

Abdelouahed Amal Amane. DUE y mediador social intercultural

Inmigración y participación comunitaria en salud*

España ha experimentado en los últimos años unos cambios demográficos por la llegada de extranjeros que ya nadie discute. Sin entrar en dar datos exhaustivos sobre el fenómeno de la inmigración, convendría conocer cómo ha sido su progresión en España y en Aragón. Conviene saber que estamos hablando de un fenómeno relativamente reciente, España se convierte en país receptor de inmigrantes a partir de la primera regularización importante en 1991, de la cual yo mismo me beneficié. Pero habrá que esperar una década más para empezar a hablar de una llegada masiva y que empezó a situar a España en los niveles de los países europeos tradicionalmente receptores de inmigrantes como Francia, Alemania, por citar dos ejemplos relevantes y cercanos.

Así que España pasó de 360.655 inmigrantes, con 0,91% sobre el total de la población en 1991, a 5.220.600 inmigrantes, con el 11,3% sobre el total de la población en 2008 y con una progresión importante a partir del año 2000 y con más de 140 nacionalidades.

Del total de la población extranjera residente en España, 2,1 millones pertenecen a la comunidad europea.

El 53,2% del total de extranjeros son varones y el 46,8% son mujeres (entre la población autóctona la proporción es del 49,5% de hombres y del 50,5% de mujeres).

Legislación en materia de salud e inmigración (5)

Es común entre el personal sanitario de los servicios públicos pensar que al inmigrante, sobre todo al indocumentado, se le atiende o se le puede atender



Conviene recordar que la inmigración, fenómeno que se ha dado en todas las etapas de la historia de la Humanidad, es un derecho fundamental de las personas recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 13: «Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado».

solamente por razones de beneficencia o humanitarias. También son muchos los que ignoran que la atención sanitaria a cualquier persona está avalada por leyes nacionales y tratados internacionales firmados por España. Por lo tanto, cuando un inmigrante acude a los servicios sanitarios públicos no hace más que ejercer un derecho reconocido por estas leyes y tratados internacionales y que vamos a mencionar de forma muy resumida.

1. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de la población, incluidos los inmigrantes, refugiados y desplazados.

2. La Constitución Española (art. 43) recoge el derecho a la protección de la salud y que es competencia de los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

3. La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril (Art. 6), que establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés indivi-

dual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, y a garantizar que cuantas actuaciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

4. La Ley de Extranjería o la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, modificada por Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, que recoge en su artículo 12.1 el derecho a la asistencia sanitaria pública en igualdad que los españoles para los inmigrantes en situación regular e irregular con empadronamiento. Y en su artículo 12.2 la asistencia sanitaria pública de urgencia para los irregulares sin empadronamiento, excepto para embarazadas y menores, que para estos últimos la asistencia se presta en igualdad con los españoles.

Dificultades de acceso de la población migrada al sistema público de salud (6)

Antes de entrar a detallar alguna de estas dificultades, hay que subrayar que en general los colectivos inmigrantes

* Ponencia presentada en las Jornadas de Participación Comunitaria en Salud. Zaragoza, 21-22 de noviembre de 2008.

valoran muy positivamente la salud pública española, aunque critiquen ciertos aspectos de ella.

1. Dificultades debidas al propio sistema sanitario

- **Actitud del personal sanitario**, que a veces está llena de prejuicios como pasa en otros ámbitos. Conveniría para ello que hagamos una introspección sobre los sentimientos que nos despiertan determinados colectivos e intentar superarlos y admitir que los inmigrantes cuando acuden a los servicios sanitarios no hacen más que ejercer un derecho que las leyes les reconocen.
- **Redes paralelas de atención**, son las redes de contactos y conocidos que los inmigrantes suelen consultar ante determinados problemas, ya sean de tipo sanitario u otros, que les surgen en el país de acogida y que muchas veces les llevan a manejar informaciones erróneas y con consecuencias, a veces, nada agradables.
- **Entramado administrativo**; los inmigrantes, en general, vienen de países con diferentes sistemas sanitarios, lo que obstaculiza enormemente, sobre todo al inicio de su llegada a España, su acceso normal al sistema sanitario español. Esto se ve agravado por la procedencia y el perfil del inmigrante. Muchos proceden de países donde no existe una estructura sanitaria como la conocemos aquí, con una cultura sanitaria diferente por utilizar otro tipo de medicinas para tratar sus enfermedades o simplemente por la imposibilidad de acceso a los servicios sanitarios, catalogados como normales aquí, por el elevado precio de las medicinas o por la no gratuidad de la sanidad en la mayoría de los países exportadores de inmigrantes o sencillamente porque se vive en el medio rural donde se suele, por lo general, carecer de todos los servicios básicos.

