



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**LA POLÍTICA DE MIGRACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO EN LA CIUDAD DE
SALAMANCA: ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE SUS EFECTOS EN LAS MUJERES
INMIGRANTES LATINOAMERICANAS**

Autora: Dña. Carolina Garzón Esguerra

Tutores Académicos:

Dra. Lourdes Moro Gutiérrez. Departamento de Psicología Social y Antropología.

Julio, 2019

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**LA POLÍTICA DE MIGRACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO EN LA CIUDAD DE
SALAMANCA: ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO DE SUS EFECTOS EN LAS MUJERES
INMIGRANTES LATINOAMERICANAS**

Autora: Dña. Carolina Garzón Esguerra

Tutores Académicos:

Dra. Lourdes Moro Gutiérrez. Departamento de Psicología Social y Antropología.

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Julio, 2019

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos
en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

Declaración de autoría:

Declaro que he redactado el trabajo “La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas” para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2018-2019 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

Declaro también que las fotografías que aparecen a lo largo de este trabajo son de mi autoría o cuentan, en su caso, con el permiso de los autores o protagonistas para su utilización.

Salamanca, 29 de julio de 2019

Fdo. _____

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos
en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

Agradecimientos

A mi directora de Trabajo de Fin de Máster, quien supo interpretar mis palabras, y estuvo durante todo el proceso de investigación, producción y análisis; incluyéndome en actividades académicas de aprendizaje y enriquecimiento profesional.

A las mujeres que están aquí y no están, que no están allá y están; que aprendieron a querer este suelo como suyo, porque su vida se dibujó bajo el cielo de Salamanca, y no me refiero a la obra de Fernando Gallego sino a ese cielo que arropa la ciudad y observa sus miedos, alegrías, y anhelos. Aquellas que compartieron conmigo sus historias, afectos, espacios y lugares; y permitieron la reproducción conjunta de costumbres, valores y tradiciones latinoamericanas, la deconstrucción del significado de ser mujer, y la transformación del sentido de la identidad cultural.

A los técnicos de las instituciones de la administración local: Coordinación de la Promoción de la Salud y la Salud Laboral de la Junta de Castilla y León, y la Dirección de Salud Pública del Ayuntamiento; y de las ONG's: Salamanca Acoge, Cruz Roja, y Asociación de ayuda a la mujer Plaza Mayor, por su disposición constante y participación directa e indirecta en la generación de conexiones locales con la población inmigrante.

A mi madre por dejarme volar y transformar sus preocupaciones en olvido.

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

Resumen

Este estudio de tipo cualitativo surge para dar respuesta a ¿Cuáles son los efectos de la política de migración en materia sanitaria, para las mujeres latinoamericanas residentes en Salamanca? Estableciendo conexiones entre el análisis discursivo de la política y las percepciones socio sanitarias que tienen las mujeres inmigrantes de su implementación. Para lo cual, se conformó una muestra con 14 mujeres migrantes provenientes de países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, que actualmente habitan la ciudad. Con un desarrollo metodológico del trabajo de campo, a través de tres fases: la primera, un análisis historiográfico de datos secundarios; la segunda, la obtención de datos primarios a partir de la observación participante, entrevistas abiertas a técnicos de instituciones públicas sanitarias y organizaciones no gubernamentales, y entrevistas semiestructuradas a las mujeres latinoamericanas; y la tercera, la construcción de un proyecto sanitario intercultural con enfoque comunitario, de aplicación en Salamanca. Dando como resultado principal una dialéctica entre el ámbito (la normativa), y el contexto (las percepciones e interpretaciones de las participantes), que permitió reorientar las acciones y puesta en marcha del proyecto piloto Juntos, como parte de la implementación de la política de migración actual y de la aplicación social de los resultados obtenidos.

Palabras clave: Política de migración, antropología, sistemas sanitarios, salud pública.

Abstract

This qualitative study seeks to answer the question: what are the effects of migration policy on the health of Latin American women residing in Salamanca? The study establishes connections between the analysis of the policy discourse and the social health perceptions that immigrant women have of the policy's implementation. A sample group was formed with 14 immigrant women from countries in South America, Central America and the Caribbean, who currently reside in the city. The research used fieldwork as its methodology in three distinct phases: the first, a historiographic analysis of secondary data; the second, obtaining primary data from participant observation, open interviews with technicians from public health institutions and non-governmental organizations, and semi-structured interviews with Latin American women; and the third, the development of an intercultural health project with a community-based approach applicable in Salamanca. The main result is an exchange between the scope (the regulations) and the context (the perceptions and interpretations of the participants) which allowed the reorientation and launch of the pilot project Together as part of the implementation of the current migration policy and the social application of the obtained results.

Keywords: Migration policy, anthropology, health systems, public health.

Índice de contenido

Índice de figuras y tablas.....	12
Introducción	13
1. Objetivos	18
1.1 Objetivo principal.....	18
1.2 Objetivos secundarios.....	18
2. Marco conceptual	19
2.1 Migración	19
2.2 Política Pública.....	21
2.3 Salud Pública.....	22
2.4 Sistemas Sanitarios.....	25
3. Marco Teórico	27
3.1 Enfoques antropológicos necesarios para el análisis de la política de migración en el sector sanitario.....	27
3.2 Escenarios multiculturales: Evolución de la política de migración y su articulación a los servicios de salud	33
3.3 El discurso político y la connotación de alteridad: Categorización del inmigrante	40
3.4 Política de migración en el sector sanitario de la Unión Europea.....	45
3.5 Política sanitaria para la población inmigrante en España: Formulación y adopción	51

3.5.1 Transformación del sistema sanitario español: Un camino para la Inclusión.....	52
3.5.2 Integración de la política de migración con el sistema sanitario: Una categoría existente.....	55
3.5.3 La migración y la salud pública: Una construcción reciente.....	61
3.6 Adaptación local de la Comunidad de Castilla y León de la política de migración en el sector sanitario.....	64
3.7 Implementación de la política de migración en el sector sanitario en Salamanca	75
4. Metodología	81
4.1 Hipótesis.....	83
4.2 Selección de participantes	83
4.3 Técnicas de recogida de información	88
4.4 Categorías de análisis	90
5. Resultados	93
5.1 Representaciones del proceso migratorio para las mujeres latinoamericanas.....	93
5.1.1 La oportunidad para emprender el viaje.....	93
5.1.2 La inseguridad: El motivo para quedarse.....	95
5.1.3 Estrategias para iniciar su camino trasnacional.....	97
5.1.4 Una nueva vida, un nuevo rol.....	102
5.2 Múltiples significados de la integración.....	107
5.2.1 La cultura como condicionante de la adaptación.....	107

5.2.2 Ser latina: Entre la discriminación y la integración.	109
5.3 Percepciones del proceso salud-enfermedad-atención	114
5.3.1 La subjetividad de la salud y la enfermedad.....	114
5.3.2 Servicios de atención sanitaria humanizados.....	118
5.3.3 Articulación intersectorial.....	124
5.3.4 Salud auto percibida y morbilidad sentida.....	127
5.3.5 Automedicación: El retraso de la consulta al médico.....	134
5.3.6 La violencia de género y el valor de la mujer.....	137
5.4 Un proyecto de salud pública para mujeres inmigrantes	141
5.4.1 Un espacio para la integración y la salud.	141
5.4.2 La participación y la maternidad transnacional.	144
6. Conclusiones	147
7. Aplicabilidad	151
8. Limitaciones	157
Referencias Bibliográficas	158
Anexos.....	174

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)	24
Tabla 1. Inmigrantes andinos en España.....	36
Tabla 2. Implementación del Plan de Acción de Integración 2016-2017. UE.....	46
Tabla 3. Evaluación de factores determinantes en las políticas sanitarias para inmigrantes ...	49
Tabla 4. Indicadores de salud y asistencia sanitaria a los inmigrantes.	73
Tabla 5. Perfil sociodemográfico de las participantes	85
Tabla 6. Categorías y subcategorías de análisis	91
Tabla 7. Áreas de acción priorizadas	153
Tabla 8. Fuentes de financiación del proyecto.....	156

Introducción

Con el desarrollo de la Política de migración en la Unión Europea, surge una reorganización de los sectores sociales, políticos, demográficos, legislativos, culturales, educativos y sanitarios al interior de los Estados miembros, que motivan a una coordinación y gestión intersectorial que garantice un equilibrio entre el respeto de las tradiciones y culturas, la integración de la comunidad inmigrante y el marco normativo creado. En este sentido, España como país de destino de inmigrantes de Latinoamérica, África y Europa del Este, ha generado cambios en su aparato normativo, su estructura social y su visión hacia el fenómeno de la migración, incorporando en su política migratoria, elementos para la garantía de derechos, y la cobertura en los servicios del Estado de Bienestar; que han sido entendidas como acciones enfocadas para la integración y la inclusión de los inmigrantes. El informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del (2009) citaba: “Las formas en las que se reconoce la condición del inmigrante y se hacen cumplir sus derechos determina el grado de integración” (Mantilla Jaimes, 2017, p. 86).

Sin embargo, entendiéndose la migración bajo la perspectiva transnacional, y la política como un “constructo social que envuelve los deseos individuales y colectivos, en el proceso de obtener del mundo social, cultural y físico, algún grado de satisfacción” (Cohen, 1993, p. 99); se considera que la integración incluye otros elementos que superan la mirada asistencialista. No obstante, las políticas de migración en materia sanitaria, son las que reproducen en mayor medida este discurso, al direccionar sus actuaciones en el acceso y la atención, olvidando las competencias relacionadas con la perspectiva intercultural en la formulación, y ejecución de los procesos de salud y enfermedad.

Por otra parte, España ha tenido migraciones masivas en la segunda mitad del siglo veinte, siendo la latinoamericana una de las de mayor impacto, pasando de una representación del 17,4% en 1996 al 35,8% en 2007; con una distribución desigual entre las regiones, que obedece a las necesidades de mano de obra y oportunidades laborales, así como a la presencia de redes migratorias que facilitan su llegada y adaptación inicial en el país. Vemos como para el año 2018 la comunidad de Madrid, Cataluña, Valencia, Andalucía, y Canarias; tenían el mayor porcentaje de población inmigrante, en contraste con Extremadura, Ceuta, Melilla, y Rioja; que presentaban cifras más bajas (Delpino, Roll, Biderbost, 2013; & Consejería de Economía y Hacienda, 2018). Por este motivo no es de extrañar que el avance en planes y proyectos hacia la integración de los inmigrantes sea de mayor desarrollo en estas regiones, en las que los cambios demográficos han impulsado la necesidad de adaptar protocolos de intervención, capacitar al personal sanitario en salud intercultural, y crear metodologías de participación comunitaria. Otro factor que propicia esta condición de distribución poblacional es la autonomía con la que cada comunidad autónoma diseña, implementa y ejecuta la política común, creando grandes diferencias en la ordenación y participación social; y la inversión de recursos para potencializar los efectos positivos de la migración y el valor de la diversidad.

En función de lo anterior se pretende identificar ¿Cuáles son los efectos de la política de migración en materia sanitaria, para las mujeres latinoamericanas residentes en Salamanca? Estableciendo conexiones entre el análisis discursivo de la política y las percepciones socio sanitarias de su implementación por parte de las mujeres inmigrantes. Para lo primero, nos centramos en la evolución del sistema sanitario español, la inclusión de la atención a los inmigrantes al sistema, la relación entre la multidimensionalidad de la migración y la salud pública, la adaptación de la política de integración en la Comunidad de Castilla y León, y la

implementación en la ciudad de Salamanca. En segunda instancia, en el trabajo de campo realizado con la comunidad inmigrante latinoamericana, específicamente con mujeres, a quienes se les entrevistó sobre su proceso migratorio, su integración en la sociedad de acogida, su conceptualización del proceso salud-enfermedad-atención y la participación en proyectos de salud pública. Para lo cual, al compartir el lugar de procedencia, me propuse como antropóloga de mi cultura, configurándolo como una herramienta que favoreció la integración social y la riqueza de la información obtenida (Agrela Romero, 2006).

