trabajo en el que la demanda desde Estados Unidos es tan real como la oferta desde México.

Según los seguidores de la teoría de Weber de relaciones sociales, la idea de mercado laboral surge de la premisa de que se trata de una estructura social conformada por las interacciones entre actores que pueden tener posiciones de poder diferenciales; así, el intercambio de poder por dinero no necesariamente tiene que tender hacia un equilibrio para que podamos verlo de forma válida como una relación de mercado. Weber introduce el elemento de diferencial de poder entre actores en un "mercado imperfecto", y podemos usar su construcción sociológica para modelar una relación laboral como asimétrica, como la que existe entre los trabajadores migratorios mexicanos y los empleadores norteamericanos¹¹. El concepto de Weber de mercado nos permite organizar lógicamente no sólo los elementos específicos que la oferta y la demanda personifican, sino también los contextos que condicionan la existencia de oferta y demanda, respectivamente, como componentes de este mercado.

Particularmente importante para el propósito de este trabajo es ampliar el análisis de la diferencia teórica entre el concepto de mercado en la economía clásica y el concepto de mercado en la teoría sociológica de Max Weber. Esto es especialmente importante cuando el objeto de nuestro estudio es un mercado laboral.

¹⁰ Para un análisis completo del tratamiento que Weber hace del tema de asimetría de poder en ciertas relaciones laborales, véase el capítulo 3 sobre trabajadores agrícolas en el libro de Dirk Käsler citado en la nota anterior.

Dentro de este contexto teórico, la migración de indocumentados se entiende como fenómeno que ocurre dentro de a) las culturas respectivas de los actores involucrados, que implica una dimensión histórica del fenómeno migratorio, y b) la estructura de un mercado laboral internacional que se extiende en el espacio cubriendo ambos lados de la frontera. Hay interacciones a varios niveles dentro de esta estructura. La más importante es la interacción que ocurre entre una demanda de trabajo, personificada por los empleadores estadounidenses y una oferta de trabajo, personificada por los trabajadores migratorios mexicanos. Hablamos de la personificación de la oferta y la demanda porque tanto la oferta como la demanda incluyen "condiciones estructurales" que van más allá de la interacción conductual entre un empleador y el trabajador a quien contrata.

Otro nivel en el que ocurren estos procesos de interacción implica la interacción entre "las condiciones estructurales" de la demanda y "las condiciones estructurales" de la oferta en el país donde se originan los flujos de emigrantes y el país que los recibe. El término "condiciones estructurales" se refiere aquí a conceptos un tanto abstractos, como el estado de las respectivas economías nacionales o regionales, según cada uno de ellos se imponga en los resultados del mercado internacional del trabajo. Estas "condiciones estructurales" se operacionalizan respectivamente como "factores". El término "factores" se refiere a los elementos que conforman la demanda y la oferta de trabajo en el mercado internacional en el que participan los migrantes. Estos "factores" hacen necesaria la presencia de una oferta o una demanda de trabajo. El conjunto de "factores" que conforman las "condiciones estructurales" de la oferta de trabajo pueden ser parcial o totalmente independientes de los "factores" que conforman las "condiciones estructurales" de la demanda de trabajo.

Nivel de interacción entre actores específicos

Este contexto teórico supone que puede haber una asimetría de poder entre los actores de esa interacción, y que tal diferencial de poder determina posiciones asimétricas para los actores dentro de la estructura de las relaciones de mercado. Dado este supuesto, podemos diseñar una investigación que identifique empíricamente cuáles son los elementos que definen la asimetría de poder

¹¹ En este contexto poder significa el número y mérito de opciones que cada socio de la relación laboral tiene para imponer sus condiciones a la otra parte.

entre los actores y cuáles son las implicaciones de esta asimetría para la naturaleza de su relación.

En este nivel, la interacción entre los actores se puede extender para que incluya interacciones entre migrantes y otros actores que están del lado de la demanda pero que no son estrictamente empleadores.

Una característica metodológica importante de este nivel de análisis es que se puede estudiar a nivel macro o microsociológico. Así, podemos hablar de "condiciones estructurales" del "lado de la demanda" y "del lado de la oferta". Estas condiciones incluyen "factores" como el mercado interno de cada país, que nos permiten observar interacciones de cada mercado laboral interno con el del país vecino mediante el vínculo de la migración internacional. Esto significa que cada mercado laboral interno es parte de las condiciones respectivas de oferta y demanda en el contexto de un mercado internacional de trabajo. Este es el concepto teórico que se usa aquí a fin de comprender los procesos de interacción entre factores localizados en ambos lados de la frontera.

Estos factores tienen un impacto sobre un fenómeno cuya realidad empírica puede definirse por el hecho que los emigrantes venden su trabajo a cambio de dinero en un país que no es su patria. El nivel de interacción entre las "condiciones estructurales" que corresponden respectivamente a oferta y demanda. Es un nivel de análisis que permite un enfoque macrodimensional, mediante el cual es posible analizar, por ejemplo, las interacciones entre un estado de recesión económica del lado de la demanda y una baja en la cantidad de envíos que hacen los migrantes a su lugar de origen. Otro ejemplo podría ser la interacción entre los cambios en la estructura de edades y un incremento en la escasez de mano de obra en el lado de la demanda. Estos cambios interactúan con las condiciones en el lado de la oferta para producir un flujo de migración que tiene condiciones diferentes que las que hubiera tenido si no hubiera habido cambios en la estructura de edades en la población del lado de la demanda.

En este nivel de análisis el principal enfoque sería sobre la interacción entre los "factores" que comprenden las "condiciones" de oferta o de demanda en tal mercado internacional del trabajo. Al centrar el análisis en este nivel, es posible pasar del nivel macro al micro a fin de examinar la relación que podría haber, por ejemplo, cuando una sequía afecta una región en el país de origen de los emigrantes, aumentando su necesidad de trabajar en el país de destino. El aumento que resulta en la fuerza laboral migratoria, a su vez, dis-

minuye el "valor en el mercado" de los Estados Unidos de esos emigrantes víctima de la sequía en su país de origen.

De acuerdo al escenario definido podríamos decir que una sequía en la región de origen entró en interacción con las condiciones de demanda en el país de destino mediante el fenómeno de migración aun cuando esta sequía hubiera sido un factor independiente con respecto a las condiciones de demanda si la migración no existiera como vínculo mediador entre los dos países. Este mismo concepto de migración como mediador, permite que condiciones de oferta en un país, interactúen con condiciones de demanda en otro. Así, ese concepto nos conduce a identificar y medir los costos y beneficios de la migración de indocumentados para el país de origen y el de destino, y la asociación entre ambos. De este modo podemos explicar, por ejemplo, los cambios de inflación en el lado de la oferta cuando los emigrantes vuelven temporalmente a su casa en México; y, del lado de la demanda, la movilidad social de algunos hispanos como resultado del ahorro por haber contratado a migrantes mexicanos indocumentados.

El esquema teórico que se presenta arriba se refiere a una visión relativamente estática de la estructura de las relaciones en un mercado internacional del trabajo. Por lo tanto, debe haber otros conceptos que contribuyan a explicar el dinamismo que caracteriza en realidad al fenómeno de la migración. Siguiendo esta línea de pensamiento se introducirán en la siguiente sección los conceptos de "migración circular", "flujos migratorios" y "existencias de migrantes".

Circularidad de la migración

En la mayor parte de las corrientes de inmigración a Estados Unidos se observa que se producen retornos al país de origen. En el caso de la migración de México a Estados Unidos a lo largo de más de cien años, se han observado retornos masivos. Los emigrantes construyen su "carrera migratoria" que consiste en estancias alternadas en su lugar de destino en Estados Unidos y su lugar de origen en México. Esta "carrera" migratoria puede extenderse por varios años pero, en términos generales, finaliza con un retorno definitivo al país de origen, generalmente asociado a la edad. No obstante, una proporción creciente de ellos se queda a residir permanentemente en Estados Unidos. Suponemos que la diferencia entre quedarse allá y regresar definitivamente al lugar de ori-

gen es una función de intensidad de la interacción entre la comunidad de origen y la comunidad de destino, que se manifiesta en el número de parientes que el migrante tiene ya en Estados Unidos, cuando cruza por primera vez. Aquí la hipótesis sería: a mayor número de parientes en Estados Unidos, mayor probabilidad de quedarse a residir permanentemente en aquel país. O a la inversa, a menor número de parientes en Estados Unidos, mayor probabilidad de retorno definitivo a México.

Por "circularidad de la migración" se entiende pues el proceso por el cual un migrante alterna estancias entre México y Estados Unidos, durante más de seis meses, entre su lugar de residencia o el lugar de residencia de su familia y el lugar de su trabajo, hasta que la edad, el éxito o el fracaso lo obliga a establecer su residencia permanente en algún punto de su ruta circular.