Otro de los factores que dificultan la comprensión del entramado administrativo es el alto índice de analfabetismo, sobre todo entre las mujeres, de muchos colectivos de inmigrantes (los marroquíes, que son mayoría en España y el cuarto colectivo en Zaragoza,

tienen un nivel de analfabetismo del orden del 60% entre las mujeres y del 40% entre los hombres).

2. Dificultades debidas a algunas características de los inmigrantes

- **Lengua**, este es uno de los grandes obstáculos de acceso al sistema sanitario, ya que de las más de 130 nacionalidades que viven en Zaragoza, si exceptuamos los latinoamericanos y parte de los ecuatoguineanos, la mayoría no son hispanohablantes. Incluso con los hispanohablantes no podemos dar por hecho su total comprensión del español que hablamos, ya que muchas palabras y expresiones y las formas como se dicen las cosas tienen otro significado.

Uno de los colectivos más numerosos y que mayores dificultades plantea en este sentido es el colectivo magrebí en general y el marroquí en especial.

La mayoría de los magrebíes, salvo excepciones en el norte de Marruecos o los que han tenido la oportunidad de estudiar el castellano como tercera lengua en los institutos de enseñanza secundaria «lycee o liceo», han tenido poco o ningún contacto con este idioma antes de llegar a España. Además muchos magrebíes, sobre todo las mujeres, traen un nivel formativo de los más bajos comparado con el resto de los colectivos. Los niveles de analfabetismo varían mucho en función del género, así en Marruecos, aproximadamente, el 61,7% de las mujeres y el 36,7% de hombres son analfabetos. En Argelia, el 40,4% de las mujeres y el 22% de los hombres son analfabetos, según datos del anuario *Akal* sobre el estado del mundo 2006. Todo esto influye negativamente, en personas con este perfil, en la adquisición de un nivel estable de manejo del castellano. Estas dificultades se podrían solventar con la ayuda de un intérprete experimentado y que hable la variante lingüística de los familiares.

En el Magreb, el idioma oficial de los cinco estados que componen esta zona geográfica es el árabe clásico, pero no es realmente el idioma que se habla sino uno de sus dialectos, el árabe coloquial o la dariya con ciertas diferencias de vocabulario y de acentos y con muchas palabras y estructuras del bereber y algunos préstamos del francés. En el

Magreb, y sobre todo en Marruecos y Argelia, hay una parte importante de la población que habla el bereber o el tamazight, que es la lengua de los primeros habitantes del Magreb antes de la islamización de la zona por los árabes en el siglo VII. El bereber se expresa en diferentes variantes regionales. Así, en el bereber de Marruecos hay tres variantes lingüísticas: el tarifit que en el norte, el tamazight en el centro y el tashlhit en el sur. Y el bereber de Argelia se divide en el cabilio

en la Cabilia, el che-noui en la montaña de Chenoua, el chaoui en las montañas del Aures, el tuareg en el Sahara, el mozabite en el Valle de M'Zabo el tashlhit en la frontera

con Marruecos. Muchos bereberes hablan la dariya, pero hay muchos que sólo hablan la variante bereber de su zona.

- **Situación sociolaboral**, este es otro de los aspectos importantes que dificulta el acceso. Muchos inmigrantes, sobre todo los que llevan poco tiempo o no están todavía muy asentados, renuncian a seguir los controles sanitarios normalizados ya que por temor a perder su trabajo no se atreven a pedir permisos en su empresa o por el tipo de trabajo que desarrollan y que les exige jornadas continuas sin apenas descanso, como es el caso del servicio doméstico.
- **Situación administrativa**, autoexclusión por situación irregular. La situación administrativa es uno de los aspectos más importantes para el inmigrante a todos los niveles de su proceso migratorio y que en lo referente a la salud le puede privar de una atención sanitaria adecuada. Esta atención puede quedar limitada a la atención de urgencia en el mejor de los casos, ya que muchos inmigrantes en situación administrativa irregular y sin posibilidad de empadronarse en el municipio donde viven (requisito obligatorio para tener la tarjeta sanitaria) rehúyen cualquier contacto con la administración pública o todo lo que tenga

En general los colectivos inmigrantes valoran muy positivamente la salud pública española

que ver con ella para evitar ser repatriados a sus países de origen.