Como valor adicional, y en última instancia se utilizaron los perfiles sociales, historias migratorias, narrativas de adaptación, e itinerarios de salud, como insumo para el reajuste del proyecto piloto Juntos, como un proyecto intercultural para la ciudad de Salamanca, que conecta la política de migración con la mirada antropológica, a través de los sentidos, significados, y simbolismos culturales asociados a la salud de sus destinatarios.

Como implicaciones teóricas y prácticas del estudio, se menciona la capacidad de la antropología para resaltar la complejidad y lo desordenado de los procesos de formulación de las políticas, así como las formas en las que son recibidas por la población destinataria, enfocándose en el sentido que tienen las cosas, y lo que quieren decir para las mujeres (Shore, 2010). Es por esto, que se realizó una reflexión de la política de migración en materia sanitaria, basada en las definiciones, terminología, y objetivos formulados; frente a los efectos sobre la población para quienes fue construida. También, se incluyó, la forma en que la antropología puede contribuir al éxito de los proyectos sanitarios, a partir del momento de su planeación, haciendo estudios iniciales para identificar algunos de los problemas sociales y culturales de mayor importancia y direccionar los objetivos; instruyendo al personal sanitario en la intervención intercultural y la

interpretación de las percepciones de la comunidad inmigrante; y por medio de la activa participación de un antropólogo asignado un proyecto (Adams, 1952).

Dicho estudio surge como aporte ante los pocos estudios realizados en España en relación a la triada: política de migración, salud pública y antropología; entendiendo que la dialéctica de lo político y de lo cultural en el universo transnacional actual, requiere nuevos estudios en los que la aportación de la antropología es de gran valor, permitiendo entender las culturas que coexisten en el territorio Español y dando respuesta a los problemas emergentes de los inmigrantes (Abélès, 1997). También, como complemento a los estudios realizados sobre atención sanitaria, frecuencias de uso y utilización de los sistemas sanitarios por parte de los inmigrantes, influencia de las políticas de salud pública en articulación con los sistemas médicos tradicionales, y nuevas concepciones de las desigualdades en salud; proporcionando una mirada en otra comunidad autónoma, pero que se conecta con lo desarrollado por estos autores. Así como por la representación estadística de mujeres inmigrantes latinoamericanas en la ciudad de Salamanca, notificada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2018, que constituía el 36.19% (2.376) del total de las mujeres extranjeras; siendo una proporción significativa para considerarles como un grupo de intervención.

Igualmente, ante la ausencia de una política sanitaria clara y su ejecución desigual en el territorio español, encontrando acciones de intervención desarticuladas con la población inmigrante, sin proyectos sanitarios basados en las necesidades de las mujeres latinoamericanas en la ciudad de Salamanca. Y como parte de un proceso de evaluación que conlleve a realizar ajustes a la política y planes locales, en pro de la población y los objetivos propuestos a nivel institucional, ya que es necesario conocer las repercusiones que ha tenido la implementación, en la actualización de estrategias congruentes a las realidades que viven dichos colectivos. Cabe

mencionar que los efectos de las políticas, así como las dinámicas propias de las instituciones pueden contener formas de discriminación indirecta¹ o racismo institucional, que tiendan a favorecer a los miembros del colectivo mayoritario por falta de atención a las características y situaciones que viven otros grupos; es por ello que la evaluación del resultado de las prácticas administrativas y sanitarias, derivadas de la ejecución de la política de migración; es determinante para la identificación de la integración y la reconstrucción social de la migración (Serra, 2010).

Por último, como una oportunidad de articulación de la academia con el sector público a través de la transversalidad conceptual que proporciona el plan rector vigente, la voluntad institucional de invertir en un proyecto que conecte la diversidad cultural con los determinantes sociales de la salud (dentro del marco de acción de la escuela de salud); y la necesidad expresada por las participantes del estudio.

¹ Cuando la aplicación de una norma igual a todos, conlleva un efecto negativo o discriminatorio para un grupo determinado.

1. Objetivos

1.1 Objetivo principal

Identificar los efectos de la política de migración en el sector sanitario, en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que viven en la ciudad de Salamanca.

1.2 Objetivos secundarios

- Analizar la evolución de la política de migración en el sector sanitario de España, su adaptación en la Comunidad de Castilla y León, e implementación en la ciudad de Salamanca.
- Describir los efectos de la política de migración en el sector sanitario, en las mujeres inmigrantes latinoamericanas que habitan la ciudad de Salamanca, con base en su percepción, como receptoras de la política.
- Proponer un proyecto sanitario intercultural, construido a partir de lo encontrado en el trabajo de campo, que permita la aplicabilidad de los resultados.

2. Marco conceptual

2.1 Migración

La migración ha sido definida a lo largo de los años de diferentes maneras a través de enfoques discursivos que resaltan una u otra característica del proceso, la regulación del mercado, la estrategia motivacional, la pérdida de capitales, el desequilibrio económico, las redes de relaciones y las interconexiones sociales; han permitido una pluralidad teórica que direcciona los análisis y formas de interpretación. Partiendo de ello en la actualidad no existe una única teoría sobre la migración, sin embargo, las ciencias sociales y organizaciones de carácter internacional han utilizado el enfoque transnacional, por ser el que mejor describe la multiplicidad de aspectos interconectados, y por incluir en mayor medida los aspectos sociales que complejizan este fenómeno (Carballo de la Riva, 2017). A partir de allí, Bash, Glick-Schiller & Blanc-Szanton (1994) señalan que:

La migración es un conjunto de múltiples relaciones (familiares, económicas, organizacionales, religiosas y políticas) que se extienden más allá de las fronteras de uno o más territorios estatales, proyectando lazos, imágenes y expectativas que igualmente las trascienden, y vinculan sus sociedades de origen y asentamiento. (López Hernández, 2013; 83).

Definición que ha sido adoptada y adaptada por organismos internacionales y Estados, como España, con una política de migración, que en su proceso evolutivo ha pasado de un enfoque histórico estructural a uno transnacional, que se percibe mejor en la implementación regional que en la formulación nacional, mediante la construcción de planes de acción autonómicos y proyectos provinciales que abordan algunas de las diferentes relaciones descritas.

Es así como adicional a lo ya descrito, la Organización de Naciones Unidas (ONU) (2006) incluye la motivación migratoria, estableciendo a la migración como “una valerosa expresión de la voluntad de una persona por superar la adversidad y vivir una vida mejor” (párr.1), resaltando la experiencia personal, por encima de la funcionalidad Estatal.

Sin embargo, al considerarse sus efectos y dinámicas en los diferentes sectores, ha logrado entrar al escenario político como uno de los puntos prioritarios dentro de las Agendas de Gobierno, considerándose no solo como una realidad en sí misma, sino incorporando las estrategias para tomar acción, creando una connotación donde se incluyen el ¿qué?, el ¿para qué?, y el ¿cómo?

De esta manera, nueve años después, la ONU (2015), describe que la migración internacional es una realidad pluridimensional de gran pertinencia para el desarrollo de los países de origen, tránsito y destino, que exige respuestas coherentes e integrales, así como la necesaria cooperación en el plano internacional para garantizar la seguridad, el orden y la regularidad de las migraciones, respetando plenamente los derechos humanos y dispensando un trato humano a la ciudadanía migrante, sea cual sea su estatus migratorio, y a la población refugiada y exiliada. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p.15).

Es posible ver, como se recogen los intereses estatales, con la condición de los migrantes como seres humanos antes que como agentes políticos, pero una marcada tendencia a emitir acciones en función de lo que la realidad migratoria demanda a nivel de seguridad fronteriza, servicios sociales de atención, y a nivel económico; perdiéndose el enfoque transnacional en el discurso normativo.

En suma, a través del impacto, los cambios de frecuencia, y los países con más alto flujo migratorio, el concepto ha transitado por diferentes retóricas construidas a partir de las lecturas

de los actores del proceso y el simbolismo propio de un suceso social, encontrándonos con un punto de partida para una aproximación antropológica donde confluyen experiencias, creencias, problemas, normas; que crean categorías analíticas de reflexión y aplicación.

2.2 Política Pública

Tal como ocurre con la migración, y con otros conceptos asociados a sucesos multifactoriales, la definición de la política pública históricamente ha tenido transformaciones tanto en lo descriptivo como en lo normativo, que han dado lugar a una mirada cada vez más completa e integrativa con una variedad de elementos, dimensiones, actores y recursos, que la configurar como:

Un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática que hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (Velásquez Gavilanes, 2010, p. 156).

Sin embargo, y a pesar de que esta definición recoge muchas de las teorías más difundidas y estudiadas, resulta necesario articularla con el enfoque antropológico, como lo señala Bergen and Luckman (1966) “un principio organizador fundamental de la sociedad, que como: familia, nación, clase o ciudadanía, proporciona una manera de conceptualizar y simbolizar las relaciones sociales, y en torno al cual las personas viven sus vidas y estructuran sus realidades” (Shore, Wright & Pero, 2011, p. 2). Es así como más allá de la finalidad u objetivo, se interpretan como una construcción o deconstrucción social, que establece taxonomías, significados y valores que se reproducen y legitiman en función de su desarrollo temporoespacial; generando razonamientos específicos para la ordenación, la participación y la inversión.

De lo anterior, surge la importancia de los actores como creadores y ejecutores de las políticas públicas, donde si bien se establecen relaciones de jerarquización, intervienen todos los actores de la sociedad: ciudadanos, parlamento, sistema judicial, gobierno, instituciones públicas y privadas, asociaciones, sindicatos; generando las realidades, necesidades y situaciones que requieren un cambio o se definen como una problemática; y se transforman y reconstruyen a través de su participación activa.

Por generarse a partir de etiologías específicas que responden a múltiples aspectos que intervienen en la dinámica social, las políticas suponen una acción sectorial, que produzca una respuesta parcial en orden de la prioridad generada; sin embargo, los modelos contemporáneos muestran que si bien la política surge de un sector particular, al comprenderse dentro de un contexto sociocultural, se requiere una integración conceptual y complementaria que termina en la acción intersectorial.

2.3 Salud Pública

A partir de los años 20, se dio inicio a una serie de definiciones que pretendían explicar la salud pública, y mostraban un gran cambio frente al significado mismo de la salud como proceso social, y frente al sujeto de intervención: que pasó de ser individual a colectivo. Fue a partir de este momento cuando se estableció una directa relación de los sucesos sociopolíticos, económicos y culturales, con el estado de salud de las personas, proponiendo una comunicación entre las ciencias sociales y la medicina, en beneficio de la comunidad. Ya decía Virchow: “la medicina y la salud pública son intervenciones sociales; y los cambios políticos, sociales y económicos son unas intervenciones de salud pública en su sentido más profundo” (Desviat, 2001, p. 130), de manera que el conocimiento y atención a las relaciones entre los cambios

sociales, políticos, económicos y de salud; constituyen el elemento más importante de la salud pública.

Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), precisa la salud pública como:

La práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. (p. 4).

Dicha definición nos lleva a la inclusión de modelos de intervención complementarios (aunque también han sido entendidos como antagónicos) del modelo biomédico, con una convergencia de factores causales que requieren necesariamente de un diálogo entre diferentes disciplinas tales como la estadística, la economía, la biología, la ciencia política, la psicología, la medicina, la antropología, la ecología, la demografía, entre otras; y que condensa las intervenciones que mejoraran la vida de los diferentes colectivos. Adicional a ello, surgen las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) (Figura 1), definidas por la OPS como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria, y que se presentan como instrumentos que se intersectan con las funciones necesarias para la ejecución y cumplimiento de objetivos sanitarios en materia de migración; debido a que recrean múltiples procesos periódicos y de constante actualización, paralelos a la transformación social de la triada salud-enfermedad-atención. Constituyen a su vez un ciclo, en el cual, al igual que las políticas, se realiza un diagnóstico previo de la situación, se implementan acciones en las que debería participar la comunidad, se

mejoran o cambian las formas de desarrollo y se obtienen resultados de mitigación del impacto de un suceso.