El concepto de migración circular tiene implicaciones metodológicas y teóricas. Metodológicas por lo menos por dos razones: a) largas estancias en Estados Unidos que pueden ir aumentando en tiempo, mientras los regresos a México son cada vez más cortos y la residencia por el trabajo se vuelve permanente como resultado de la reunificación familiar. Entonces, las nuevas entradas a Estados Unidos desde México podrían aumentar el volumen de flujo migratorio y darle al observador la impresión de que hay un aumento en la inmigración a Estados Unidos, cuando en realidad lo que está presenciando el observador es un aumento en la intensidad del movimiento circulatorio que incluye a ciudadanos mexicanos que se mudaron permanentemente; y b) cuando se mide adecuadamente, la migración circulatoria podría ser un indicador de la intensidad de las interacciones entre "condiciones estructurales" y "factores" ubicados en ambos lados de la frontera que están asociados al fenómeno de migración internacional entre los dos países.

En cuanto a las implicaciones teóricas, la definición de un "migrante" ya no depende de su posición en el mapa, sino de su participación en el mercado internacional del trabajo. Debe operacionalizarse el concepto de una migración circulatoria desde el supuesto teórico de que un migrante es alguien que ya no es residente permanente de su lugar de nacimiento, por una decisión que implica ser parte de un mercado internacional del trabajo en respuesta a una demanda de mano de obra que se percibe existe en otro país. Esto significa que un migrante es tal a partir del momento en que ha salido de su residencia habitual con la intención de buscar trabajo en otro país.

Como consecuencia de lo anterior, y a fin de calcular el número de

migrantes internacionales, la cuenta de esos migrantes debe empezar cuando se unen al círculo migratorio, sin que importe si esa persona ha cruzado o no la frontera internacional. El círculo migratorio incluye el espacio geográfico entre la última residencia permanente y el lugar de destino migratorio. Éste podría ser de varios tipos. Desde un destino intentado hasta uno alcanzado. La selección que hace el analista del tipo de destino migratorio podría depender del alcance del análisis. Lo importante aquí es incluir a todas las personas que están en el círculo migratorio internacional dentro de la enumeración de migrantes internacionales, sin que importe si han salido de su país de origen o alcanzado el país de destino.

Proyecto Cañón Zapata

Los datos derivados del proyecto Cañón Zapata, que se describe a continuación¹², apoyan las hipótesis anteriores. De confirmarse éstas, estarían revelando un proceso de circularidad de la migración desde México a Estados Unidos que seguramente está asociada con la vecindad geográfica.

En la investigación que se ha venido realizando en El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) sobre la migración de México a Estados Unidos, se detectó un lugar como el cruce más intenso de migrantes indocumentados rumbo a Estados Unidos, en toda la frontera de tres mil kilómetros entre los dos países. Ese lugar ha sido llamado informalmente por los migrantes el "Cañón Zapata". Se trata de una explanada que se encuentra en territorio de Estados Unidos al este de la Meseta de Otay en el condado de San Diego. En ese sitio se congregaban quienes ya habían cruzado la frontera sin documentos, esperando que oscureciera para continuar su jornada hacia el norte. Ese fenómeno duró varias décadas, hasta que el gobierno estadounidense decidió terminarlo en 1990. El nombre de este lugar era parte del conocimiento obligado de cualquier migrante que hubiera emprendido la vía occidental para llegar a Estados Unidos. Por eso decidimos adoptar el nombre del lugar para identificar el pro-

¹² El autor de este trabajo ha informado sobre los hallazgos de este proyecto en las siguientes publicaciones, entre otras: "Undocumented Immigration: Research Findings and Policy Options", en: R. Roett, *Mexico and the United States: Managing the Relation*, Boulder, Co.: Westview Press, 1988; "Measuring the Flow of Undocumented Immigrants", en W. Cornelius, J.A. Bustamante, eds., *Mexican Migration to the United States: Origins, Consequences and Policy Options*, San Diego-La Jolla, Ca.: Center for US-Mexico Studies-University of California, 1989; "Undocumented Migration to the United States: Preliminary Findings of the Zapata Canyon Project", en: F. Bean et al. eds., *Undocumented Migration to the United States*, Washington, D.C.: The Rand Corporation and the Urban Institute Press, 1990.

yecto de investigación que se proponía enfocar los flujos migratorios en un sitio de su actual ocurrencia, en lugar de en sus lugares de origen o de destino.

El 1986, frente a la aprobación inminente de un proyecto de reformas a la Ley de Inmigración de Estados Unidos conocido como el "Proyecto Simpson-Rodino" (su nombre oficial es: "Immigration Reform and Control Act of 1986"), nos propusimos en el COLEF diseñar un proyecto de investigación que permitiera una medición de los efectos principales de esa nueva legislación sobre el fenómeno de la migración indocumentada. Contábamos con datos que indicaban que, en ese entonces, más del 50% del total del flujo migratorio indocumentado de México a Estados Unidos cruzaba por Tijuana. La alta concentración de este flujo migratorio por la ciudad geográficamente más alejada de los estados de origen de la mayor parte de los migrantes, tenía como explicación una combinación de factores: a) una demanda laboral desde California más dinámica, más diversificada y ofreciendo, relativamente, mejores condiciones de trabajo que en cualquier otra parte de los estados fronterizos con México; b) una oferta laboral en transición desde México de una mayoría de origen rural a una mayoría de origen urbano. Esta combinación de factores fue haciendo de Tijuana el paso más intenso de migrantes indocumentados.

En agosto de 1986 iniciamos una medición basada en técnicas fotográficas, aprovechando las condiciones topográficas del Cañón Zapata, que en realidad se encuentra totalmente en territorio de Estados Unidos, en donde se congregaban los migrantes antes de iniciar al oscurecer su jornada hacia el interior de Estados Unidos. Este hecho se podía fotografiar desde una colina de la Colonia Libertad en Tijuana. En aquel año más del 80% del total de los migrantes que cruzaban por Tijuana lo hacían por el Cañón Zapata. Esta investigación dio lugar a la conceptualización teórica de "flujos migratorios" como una unidad de análisis con dimensiones espaciales y temporales. La operacionalización de este concepto nos llevó a evolucionar metodológicamente desde la técnica tradicional de encuesta a partir de diseños de muestreo de hogares, a una técnica de observación directa del fenómeno: una innovación en las técnicas de muestreo que representa la adaptación que hicimos de las técnicas desarrolladas en la biología para medir "poblaciones móviles", sobre lo que se abundará más adelante.

Se utilizó para la recogida de datos, en primer lugar la técnica de fotografía que aprovechó circunstancias coyunturales para obtener una primera medición de los flujos a partir del hecho de que por Tijuana cruza más del 50 por

ciento del total de migrantes indocumentados. A esto siguió la realización de una encuesta y un número determinado de entrevistas que han sido la fuente de datos más amplia y más abundante en información seriada con la que se cuenta en México o en Estados Unidos. La riqueza de esta serie de datos incluye la posibilidad de seguir la dinámica de algunas características socio-demográficas básicas de los migrantes indocumentados durante los últimos 6 años.

La información producida por este estudio sirvió de base para el diseño de políticas públicas de protección de los derechos humanos de los trabajadores migratorios de parte del gobierno de México, tales como el Programa Paisano y el Programa del Grupo Beta en Tijuana, originalmente propuestos por el COLEF.

Las limitaciones del proyecto Cañón Zapata en términos de la representatividad estadística de sus datos nos llevó al diseño de la encuesta de flujos derivada de la técnica de muestreo de poblaciones móviles. A partir de esta adaptación metodológica el COLEF está realizando numerosas investigaciones con gran éxito.

Monitoreo del Proyecto Cañón Zapata

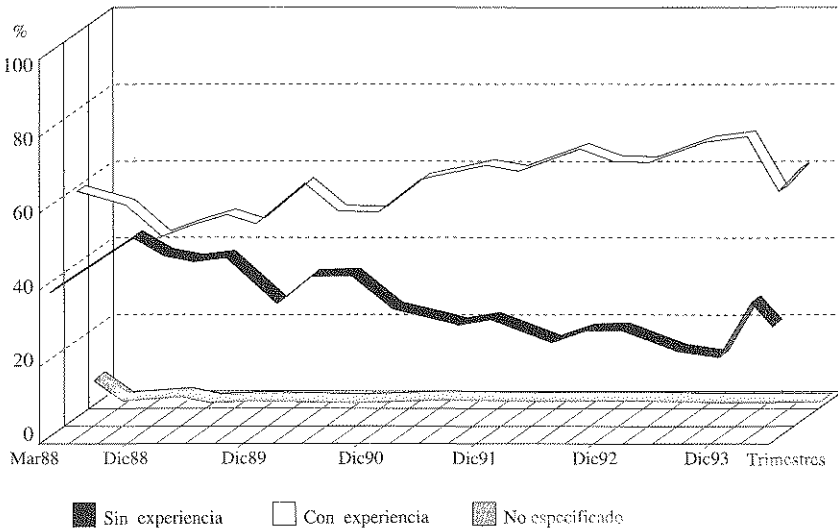
No existen estimaciones directas del número de migrantes indocumentados de origen mexicano que se encuentren en algún momento en Estados Unidos. Nuestra experiencia investigadora nos permite presentar a continuación algunos datos que se han obtenido en el monitoreo de los flujos hacia Estados Unidos de la migración indocumentada desde México a través de diversas ciudades de la frontera norte. Estos datos se presentan con el propósito de discutir los hallazgos que representan.