El no atender a esta parte importante del colectivo inmigrante, del cual se carece de datos e información claros, está provocando que estemos excluyendo a personas de un derecho humano fundamental. Para superar las trabas legales y burocráticas que impiden el acceso normalizado de esta parte de la población migrada, hay experiencias al respecto en Andalucía. En esta comunidad autónoma se han dado pasos para solucionar este problema promoviendo la captación de inmigrantes y la

Los profesionales sanitarios se tienen que dotar de conocimientos prácticos sobre las culturas de los distintos colectivos

determinación de sus necesidades de salud, mejorando su accesibilidad a la atención sanitaria normalizada. Para ello se ha creado el Documento de Derivación a los Servicio Sanitarios Públicos.

- **Cultura y religión**, estas dos cuestiones, junto con la lengua, suelen constituir para la mayoría de los inmigrantes sus señas de identidad. Sobre estos aspectos, muchas veces, consciente o inconscientemente y desde un punto de vista muy etnocentrista, emitimos valoraciones negativas sobre otras culturas y creencias delante del paciente o emitimos juicios de valor sobre aspectos muy importantes de la cultura de un colectivo. Estas opiniones normalmente nadie nos las pide, pueden crear una desconfianza no sólo hacia el profesional que las emite, sino hacia todo el sistema sanitario. Por lo que sería conveniente reflexionar sobre cómo tratar con muchas de las diferencias culturales que cada colectivo maneja y que muchas veces pueden dificultar su acceso al sistema en condiciones normales. Como ejemplos podemos encontrarlos entre ciertas personas de los diferentes colectivos musulmanes reticencias por razones religiosas o culturales a que sean exploradas por profesionales del sexo opuesto, o evitar, los padres, acudir a las revisiones pediátricas de las niñas que han sufrido la mutilación genital femenina, etc.

Algunas recomendaciones para trabajar con población migrada en el ámbito sanitario

1. Competencia cultural. Con todos los cambios demográficos que ha experimentado España en los últimos años, creo que es conveniente e inteligente dotarse de nuevas herramientas para atender a unos usuarios nuevos con otros códigos y formas de ver la vida. Para ello creo que los profesionales sanitarios se tienen que dotar de conocimientos prácticos sobre las culturas de los distintos colectivos o tener la posibilidad de acceder a este conocimiento cuando se les plantean casos donde el componente cultural es de cierta relevancia o está detrás de un problema de comunicación ineficaz o disfuncional.

A modo de ejemplo, el conocer o disponer del calendario musulmán puede ser de gran utilidad cuando tratamos con un paciente que otorga gran importancia a la cuestión religiosa. En este sentido, si nos queremos asegurar una buena adherencia al tratamiento medicamentoso durante el mes del Ramadán, mes del ayuno de los musulmanes, y siempre que se pueda hacer, es muy conveniente adaptar las tomas a las horas durante las cuales está permitida la ingesta de alimentos (el Ramadán es el noveno mes del calendario musulmán, es el mes del ayuno que consiste, entre otras cosas, en no ingerir alimentos y bebidas, no mantener relaciones sexuales, etc., durante el día).

Las consideraciones de tipo cultural o religioso están justificadas desde el punto de vista de la mejora en la atención del paciente, no es necesario por tanto tener o no tener sensibilidad religiosa. Es una cuestión profesional. Y por supuesto siempre que no entre en contradicción dicha consideración cultural-religiosa con principios fundamentales del Estado plural y aconfesional en el que nos encontramos.

2. Protocolos y personalización de la asistencia, la conjugación de estos dos aspectos exigirá una capacidad de adaptación, flexibilidad y creatividad por parte de los profesionales de la salud. Porque crear protocolos adaptados a cada colectivo o cultura, aparte de que sería una tarea realmente complicada (hay más de 140 nacionalidades en Zaragoza), plantea muchas dudas, algu-

nas son de tipo legal (es inconcebible, desde el punto legal, preguntar a un paciente sobre sus creencias religiosas por ejemplo) y otras relacionadas con el sentimiento de pertenencia a la propia cultura porque no existe el determinismo cultural.