Cuadro 2 Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
FESP 2	Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
FESP 3	Promoción de la salud
FESP 4	Participación de los ciudadanos en la salud
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
FESP 6	Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
FESP 10	Investigación en salud pública
FESP 11	Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Figura 1. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)

Nota: Recuperada de: “*La salud pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción*”, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002, p. 68, Washington D.C.: Autor.

Cabe aclarar que al tratarse del estudio colectivo de la salud, no pretende entregar a la ciencia, las instituciones, el Estado o la jurisprudencia, la responsabilidad de la acción propiamente dicha, sino que a partir del mecanismo de la prevención primaria, se crea un significado colectivo de la enfermedad, donde el responsable es cada individuo en articulación con las organizaciones sociales. Como citaba David Werner (1980) en su libro: *Donde no hay doctor*:

1. El cuidado de la salud no es solo un derecho de todos, sino la responsabilidad de todos,
2. El capacitar más a cada persona para que cuide su propia salud debe ser la meta

principal de cualquier actividad o programa de salud, 3. Si recibe información clara y sencilla la gente puede evitar y tratar en casa sus problemas más frecuentes de salud, más pronto, más barato y muchas veces mejor de lo que lo hacen los médicos, 4. Los conocimientos médicos no deben ser un secreto guardado entre pocas personas, sino que se deben compartir entre todos, 5. Las personas con pocos estudios son tan responsables e inteligentes como las personas con estudios superiores, 6. El cuidado básico de la salud no debe ser entregado desde afuera, sino ser promovido dentro de la comunidad. (p. 429).

A lo que se añade como 7. Las formas conceptuales creadas por la comunidad son igualmente válidas y reproducidas en mayor medida.

Vemos como la salud pública representa un eje integrador entre la política y la sanidad, la función estatal y la responsabilidad de la población, la condición de inmigrante y la carga de enfermedad; y la formulación de medidas de acción intersectorial y la participación comunitaria.

2.4 Sistemas Sanitarios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) ha definido un sistema de salud como:

La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (párr. 1).

Sin embargo, dicha definición parte de la estructura occidental y neoliberal en la que se encuentran inmersos conceptos de economía de salud, gestión sanitaria, intervención estatal; y que resulta incompleta, ante la realidad a la que se refiere. Los sistemas de salud deben ser

considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médica curativa. Rosen (1984) citado en Rojas Ochoa (2004) menciona “En ningún sitio se encuentra la enfermedad humana como mera naturaleza, ya que siempre está condicionada y modificada por la actividad social y por el ambiente cultural que crea tal actividad” (p.1). A partir de ahí, se redefine el sistema de salud como la forma de organización de diferentes instituciones² de la sociedad, con el fin no solo de curar sino de entender la enfermedad. Así como también los medios sociales, culturales y biológicos, que la población ha inventado para el control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (De Miguel, 1985).

El camino hacia donde nos conduce la relación entre los conceptos anteriormente descritos, es el inicio de un análisis documental de la política de migración en el sector sanitario de la Unión Europea, la adaptación del Estado español, y la implementación de la Comunidad de Castilla y León en la ciudad de Salamanca. Desde una perspectiva antropológica se establecerán las relaciones teóricas entre la política pública, el sistema de salud español, el desarrollo de proyectos de salud pública y las diferentes aristas del proceso migratorio; haciendo uso de los elementos históricos que dan lugar a la convergencia de discursos políticos, sanitarios y sociales.

² Entiéndase instituciones como agrupaciones sociales con un rol o función y una estructura definida.

3. Marco Teórico

3.1 Enfoques antropológicos necesarios para el análisis de la política de migración en el sector sanitario

En este capítulo se propone el establecimiento de un vínculo correlativo entre la migración y la antropología, que permita describir y entender las dinámicas de la misma, y nos acerque al abordaje teórico del trabajo de campo. Al ser la migración un proceso multifactorial e interdependiente de las diferentes estructuras que componen el desarrollo social, es necesario abordarlo desde varias perspectivas. Dicho de otra manera se requiere utilizar la taxonomía antropológica (del desarrollo, médica, política, y aplicada), en pro de un discurso congruente con las realidades generadas a partir de los procesos migratorios.

Para empezar, la antropología a través de sus diferentes métodos de investigación, comparte características análogas y pluridimensionales con este suceso; que la conducen por un recorrido de exploración y adaptación secuencial; para llegar a establecer relaciones en el lugar de estudio, como lo describe Carmelo Lisón Tolosana (1997):

El antropólogo actúa como un inmigrante que comienza su fascinante aventura peregrinando a otra tierra, grupo o categoría y en ella establece su morada, al menos por un año continuado, para permanecer en la alteridad con el objeto de captar, desde dentro, la especificidad local que haga posible la comparación; allí trata de convertirse en incansable observador e insaciable preguntador. El antropólogo necesita establecer una substantiva reciprocidad que le permita cruzar fronteras, con-vivir, actuar en primera persona, estar donde suceden las cosas, oír no solo la música, sino también el eco, alcanzar un estado de transitividad relacional. (p. 41).

El inmigrante, por su parte atraviesa territorios, convive, pero también crea lugares y espacios para vivir su cultura, manteniendo los vínculos con su comunidad de origen, y reinventando sus costumbres y su manera de relacionarse con la sociedad; sosteniendo relaciones trenzadas que conectan entre si diferentes sociedades de origen y asentamiento, por medio de la estructuración de espacios, comunidades y redes, cuya funcionalidad va más allá de las fronteras geográficas y políticas (López Hernández, 2013). Dicho de esta forma, ¿quién mejor que un antropólogo para adentrarse en el constructo teórico y práctico, del proceso de la migración? Conociendo en primera persona las etapas de llegada, observación, rechazo, búsqueda de respuestas, imitación, convivencia, empatía, adaptación, integración; y encontrando una experiencia y discurso más cercano a la percepción del inmigrante (Lisón Tolosana, 1997).

Igualmente cabe mencionar la situación de alteridad que tanto el antropólogo en su ejercicio investigativo, como el inmigrante en su proceso de vida experimentan; entendiéndose alteridad como el conjunto de seres humanos o elementos culturales que no son propios o que no pertenecen a lo mío o a mi grupo. Siendo interpretados y tratados como el Otro, o como los que no son de aquí, no hacen lo que yo hago, no hablan el idioma que yo hablo, no son físicamente parecidos, y no tienen mis costumbres (Buganza, 2006). Este Otro se construye en un sentido bidireccional, que claramente el antropólogo trata de neutralizar con el fin de establecer una relación de rapport, y el inmigrante precisa e identifica, pero de manera no consciente.

Sin embargo, esta connotación no surge de la mera interacción social, está determinada por:

Procesos macro, que crean y reflejan mundos sociales y culturales o dominios de significado, como lo son las políticas. Una política encuentra expresión a través de secuencias de eventos; crea nuevos espacios sociales y semánticos, nuevos conjuntos de

relaciones, nuevos temas políticos y nuevas redes de significado. (Shore, Wright, & Però, 2011, p.1).

Tal como lo hace la política de migración expresada a través de los significados recreados para determinar al extranjero,³ y a través de la cual se propicia un escenario abierto a la aparición de estereotipos, la competencia de espacios laborales y beneficios sociales, y temas emergentes relacionados a esta realidad como la regularización, la garantía del derecho a la salud, y la integración intercultural.

La importancia de la política como tema de análisis antropológico surge del hecho de que las políticas son instrumentos importantes a través de los cuales el gobierno, las empresas, las ONG's, las agencias públicas y los organismos internacionales clasifican y regulan los espacios y temas que tratan de gobernar. A través del análisis de estos procesos políticos, podemos observar la forma en que los fragmentos de la cultura y la sociedad se introducen en nuevas alineaciones entre sí para crear nuevos terrenos sociales y semánticos. Las políticas pueden ser poderosos vehículos de cambio social, pueden legitimar el orden social existente o proveer la racionalidad para un cambio de régimen. De manera tal que, la política de migración parte de un discurso surgido de condicionantes entendidos como ajenos o del Otro, que afectan la organización social propia, mediado por intereses colectivos interestatales, a través del cual se reconfigura un espacio territorial; todo esto vinculado a una categoría normativa que mantiene un tránsito constante entre el equilibrio económico y el enfoque de derechos. A partir de esa dicotómica relación social y de mercado, racionalizada a través de la política, se han creado estrategias de ejecución basadas en una narrativa contradictoria que ve al otro como igual, reconociendo su valor como ser humano, pero a su vez como extraño limitando sus espacios de interacción.

³ Forma de referirse al Otro, que de acuerdo a su origen etimológico se asocia con extraño, foráneo e intruso.

Por otra parte, la política de Migración de la Unión Europea ha migrado a los diferentes Estados que la componen para ser adaptada a sus contextos, reconstruyéndose y adquiriendo vida propia a partir de la reinterpretación que cada uno da a la misma. En el caso del Estado español, se produce una múltiple interpretación de sus consignas en la medida en la que se adapta a cada comunidad autónoma, pudiéndose generar consecuencias que se alejen o acerquen en mayor o menor medida a la intención original de la política (Shore et al., 2011). Por tal motivo, teóricamente, Appadurai (1986) considera que las políticas tienen una “vida social compleja cuando las personas interactúan con ellas y, a su vez, entablan relaciones con instituciones y otros artefactos” (Shore, 2010, p. 36). Al tratarse de una realidad que es transversal a muchas instituciones, la migración involucra organizaciones sociales de diversa índole, tales como los servicios sanitarios, que pueden motivar la producción de otro sentido, que re direcciona la política general.

Para este caso, la atención de la salud de los inmigrantes en España está fuertemente vinculada al Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (PECI) 2007-2010, que plantea las estrategias necesarias para el acceso al sistema sanitario público y a la asistencia sanitaria, en condiciones de igualdad e integración; y que resalta los diferentes determinantes socioculturales de la enfermedad, la repercusión de la movilización en la salud pública, y el control de las enfermedades infecciosas importadas. Por tal motivo, no basta con el análisis político sino que se requieren los fundamentos de la antropología médica para descomponer el discurso sanitario de la política, a fin de no perder de vista factores propios de esta rama, que asocian el proceso de salud-enfermedad al fenómeno migratorio y su legitimización Estatal.

La sanidad se muestra como uno de esos espacios creados por la migración, que se deconstruye en la convergencia cultural de modelos diferentes al biomédico, y que propone un

cambio de paradigma, que permita también la integración y la pluralidad. De allí la importancia, de la mirada antropológica de este campo, que realiza:

Un análisis social, cultural, biológico y lingüístico para comprender mejor los factores que influyen en la salud y el bienestar (en términos generales), la experiencia y distribución de enfermedades, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la curación. Así como también de los procesos, las relaciones sociales de la gestión de la terapia y la importancia cultural y la utilización de sistemas médicos pluralistas. La disciplina de la antropología médica se basa en enfoques teóricos diferentes. Está tan atenta a la cultura de la salud popular como a la epidemiología biocientífica, la construcción social del conocimiento; y la política de la ciencia como el descubrimiento científico y la prueba de hipótesis. (Wiley & Allen, 2009, p. 5).

A través de ella, es posible identificar las necesidades específicas de la población migrante, así como las condiciones que determinan el acceso a los servicios de salud, que pocas veces responden a los perfiles sociodemográficos de estas nuevas sociedades. Igualmente permite la visibilización de las desigualdades existentes en comparación con la población autóctona, las falencias estructurales del sistema, y débiles competencias de los profesionales sanitarios, que generan una barrera en la satisfacción de las demandas de dicha población. También permite la creación de un puente que comunique la política pública con la salud, a través de un constante diálogo discursivo entre la operatividad de las políticas sanitarias y lo que la población requiere para mantener su estado de bienestar (Moreno Fuentes, 2004).

Por último, y como punto integrador, la antropología del desarrollo ofrece un importante acercamiento al tema cuando mediante una perspectiva crítica incursiona en la mirada y el protagonismo del Otro, potenciando “la dimensión participativa empoderada en los procesos de

cambio social y proporcionando herramientas y metodologías específicas, que permitan este enfoque analítico más horizontal de trabajo” (Monje, 2018, p. 115). Lo anterior, en relación con el establecimiento de una política construida a partir de decisiones de abajo hacia arriba, donde la participación de la sociedad este inmersa en todo el ciclo, desde el diseño hasta la evaluación; configuran el espacio para que la población inmigrante proponga, implemente y evalúe las acciones que les afectan e interesan.