El Gráfico 1 "Experiencia migratoria según trimestre" ilustra la dinámica de lo que se llama aquí "circularidad". Este gráfico presenta los datos del Proyecto Cañón Zapata por trimestres, desde marzo de 1988 a marzo de 1994. La línea de los "con experiencia" se refiere a quienes dijeron haber estado en Estados Unidos cuando menos una vez con anterioridad al momento de ser entrevistados (selección al azar de 25 personas de entre quienes están a punto de cruzar la frontera sin la documentación migratoria correspondiente). La línea de los "sin experiencia" se refiere a los que dijeron estar cruzando por prime-

ra vez la frontera de México a Estados Unidos sin documentación migratoria.

A partir de la operacionalización del concepto de "circularidad" se considera que, cuando la línea de los "con experiencia" rebasa el 50% de los que cruzan, se está en presencia de un circularidad menos intensa, que refleja una probabilidad de que el flujo migratorio esté disminuyendo. Cuando la línea de los "sin experiencia" rebasa el 50 por ciento de ese total, suponemos una tendencia a una circularidad más intensa, con una probabilidad al incremento del flujo migratorio indocumentado hacia Estados Unidos. Por ahora estos supuestos los consideramos a nivel de hipótesis. Será la investigación directa de los flujos en ambos sentidos a partir de la técnica de muestreo de poblaciones móviles a las que se hace referencia en este trabajo, lo que ponga a prueba esos supuestos.

Gráfico 1. Proyecto Cañón Zapata. Registro continuo de flujos de migrantes indocumentados de México a Estados Unidos por características socioeconómicas. El Colegio de la Frontera Norte, marzo1988 - marzo 1994



VI. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

SALUD MENTAL Y EMIGRACIÓN. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA

Fethi Touzri*

"Me pregunto cuantas palabras extrañas totalmente incomprensibles un hombre oprimido entre cientos, está obligado a escuchar antes de volverse completamente loco."

Elias Canetti

El objeto de este artículo no es hacer un resumen literario sobre la salud mental de los emigrantes sino sensibilizar a algunos individuos susceptibles de influir en los trabajos de investigación sobre el bienestar y la salud de los inmigrantes.

Me centraré principalmente en la emigración de magrebíes en Francia y en los trabajos realizados sobre esta población.

La población magrebí ha conocido muchos cambios desde que comenzara a instalarse hace algunos decenios en Francia. Esta evolución ha alcanzado también a las leyes que regulan este fenómeno social, su marco jurídico y su entorno sociocultural. Los emigrantes magrebíes, población debilitada por sus condiciones de vida y de residencia, han sufrido la estigmatización, la incompreensión y el rechazo. Esta población también ha sufrido prejuicios discriminatorios, en particular, de aquellos que pretenden obtener su credibilidad partiendo de un cierto saber científico-médico.

¿Puede la investigación sobre la salud mental evitar los deslizamientos ideológicos? ¿Puede eludir los debates políticos? ¿Cómo va a coexistir con las tensiones y las paradojas que caracterizan a la sociedad francesa actual?

Datos generales sobre la emigración de magrebíes en Francia

La emigración magrebí es un hecho que viene de antiguo, relacionado con la historia colonial francesa. Desde finales del siglo XIX oleadas de inmigran-

* Doctor en Medicina, Universidad de Túnez, Túnez.

tes, sobre todo argelinos, desembarcaron en la metrópolis para trabajar en las fábricas y en la construcción. La Primera Guerra Mundial también fue testigo de la movilización de decenas de millares de magrebíes. La crisis económica ralentizó un poco este fenómeno, que tras la Segunda Guerra Mundial, experimentó un nuevo resurgimiento, ante la necesidad de mano de obra para la reconstrucción.

Los años cincuenta y sesenta son, por excelencia, los años de la inmigración tanto para Francia como para los demás países receptores de Europa (RFA, Bélgica, Suiza). Este movimiento de población quedó regulado por los acuerdos entre estados. La particularidad de la política francesa en este campo, contrariamente a otros países (RFA), ha sido la de fomentar la inmigración de la familia y el establecimiento de inmigrantes. Posteriormente veremos las consecuencias de tal elección en la evolución demográfica de la mano de obra extranjera y sus repercusiones en la salud mental.

La población de emigrantes en Francia va a sufrir importantes transformaciones. En los años cincuenta y sesenta más de la mitad llegan de países de la UE: España, Italia, Portugal y Grecia; el resto son asiáticos y africanos.

Con el decreto sobre inmigración de 1974 en Francia y el inicio de una importante reactivación económica en los países proveedores de mano de obra (España, Italia, Portugal) se invertirá la tendencia en la constitución de la población emigrante. Las primeras oleadas de inmigrantes magrebíes en Francia estaba constituida por sujetos jóvenes con una tasa elevada de actividad que contribuyeron, sobre todo en los años sesenta, al sistema de protección social.

La imagen que transmitió la población de esta mano de obra extranjera fue lamentable: gente miserable, obreros del sector del automóvil, grandes problemas de identidad, excluidos de la ciudad y que viven entre dos territorios. Los antiguos fantasmas transmitidos por la población autóctona les niega incluso su contribución a la construcción económica. Así las cosas, fueron considerados como ineptos para trabajar, perezosos y abusivos en cuanto a las prestaciones sanitarias.

Nos encontraremos con estos fantasmas y estas representaciones, en las hipótesis científicas que conciernen a la salud mental de los inmigrantes. Queda por plantear una cuestión importante: ¿ha sido Francia un país de emigración económica?

Es difícil responder afirmativamente a esta cuestión. En lo que respecta a los magrebíes, Libia o los países del Golfo han sido países de inmigración económica. Son pocos los tunecinos que han preferido instalarse en estos países con quienes comparten la lengua, la religión, la historia y algunas tradiciones; Francia continúa reteniendo a sus emigrantes a pesar de las nuevas leyes restrictivas. Como veremos posteriormente, todas las medidas que incitan al regreso han fracasado por varios motivos; no vamos a ocuparnos aquí de ellos. Los emigrantes han cambiado y también ha cambiado su proyecto de vida.

Características generales de la emigración magrebí en Francia

La población de inmigrantes ha experimentado en el transcurso de los últimos 15 años cambios profundos. Hay que comprender bien estos cambios para poder llevar a cabo una política nacional de salud de los inmigrantes (o de comunidades culturales).

Algunos de estos cambios han sido el resultado del cierre de fronteras y otros están relacionados con la prolongación del tiempo de permanencia que sugiere el inicio de un proceso de integración. En una frase algunas comunidades de inmigrantes se han instalado, de hecho, como comunidades culturales en una sociedad francesa multiétnica, mientras que ni el discurso político ni la organización social se han adaptado a esta realidad.

En 1974 Francia decide cerrar sus fronteras a la inmigración. La siguen de cerca la RFA, Bélgica y Suiza. Entre 1975 y 1990 la proporción de extranjeros nacidos en los antiguos países receptores de la Europa meridional (Italia, España y Portugal) pasó del 50% al 31%. Por el contrario el número y la proporción de marroquíes, tunecinos y turcos se ha doblado en 15 años, pasando de 451.000 a 994.000, es decir, un aumento de 543.000. Así, estas 3 nacionalidades representan el 27,5% de los extranjeros frente al 13,5% en el año 1975.

El cierre de fronteras ha cambiado las preferencias y las previsiones de los extranjeros. La estancia se prolonga, lo que conlleva al reagrupamiento familiar. Las características de la población extranjera se transforman y se asemejan a las de la población nacional. Además el reagrupamiento familiar conlleva una feminización y un descenso de la tasa de actividad.

En 1982 por cada mujer extranjera había 1,3 hombres, frente al 1,5 en 1975. La diferencia se acentúa más entre los grupos de edad de 35 y 50 años. Para

el primer grupo la tasa de actividad de extranjeros es inferior en un 42,3% a la de los nacionales. La evolución diacrónica es radical: 60% en 1946, 50,4% en 1962, 44,3 % en 1982. Se observa un doble movimiento de rejuvenecimiento y de envejecimiento. La proporción de jóvenes menores de 24 años en 1962, un 41%, pasa a más de 29 años en 1982. Finalmente se observa un progresión del paro extranjero que representa en 1990 el 11,2% del conjunto de parados.

¿Cuáles son los nuevos desafíos que se presentan a los trabajadores sociales y a los especialistas? Todos los autores son unánimes a la hora de designar la adolescencia y la tercera edad como los dos momentos críticos en la salud de los emigrantes. Son precisamente estos dos grupos de edad los que dominan en esta población. La instalación de familias también planteará serios problemas en lo referente a los servicios sociales, en la relación hombre-mujer y en la autoridad del padre y sus derechos sobre los hijos.

Contrariamente a lo que se pensaba en los años sesenta, y lo aclararemos posteriormente, la salud mental de los primeros inmigrantes a veces era mucho mejor que la media estadística de la población. Será sólo tras los cambios que acabo de enunciar cuando se les va a presentar a dirigentes e investigadores de los países receptores los auténticos problemas de salud mental.