3. Cauces de participación; crear, aunque no se tiene el derecho al voto, cauces de participación donde los inmigrantes a través de sus asociaciones o a título individual puedan opinar, aportar y expresar sus opiniones sobre aspectos relacionados con la asistencia sanitaria a través de los consejos de salud.

4. Incorporación de profesionales inmigrantes al sistema sanitario facilitando la convalidación de las titulaciones que traen muchos inmigrantes y que por las grandes trabas burocráticas muchos de ellos renuncian a tramitarlas, con la consiguiente pérdida de estatus para ellos y la oportunidad de contar con unos profesionales sin ningún coste de formación para el estado que los acoge.

La incorporación de profesionales de origen extranjero podría contribuir a la adquisición de competencia cultural e ir acabando con ciertos prejuicios que se tienen sobre la población extranjera en el sistema sanitario, como en otros ámbitos. Todo ello presuponiendo que estos profesionales extranjeros están libres ellos mismos de prejuicios.

5. Uso de intérpretes o mediadores sociosanitarios. La figura del mediador intercultural, desde mi punto de vista, puede jugar un papel muy importante en el ámbito sanitario (campañas de sensibilización de todo tipo, apoyo a los profesionales para perfilar unos procesos de acogida adecuados, facilitación de recursos específicos para el colectivo, puente de comunicación con los familiares y el colectivo de pertenencia, dotación de los profesionales de competencia intercultural aportando claves culturales relevantes del colectivo de pertenencia...).

Para poder jugar este papel importante, desde mi punto de vista, el mediador intercultural tiene que cumplir una serie de requisitos, algunos imprescindibles y otros deseables como:

- Haber tenido una formación importante en número de horas y de contenido teórico y práctico en mediación intercultural.

- Tener un buen conocimiento sistematizado y analizado de la cultura de origen y la de acogida. Conocer el fenómeno migratorio y si es posible haber trabajado en este campo como contratado o como voluntario.
- Tener un nivel alto en castellano y por supuesto en la lengua de origen. Objetivamente, el nivel en la lengua de origen puede ser coloquial y no suficientemente especializado.
- Conocer el ámbito sanitario o preferiblemente pertenecer a él para conocer mejor su funcionamiento y la terminología utilizada en este ámbito.
- A ser posible, estar legitimado por el propio colectivo de pertenencia por el buen conocimiento de los aspectos propios del colectivo, por la honestidad personal, etc.

En la mayoría de los casos, al no disponer de esta figura (la del mediador), se suele recurrir a un intérprete o a un representante religioso (por ejemplo al imám para los musulmanes). El intérprete nos puede ser de gran utilidad si el problema es de índole exclusivamente lingüística, pero creo que las grandes dificultades suelen ser de índole cultural. Por todo ello, es recomendable el apoyo del mediador con un intérprete si no se tiene la lengua de origen. En este mismo sentido, hay que evitar el recurrir a los hijos o al primer compatriota que encontramos.

La figura del imám también nos podría ser de utilidad en cuestiones relacionadas con la muerte, donación de órganos, etc. Pero en este último caso habría que asegurarse previamente de que va a apoyar nuestra demanda. Esta figura nos puede ser de utilidad, sobre todo en los casos de negación de donación alegando motivos religiosos.

Conclusión

Como se ha intentado explicar en esta exposición, el cambio demográfico es evidente con sólo salir a dar una vuelta por nuestros diferentes hospitales, calles, escuelas, vecindad, etc. Seguir pensando que los inmigrantes son los únicos que tienen que hacer el esfuerzo de adaptarse a unas normas y códigos de la sociedad es tener una visión muy corta. Porque muchos se empeñan en

ponerles un corsé a estos códigos y costumbres e incluso exigir a los nuevos vecinos «todavía no ciudadanos» respetarlos e incluso firmar un contrato de respeto a las mismas (como plantean algunos partidos para la nueva Ley de Extranjería), como si estas normas y costumbres existieran de siempre. La experiencia de otros países cercanos al nuestro gestionando la diversidad a través de la asimilación se ha demostrado ineficaz y muchas veces conflictiva. Gestionar la diferencia cultural no es tarea fácil porque nos exigirá mucha creatividad, conocimiento de los aspectos relevantes de las nuevas culturas que convivimos en este mismo escenario, y mucha voluntad de parte de los estamentos públicos para, primero, querer integrar y, después, saber hacerlo con el objetivo de que todos nos sentamos respetados y reconocidos. ■