De igual forma, a partir de las técnicas de investigación existentes, como lo son la observación participante, las entrevistas abiertas y semiestructuradas, y las historias de vida, es posible recoger las narrativas que reconstruyan los objetivos, indicadores y estrategias de las nuevas políticas o adaptaciones locales de las existentes. Medidas de acción como las que describe el IV Plan rector o Acuerdo del Diálogo Social de Castilla y León en materia de migraciones para la integración sociolaboral, cohesión social y convivencia intercultural para el período 2018-2021, pueden generar un primer escenario en esta comunidad autónoma, a la participación de estos colectivos y al éxito de proyectos que materialicen la integración teórica de las políticas.

Es así como tanto la antropología política, la antropología médica y la antropología del desarrollo, enfatizan en que el análisis y ejecución de las políticas, deben realizarse desde la perspectiva de los propios actores, para este caso desde el sentir, la narrativa y las vivencias de los inmigrantes, otorgándoles un protagonismo, al que aún no se acercan las políticas actuales; a través del cual pasen de ser el objeto de la formulación de la política, para convertirse en el sujeto de su desarrollo (Monje, 2018).

En congruencia con lo anteriormente descrito, se empleó como señala Arnold (1997) “la antropología social aplicada, entendida en un sentido reflexivo, como parte de la antropología

política pero vista desde una observación de segundo orden, esto es, desde la perspectiva de un observador que observa sus observaciones” (Cadenas, 2005, p. 72). A través de una propuesta de intervención, relacionada con la operatividad de la política sanitaria reflejada en los proyectos de salud pública para la integración de los inmigrantes, y orientada a responder a las necesidades de este colectivo; analizando lo aportado por las inmigrantes latinoamericanas que habitan la ciudad de Salamanca; y que dan cuenta de la visión particular de la salud en su proceso migratorio; para proponer un proyecto, que permitan su adaptación a la luz de las narrativas de dicha población. De la misma manera, la aportación de dicho campo permite el establecimiento de conexiones entre la metodología, la teoría y la perspectiva, vinculando métodos etnográficos como las entrevistas que rescatan la visión propia del inmigrante, los enfoques teóricos de la disciplina asociados a la cultura, y la mirada antropológica de la migración y sus prácticas adaptativas.

3.2 Escenarios multiculturales: Evolución de la política de migración y su articulación a los servicios de salud

Para poder analizar lo que las políticas significan debemos considerar los contextos socioeconómicos, políticos e históricos más amplios en los cuales están inmersas y el rol social que cumplen. En vez de ser un fin en sí mismo, el estudio de las políticas “proporciona una oportunidad para reflexionar en transformaciones más generales de la sociedad, en los patrones socioeconómicos cambiantes y en las nuevas y emergentes racionalidades de gobierno” (Shore, 2010, p. 44). De allí, la importancia de definir el contexto en el cual surge la política de migración en la Comunidad Europea, antes llamada Ley de Extranjería, sus objetivos y enfoque inicial, que reflejan la transición de la interpretación estatal del fenómeno como problema legal, económico, sanitario y cultural.

Hay que empezar por mencionar que la migración se ubica en la Agenda de Gobierno de Europa y EEUU como un problema, cuando el fenómeno alcanza una mayor intensidad y frecuencia, y cambia su connotación como base de progreso hacia crisis económica.

La Comisión Mundial sobre las Migración Internacional (CMMI) se constituyó en el año 2003 como el primer órgano consultivo que abordaba las cuestiones relativas a la migración internacional cobijado por las Naciones Unidas (UN), liderado por Suecia, Filipinas, Marruecos y Brasil. Por medio del estudio de los diferentes impactos de las migraciones en materia de desarrollo, seguridad humana, demografía, desplazamientos forzosos, cooperación internacional y participación del sector privado, entre otros; centro su análisis en: Posicionamiento de las migraciones en el orden mundial internacional, revisión de los vacíos en las políticas migratorias existentes y su vinculación con aspectos problemáticos, y proponer recomendaciones al Secretario de las Naciones Unidas y a otros actores. A partir de allí se generó el primer informe basado en el análisis de las políticas públicas que tenían relación con las migraciones llamado: Migración en un mundo interconectado: Nuevas orientaciones para la acción; que describían 33 recomendaciones clasificadas dentro de 6 principios generales. Los dos primeros asociados a mundo laboral, la economía de mercado y el desarrollo, el tercero sobre las migraciones irregulares, el cuarto sobre la diversidad, la cohesión y la integración, el quinto orientado al cuerpo normativo en aras de la protección de los derechos humanos, y el último sobre los acuerdos y alianzas necesarios en la gobernanza de este tema (Carballo de la Riva, 2017). Cabe mencionar en este punto, que el enfoque no ha cambiado mucho durante el transcurrir de los tiempos, es por ello que se hará énfasis en recomendaciones que sirven de argumento para el estudio en mención y que motivan ciertas reflexiones.

“El número de personas que intenta migrar de un país a otro aumentara en los próximos años, debido a las disparidades de desarrollo y demografía y a las diferencias en la calidad de su gobernanza” (Comisión Mundial sobre Migración Internacional [CMMI], 2005, p.12).

Para el caso de España el aumento de las migraciones latinoamericanas tiene una explicación que obedece a una relación de balance, motivada por políticas de ajuste estructural al interior de los países de Latinoamérica (Tabla 1). Para poner algunos ejemplos, Bolivia para el año 2003 cursaba con una transición política con 6 referendos, una reforma constitucional, y un cambio de régimen político al movimiento al socialismo, lo que aumento los índices de marginalidad, pobreza y exclusión al interior del país. En el caso de Colombia para el año 2000 se encontraba igualmente en una situación de inestabilidad política, con la implementación del Plan Colombia, que pretendía acabar con el conflicto armado y el narcotráfico, pero que termino por agudizar el desplazamiento forzado y fortaleció el sistema Estatal y Judicial. Y Ecuador, quien para el año 2000, sufría las consecuencias de la crisis del 1998 y 1999, de la dolarización de su economía, el incremento de los precios del petróleo, el quiebre de las principales instituciones financieras, y con ello el aumento del desempleo y la pobreza. De allí se explica que para dichos años (2001-2005) el número de inmigrantes latinoamericanos en España haya superado a la población procedente de África y otros países europeos. Pero ¿por qué se refiere a este hecho con la palabra balance? Porque al interior del país surgió una demanda y cambio poblacional que requería mano de obra para empleos relacionados con el cuidado del adulto mayor y el trabajo doméstico.

Tabla 1

Inmigrantes andinos en España

País/ Año	1987- 1989	1996	2000	2003	2007
Bolivia	779	955	1390	7053	69109
Colombia	4111	7865	17321	107459	254301
Ecuador	997	2913	29342	174289	395808
Perú	2563	18023	23009	57593	116202
Total Países andinos	8450	31752	73062	348397	837427
Total Iberoamérica	57109	104049	122044	514485	1215351

Nota: Recuperado de “*Claves para la comprensión de la inmigración latinoamericana en España*”, Delpino, M. A., Roll, D., & Biderbost, P. N (Eds.), 2013, p.54, Córdoba: Universidad Católica de Córdoba.

“Los migrantes autorizados y a largo plazo deben integrarse plenamente en la sociedad. El proceso de integración debe valorar la diversidad social, fomentar la cohesión social, y evitar la marginalización de las comunidades migrantes” (CMMI, 2005, p.47).

Los procesos migratorios suponen un conjunto de etapas en las que se describe la formación de redes locales migratorias que facilitan la salida y la llegada, y proporcionan contactos, información laboral, sobre servicios sociales, apoyo emocional, así como sentimientos de identidad, interacción y afectividad; que con frecuencia corresponden a personas de su país de origen, lo que genera una lenta adaptación con la población de acogida y posible segregación. Igualmente se describe como estereotipos, actitudes de xenofobia, y diferencias socioeconómicas y laborales en comparación con la población autóctona, generándose una ausencia del sentimiento de integración (Moro Gutiérrez, Pena Castro & Fiol Ruiz, 2018). Al mencionar instrumentos de integración funcionales en los contextos de incidencia para unas políticas migratorias más específicas, se encuentran con redes informales de intercomunicación y ayuda

que se han construido entre los inmigrantes de cada país. Con una amplitud y eficiencia superior a la que desempeñan las asociaciones y que sería decisiva a la hora establecer relaciones de integración como las que suponen las políticas actuales (Consejería de servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2000).

“La integración y la protección de las mujeres migrantes requieren mucha atención. Las mujeres deben participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas y programas de integración” (CMMI, 2005, p.52).

La participación constituye uno de los elementos claves para alcanzar los objetivos de una política o proyecto, ya que supone la existencia de una necesidad compartida entre el Gobierno o quien formula la política y los directamente afectados o beneficiados. Y más aún en el caso de las mujeres, que han hecho de esta realidad un proceso feminizado, que les otorga un protagonismo particular en las toma de decisiones transnacionales. En este sentido, la implicación de las inmigrantes no se ha dado, las políticas han sido formuladas por agentes técnicos que realizan aproximaciones interpretativas, de manera que sólo son interpretación en segundo o tercer grado; es decir, interpretaciones de sus interpretaciones de la migración (Shore, 2010).

“Los Estados deben proteger los derechos de los migrantes consolidando el marco normativo de derechos humanos que afecta a los migrantes internacionales y asegurándose de que sus disposiciones se apliquen de modo no discriminatorio” (CMMI, 2005, p.57).

En este punto, para el caso de la Unión Europea se cuenta con una política comunitaria que direcciona las políticas de los Estados miembros, algunos de ellos con políticas más claras de migración como en el caso de Francia, España, y Reino Unido (este último con actual intención de abandono de la Comunidad); han desarrollado normas y leyes cambiantes en pro de la igualdad y equidad de la población migrante. Sin embargo cabe mencionar que en la mayoría de

países, han surgido como un cuerpo normativo separado de la legislación nacional, lo que dificulta la operatividad de las mismas en varios aspectos, como por ejemplo en el tema sanitario.

Posterior a la publicación del primer informe de CMMI se creó una plataforma para la cooperación y el diálogo, de carácter voluntario: Foro Mundial sobre Migraciones y Desarrollo (FMMD) y el Grupo Mundial sobre Migración (GMM): encargado de promover la aplicación general de los instrumentos y normas internacionales relacionadas con la migración y fomentar el desarrollo de enfoques coherentes hacia la misma. Desde el 2007 hasta la fecha, se ha dado lugar a encuentros anuales en los que se desarrollan temáticas en diferentes direcciones, aproximándose cada vez más a debates donde la familia, el género y la inclusión han sido tema central; sin embargo temas como la cultura, la identidad y la sanidad de estos colectivos, aun no llegan a la mesa del foro (Carballo de la Riva, 2017).

A pesar del conocimiento de la diversidad étnica y cultural que generan las migraciones al interior de las naciones; la gobernanza y la cooperación para el desarrollo económico han liderado todas las iniciativas de orden mundial y nacional; y ha sido vista como una amenaza para la identidad nacional y la cohesión social, de allí la evolución histórica (si se quisiera llamar así), de este tema, en las políticas de migración de los países europeos. La incorporación de políticas enfocadas en la diversidad como punto de partida para formular acciones dirigidas a las necesidades específicas de los colectivos inmigrantes, surge con base en los códigos de análisis de la propia interpretación de los Estados de la integración y el uso de un modelo cognitivo particular. Para el caso de Reino Unido, adopto el modelo bifurcacionista, en el cual todo lo necesario para mantener a una comunidad política unida se resume en la existencia de un cuerpo de instituciones, prácticas y valores políticos percibidos como comunes por todos sus

ciudadanos, que compartirían de este modo una cultura política común. Es decir que la población inmigrante debería respetar las leyes de dicho Estado, y se les permitía elegir líderes comunitarios y construir asociaciones, como mecanismo de agregación de intereses y de intermediación con las autoridades británicas. Por otra parte, Francia obedecía a un modelo asimilacionista, según el cual la existencia de la comunidad política estable requería que todos sus miembros compartiesen una cultura nacional común, caracterizada por la existencia de un sistema de valores, creencias y prácticas sociales comunes. El Estado debería actuar como salvaguardia y vigía de la cultura nacional a la que las minorías deberían asimilarse. De manera tal que los inmigrantes deberían adoptar la lengua, la cultura, la mentalidad de la comunidad francesa abandonando sus identidades cultural y étnicamente diferenciadas. En el caso de España, no es posible clasificarlo en un modelo en particular, ya que presenta una mezcla de uno y de otro, fuertemente influenciado por la politización (Moreno Fuentes, 2004).