Los años de adaptación y de culturización terminaron formando una comunidad cultural que se siente francesa, aunque guarda fuertes vínculos con su país de origen. Las perspectivas de regreso disminuyen como consecuencia de la transformación que los medios de información y comunicación moderna han provocado en la vida de estos inmigrantes (facilidad para viajar, teléfono, parabólicas). De este modo, se identificarán con un modelo cultural singular, jugando el juego de la integración al tiempo que guardan lazos afectivos con el país de origen. El fracaso de las medidas para incitar al regreso marca esta voluntad de integrarse (prima de regreso, ayuda para la formación profesional, ayuda para realizar proyectos en el país de origen).

Tenemos que partir de esta complejidad y de estas paradojas para poder elaborar una estrategia de bienestar mental para los emigrantes.

Discurso y trayectoria del saber médico

Antes de que la salud mental de los inmigrantes se convirtiera en un auténtico problema de salud mental y de que los estados nacionales se volcaran en

este tema para estudiar sus aspectos médicos, sociales y culturales, los psiquiatras se preocuparon por sus enfermos extranjeros. La comunidad que más se estudió en Francia fue la magrebí. No vendrá nada mal recordar las primeras tesis psiquiátricas sobre el tema.

En los años cincuenta y sesenta se abandonó la tesis del "emigrante alienado", en la que el hecho mismo de emigrar se suponía como desviador, pero se seguía sosteniendo que la enfermedad mental era más frecuente en los emigrantes que en los autóctonos y que los emigrantes sólo estaban afectados por un espectro muy reducido de alteraciones psiquiátricas: esquizofrenia paranoide, paranoia, delirio agudo, crisis confuso-onírica y psicopatías. Se pensaba que los mecanismos de defensa de los inmigrantes eran muy pobres y que se reducían a los mecanismos de proyección e interpretación. Y como no había gran actividad fantasmal no se percibían enfermedades psicósomáticas.

La rigidez y la falta de asociación de la época les confiere un carácter tosco e impulsivo. En el campo psicopatológico, se desarrollaron aproximaciones de inspiración psicoanalítica sobre la crisis de identidad, la pérdida de autoridad del padre y el padecimiento histeriforme de su sufrimiento. La esencia de estos trabajos se obtuvo a partir de enfermos magrebíes hospitalizados en los servicios de psiquiatría. Los trabajos etnopsiquiátricos se salen de la norma por su mayor empatía y por una investigación más pertinente, sobre todo del componente cultural de los síntomas psíquicos.

El interés prestado a la salud mental de los emigrantes magrebíes se sitúa, a fin de cuentas, en el hospital psiquiátrico y se arraiga en la psiquiatría colonial y su célebre dicotomía europeo/indígena.

Durante mucho tiempo ha reinado en Francia una ideología higienista de flujos migratorios. Los psiquiatras de la posguerra (como sus antepasados los colonos) creían tener la obligación material y moral de tratar a su población y clasificarla psíquicamente.

La psiquiatría colonial fue el ejemplo tipo e impactante de ciencia al servicio de una ideología de discriminación. Así, podemos leer en supuestos trabajos científicos:

"Las preocupaciones del tipo vegetativo e instintivo predominan constitutivamente en el indígena sobre las de orden afectivo e intelectual; además, inter-

vienen condiciones sociales, taras heredo-nerviosas, creencias religiosas, que vician este instinto hasta en sus fundamentos naturales".

(*Sobre la impulsividad criminal del indígena argelino*. Carru. Thèse de Med. Argel 1926.)

Como recordaba Franz Fanon en la época se decía: "es difícil de encajar pero está científicamente establecido" (*Las condenas de las tierras*,). Del mismo modo se trataba al indígena argelino de:

- Un gran débil mental
- Casi sin o sin emotividad
- Crédulo y sugestionable
- Terca obstinación
- Puerilismo mental
- Facilidad para accidentes

Uno de los expertos de la OMS daba su punto de vista, en los años cincuenta sobre las aptitudes psicológicas de los magrebíes. Decía: "el africano rara vez utiliza los lóbulos frontales. Todas las particularidades de la psiquiatría africana pueden remitirse a una pereza frontal. Para él, el africano normal es un europeo lobotomizado" (D.Carothers: *Psicología normal y psicología del africano*. Estudios etnopsicológicos. Masson, ed.,1954).

El médico, director del hospital psiquiátrico de Tunicia afirma lo mismo al escribir:

"En efecto, entre la mentalidad del árabe y la del toxicómano existen grandes analogías: tendencia al desvarío y a la inactividad, desprecio de la noción de tiempo, importancia relativa de la verdad"

(Dr. Marechal. Comunicación. Congreso de Nancy, junio de 1937.)

Encontramos la influencia de esta literatura médica en las representaciones sociales (perspectivas) del inmigrante magrebí pero también en los trabajos de psicopatología magrebí.

Los trabajos actuales sobre salud mental en los magrebíes se han desentendido de esta herencia intelectual y han encontrado una fuente de inspiración en la aparente neutralidad de los estudios estadísticos y en la anunciada universalidad del psicoanálisis. Así, podemos distinguir tres grupos de trabajos:

1. Trabajos epidemiológicos:

Cálculo de índices de morbilidad, incidencia de algunas enfermedades mentales, frecuencia con que los emigrantes visitan los centros de atención médica y el espectro de trastornos mentales de los emigrantes. Los resultados de estos trabajos son muy controvertidos por razones de metodología: errores en la selección de la muestra, en la definición de los objetivos (hipótesis) por cumplir, etc.

2. Trabajos clínicos:

Descripciones clínicas y trabajos nosográficos. Durante mucho tiempo se ha creído en el carácter específico de las expresiones sintomáticas de la enfermedad mental en los inmigrantes. La ausencia de criterios científicos objetivos relativos a las perturbaciones mentales y el incesante cambio de los sistemas nosográficos también otorga a estos trabajos un carácter controvertido.

3. Trabajos psicopatológicos:

Son trabajos de inspiración esencialmente psicoanalítica. Tanto los psiquiatras magrebíes como los franceses han utilizado esta línea de lectura para definir y comprender la dinámica psicológica de los inmigrantes en los países de acogida. Estos trabajos han contribuido en gran medida a la difusión de una etnografía médica sobre los emigrantes magrebíes repleta de afecto.

Hay que decir que la estandarización actual de las perturbaciones mentales y la tranquila revolución que se ha producido con la adopción de un sistema de clasificación multiaxial internacional, ha dejado poco sitio a la famosa especificidad étnica.

Sin embargo los trabajos de psiquiatría transcultural continúan investigando el aspecto de la influencia de la cultura de origen en la elaboración, aparición y expresión de síntomas psíquicos. También intentan explicar todos los pasos encaminados a instaurar un sistema de tratamientos adaptado, una prevención precoz y una acción social dirigida al bienestar de los inmigrantes. El abandono de las teorías mecanicistas de la etiología de los trastornos psíquicos en beneficio de una patogenia multifactorial ha permitido situar a los acontecimientos de vida como un componente fundamental para la comprensión, prevención y para el tratamiento de los trastornos psíquicos. Así se nos induce cada vez más a interesarnos por las condiciones de vida de los inmigrantes, por su calidad de trabajo, vivienda, paisaje urbano, vida en familia, cultura y diversiones.

Nos damos cuenta también de que una acción sobre la salud mental no puede ser cosa de la psiquiatría sino que es necesario involucrar a trabajadores sociales, urbanistas, asociaciones y a los mismos interesados.

Precisamente hay que señalar el bajo número de trabajos sobre servicios sociales, estructuras específicas y programas adaptados a las comunidades culturales. En primer lugar porque se trata de una práctica reciente en Francia y luego porque, contrariamente a lo que ocurre en América del Norte, hay una dramática falta de experiencia en este campo.

Perspectivas de la acción medico-social

En la actualidad la cuestión no está tanto en saber si los emigrantes tienen una buena o no tan buena salud mental, como en saber cuáles son las condiciones de vida que producen estas tasas más o menos elevadas.

Uno de los elementos esenciales del relativo fracaso de la psiquiatría francesa ante los problemas de salud mental de los magrebíes radica en no coger a tiempo los cambios de actitud y de comportamiento de los inmigrantes, las transformaciones diferenciales de su familia y los reajustes operados en su cultura, su forma de vida y sus perspectivas.

La emigración no es en sí una situación patógena. Tampoco es vivida sistemáticamente como una ruptura, pues hay que tener en cuenta las motivaciones de movilidad social, el papel de la familia y de la comunidad. La emigración va a provocar cambios en el seno de la familia: responsabilización de la mujer, cambio de su *status* social, enriquecimiento de la familia y transformación de las necesidades, introducción de otros valores y adquisición de un nuevo estilo de vida. Es, por lo tanto, importante reflexionar sobre una acción social que se adecue a estos cambios.