Fuentes consultadas

- (1) «La población extranjera empadronada»: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Instituto de Estadística y Gestión Padronal del Ayuntamiento de Zaragoza.
- (2) Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración y el Observatorio Permanente de la Inmigración.
- (3) Unidad de Estadística y Gestión Padronal del Ayuntamiento de Zaragoza de 1/01/2008.
- (4) Datos INE (Instituto Nacional de Estadísticas) del 1/01/2007.
- (5) La fuente es del artículo «Aspectos legales en la atención sanitaria a inmigrantes» de J. Vázquez Villegas, médico de familia. Coordinador de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, coordinador de Atención al Inmigrante del Distrito Sanitario de Poniente (Almería), de la *Guía de Atención al Inmigrante*, 2ª edición, A. Alonso, H. Huerga.
- (6) La fuente es del esquema del artículo «Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud» de J.M. Díaz Olalla, médico de familia. Instituto Municipal de Salud Pública de Madrid. Ex vicepresidente de Médicos del Mundo, de la *Guía de Atención al Inmigrante*, 2ª edición, A. Alonso, H. Huerga.



ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: Firma:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 (ver direcciones en la página 31)



Jornadas de sobre *Inmigración y Salud*

Jornadas en las que se resaltó la importancia de asegurar el acceso al sistema sanitario público de todos los inmigrantes, independientemente de su situación legal en España

Organizadas por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, con la colaboración de la Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS) y el Ministerio de Sanidad y Consumo, se han realizado en Madrid las Jornadas sobre Inmigración y Salud.

Han estado estructuradas en 4 mesas redondas. La primera sobre *Inmigración: problema u oportunidad para España*, con la participación de Francisco González Elena, director del Gabinete de Presidencia del Consejo Económico y Social, que señaló la existencia de un consenso en los diferentes CES europeos sobre cuatro aspectos: 1) La inmigración es un tema estratégico a largo plazo que hay que evaluar en su conjunto; 2) es necesaria para las sociedades europeas, que la precisan para mantener su desarrollo; 3) debe valorarse su efecto sobre el mercado de trabajo y sobre todo considerar la necesidad de que haya igualdad laboral entre inmigrantes y autóctonos; 4) hay que evaluar su impacto sobre el sistema de salud y protección social, para lo que es preciso considerar sus costes y beneficios a medio y largo plazo.

Pedro Villagrán, portavoz de Sanidad del Grupo Socialista en el Senado, recalcó que los inmigrantes juegan un papel social fundamental para nuestra economía y también que el aumento de la población no ha sido compensado por un aumento de los recursos de los servicios públicos, aunque es patente que los recursos que aportan los inmigrantes a los servicios públicos son superiores al gasto que realizan (aportan 23.402 millones de euros y consumen 18.618 millones de euros).

Berta Rivera, directora de la Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria, resaltó las características de la población inmigrante en España: más joven, más saludable y de menor nivel socioeconómico, con muchas diferencias según procedencia y con perfiles de utilización de los servicios sanitarios en general menores que la población autóctona, salvo en lo que respecta a la obs-

tetricia-ginecología (debido a una mayor tasa de natalidad) y a traumatología (¿mayor accidentabilidad laboral?). En el debate se resaltó la importancia de asegurar el acceso al sistema sanitario público de todos los inmigrantes, independientemente de su situación legal en España, con modelos similares a los existentes en Andalucía, que otorga tarjeta sanitaria a todos los inmigrantes sin excepción.

Como resumen se constató que los inmigrantes, además de hacer un uso sostenible del sistema, contribuyen a mejorar nuestro nivel de riqueza, contribuyen al sostenimiento del sistema sanitario y rejuvenecen la sociedad, y la necesidad de estudios más detallados sobre las necesidades de salud de estos colectivos, de garantizar la integración laboral de los mismos para garantizar su salud, mejorar el acceso a los servicios de salud y un modelo de financiación autonómica que adecue los recursos sanitarios de cada CA a los incrementos de población inmigrante.