De esta manera, los sistemas sanitarios han surgido paralelamente a los modelos de integración, bajo un enfoque enlazado con la lectura subjetiva del inmigrante; es así como las minorías étnicas fueron incorporadas a un sistema sanitario público británico con la posterior creación de programas específicos de atención, para el caso francés, integradas a partir de un acceso a la sanidad, igualitario y sin distinciones con un marcado desinterés por el estudio de necesidades específicas en función de su particularidad social, cultural y étnica. Y para el caso español, inicialmente con un trato diferencial a los colectivos inmigrantes con una antigua vinculación colonial, que daba acceso automático al sistema sanitario público, con una posterior cobertura a todos los inmigrantes, pero siempre vinculado a su participación en el mercado laboral; con pocos acercamientos desde algunas comunidades autónomas a las particularidades culturales en materia de salud (Moreno Fuentes, 2004).

En suma, se observa como estos escenarios multiculturales creados a través de los procesos de migración, han motivado la formulación y puesta en marcha de políticas por medio de las cuales “los individuos son objetivados y se les otorga categorías como ciudadano, adulto legal, profesional, residente permanente, over stayers, inmigrantes” (Shore, 2010, p. 36), minorías o nacionalizado. Las personas son categorizadas, clasificadas y reguladas por procesos de política pública sobre los cuales tienen poco control o de los cuales son poco conscientes, como lo muestran las estructuras de acceso a la sanidad. De tal forma, que las políticas de migración no simplemente han asignado identidades particulares a los individuos y grupos específicos; sino que han construido activamente esas identidades (Shore, 2010).

3.3 El discurso político y la connotación de alteridad: Categorización del inmigrante

Ya hemos dicho que las políticas públicas construyen una identidad social y una serie de significados otorgados a los actores, sin embargo, para el caso de los inmigrantes es necesario un análisis mayor por referirse a individuos que se miran bajo un contexto de alteridad, al considerarse como no nacionales.

La alteridad puede referirse a las personas que no son yo, o bien a las características culturales que no pertenecen o a mi grupo, o dicho de otra manera sería el conjunto de seres humanos o elementos culturales que no son yo o que no pertenecen a lo mío.

(Buganza, 2006, p. 2).

El Otro o el inmigrante, evidentemente cuenta con características culturales diferenciales, pero también con una diversidad étnica y legislativa agregada, que genera una taxonomía social que los ubica como inferiores en comparación con los nacionales.

En este sentido, la concepción del Otro ha generado desde sus inicios hasta hoy, un choque y enfrentamiento cultural, asociado al concepto de civilización (Lisón Tolosana, 2018).

Recordemos que la población que ha migrado a España pertenece a antiguas colonias y países con cercanía geográfica, lo que indirectamente genera un significado del Otro como inferior, configurado a partir de relaciones históricas de dominación, asimetría y desvalorización sistemática de lo diferente (Juliano, 1991); y que se refuerza en el discurso político. Dicho de otra manera y en un contexto histórico:

El extranjero es el excluido por excelencia en la reglamentada sociedad medieval; no es realmente persona o sujeto de derechos porque no ha prestado juramento de obediencia y lealtad al señor feudal, lo que quiere decir que no tiene un situs preciso y definido, que carece de lugar aceptable; al ser un desconocido sin espacio propio, se le incluye como un miembro más de la clase formada por histriones y juglares. No solo es portador de rareza y de inquietud, sino que trae además consigo, la desorganización social e inmortalidad. (Lisón Tolosana, 2018, p. 41).

Aparece aquí el concepto de sujeto de derechos, que hasta el año pasado, se vinculaba a la condición laboral y jurídica del extranjero; que lo ubica en la estructura social, como desfavorecido y vulnerable; y que motiva al surgimiento de formas de organización propias, acciones individuales y conflictos, favorecidos en gran medida por dicha estratificación.

Sin embargo, bajo la apariencia narrativa, la política se muestra como neutral e incluso de acción reivindicativa frente a vulneración de los derechos humanos, como se observa en la Ley Orgánica 4 de 2000, de extranjería, Art.3:

Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo

general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles. (p. 3).

Y en la Ley 8/2003 sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, Art.3:

Se adoptarán las medidas necesarias para garantizar que cuantas actuaciones se lleven a cabo en relación con la salud estén regidas por los principios de máximo respeto a la personalidad y dignidad y de no discriminación por razón de nacimiento, edad, nacionalidad, raza, sexo, deficiencia o enfermedad, religión, lengua, cultura, opinión, o cualquier otra circunstancia personal, familiar o social. (párr. 1).

No obstante, al sumergirnos de forma más específica en la redacción, nos encontramos una serie de descripciones atribuidas al inmigrante, con el fin de categorizar su lugar social, como vehículo para la garantía de sus derechos, en consonancia con el aparato normativo nacional. Se habla entonces del colectivo inmigrante como minoría étnica, vulnerables, desprotegidos, peculiares y potencialmente en riesgo de exclusión, más no como ciudadanos; generándose una dialéctica entre los objetivos generales y principios de la política, que enfatizan en la integración e inclusión.

Instituciones como la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2015), en el documento: Migración, Derechos humanos y Gobernanza, reconocen que:

Se debería evitar el uso del término ilegal para referirse a los migrantes y a la migración, por sus connotaciones negativas asociada a la criminalidad y en virtud de que todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica. (p. 20).

Con el fin de generar un discurso menos discriminatorio, pero en contraposición con la categorización asignada por el aparato jurídico del país de destino, que enfatiza en el respeto al ser humano y la no discriminación, pero que mantienen las taxonomías para que sea posible su diferenciación y control.

Al revisar las cifras dadas por el Instituto Nacional de Estadística, para el año 2018, el número total de extranjeros en España era de 4.734.691 correspondiente al 10,13% de la población total del país (46.733.038), y 12.336 para la ciudad de Salamanca, correspondiente al 3,72% de la población total (331.437). Los inmigrantes están lejos de ser una minoría, como lo muestran los números, pero es que esta connotación no es de tipo estadístico, sino social. Se habla entonces de minorías étnicas para identificar un colectivo con prácticas culturales y perspectivas que la distinguen de otro grupo o sociedad mayor, y que generan una identidad; a través de la cual se sienten incluidos o excluidos de otros grupos; y que determina la manera en que son percibidos. Dicha clasificación puede favorecer conductas estereotipadas por parte de la población de acogida y contribuir a formas de discriminación, que son justificadas a través de la reproducción del discurso de la diferencia étnica (Millan, 2004). Igualmente sucede con el término peculiares, que puede interpretarse en un sentido negativo, partiendo de una aparente normalidad en las costumbres culturales y formas de relacionarse de los nacionales, que se contraponen con formas de actuar diferentes, por parte de los inmigrantes.

El concepto de ciudadanía que jurídicamente otorga la calidad de sujeto de derechos, para los inmigrantes, es utilizado de manera más exclusiva que inclusiva, al considerarlos como no ciudadanos, en relación a sus características culturales y país de nacimiento, connotación alimentada por la taxonomía de comunitarios y no comunitarios que otorga una estratificación con mayores beneficios asignados a unos que a otros. Los planes de integración autonómicos

más recientes, han ido introduciendo con fuerza el concepto de ciudadanía entendida, en la estela de los planteamientos del Consejo y de la Comisión Europea, como una ciudadanía plural y cívica. La Comisión Europea propuso el concepto de ciudadanía cívica en su comunicación de noviembre de 2000 y lo definía como “un conjunto de derechos y obligaciones básicos que los inmigrantes adquieren progresivamente en un periodo de varios años, de tal manera que reciban el mismo trato que los ciudadanos de su Estado de acogida, aunque no hayan sido naturalizados” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007, p. 159).

Encontramos también descripciones que generan atributos o condiciones, tales como: vulnerables, desprotegidos, y potencialmente en riesgo de exclusión; que fortalecen la idea de la función estatal del país receptor; creados bajo un enfoque de carencia, que ubica al inmigrante de una posición de inferioridad en la escala social existente, y que supone una relación de dependencia. Son representaciones completamente adaptadas a las acciones e iniciativas gubernamentales, que refuerzan el discurso de las medidas de protección: Proteger los derechos humanos, proteger a los extranjeros de actos de discriminación, garantizar las formas de reagrupación familiar, etc.; y muestran el sentido paternalista que está implícito en la narrativa de las políticas sociales.

Para concluir, se identifica como descripciones semánticas inmersas en el lenguaje de la política migratoria, llevan a razonamientos sociales, tanto por la sociedad autóctona como por los inmigrantes; generando a su vez normas de tolerancia aprendidas, representaciones de inferioridad, estereotipos aceptados, e identidades imaginadas. No solo representan conceptos, sino que se interpretan como símbolos, que funcionan como criterios de exclusión, aunque no fuere esa su intencionalidad primaria. Es claro que el discurso político crea una categoría social global sobre los inmigrantes, a partir de un conjunto de representaciones que se refuerzan en la

vida cívica, y les asigna una legitimidad basada en el reconocimiento de su homogeneidad (Agrela Romero, 2006).

3.4 Política de migración en el sector sanitario de la Unión Europea

Como se explicó anteriormente la identidad que se ha construido a través del discurso de la política, refleja al inmigrante con una carga de significados asociados al término de amenaza o problema; que se extienden a lo largo de la sectorización de la misma. Esta mirada ha favorecido brechas en la atención sanitaria de la población autóctona y la migrante, que llevan a unas narrativas teóricas con enfoque de derechos, que contradicen la implementación de modelos pluralistas y favorecen la politización.

“La salud como un derecho humano fundamental, se aplica a todos los seres humanos, independientemente de su estatus migratorio; y los gobiernos están obligados a defender este derecho en aras de una buena gobernanza de salud pública” (European Web Site of Integration [EWSI], 2018, párr.5), expresan la constitución de 1946 de la OMS, la declaración universal de los derechos humanos de 1948, el Pacto Internacional de derechos económicos y sociales de 1966, y la resolución 61.17 de la OMS de 2008. Igualmente la Unión Europea (UE), emitió una serie de directivas jurídicamente vinculantes que afectan a la salud de los migrantes: la directiva de igualdad racial, de residentes a largo plazo y la directiva que establece estándares mínimos para la recepción de solicitantes de asilo. Sin embargo, su aplicación, depende directamente de la voluntad política al interior de cada país y de la construcción interpretativa de la salud de los inmigrantes como problema.

Teniendo en cuenta que la puesta en marcha depende de una serie de condicionantes que abarca desde los intereses de los actores, estrategias de aplicación, antecedentes históricos, hasta la financiación; la comisión europea apoya varios proyectos bajo el programa de salud de la UE

para fortalecer la implementación de los marcos normativos, que se centran tanto en la prestación de servicios de salud para los migrantes como en los paquetes de capacitación pertinentes para los profesionales de la salud. Además, en junio de 2016, la comisión adoptó un plan de acción (Tabla 2), que incluye diferentes ejes temáticos tales como: educación, integración en el mercado laboral y acceso a la formación profesional, acceso a servicios básicos, participación activa e inclusión social, y herramientas para la coordinación, financiación y seguimiento; que se agrupan dentro de cuatro grandes bloques: políticas, recursos, aprendizaje mutuo y fondos, con objetivos de acción específicos, donde el sector salud cuenta con diferentes puntos.