1. ¿Qué tipo de servicios sociales dar a estas familias?
2. ¿Cómo evitar que las estrategias familiares de defensa contra la intrusión de extraños en la sacrosanta familia descalifiquen a los trabajadores sociales?
3. ¿Cuál es el tipo de intervención para la educación de los hijos y de los adolescentes?
4. ¿Qué actitud adoptar con respecto a la relación hombre/mujer en el seno de las familias magrebíes?

5. ¿Cuál es el concepto de salud física y mental en un medio multiétnico?

La reflexión sobre estas cuestiones proporcionará la sensibilidad y los proyectos pertinentes para que se deje de atribuir trastornos psíquicos a disposiciones hereditarias o se deje de acusar a los jóvenes hijos de inmigrantes de todos los males de la sociedad, lo que deja la puerta abierta a teorías de naturaleza racista y discriminatoria.

Paralelamente a esto se impone una profunda reflexión para redefinir mejor las condiciones de vida y las dificultades sociales en el origen de los trastornos psíquicos.

El modelo Harris y Brown (1978) para la depresión puede servir de base a esta reflexión. Estos autores definieron tres tipos de factores:

1. Factores de vulnerabilidad:

Clase social, numerosos hijos, pérdida temprana de un pariente, paro.

2. Factores desencadenantes:

Pérdida de alguien allegado, problemas sociales, paro, divorcio, enfermedad.

3. Factores de formación de los síntomas:

Estos dan la coloración al cuadro.

Este modelo explicativo muestra la importancia de la familia y del entorno social para el equilibrio psicológico de los individuos.

Dentro de este contexto hay que insistir en cierto número de medidas de carácter profiláctico consistentes para el emigrante en evitar:

1. El aislamiento

2. La caída de *status* social

3. La dislocación familiar

4. La completa separación del medio de origen

5. La permanencia en condiciones precoces y provisionales

Pero esto choca con la dificultad anteriormente mencionada de considerar a estas poblaciones como una comunidad cultural con los mismos derechos y con-

sideraciones que la autóctona o como la de extranjeros que esperan irse. A este punto crucial escapan todas las tentativas precedentes para elaborar programas y proyectos ambiciosos de salud mental de las comunidades extranjeras.

Conclusión

Los magrebíes han constituido la comunidad cultural más dinámica de la posguerra. Han participado en la recuperación económica, pero también en el enriquecimiento cultural de Francia.

La política francesa de emigración que favoreció la llegada de éstos con sus familias, con miras a instalarse, ha dado un giro total a partir del decreto de inmigración: medidas restrictivas y la peligrosa presión sobre el papel de los emigrantes y sus descendientes en el aumento del paro, degradación de la calidad de vida, inseguridad y su rol demográfico.

La estigmatización de los emigrantes, su exclusión, las medidas discriminatorias en su contra y sus difíciles condiciones de vida hacen vulnerable a esta población. Así la salud mental de esta comunidad ha dejado el restringido círculo de las investigaciones psiquiátricas y psicopatológicas para interesar a los políticos, los trabajadores sociales, los enunciados y a la comunidad en sí.

Al menos dos, son los modelos de sociedad contradictoria que se enfrentan en Europa sobre la cuestión de la inmigración: un modelo de integración y un modelo de exclusión. Este último ha permitido la difusión de una cultura y de unas prácticas racistas extremadamente peligrosas. Sólo queda esperar que los valores universales triunfen ante las ciegas pasiones que arrastran el odio y el desprecio.

Consideramos una suerte para Francia contar con estas comunidades étnicas, que son fuente de enriquecimiento cultural y demográfico. El coste social de la emigración y su peligro demográfico es otra de las construcciones demagógicas del extremismo nacionalista.

La investigación científica en este campo en concreto debe estar en guardia, pues no olvidemos que en un pasado reciente y en nombre de ciertas "verdades científicas" algunos pueblos se han apoyado en la dominación, el terror y el asesinato. Esperemos que eso no se repita jamás.

Bibliografía

- Berner P. *Psychopathologies des migrations*. EMC., Ed, technique, Paris,1967.
- Bannani J. *Psychologie coloniale, rupture et ilusion*. Comm. congrès. Apport de la psychopathologie Maghrébine. Svril: Institut Monde Arabe, 5,6,7, 1990.
- Berner P. *Psychopathologies des migrations*. EMC., Paris: Ed, Rechnique,1967.
- Flory M. Accord de main d'oeuvre et modèle de développement. in: Rapports de dépendance au Maghreb. Paris, 1989.
- Histoire des étrangers et de l'émigration en France*. S/d: Yves Lequín. Paris: Ed. Larousse, 1992.
- Lacoste CV. L'état du Maghreb. CERES: Ed, Tunis, 1991.
- Lassare D. Environnemente résidentiel et relations sociales. in. *Perspectives psychiatriques*. New York: 27e Avenue, N° 12, p. 97, 1988.
- Moussaoui D, Ferrey G. *Psychopathologies des migrants*. Paris: Ed. PUF, 1985.
- Pour une revue de la literature:- Cf. Y. Campion. *Migration et maladie*. Arnette, ed, Paris, 1958.
- Pour une revue de la littérature. Roland littlewood: From categories to contexts: A decade of the "New Cross-Cultural Psychiatry". In *British. Journ. Psychiat.*, 199;, 156, pp 308-327.
- Santé Mentale au Québec. Dossier: *Communautés culturelles et santé mentale*. Vol XVII, N° 2, Arabe 1992.
- Schor R. *L'opinion française et les étrangers en France. 1919-1939*. Paris: Publications de la Sorbonne, 1985, p.761.
- Scotto JC, Migration et santé mentale. Kammeree, *Mélanges*, vol 1. Estrasburgo,1981.
- Scotto JC, Luccioni H. Remarques sur la santé mentale des migrants à Marseille. Congrès Pschiat. Neuro., de langue française. 76e sc. Charleron: 1978 C.R; 393-400.

PSICOPATOLOGÍAS DE LOS EMIGRANTES EN EUROPA

A. Gailly*, R. B. Driss

Para acercarnos a la problemática de la psicopatología de los emigrantes, comenzaremos por un estudio comparativo de la literatura publicada a este respecto. Esta tarea se presenta como un trabajo arduo, ya que la emigración es un proceso dinámico y no estático. La mayoría de los datos que conciernen a los inmigrantes son el resultado de estudios transversales y no longitudinales. La situación de los grupos de inmigrantes varía de un país de acogida a otro en función de las diferencias históricas y legislativas de los mismos. No obstante a través de una revisión bibliográfica se deducen algunas tendencias generales.

Relación entre enfermedad mental y emigración

En la literatura aparecen dos hipótesis que se refieren a la relación entre la enfermedad mental y la emigración. Según la primera hipótesis "antecedentes diagnósticos antes de emigrar" (preemigración) la emigración sólo sería el proceso revelador de la enfermedad, pues algunos inmigrantes tendrían una predisposición a la enfermedad psíquica antes de la emigración. Los factores estresantes de esta acción serían los desencadenantes de la enfermedad.

Según la segunda hipótesis, el contexto migratorio suscitaría ansiedad. La intensidad de una enfermedad psíquica puede aumentar en relación con el tiempo de residencia en el país de acogida. Por lo tanto, la segunda generación sería más vulnerable (aumentaría la delincuencia así como las enfermedades psíquicas).

Estas hipótesis nos llevan a cuestionarnos si la emigración es una causa directa o indirecta de la enfermedad psíquica.

1. Factores

En la literatura aparecen dos grandes categorías de factores. La primera esta ligada a la preemigración y la segunda al contexto migratorio. Estos factores pueden suscitar e influir en la aparición de la enfermedad psíquica en el emigrante.

* Psicólogo y antropólogo, Centro de Salud Mental de Bruselas, Bélgica.

a. Factores vinculados a la preemigración

La decisión de emigrar y la adaptación social al país de acogida están claramente influenciados por la personalidad del emigrante en lo concerniente a los tipos de personalidades paranoides y esquizoides. Algunos tipos de caracteres considerados como marginales en una sociedad tradicional podrían adaptarse bien a una sociedad occidental. Para algunos autores, las actitudes y las previsiones relacionadas con la emigración se han asociado a problemas psicológicos. Los inmigrantes que esperan enriquecerse idealizando su vida futura en el país de acogida son más propensos a desarrollar la enfermedad. A menudo los inmigrantes llegan con la esperanza de una vida fácil y el deseo de olvidar un penoso pasado. Pero el contexto socioeconómico del país de acogida a veces se presenta difícil. El conocimiento de la cultura y de la lengua del país de acogida pueden ser factores de adaptación que disminuyan el estrés.

b. Factores vinculados al contexto migratorio

La diferencia cultural entre la sociedad de origen y la de acogida puede ser una variable que influya en la tasa de enfermedades mentales de los emigrantes.

Cuanto mayor es la disparidad cultural mayor es el carácter mórbido de la enfermedad. La "comunidad de compatriotas" puede ayudar al emigrante a la hora de la adaptación, pero del mismo modo puede hacer que ésta sea más difícil debido al carácter de algunas comunidades. Las relaciones inter e intragrupalas de los inmigrantes juegan un papel evidente en el aumento o la disminución de la psicopatología (los grupos cerrados en sí mismos parecen tener factores importantes de riesgo). El aislamiento provocado por el principio de endemia de un grupo es, por lo tanto, un factor de riesgo. Este último se agrava más cuanto peor son las relaciones intragrupalas.