La segunda mesa trató sobre *Inmigración y servicios de salud*. Francesc Cots, del Hospital del Mar de Barcelona, señaló que los resultados de todos los trabajos sobre población inmigrante han desmontado los tópicos más habituales: los inmigrantes han demostrado ser mayoritariamente sanos, utilizan menos los servicios sanitarios que los españoles, tienen también tasas menores de cirugía electiva, e incluso que en las áreas obstétricas y pediátricas presentan una menor utilización que los españoles. En resumen, en el caso de Barcelona no se ha demostrado la hipótesis de que hay una sobreutilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante, sino todo lo contrario.

Daniel la Parra, sociólogo de la Universidad de Alicante, presentó un estudio realizado en Alicante comparando los inmigrantes ecuatorianos y los británicos, en él se observa también una utilización de servicios bastante similar, si se ajusta por la edad, ya que obviamente la población británica es mucho mayor que la ecuatoriana; en el estudio se revela que

el problema principal de los inmigrantes es la ausencia de planificación por parte de las Administraciones Públicas para responder a sus problemas de salud.

Finalmente se hizo una exposición por parte de la entidad Melilla Acoge de los problemas referidos a la ciudad de Melilla, que tiene unas peculiaridades muy específicas, como son la presencia de un volumen muy importante de población transfronteriza (que trabaja en Melilla y vive en Marruecos y que tiene un volumen similar al de la población residente en la ciudad) y la de inmigrantes subsaharianos sin papeles. Se hizo especial hincapié en los programas dirigidos a mujeres en situaciones de riesgo (muchas de las cuales ejercen la prostitución).

La tercera mesa se dedicó a *Género e Inmigración*. Lucía Mazarrasa se refirió a un estudio sobre la salud de las mujeres inmigrantes, que muestra que las mujeres soportan la discriminación de sus países de origen a las que se añaden las de nuestro país relacionadas con la división social del trabajo, que hace que el mercado laboral de las mujeres sea de mayor precariedad y menor protección, muchas trabajan en servicio doméstico que tiene menos derechos y menos remuneración. Los problemas salud más prevalentes son de salud mental, la discriminación de género, la ruptura con su medio familiar y social y la separación de sus hijos. Los problemas de salud mental en relación con la frustración, la baja autoestima, depresión y somatizaciones en un 62% en mayor proporción que en las mujeres autóctonas. Los problemas de salud mental tienen que ver con la pobreza, nivel de estudios, divorcio, tener hijos, cuidar personas dependientes, mientras que en los hombres influyen esencialmente el nivel de ingresos y la insatisfacción laboral. En el tema de maltrato, el 9% de las inmigrantes lo ha sufrido en el último año y este fenómeno está muy relacionado con el nivel de salud mental. Las inmigrantes tienen más abortos que las españolas en relación con una mayor tasa de fecundidad, menor uso de anticon-



No se ha demostrado la hipótesis de que hay una sobreutilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante

ceptivos, tener hijos, problemas con parejas, dificultad de acceso a IVE por ausencia de oferta pública (retrasa la realización y aumenta el sufrimiento).

Los factores favorecedores tienen que ver con múltiples factores: falta de recursos, ausencia de papeles, falta de pareja, precariedad laboral y problemas de acceso a los servicios. Hay una evidente dificultad para el acceso a anticonceptivos por problemas económicos, de información y problemas de las farmacias, mala información del uso de anticonceptivos, resistencia de los hombres. Existen diferencias en la demanda de información sobre anticonceptivos que tienen que ver con el país de origen, afectan más a las mujeres provenientes de países del Magreb y de la Europa del este. Se han constatado deficiencias en la información sobre anticonceptivos de los servicios de atención primaria (AP), como consecuencia el 28% de las inmigrantes no saben a dónde acudir para IVE, frente a un 7% de las españolas. Las inmigrantes soportan mayor riesgo de violencia que las españolas, que tienen 2,21 por millón frente a 11,27 en inmigrantes. El 32% que acuden a AP manifiestan malos tratos a lo largo de su vida (esto no se suele preguntar en los servicios), más que en las españolas. La actitud era más activa que las españolas para salir por su cuenta de este problema, pero pedían menos ayuda para ello y tiene menos apoyo social.