A través de la financiación se pretende estimular la articulación de las políticas nacionales con el Plan de salud de la UE 2014-2020, así como la puesta en marcha de proyectos que respondan a las necesidades sentidas de la comunidad migrante.

Tabla 2

Implementación del Plan de Acción de Integración 2016-2017. UE

Ítem	Objetivo	Estrategia	Actividad
RECURSO	Respaldar las mejores prácticas en la provisión de atención para los ciudadanos vulnerables de terceros países y refugiados en el marco del Programa de Salud.	Registro de salud personal	Se firmó un acuerdo de subvención directa con la Organización Mundial de la Salud sobre migración y gestión del conocimiento de la salud. Se seleccionaron tres proyectos centrados en migrantes vulnerables en una convocatoria de propuestas, por un total de 2,5 millones de euros.

FONDOS	Respalda las mejores prácticas en la provisión de atención para los ciudadanos vulnerables de terceros países y refugiados en el marco del Programa de Salud.	Financiamiento del programa de salud	Tres proyectos fueron financiados por el Programa de Salud: 'Fortalecer la Atención Basada en la Comunidad para minimizar las desigualdades en la salud y mejorar la integración de los migrantes y refugiados vulnerables en las comunidades locales' y el 'Enfoque Operativo de Refugiados y Migrantes Maternos' y el 'Acuerdo de Subvención Directa con la Organización Mundial de la Salud'.
	Apoyar las mejores prácticas en la provisión de atención para los ciudadanos vulnerables de terceros países y refugiados en el marco del Programa de Salud	Formación de profesionales de la salud.	Se han adjudicado 2 contratos en una licitación publicada en 2016 para brindar capacitación a profesionales de la salud y agentes de la ley de primera línea: 1. El primer contrato se centra en la preparación de módulos específicos sobre enfermedades transmisibles y salud mental para complementar los módulos anteriores. En abril de 2018 se lanzó un proyecto piloto en 10 Estados miembros. 2. El segundo tiene como objetivo organizar sesiones de formación en 33 países. Comenzó en marzo de 2018.

Nota: Elaboración a partir de: “*Implementation of the 2016-2017 Integration Action Plan*”, European Web Site on Integration (EWSI), 2016, Recuperado de <https://ec.europa.eu/migrant-integration/main-menu/eus-work/actions>

El análisis realizado por la UE en el año 2017, muestra que si bien algunos países cuentan con políticas nacionales de migración, no hay claridad sobre los objetivos que responden a las necesidades de salud de los inmigrantes (Tabla 3), encontrando que: 1. Sus planes de integración nacional definen la salud de los inmigrantes de manera aislada y por ende han supuesto un campo de acción separado, 2. Existe poca cooperatividad intersectorial entre las instituciones, proveedores y ONG's, 3. Las estructuras gubernamentales, muchas veces divisorias, asignan

responsabilidades apartadas que limitan las respuestas operativas y mantienen la descentralización de los servicios de atención sanitaria, 4. Ausencia de políticas gubernamentales claras y prácticas definidas sobre la equidad y la atención médica a los migrantes, 5. Generación de datos de morbilidad, mortalidad de los inmigrantes de manera no rutinaria, que imposibilitan el análisis de indicadores, ya que la recopilación de datos sobre el origen étnico y el estatus de migrante están prohibida por ley en varios países de la UE, 6. Existencia de pequeños estudios sobre el tema, con muestras no representativas, 7. Sistemas de salud poco adaptados a las necesidades de los inmigrantes, en lo que respecta a la existencia de mediadores interculturales (12 Estados miembros con políticas y legislación al respecto), e intérpretes (13 Estados miembros con disponibilidad gratuita) (EWSI, 2018).

Igualmente establece una estrecha relación entre las políticas de integración (en todos los ámbitos) y los problemas de salud de los inmigrantes al considerarlo como un fenómeno multidimensional, en la medida en la que se encuentran más integrados a nivel laboral y social mejoran sus condiciones sanitarias y contribuyen al fortalecimiento de la equidad.

Tabla 3

Evaluación de factores determinantes en las políticas sanitarias para inmigrantes

	Health strategy targeting migrants	Integration strategy targeting health	Standars on cultural mediators	Free interpreters	Health indicators for migrants
Austria		X	X	X	X
Belgium			X	X	
Bulgaria					
Croatia		X			X
Cyprus				X	
Czech Republic			X		
Denmark		X	X	X	
Estonia					
Finland		X	X	X	
France			X		
Germany		X	X	X	X
Greece					
Hungary					
Ireland		X		X	
Italy		X	X	X	
Latvia		X			
Lithuania			X		
Luxembourg				X	
Malta			X		
Netherlands			X		
Poland					
Portugal		X		X	X
Romania			X		
Slovenia		X	X		
Spain		X		X	
Sweden			X	X	
United Kingdom				X	

Nota: Recuperado de: “*Migrant health across Europe: Little structural policies, many encouraging practices*”, European Web Site of Integration (EWSI), 2018, Recuperado de <https://ec.europa.eu/migrant-integration/feature/migrant-health-across-europe>

Por último, para el año 2015 se crea Migrant Integration Policy Index (MIPEX), una herramienta digital que mide la efectividad y el impacto de las políticas para integrar a los migrantes en todos los Estados miembros de la UE, Australia, Canadá, Islandia, Japón, Corea del Sur, Nueva Zelanda, Noruega, Suiza, Turquía y los Estados Unidos, que permite evaluar y comparar lo que los gobiernos están haciendo para promover la integración de los migrantes en todos los países analizados. Para ello ha diseñado 167 indicadores que evalúan 8 áreas: Movilidad Laboral, Reunión Familiar, Educación, Participación Política, Residencia a largo plazo, Acceso a la nacionalidad, No discriminación, y Salud. Este último con indicadores específicos, que constituyen la política ideal: 1. Derechos de salud para migrantes legales, solicitantes de asilo, y migrantes indocumentados, 2. Discreción administrativa y documentación para migrantes legales, solicitantes de asilo, y migrantes indocumentados, 3. Información para proveedores de servicios sobre los derechos de los migrantes, 4. Información para migrantes sobre derechos y uso de servicios de salud, 5. Información para migrantes sobre educación y promoción en salud, 6. Provisión de mediadores culturales o navegadores de pacientes para facilitar el acceso de los migrantes, 7. Obligaciones y sanciones para la asistencia a migrantes indocumentados, 8. Disponibilidad de servicios de interpretación cualificados, Requisito para servicios culturalmente competentes o sensibles a la diversidad, 9. Capacitación y educación del personal de servicios de salud, 10. Participación de migrantes en la provisión de información, diseño de servicios y entrega, 11. Fomento de la diversidad en la fuerza laboral de los servicios de salud, Desarrollo de capacidades y métodos, 12. Recopilación de datos sobre salud de los migrantes, 13. Apoyo a la investigación en salud de los migrantes, 14. Enfoque de toda la organización (proveedores de servicios y agencias de salud), 15. Liderazgo de un plan de acción específico por parte del gobierno, 16. Implicación de migrantes y grupos de interés en la

formulación (European Union [EU], 2015); y 17. Enfoque la salud en todas las políticas (World Health Organization [WHO], 2013).

Lo anterior, nos muestra como “las políticas tienen un punto en común desde su origen y propagación hasta un lugar tras otro en todo el mundo” (Shore et al., 2011, p. 6). Sin embargo, adquieren composiciones diferentes al interior de cada país, ellas cambian, y se resignifican dentro de cada contexto, razón por la cual existe una marcada diferencia entre la política de migración en el sector sanitario en un país u otro.

3.5 Política sanitaria para la población inmigrante en España: Formulación y adopción

A partir del componente teórico y contextual en el que está inmersa España como miembro de la UE, se realizara un análisis de la política de migración en el sector sanitario española, desde sus actores, pasando por los diferentes procesos de transformación del sistema sanitario y el establecimiento de relaciones de poder, que se traslapan en el juego entre las necesidades sanitarias, los rendimientos financieros y el desarrollo. Se muestra como se mencionó anteriormente, como la política no es neutral, es valorativa y está cargada de datos que son interpretados bajo una ideología; que para este caso comparten un discurso común basado en la integración; y a partir del cual adquieren un determinado sentido, que orienta las acciones y el establecimiento de las relaciones de poder.

La política de migración en el sector sanitario en España es un proceso reciente que surge ante un fenómeno migratorio de magnitud no prevista; razón por la cual surge de un momento a otro, mas no de un proceso en sí. Sin embargo para poder realizar un análisis, se requiere la aproximación a la evolución del sistema sanitario nacional para entender en gran medida, la incorporación, connotaciones asociadas, intervenciones y estrategias específicas hacia la población inmigrante.

3.5.1 Transformación del sistema sanitario español: Un camino para la Inclusión.

Desde sus inicios ha supuesto una marcada influencia del sector privado, ya que se partió de un modelo privado puesto al servicio del sector público, que favoreció la burocracia y generó respuestas inefectivas y fragmentadas. Transformado a través de las reformas en un modelo del sector público que protegía los intereses del sector privado (hospitales, industria farmacéutica, médicos), a través de sistemas de contratación concertado donde se incluían organizaciones no gubernamentales como la Iglesia Católica y la Cruz Roja. Este modelo basado en el aseguramiento acentuó la desigualdad sanitaria a razón de los beneficios de acceso de acuerdo a las clases sociales, la distribución poblacional en el área rural o urbana, el regionalismo o desarrollo de cada comunidad autónoma, el género, y la edad. Seguido de una falta de educación sanitaria, un consumismo farmacéutico iatrogénico (causa del propio sistema), y un deterioro de la atención primaria en salud, que era visible a través del gasto hospitalario, unas políticas heterogéneas y una inversión descoordinada, que por mencionar un ejemplo, invirtió 0% en centros de salud en la ciudad de Salamanca para el año 1981. De igual forma, la influencia de la Iglesia católica, determinó el control de la natalidad, trayendo consigo el aumento de la interrupción voluntaria del embarazo ilegal, conductas sexuales de riesgo, deterioro de la salud materna infantil. Para este momento, las minorías étnicas, madres solteras, inmigrantes ilegales, menores de edad y adultos mayores, no estaban incluidos como actores garantes de sanidad, sin embargo se clasificaban como población vulnerable que requería asistencia sanitaria, pero que no tenía un plan de beneficios sanitarios que cubriera sus necesidades (Moreno Fuentes, 2004).

Para 1930 bajo el régimen franquista existía un sistema de seguridad social mediado por la participación laboral y con débiles programas que beneficiara a los colectivos desfavorecidos, con altos niveles de desigualdad y una baja calidad, creado como mecanismo de legitimización y

control social. Durante la posguerra, se genera una dispersión de los servicios sanitarios que conserva la vinculación al mercado laboral, con un ámbito general de la salud Pública y un componente de beneficencia. En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que cubría la atención de enfermedades de carácter profesional, con un sistema de financiación a cargo de empresarios, trabajadores y el Estado, y con prestación por parte del sector público y privado, donde el Ministerio de trabajo, era participe de las decisiones. Paralelo a él, estaba el sistema de sanidad nacional, que pretendía ser extensivo a toda la población, teniendo en cuenta que las personas no trabajadoras o de clase alta no se encontraban incluidas en la seguridad social; que tenía como fin prevenir las enfermedades infectocontagiosas y estaba a cargo del Ministerio de la Gobernación. Y como tercer componente, estaba la Beneficencia, de carácter gratuito para la población sin recursos, heredada de las organizaciones caritativas católicas y de las administraciones locales, con una red de prestación dispersa y de baja calidad. (Moreno Fuentes, 2004).