Las características de la sociedad de acogida influyen en la manifestación y la tasa de enfermedades mentales. También es importante la actitud de la sociedad de acogida con respecto a la integración. Vemos en la literatura que el principio de fusión "melting pot" implicaría problemas psicológicos en el emigrante a corto plazo. Por el contrario, a largo plazo esta situación le aportaría gratificaciones psicosociales.

La ambigüedad entre el concepto de integración y la política de regreso al país de origen presenta una incoherencia. Aunque una gran parte de la prime-

ra generación tiene la intención de regresar a su país de origen, la importancia de la unión familiar hace que esta vuelta sea cada vez menos realista. Algunos gobiernos (Alemania, Países Bajos, Bélgica) están a favor de una política de integración mediante la educación escolar, el alojamiento y la igualdad de oportunidades. Estos gobiernos desean que los inmigrantes se adapten a la sociedad receptora conservando su propia cultura a fin de que la "reemigración" sea posible.

Los factores sociodemográficos tales como la educación escolar, la edad o el sexo pueden influir en el proceso de aparición de una enfermedad mental en el emigrante. La educación escolar y la ocupación profesional pueden ser neutras, ventajosas o desfavorables para la integración posmigratoria. La adaptación será más fácil si se reconoce la educación escolar en la sociedad de acogida.

Pero si el emigrante escolarizado espera demasiado de este reconocimiento, quedará más rápidamente decepcionado pues su educación escolar lo hace más sensible a las diferencias.

Constatamos en la literatura que, en comparación con los inmigrantes de edad avanzada, los emigrantes jóvenes aceptan más rápido el *status* social y profesional que precede a su emigración. Por el contrario los adolescentes inmigrantes abandonan los estudios y entran directamente a formar parte de la vida laboral en la sociedad de acogida.

Los síntomas de depresión y de ansiedad están igualmente vinculados al nivel de estudios. Las adaptaciones sociales difíciles estarían por lo tanto ligadas a una deficiente escolarización. Estas dificultades se manifiestan en el paro, el aislamiento social y la falta de conocimiento de la lengua del país de acogida. La edad tiene importancia; en efecto, notamos que los inmigrantes que recurren a ayuda psiquiátrica pertenecen en su mayoría al grupo de edad comprendida entre el final de la adolescencia y los cuarenta años. Esta constatación no tiene nada de extraordinario si consideramos que los trastornos psiquiátricos, como desórdenes afectivos, esquizofrenia o desórdenes de angustia, aparecen entre los 20 y los 30 años. Señalemos que hasta la fecha, la población inmigrante en Europa rara vez supera el umbral de los 60 años.

La diferencia de género de los inmigrantes parece ser un factor significativo en las enfermedades mentales. Un estudio estadístico más profundo muestra una correlación positiva entre los siguientes factores: sexo, problemas

psiquiátricos, paro y duración de la estancia en la sociedad de acogida. Esta correlación resulta, por una parte, del comportamiento de la mujer que continúa con su modo de vida tradicional y, por otra, del comportamiento del hombre que pierde su ocupación profesional y su papel social a causa de la emigración. La tasa elevada de psicopatología en los hombres inmigrantes disminuye tras cierto tiempo, cuando estos, debido a su actividad profesional, se integran más en la sociedad de acogida. Las mujeres en el hogar se protegen de la sociedad de acogida y viven un proceso de adaptación tardío. Son esencialmente los hijos y el esposo quienes se impregnan de la lengua y de la cultura del país de acogida mientras que la mujer se queda en el seno de la familia, bastante aislada culturalmente. Por lo tanto, la mujer sufre angustias crónicas mientras que el hombre angustias agudas.

2. Aspectos epidemiológicos

Los síntomas patológicos que siguen de cerca a la emigración aparecen en inmigrantes con una edad superior a la media del grupo, con pobre escolarización, un bajo nivel de conocimientos de la lengua del país de acogida, en paro y del sexo femenino. Los hombres presentan problemas de dependencia del alcohol y otras drogas, problemas de criminalidad y un sentimiento de fracaso; problemas psicósomáticos y un carácter más neurótico.

Las enfermedades mentales más graves como la psicosis, los trastornos afectivos y de angustia se manifiestan en aquellos inmigrantes que han recibido una educación escolar superior a la media. Tienen conocimiento de la lengua del país receptor, son más jóvenes y están en paro.

En general, los inmigrantes a quienes han seguido sus familias y cuyos hijos han nacido en el país de acogida, presentan problemas de relación en sus familias. De tales problemas puede resultar la delincuencia, el alcoholismo y el fracaso escolar. En todas las sociedades receptoras, paralelamente, notamos cómo los roles familiares están en mutación por problemas derivados de la lengua. El hijo se convierte en el intérprete, y acapara una parte del rol social del padre cuya autoridad se cuestiona por su exclusión del mundo profesional. Los roles, los valores tradicionales y la dinámica familiar se modifican. Percibimos cómo la literatura presta mucha más atención a la mujer inmigrante que al hombre.

Los hijos de la inmigración a menudo presentan problemas escolares y abandonan la escuela al terminar el primer ciclo. Durante la infancia las chicas no tienen el mismo retraso escolar que los chicos de su misma edad. Su situación

se torna más difícil al llegar a la adolescencia. A estas dificultades escolares hay que añadir la crisis económica actual. Ésta hace que el mercado laboral sea más selectivo y los inmigrantes sufren una doble discriminación: en primer lugar, como extranjero y en segundo, como obrero de poca cualificación.

Muchas investigaciones se han ocupado de las enfermedades mentales de los inmigrantes. Un estudio comparativo de estas investigaciones no es tarea fácil, pues existen diferencias sociodemográficas y diferencias en las definiciones de los términos de diagnóstico. Los datos se recogen en diferentes servicios (hospitales, centros de salud mental, etc), y la población que frecuenta estos servicios no es homogénea. A pesar de estas dificultades se puede decir que la tasa de enfermedad mental tras la emigración no aumenta y que los diagnósticos de esquizofrenia y de depresión que realizan los especialistas están supervalorados en los grupos de inmigrantes. Además, los problemas psiquiátricos se manifiestan por síntomas particulares, incluyendo una tendencia a somatizar las afecciones. Algunos estudios empíricos revelan que los problemas psiquiátricos son más bien de tipo depresivo y de ansiedad.

Relación terapéutica e intercultural

La presencia de foráneos en las redes de salud mental nos obliga a plantearnos la dificultad del tratamiento, del análisis de la demanda y de la comprensión de las patologías mentales. Los factores responsables de un fracaso en una terapia intercultural son multicausales.

1. Lengua y lenguaje

El uso de miembros de la familia del paciente como intérpretes impide que éstos expresen algunos problemas. Esto se acentúa aún más si los intérpretes son niños. Cuando los padres expresan algunos problemas familiares o íntimos, los traductores pueden censurarlos ante el terapeuta y/o facilitar por su cuenta y directamente al especialista una respuesta estandarizada. La experiencia con intérpretes demuestra que, según los campos, se obtienen resultados muy dispares. El binomio especialista-paciente pasa a ser un trinomio, con todas las consecuencias que de ello se derivan (desplazamiento de los roles, relaciones de confianza, etc.)

El especialista y el paciente, al no tener una lengua común, no pueden encontrar un espacio de comunicación. La codificación cultural de problemas o

diagnósticos no es siempre comprendida por el destinatario. Pongamos como ejemplo a un paciente magrebí que se siente mal porque sufre los efectos de un mal de ojo de un pariente próximo; este paciente intenta dar simplemente una interpretación cultural a su sufrimiento y está lejos de tener ideas paranoides. Este paciente puede estar atravesando un momento de angustia por diversos motivos (rechazo familiar, sentimiento de fracaso), pero la incompreensión también puede existir en el otro sentido. Un médico dice al padre de un paciente magrebí "... su hijo no está bien interiormente" y el padre le dice a su hijo "el médico dice que no estás bien por dentro, cosa que no me extraña, como estás siempre con chicas has tenido que pillar alguna enfermedad sucia". De hecho el médico quería decir simplemente que el paciente tiene problemas psíquicos. Por lo tanto el médico también posee una codificación cultural que el padre del paciente no comprende.

El terapeuta autóctono cree no poder ayudar a los pacientes foráneos por las barreras lingüísticas y culturales. Sin embargo, ¿conoce el terapeuta autóctono la lengua y la cultura de todos sus pacientes occidentales? ¿Se ayuda comúnmente a los pacientes occidentales que pertenecen a clases socioeconómicamente desfavorecidas y que comparten la misma cultura? La diferencia socioeconómica es quizá más determinante que la diferencia cultural a la hora de rechazar la admisión en ambulatorios.

El paciente foráneo puede utilizar consciente o inconscientemente estas diferencias lingüísticas y culturales para justificar sus faltas y transgresiones o sus problemas psíquicos, como cuando solicita la entrega de certificados médicos para que "conforme a los preceptos del Islam" se dispense a sus hijas de la clase de natación en la escuela.