Celina Pereda, de Médicos del Mundo, habló del trabajo de esta organización con prostitutas y enfermos de SIDA; de ellas, muchas son inmigrantes. Esta organización busca al acercamiento de estos colectivos a los servicios de salud pública. Por nacionalidades la mayor parte de las personas que atienden proceden de Brasil, Rumanía, Nigeria, España Colombia y Ecuador, aunque con la crisis parece se están incrementando las mujeres españolas. Otra línea de su trabajo es el intercambio de jeringuillas, donde constatan que se está incrementando la disminución de consumo intravenoso, pero aumenta el inhalado. También se está incrementando el consumo de drogas y la prostitución, lo que aumenta el problema, ya que muchas quedan enganchadas. Muchas usan los servicios sanitarios privados que deben pa-

gar, lo que incrementa la deuda con las organizaciones de traficantes. Entre los motivos por los que no acuden a la salud pública: culturales, barreras de acceso, vergüenza, desconocimiento de idioma y de los servicios de salud, actitud de los profesionales sanitarios. Parece necesario incrementar los esfuerzos para afrontar el problema de la prostitución, que tiene grandes repercusiones sobre la salud. Entre las mujeres inmigrantes es uno de los mayores negocios del mundo, no está mal visto socialmente y está creciendo, incluso entre gente joven.

La cuarta mesa trató sobre las *Actitudes y conocimientos de los profesionales en su relación con los inmigrantes*. Luis Gimeno, médico de Familia, explicó que existe una tendencia generalizada a asociar inmigración con problema por motivos políticos. Existe desinformación sobre este fenómeno, sobre un proceso que es bilateral de derechos y deberes y de interacción dinámica sistema-inmigrante y de naturaleza permanente. Entre las causas podemos hablar de sobrecarga de un sistema mal gestionado, diferencias culturales, problemas de clase social (son en muchos casos personas pobres). Ideas clave: los inmigrantes usan menos los hospitales, van más a urgencias; el porcentaje de ingresos por urgencias es menor y hacen el mismo uso que los españoles; acuden menos a los centros de AP, frecuentan menos la pediatría, consumen menos medicamentos (1/3 menos).

Marciano Sánchez Bayle comentó los resultados de una encuesta realizada entre 924 profesionales (médicos generales, pediatras y enfermería) de centros de salud en la que se concluye que la atención a la población inmigrante se percibe frecuentemente como un problema por los/as profesionales de salud, lo que se evidencia en que el 56,27% considera que plantean más problemas en la consulta que el resto de su población atendida y el 63,3% señala que demandan más atención sanitaria. Esta percepción de problemas está relacionada con el porcentaje de población inmigrante atendida y se incrementa a más del doble cuando el número de inmigrantes es superior al 10% de la población atendida. El problema más frecuente que se detecta es el

idioma, que como es obvio puede dificultar de una manera muy importante la relación en la consulta de AP. La mayoría señala atender a inmigrantes sin regularizar y también piensa que la atención a los inmigrantes es la mayoría de las veces igual que la que recibe el resto de la población (95,44%). Se destacó la evidente discrepancia que hay entre esta percepción de que los inmigrantes producen una mayor demanda con los datos empíricos que demuestran lo contrario, así como el hecho de que en las necesidades de formación destaque de manera muy relevante la que se refiere a las enfermedades más prevalentes, cuando también la evidencia recoge que son las mismas que las de la población autóctona y que muy raramente presentan enfermedades importadas.

Conclusiones

1. Los inmigrantes aportan más dinero a las Administraciones Públicas que los gastos que realizan en los servicios públicos, siendo por lo tanto un importante factor de potenciación de la economía.
2. Las enfermedades más prevalentes entre los inmigrantes son las mismas que entre la población española de igual nivel de renta, es decir, las diferencias estriban en que los inmigrantes son generalmente más pobres. Por otro lado, la presencia de enfermedades importadas es muy infrecuente y no mayor que en la población española que viaja a países con patrones epidemiológicos diferentes al nuestro.
3. La demanda de servicios sanitarios de los inmigrantes es menor que la de la población autóctona, incluso ajustando por edad, muy especialmente en lo que se refiere al gasto farmacéutico. Existen al menos una docena de estudios en todo el territorio español que lo corroboran.
4. La percepción de los profesionales de la salud es la contraria, ya que en las encuestas realizadas piensan que los inmigrantes generan más demanda que la población nacida en España.
5. Los problemas más importantes en la atención de los inmigrantes son los que se derivan del idioma y de la falta de formación de los profesionales para adaptarse a las diferencias culturales. ■