En 1970, se propone la unificación de los sistemas, que ante la falta de voluntad política y gestión de los servicios sanitarios, continuó siendo un sistema segmentado, con subsistemas dependientes de diferentes actores como los Ministerios, organismos públicos y administraciones locales, estos últimos afectados directamente en su ejercicio ante la gran inversión hospitalaria. En 1975, se genera un cambio político con una monarquía parlamentaria que impacta el sistema sanitario a través de la aprobación de los presupuestos y una descentralización del poder. Esto generó que 3 años más tarde el derecho a la salud no fuese incluido en la agenda política, a pesar de la presión de los partidos de izquierda que lo reclamaban como responsabilidad estatal. En 1982, el Partido Socialista Obrero Español junto con la aprobación de la Ley General de Sanidad, dieron paso a la reforma de la atención primaria, la transferencia de las competencias de

las Comunidades Autónomas y la articulación del sistema sanitario que garantizara la Universalización. La primera suponía además de un cambio de paradigma que reorganizara el sistema del ámbito hospitalario al de la prevención de la enfermedad, generando mayor tiempo laboral de los técnicos de atención primaria en salud y una prioridad mayor en la agenda política; que al no darse, retraso el proceso, teniendo una transición de 20 años. La segunda otorgo responsabilidades políticas de organización y gestión en salud pública, a algunas comunidades autónomas (7), mientras que las restantes (10), dependían del Instituto de Salud; lo que causo una asimetría institucional hasta el año 2002, año en el cual se creó el Consejo Interterritorial como coordinador del sistema, con responsabilidad sanitaria Estatal, de autoridades regionales y municipales, anulando las funciones del Ministerio como regulador del Sistema Nacional de Salud. (Moreno Fuentes, 2004).

Por último, la articulación del sistema dio comienzo a un cambio normativo, cuya intención era permitir el acceso al sistema sanitario, a de los grupos excluidos, a partir de la ciudadanía y la residencia, pero de forma paulatina, y siempre y cuando la sostenibilidad financiera lo permitiese. Desarrollándose de manera progresiva normas específicas para su inclusión como la Resolución de la SGSSS del 29 de diciembre de 1984, para personas no casadas que convivían maritalmente con un titular de derecho, la Resolución de la SGSS del 11 de diciembre de 1985, para hijos adoptivos, la Resolución de la SGSS del 16 de diciembre de 1987, para menores en régimen de acogimiento familiar, y el Real Decreto 357/1991, para los beneficiarios de pensiones no contributivas; entre otras. A partir de la Ley 14 de 1986, se regula la financiación pública, la atención integral, los derechos y deberes para los ciudadanos y poderes públicos (con las excepciones descritas anteriormente), y la integración de diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud. No obstante, y ante la no universalización, algunas comunidades

autónomas como la Valenciana y la del país Vasco, desarrollaron leyes autonómicas, que posteriormente fueron incluidas por el Sistema Nacional de Salud, cambiando el porcentaje presupuestal definido, el modelo de financiación (que paso a depender de forma exclusiva al Estado), y la implementación de un programa asistencial que integrara a las personas sin recursos (Moreno Fuentes, 2004).

3.5.2 Integración de la política de migración con el sistema sanitario: Una categoría existente.

El contexto anterior nos acerca a la inclusión de los grupos de inmigrantes al sistema sanitario español y al inicio de la formación de una política de inclusión que reconozca la presencia de estos grupos en su territorio, con el impacto multidimensional que ello trae consigo. El tema de la migración surge como prioridad en la agenda política en España, motivado en mayor medida por acuerdos de orden internacional, que establecieron alianzas bilaterales: la incorporación a la Unión Europea, que impulso una europeización de las políticas nacionales, su imagen y posición frente a los demás países de Europa y América Latina, como ejemplo de generosidad y apertura, en contribución a la emisión de flujos migratorios de nacionales a estos países; y como escenario futuro de la política exterior española en países con quienes mantenía una relación heredada del régimen franquista, por ser antiguas colonias, por proximidad histórica o cercanía geográfica como en el caso de Andorra y Portugal.

En relación a la sanidad, surgieron circuitos alternativos, como forma de organización del sistema sanitario público, que daban respuesta a las necesidades de los inmigrantes y frente a los que el gobierno no daba alcance. Fue así como en principio y debido al propio sistema sanitario basado en el aseguramiento, se vinculó al sistema a los inmigrantes, a través de la participación en el mercado laboral, lo que les otorgaba el mismo acceso que a los nacionales; pero que dejaba

en manos de la beneficencia a los inmigrantes sin recursos, ni contrato de trabajo. Ante tal exclusión, se hizo uso de documentos de tipo normativo existentes como la Constitución de 1978, la Ley General de Sanidad, y la Ley de extranjería, en los que se describían los derechos de los extranjeros de manera ambigua, dando paso a múltiples interpretaciones que llevaron a un reconocimiento teórico, y a una materialización de los mismos a través de la creación de categorías conectadas al estatus jurídico y la situación administrativa; dicho de otra manera al tipo de documento: permiso de residencia o nacionalidad; todo ello en contradicción a los tratados internacionales ratificados por parte del Estado español (Rodríguez & de Miguel, 1990).

Pero ¿qué pasaba con la atención de los indocumentados? Se les prestaba la atención de urgencias y control de enfermedades infecciosas en el sistema público; ONG's como la Cruz Roja se encargaba de la atención de las personas con solicitud de refugio o Asilo, mientras los demás, dependían de la buena voluntad de otras ONG, Profesionales médicos, personas voluntarias; que ante la demanda, establecieron redes informales de prestación para servicios de hospitalización, atención especializada y tratamiento de enfermedades crónicas. Ante la formación de estos circuitos informales, que generaba grandes desequilibrios institucionales, se inició la absorción de la beneficencia, con una creciente participación de actores que reforzaban el enfoque de derecho y otros que justificaban la exclusión de los migrantes en el sistema nacional sanitario. Esta situación propicio una serie de iniciativas de la comunidad de Madrid, Cataluña, Andalucía y Valencia; a favor de la inclusión de esta población, y la politización de la provisión de los servicios; con un notable conflicto de intereses entre la administración local y la nacional; pero que contribuyeron a un desarrollo mayor de programas intersectoriales dirigidos a esta población; motivados a partir del aumento del número de inmigrantes, el seguimiento

cuantitativo de enfermedades y el análisis de las dinámicas de cambio social que generan (Moreno Fuentes, 2004).

Entre 1982 y 1986 se crea el sistema nacional de salud, que pretendía integrar⁴ y coordinar las acciones de los diferentes actores del sistema, a través de la asignación de responsabilidades claras para cada uno. Es así como se crea el Ministerio o Departamento de Sanidad a cargo de la investigación, y se conforman los actuales actores del sistema: Estado, comunidades autónomas, grupos de presión: Iglesia, seguros médicos, hospitales, industria farmacéutica; los partidos políticos, sindicatos de gestión, los grupos de participación o movimientos populares: ecologistas, feministas, LGTBI, asociaciones de vecinos, de enfermedades; grupos vulnerables o minorías étnicas: inmigrantes latinoamericanos, Europa del Este y África. A partir de lo anterior, es notable como los inmigrantes se incluyen en el sistema sanitario, a través de categorías existentes en la estratificación funcional sanitaria: la categoría de grupos vulnerables o población al servicio de la beneficencia, en caso de no tener definida su situación jurídica; y la categoría de población aportante en caso de realizar el pago a la seguridad social, bajo la mediación de un contrato laboral. Lo que genera una subdivisión en materia sanitaria para los inmigrantes, en relación al acceso y la cobertura de los servicios. (Moreno Fuentes, 2004).

Igualmente, como consecuencia de la crisis económica mundial; en Europa, y ante la necesidad de la consolidación fiscal, “España eliminó el derecho a la cobertura sanitaria a todos aquellos sin residencia legal permanente, manteniéndose la cobertura sanitaria para los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio” (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013, p.18).

⁴ Esta integración se entiende de manera diferente a la que se relaciona con la integración de los inmigrantes al país de acogida y sus sistemas sociales. Se define como una articulación entre los actores del sistema de salud, que se establece a través de competencias para la acción, de diferente índole: investigativas, prestacionales, administrativas, y de control.

Al referirnos a la legislación vigente, la Ley Orgánica 4 de 2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, Art. 10 y 12, vemos una serie de requisitos relacionados con la situación jurídica, y autorización de estancia y residencia en el territorio Español:

Art. 10: Los extranjeros residentes que reúnan los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen tienen derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como a acceder al sistema de la Seguridad Social, de conformidad con la legislación vigente. (párr.1).

Art. 12: Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria. (párr.1).

La salud se encuentra implícito como derecho, no tiene un apartado exclusivo y definido dentro de la política comunitaria, ni mundial. Ésta, hace parte de los derechos humanos, el desarrollo de la población y sus potencialidades humanas, y el crecimiento inclusivo; es decir que como prioridad está y no está presente. Y a su vez, se vincula con el empleo, como una de las formas que permite la medición de la desigualdad y el mantenimiento del bienestar. Sin embargo, en la definición de la operatividad muta hasta llegar a ser considerada como un servicio básico, lo que le otorga una connotación completamente diferente, donde interviene una transacción en contrapartida, a partir de la identificación de una necesidad, que está condicionada por el establecimiento de una relación de beneficio, y que supone un nivel de desarrollo comunitario. Un concepto impregnado de tintes económicos y políticos, recreado a partir de las dinámicas de mercado, que corresponden a la visibilización del político y a la dependencia del colectivo. Y a partir de lo que pudiese ser una simple definición, se estructura una meta organización que direcciona el actuar de todos los actores involucrados; de tal manera que el

derecho a la salud que debería ser juzgado a partir de la constitución, se legitima a través de leyes, debido a la transformación de su significado como servicio público.

A pesar de que existía un Sistema Nacional de Salud, basado en la universalidad; al incluir a los inmigrantes en categorías específicas preexistentes, se hacía necesaria la legitimización de la residencia, entendida no solo en el sentido de residir o habitar un territorio, sino como calidad jurídica otorgada para ser un titular de derechos.

Es entonces, cuando ante tal situación, surge el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que bajo una mirada crítica reconoce que por pretender garantizar la sostenibilidad financiera de la sanidad pública, se condiciono el derecho a la salud para este colectivo y que modifica algunos artículos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, sobre la cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Igualmente, explica la reiterada solicitud de la derogación o modificación de la norma que excluía a los inmigrantes sin autorización de residencia, por parte de la Unión Europea, la Organización de las Naciones Unidas, las comunidades autónomas, el Defensor del Pueblo, la sociedad civil, el movimiento asociativo, las sociedades científicas profesionales, los partidos políticos y otras entidades.

Se produce un cambio en materia legislativa de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España con respecto a la atención sanitaria y aportación farmacéutica, en igualdad de condiciones que los nacionales. A partir de lo anterior se reconstruye la categorización generada a partir de la entrada en vigencia de la Ley 16/2003, para darle paso a una estructura más horizontal en materia sanitaria, en lo que a coberturas y acceso se refiere. Sin embargo, con respecto a la simbolización de los inmigrantes como agentes portadores de riesgos potenciales para la salud individual y colectiva, aun coexisten

connotaciones asociadas a amenaza para la salud pública, transmisores de enfermedades tropicales importadas, sujetos con alta demanda hospitalaria, entre otros.

Por otra parte, aunque se conocen los beneficios de la participación de la sociedad en el diseño, formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas; al revisar en qué lugar se encuentra España en este sentido, se cuenta con una mínima participación de la población autóctona en la ejecución de planes y programas ya diseñados por el Gobierno, con mayor o menor efecto en unas Comunidades Autónomas que en otras. De la misma forma, en el escenario político de la migración, los inmigrantes no participan en la toma de decisiones o fase de planificación de la política, así como tampoco en la de implementación y evaluación.

Las ONG's han tenido desde los inicios de la política un papel clave como mediadores para expandir las coberturas sanitarias y el acceso a los servicios a la población inmigrante, bien sea como beneficencia o en la actualidad con una estructura organizativa definida, que complemente las acciones que el Estado no realiza o que genere estrategias de acogida con un enfoque más social que político. (Moreno Fuentes, 2004, p. 124).

Es evidente como los ajustes normativos han surgido ante las dinámicas del proceso migratorio y la fuerte politización del tema, modificando la legislación en aras de cumplir con los acuerdos establecidos de orden internacional, e incluir a la población migrante en el sistema sanitario, sin una clara dirección Estatal, que garantice una atención primaria; sino con una fragmentación apoyada desde sus inicios por las ONG's, como actores de enlace, entre la comunidad inmigrante y los servicios de salud.