Al ser diferentes las referencias culturales del especialista y de la persona tratada, hay siempre un riesgo de malentendido y de incompreensión. Esto puede conducir a efectos no deseados en el proceso terapéutico.

2. Problemas para aplicar el tratamiento

Quando se envían pacientes a los psicólogos o a los psiquiatras las terapias tienen pocas posibilidades de comenzar ya que cada uno espera del otro que verbalice en sus propios términos simbólicos. Aunque la terapia comience, el paciente no occidental termina generalmente huyendo por los diferentes puntos de vista de uno y otro.

El material cultural que los pacientes proponen al terapeuta corre el riesgo de que éste lo entienda como de naturaleza psicológica. Estar poseído por un espíritu, no significa necesariamente ser psicótico, y algunos momentos de trance no son necesariamente sinónimo de histeria.

En una aproximación interdisciplinar estos problemas confluyen de la siguiente manera: un individuo o una familia acude a la consulta por un estado de malestar social, físico y/o psicológico. La persona que solicita ayuda es también un informador sociocultural potencial. Los acercamientos sociológicos, etnológicos o antropológicos clásicos sitúan a la persona que pide ayuda como un profesor ante el investigador. En el contexto de una terapia, esta situación favorece y refuerza los mecanismos de defensa culturales del paciente, en este momento el terapeuta no escucha otra cosa que un discurso cultural. Si sólo dejamos a los pacientes la posibilidad de ser informadores, este rol va a llevarlos a una situación superior a la del terapeuta, hasta el punto de que se hará muy difícil cambiar seguidamente el discurso tanto del consultante como del consultado. Por consiguiente podemos decir que los acercamientos etnosociológicos y psicoterapéuticos son antinómicos.

Esto nos lleva a realizar algunas reflexiones. ¿Se debe conocer la cultura de cada uno de los pacientes foráneos? ¿Debe pertenecer el especialista a la misma etnia cultural que el paciente para ayudarlo eficazmente?

El paciente es un informador cultural pero también, al mismo tiempo, un informador psicológico por lo que el terapeuta tendría que ser capaz de ir más allá del discurso cultural a fin de ceñirse a la personalidad del individuo. También es muy importante proporcionar un sentido a lo que el paciente aporta. Esto no quiere decir, claro está, que tengamos que negar la cultura del mismo.

3. Fases de rechazo

Ante un caso de "neurosis traumática" o un accidente minero que provoque una invalidez crónica casi irrecuperable nos enfrentamos a una doble problemática: por un lado la formación de trastornos culturalmente determinados y por otro lado la disminución de las posibilidades fantasmales. Estos pacientes se quejan de trastornos psicósomáticos y su sufrimiento físico se ha convertido en la única manera de justificar el hecho de estar vivos. Los problemas y la apatía de estos pacientes provocan generalmente una sorprendente agresividad en los especialistas que difícilmente logran combatir, lo que les induce a

adoptar una actitud de rechazo o bien una actitud maternal. Esta última es indiscutiblemente un desafío en el tiempo.

Podemos añadir otro factor susceptible de complicar o de facilitar, según los casos, el trabajo terapéutico. Se trata de la dimensión en cierta manera mágica de una relación terapéutica que se manifiesta principalmente bajo la forma de transferencia y de contra-transferencia. El análisis de estas formas proporciona al terapeuta la clave de la relación médico-cliente. Generalmente, es un médico de medicina general o un asistente social el que envía al paciente al psicoterapeuta escribiendo por ejemplo " Querido colega, le envío un paciente que necesita un tratamiento especializado". En la fórmula, el médico declara que su paciente tiene problemas, su paciente y no él. Este paciente llegará a la conclusión de que el médico es un incompetente al ver cómo traspasa el caso a un compañero. Este último tendrá que volver a partir de cero y construir con su paciente una nueva relación terapéutica.

La nueva relación terapéutica corre el riesgo de seguir el mismo curso que la precedente pues el paciente cree que la carga relacional que consintió produjo su rechazo.

Su temor a ser de nuevo rechazado puede por lo tanto inducirlo inconscientemente a provocar una nueva reacción de rechazo, a fin de controlar el miedo experimentado.

Por otra parte, ¿cuántos emigrantes, no se han atrevido a dejar su país porque se sentían rechazados de una forma u otra?

Conclusión

El hecho de que la asistencia a los foráneos no sea más adecuada nos lleva a plantearnos ¿por qué son tan poco eficaces los intérpretes, las técnicas de asistencia y los materiales utilizados para informar y educar?

Si las causas de un mal estado de salud de los inmigrantes son el resultado de la emigración, de situaciones socioeconómicas y de diferencias de lenguaje y cultural, ¿por qué las hemos considerado como parámetros externos sin comprender su significado para el emigrante?

En un futuro tenemos que abordar el problema de un modo absolutamente distinto si queremos comprender los problemas que plantean los foráneos y

llevar a cabo una acción eficaz a este nivel. Hay que revisar los clichés existentes en relación con las barreras del lenguaje, culturales y los factores socioeconómicos que tienen que ver con ellos (condiciones de vida, alojamiento, etc.). Habría que trabajar más sobre el significado que tienen estos fenómenos para la persona tratada.

Además el hecho de ceñirse a estos clichés nos conduce inevitablemente a una asistencia a los foráneos que sería de segunda categoría. Incidir en la emigración, las condiciones de vida y de trabajo, implica una idea de inhibición. Sin querer negar el carácter a menudo real que poseen, es necesario que los occidentales aprendan a considerar sus propias normas y conceptos sobre la salud, la enfermedad, la vida y las condiciones de vida, como algo definido culturalmente, y por lo tanto, relativo. De momento los modelos autóctonos y foráneos de salud y enfermedad no pueden confluir.

Si queremos evitar cierto paternalismo sería importante encontrar espacios de comunicación entre estos sistemas socioculturales. A menudo tendemos a considerar las condiciones de vida de los foráneos como si se tratara de desórdenes psíquicos y problemas somatizados. Este discurso hace superflua una aproximación intrapsíquica a los foráneos.

El problema está entonces en saber si se le ha dado al mundo psíquico de los foráneos la importancia que merece y si la imagen que dan los especialistas no refuerzan, de hecho, las imágenes negativas que los autóctonos tienen de los foráneos.

Bibliografía

Gailly, A. *Een dorp in turkije*. Brussel: Cultur en Migratie, 1983.

Gailly, A. *Psychische klachten bij turken en hun benadering*. Brussel: Cultur en Migratie, 1988.

Leman J, Gailly A.,e.a. *Tharapies interculturelles*. Brussel: De Boeck-Wesmael, 1991.

Westermeyer, J. *Psychiatric Care of Migrants: A Clinical Guide*. Washington: American Psychiatric Press, 1989.

Westermeyer, J. *Mental Health for Refugees and other Migrants*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, 1989.

Yahyaoui, A. *Travail Clinique et Social en Milieu Maghrebien*. Paris: La Pensée Sauvage, 1987.

LISTADO DE ASISTENTES

LISTADO DE ASISTENTES

Palma Amorós, becaria de investigación Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:: 34-(9)58-16.11.42).

José Manuel Ballesteros, Director Medical Center for Migrants, Caritas Diocesana di Roma, Viale Romania, 32, 00197 Roma, Italia (tel:39-6-853-54324, fax:39-6-854-6470).

Jerónimo Barranco Navarro, Departamento de Psicología Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Granada, C/ Rector López Argüeta, Edif. San Jerónimo, E-18071 Granada, España (tel/fax:34-(9)58-244214).

Pablo Blanco, Asociación Pro-Inmigrantes (API), Federados con Andalucía-ACOGE, E-Córdoba, España (tel:34-(9)57-487397, fax:34-(9)57-492135).

Pierre Buekens, Faculty of Medicine and Pharmacy, School of Public Health, Free University of Brussels, Campus Erasme, CP 590/6, Route de Lennik 808, B-1070 Brussels, Bélgica (tel:32-2-555-4046, fax:32-2-555-4049, E-mail:buekens#ulb.ac.be).

Jorge Bustamante, President, Colegio de la Frontera Norte, P.O. Box L. Chula Vista, C.A.Tijuana, México (tel:52-6-613-3555).

Rodolfo Casillas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Apdo. Postal 20-021, Delegación Alvaro Obregon, 01000- México D.F., México (tel:52-5-631-7016, fax:52-5-631-6609).

Gilberto Cárdenas, Director Center for Mexican American Studies and Department of Sociology, University of Texas, Austin, Texas 78712, Estados Unidos (tel:1-512-471-2135, fax:1-512-471-9639).

Wayne C. Cornelius, Professor of Political Science and Gildred Professor of U.S. Mexican Relations, University of California-San Diego, La Joya, CA 92093-0510, Estados Unidos (tel:1-619-534-6067, fax:1-619-259-1728, E-mail:wcornelli#weber.ucsd.edu).

Mayte Cruz, becaria de investigación Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:34-

(9)58-16.11.42).

Aimé De Muynck, Head Department of Epidemiology, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Bélgica (tel:32-3-247-6666, fax:32-3-216-1431).

Miguel Ángel de Prada, Walter Actis, Carlos Pereda, Colectivo IOÉ, Luna 11-1º Dcha, E-28012 Madrid, España (tel:34-(9)1-5329662, fax:34-(9)1-5310123).

Therese Delvaux, Faculty of Medicine and Pharmacy, School of Public Health, Free University of Brussels, Campus Erasme, CP 590/6, Route de Lennik 808, B-1070 Brussels, Bélgica (tel:32-2-555-4046, fax:32-2-555-4049, E-mail:buekens#ulb.ac.be).

A. Gailly, Brussels Center for Mental Health, E. Delvastraat 35, 1020 Brussels, Bélgica (tel:32-2-428-9900, fax:32-2-426-0981).

Margarita García Barquero, Dirección General de Prevención y Protección a la salud, Consejería de Salud, Comunidad Autónoma de Madrid, O'Donnell 52, E-28009 Madrid, España (tel:34-(9)-1-5867063, fax:34-(9)1-5867274).

Javier García Castaño, Laboratorio de Antropología Social, Facultad de Educación. Universidad de Granada, E-18071 Granada, España (tel/fax:34-(9)58-242830).

Andreas Geiger, Dean, Faculty of Social and Health Sciences, Fachhochschule, Magdeburg:WIAD, WHO-Collaborating Centre for Migration and Mental Health, D-Magdeburg, Alemania (tel:39-1-55- 90264, fax:39-1-55-4040).

Antolín Granados, Facultad de Sociología, C/ Rector López Argüeta, Universidad de Granada, E-18071 Granada, España (tel/fax:34-(9)58-242830).

Dominga González, Departamento de Psicología, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, E-18071 Granada, España (tel:34-(9)58-243746, fax:34-(9)-58-243746)

Juan Manuel González, becario de investigación Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:34-(9)58-16.11.42).

Susan González-Baker, School of Public Administration, University of Arizona, Tucson, Arizona, Estados Unidos.

Valeria González Nebauer, becaria de investigación Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-

16.10.44, fax:34-(9)58-16.11.42).

Akile Gürsoy Tezcan, Department of International Relations, Marmara University, Goztepe Ziverbey, Istanbul, Turquía (tel:90-316-336-2809, fax:90-316-338-9942).

Josep M^a Jansá, Institut Municipal de la Salut, Servicio de Epidemiología, Pza. Lesseps 1, E-08023 Barcelona, España (tel:34-(9)3-4150066, fax:34-(9)3-2173197).

Adriana Kaplan, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Ramón Llull, Avda. Federico Raola 36-38 2 2^a, E-08032 Barcelona, España (tel:34-(9)3-3580029, fax:34-(9)3-4549655).

Louihichi Khaled, Unité d'Etudes et de Recherches sur la Population (U.R.E.P), 22 Av. Taha Husein, Ez-Zemelek-El Aciro, Egipto (fax:20-2-3401422).

Luis Andrés López Fernández, Coordinador Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:34-(9)58-16.11.42).

Carmen Lora, becaria de investigación Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:34-(9)58-16.11.42).

Joan Carles March Cerdá, Coordinador del Área de Promoción de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Cartuja s/n, Apdo. Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-16.10.44, fax:34-(9)58-16.11.42).

Raquel Márquez, Center for Mexican American Studies University of Texas at Austin and Department of Sociology , Austin TX 78712, Estados Unidos (tel:1-512-475-6768, fax:1-512-471-9639).

Abdeslam Mechkouri, School of Liberal Arts, Department of Economics, Moulay Ismail University, Mekness, Marruecos (fax:212-776-354).

Lourdes Merino Ruiz, Profesora Titular de Antropología y Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, E-18071 Granada, España (tel/fax:34-(9)58-244214).

Driss Ouaouicha, Dean, School of Liberal Arts, Department of Linguistics, Moulay Ismail University, Mekness, Marruecos (tel:212-5-5369868, fax:212-776-354).

Yolanda Padilla, School of Social Work, University of Texas at Austin, Austin TX 78712,

Estados Unidos (tel:1-512-471-6266, fax:1-512-471-9600, E-mail:ypadilla@mail.utexas.edu).
Vicen Poveda Verdejo, Asociación Andalucía Acoge, Granada, España (tel:34-(9)58-285072).

Consuelo Prado Martínez, Facultad de Ciencias, Edif. Biología, Universidad Autónoma de Madrid, E-28071 Madrid, España (tel:34-(9)1-3978135, fax:34-(9)1-3978344).

Lars Rasmussen, European Commission, Directorate General V, Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Bat. J. Monnet, Plateau du Kirchberg, Office JMO C5/75, L-2920 Luxemburgo (tel:352-4301-32007, fax:352-4301-34511).

Enrique Raya Lozano, Profesor de Política Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, E-18071 Granada, España (tel/fax:34-(9)58-244214).

Ben Rensen, Youth Health Care, Municipal Health Services Utrecht, Hoefyzerlaan 13, 3981 GK Bunnik, Países Bajos (tel:31-3-044-2012/044-1108).

Néstor Rodríguez, Department of Sociology, University of Houston, Houston, Texas, Estados Unidos (tel:1-713-743-3946, fax:1-713-748 4835, E-mail:nestor@uhupvm1.uh.edu).

Olga Solas Gaspar, Area de Gestión y Políticas de Servicios de Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Apdo de Correos 2070, E-18080 Granada, España (tel:34-(9)58-161044, fax:34-(9)58-161142).

Carlota Solé, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Universidad Autónoma de Barcelona, E-08193 Bellaterra, Barcelona, España (tel/fax:34-(9)3-2372912).

Marcelo Suárez-Orozco, Human Development and Psychology Department, Harvard University, Larsen Hall, Appian Way, Cambridge, MA-02138, Reino Unido (tel:44-717-495-4925, fax:44-617-495-3626).

Heike Thiel de Bocanegra, New York Task Force on Immigrant Health, Division of Primary Care Internal Medicine, New York University School of Medicine, New York, 550 First Avenue, New York, N.Y 10016, Estados Unidos (tel:1-212-263-8897, fax:1-212-263-8234).

Fethi Touzri, Université de Tunisie, Av. Abdelaziz Al-Saoud, Tunis, Túnez (tel:216-1-

336105, fax:216-1-567730).

Antonio Ugalde, Ph.D., Department of Sociology, University of Texas at Austin, Austin, Tx 78712, Estados Unidos (tel:1-512-471-1122, fax:1-512-471-1748, E-mail:augalde*jeeves.la.utexas.edu).

Hans Verrept, Department of Medical Social Science, Free University of Brussels, and Department of Medicine, Primary Health Care Section, University of Antwerpen, Laarbeeklaan 103, B-1090 Brussels, Bélgica (tel:32-2-477-4721, fax:32-3-218-5861).

Ahsene Zehraoui, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Laboratoire de Sociologie du Changement des Institutions, IRESO, 59 Rue Pouchet, 75849 Paris Cedex 17, Francia (tel:33-1-40251067, fax:33-1-40251066).

PROGRAMA DE PUBLICACIONES EASP

El Programa de Publicaciones de la EASP es el producto natural del quehacer docente, de investigación y de asesoría de la institución.

La política de publicaciones de la EASP tiene como propósito: a) Difusión de conocimientos actualizados sobre la promoción de la salud; b) Difusión de conocimientos que promuevan y faciliten la cooperación técnica de la EASP con Andalucía y España y otros países; c) Desarrollo de la "memoria técnica" de la EASP mediante el registro e indización de su producto intelectual en forma de documentos científico-técnicos.

Para lograr los objetivos se pone énfasis en la selección y el balance de temas, el control de calidad del contenido de las publicaciones y la co-publicación con otras instituciones.

Los productos consisten en publicaciones de actualización de carácter técnico-general y de carácter técnico-especializado:

- a. **Serie de Monografías.** *Corresponden a obras específicas que contienen actualizaciones sobre temas relevantes. También hay monografías con información sobre recursos didácticos de promoción de salud, como es el caso de los Catálogos.*
- b. **Serie de Documentos Técnicos.** *De contenido científico-técnico que versan sobre algún tema especializado.*
- c. **Serie de Ponencias, Conferencias y Comunicaciones a Congresos y Jornadas.** *Recopilaciones de las comunicaciones y ponencias más relevantes presentadas a Congresos y Jornadas desarrolladas en la EASP.*
- d. **Publicaciones CADIME.** *El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) elabora tres publicaciones periódicas: Boletín Terapéutico Andaluz, Monografías y Ficha de Novedad Terapéutica, y también edita y distribuye la Alerta de Farmacovigilancia que elabora el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.*
- e. **Serie Red de Actividades de Promoción de Salud.** *Se trata de una revista de idéntico título, de periodicidad anual, la cual reseña actividades y facilita contactos e intercambio de información entre los grupos constitutivos de la Red. Los números 4 y 5 se han dedicado a los temas de "Sexualidad y salud" y de "Sida y salud", respectivamente.*
- f. **Publicaciones Misceláneas.** *Publicaciones no incluidas en las categorías anteriores.*