3.5.3 La migración y la salud pública: Una construcción reciente.

Para el año 2009, se realiza en España la primera de siete jornadas realizadas, sobre migración y salud pública, liderada por el Ministerio de Sanidad y Política social, con cuatro grandes bloques temáticos: 1. Las enfermedades infecciosas importadas desde el enfoque de la salud pública, 2. La atención sanitaria a los inmigrantes en atención extra hospitalaria y especializada, 3. Retos y dificultades del inmigrante frente la sociedad de acogida, y 4. El sistema sanitario público: Integración, acceso y participación. En el primero se incluyeron los programas específicos para esta población en la Comunidad de Madrid y Cataluña: Programa de atención integral al inmigrante, de vacunación del niño y el adulto inmigrante y de educación para la salud y la mediación intercultural. El segundo incluyó la visión rural y urbana de la atención primaria en salud y la medicina familia. En el tercero se desarrollaron enfoques globales de las enfermedades infecciosas como el Chagas y los retos de intervención. Y en el último bloque, se incluyó la percepción de diferentes colectivos de inmigrantes por país de origen (latinoamericanos, subsaharianos y magrebíes). Estas últimas intervenciones las realizaron psicólogos, mediadores culturales de asociaciones y hospitales que trabajan con dicha población.

Al ser el primer ejercicio académico, se evidenciaba un marcado énfasis en la profundización de las enfermedades tropicales como patologías vinculadas a los migrantes y vistas como amenazas para la salud pública; donde la enfermedad de Chagas, la Tuberculosis y el VIH, coincidieron en varios de los bloques temáticos. Sin embargo, la evaluación de sistemas sanitarios adaptados o implementados en varias comunidades autónomas, mostraron la estrecha conexión entre las dinámicas sociales del proceso migratorio, los conceptos de salud y enfermedad, y las barreras en la atención a un colectivo con un aumento creciente. (Lizana

Alcazo; Gil de Miguel; Navarro Beltrá; Vázquez Villegas; Gómez i Prat; Pérez Molina; Pérez de Ayala, 2009).

No obstante, en concordancia con el enfoque transnacional de la migración, los retos emergentes en materia de salud pública están dirigidos al sentido más socioemocional que al orgánico, al proceso de afrontamiento de la migración y a las enfermedades psicosomáticas o psicológicas; y a la participación activa de los grupos sociales construidos y las estructuras existentes. Es por ello, que la inclusión de las perspectivas y experiencias de las realidades sanitarias de los inmigrantes, permiten observar hacia otra dirección, acercándose al protagonismo de los agentes para quienes se creó la política de migración, y para este caso en particular, a la articulación de los sistemas sanitarios con las necesidades de los mismos. Por lo que, con el objetivo de centrarnos en la retórica del inmigrante, se mostrará el contenido de las ponencias al respecto:

La visión de los inmigrantes latinoamericanos, se fundamentó en las demandas tanto de usuarios como de profesionales del sector sanitario, encontrándose que esperan una atención integral que incluya humanización y trato cultural, donde las experiencias morales son más importantes y donde se reclama una empatía en la relación con el profesional de salud. Igualmente manifiestan su desacuerdo con el acceso a los servicios, determinado por un contrato laboral y la cobertura al desempleo, como único reconocimiento de la atención sanitaria. Identifican tratos inadecuados del personal administrativo y reconocen al médico familiar como un buen profesional, por su sentido de escucha, sin embargo aclaran que deben ser vistos por diferentes médicos hasta encontrar quien llene medianamente sus expectativas. En el caso magrebí se identifican diferencias marcadas en relación a la religión, el género y el concepto de salud, enfermedad y muerte, acompañado de un desconocimiento del funcionamiento del

sistema. Por su parte, la visión de los africanos subsaharianos presenta como primer reto la falta de identificación de la población total existente, debido al no empadronamiento de los mismos, lo que dificulta el derecho a la atención. La tramitología de la tarjeta sanitaria la perciben como un calvario, y el trato lo relacionan con el buen o mal humor de la persona que atiende, al igual que los magrebíes, desconocen el funcionamiento del sistema, y perciben la falta de mediadores socio sanitarios o intérpretes. Entre las barreras de acceso, describen que son diagnosticados a ojo, y que no cuentan con médicos especializados en enfermedades tropicales, sin embargo reconocen que la atención es buena y consultan con mayor frecuencia a urgencias que a medicina preventiva. Creen que la sangre que se les extrae es para venderla, reflejando los conceptos simbólicos y culturales asociados a la sangre; y que el tiempo de espera es largo para tratarse de Europa, lo que deja ver las expectativas creadas sobre el sistema sanitario en España (Vaca-Pereira, Gbaguidi, & El Kertat, 2009).

Cabe mencionar que la información de dichas ponencias se desarrolló con instituciones de la Comunidad de Madrid, con un perfil migratorio diferente al de la Comunidad de Castilla y León, y con una trayectoria mayor de investigación, reconocimiento y trabajo con los inmigrantes en materia de integración. Así como también, las diferentes representaciones y calificativos generados por una comunidad y otra, que para el caso de los latinoamericanos muestra la importancia de una relación no discriminativa y empática con el personal sanitario, para la medición de la calidad de los servicios.

A la fecha, se han incorporado a esta iniciativa académica: ONG's, el Colegio Oficial de médicos de Madrid, la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional, y continúan el Instituto Catalán de Salud y el Hospital Universitario Ramón y Cajal; manteniéndose la difusión de las estrategias e intervenciones exitosas en el mejoramiento de la

atención sanitaria a la población inmigrante; convirtiéndose en un escenario que propone nuevas formas de abordar la enfermedad, al incluir grupos focales de inmigrantes y realizar un seguimiento continuo.

3.6 Adaptación local de la Comunidad de Castilla y León de la política de migración en el sector sanitario

Con el fin de realizar un recorrido de mayor a menor escala, y teniendo como base el ciclo de la política, se continuara el análisis con el proceso de adaptación de la política nacional por la Comunidad de Castilla y León, por medio de los elementos descritos en el IV Plan Estratégico de Cohesión Social con las Personas Inmigrantes y la Convivencia Intercultural 2018-2021. Como bien se ha referido anteriormente tanto la política como la migración, se construye en la interacción social, y a partir de allí se sectoriza con el objetivo de identificar prioridades, y definir líneas estratégicas de intervención. Es por esta razón que todos los documentos producidos, describen un conjunto de dimensiones sociales interconectadas, en los que la salud y la asistencia sanitaria, es un punto más del contenido; pero al que le corresponden acciones específicas direccionadas de manera transversal por el enfoque de integración, sobre el cual se fundamenta la política.

Como punto de partida encontramos que el plan, se describe como un artefacto para gestionar las diferencias, pero ¿esto que supone?: Un juego de interacción entre los inmigrantes y la población autóctona, bajo las reglas nacionales, con el objetivo de influenciar su comportamiento, reconociendo diferencias sociales importantes que los ubican en uno u otro lugar de la escala social. Además, invita a una toma decisiones o estrategias alternativas, basadas en comportamientos a priori y suposiciones de la actuación del Otro (Sánchez, 2014).

El asegurar el acceso en condiciones de igualdad de la población extranjera a los servicios básicos comunes, facilitar a las personas inmigrantes mecanismos específicos que permitan su efectiva integración en la sociedad, facilitar la integración laboral del colectivo inmigrante, fomentar la participación activa de la población inmigrante en la sociedad, garantizar la diversidad cultural, sensibilizar a la sociedad en general de los valores positivos de la migración y por último fomentar la coordinación, cooperación y seguimiento de las actuaciones de los poderes públicos y de los agentes económicos y sociales implicados en materia de migración; conforman los objetivos específicos a cumplir; otorgándole toda la responsabilidad a las administraciones locales, los poderes públicos y organizaciones que trabajan con esta población. Para lo cual, se establecen coaliciones o acuerdos temporales y renovables, que es posible coincidan con los periodos electorales de los gobernantes (Consejo del Diálogo Social, 2018).

El documento asume una dilatada trayectoria en lo que a migración se refiere, donde a partir del 2005 se dio espacio en la agenda de la comunidad autónoma para este tema, acuñando en un aspecto clave en cada uno de los planes rectores formulados: interculturalidad, enfoque de derechos, participación intersectorial e integración. Todos ellos comunes a las diferentes áreas de actuación o sectores de desarrollo. Para el área de la salud y la asistencia sanitaria, durante la primera implementación, se actuó de forma paralela en actividades preventivas y de inmunización que incluían tanto a la población nacional como a los inmigrantes; y en actividades específicas a través de la elaboración del Protocolo común de actuación sanitaria en mutilación genital femenina, y la disposición de un servicio para la interpretación simultánea a través de vía telefónica.

En materia normativa la Comunidad cuenta con un Estatuto que se vincula teóricamente a la política nacional, en la que se confiere la autonomía para su actuación en el tema migratorio, con la descripción de las competencias en seguridad social y sanidad, en el artículo 71.1.3 y 74.

Adicionalmente cuenta con la Ley 3/2013 de 28 de mayo de integración de los inmigrantes en la sociedad de Castilla y León que tiene por objeto la regulación de los principios, actuaciones e instrumentos a través de los cuales los poderes públicos de la Comunidad de Castilla y León promoverán la plena integración de la población inmigrante en la sociedad castellana y leonesa y la coordinación entre las administraciones, agentes y entidades implicadas. Y el Decreto 17/2016, de 23 de junio, por el cual se crea la Red de Atención a las Personas Inmigrantes de la Comunidad de Castilla y León, conformada por: los centros integrales de migración, los centros de información para personas inmigrantes, y los centros específicos de asesoramiento, información y orientación para la población migrante dependientes de las organizaciones sindicales más representativas (Consejo del Diálogo Social, 2018).

A partir de este cuerpo autonómico normativo se observa claramente cómo se direccionan las actividades, a través de la construcción de principios, que dan significados valorativos a la implementación de la política nacional por parte de la comunidad autónoma; encontrando que se aplican en igual medida en los diferentes sectores relacionados, y para este caso a la salud y la asistencia sanitaria. Es por ello que a continuación se hará un análisis discursivo de cada uno de los principios, ya que son presentados como determinantes en la dirección del plan rector, y en su consiguiente ejecución.

“Principio de igualdad de trato y no discriminación: La integración de las personas de origen extranjero en situación de igualdad efectiva y no discriminación, en plenitud de derechos y de deberes, es una condición básica para el mantenimiento de nuestra cohesión social”

(Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 33). Es posible la identificación de un discurso condicionado, al referirse a una situación de igualdad efectiva, que podría dar lugar a interpretaciones relacionadas con una característica legal o de regularización territorial. Se establece un juego antagónico discursivo donde se enfatiza la igualdad como un principio altruista, que al analizarse a la luz del aparato normativo existente, provoca un cambio de rumbo navarrativo, que fragmenta el concepto y la intensión, y limita el accionar público.

Principio de inclusión: La igualdad no se ha de entender en un sentido meramente formal sino que ha de ser material. Por ello los poderes públicos y privados deberán impulsar procesos y articular instrumentos necesarios para implementar medidas que permitan el efectivo acceso a servicios y recursos, combatiendo las causas históricas y estructurales que pudieran obstaculizar la consecución de una sociedad realmente igualitaria. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 33).

Se reconoce que la consecución de la igualdad no es un proceso fácil y que existen obstáculos estructurales, que exigen procesos de organización social que den cabida a una inclusión cotidiana, representada y vivida en el día a día de los inmigrantes. Se asemeja la inclusión a la provisión y acceso a servicios básicos, través de una mirada de asistencia y apoyo, que limita la acción Estatal, e infraestructura necesaria para una verdadera integración.

Principio de gestión positiva de la diversidad cultural: La diversidad cultural en todas sus manifestaciones (religiosa, lingüística, de costumbres, de tradiciones...), supone un indudable enriquecimiento para el conjunto de la Comunidad, siendo por ello preciso no solo preservarla sino incluso facilitarla a través de acciones específicas que contribuyan al pluralismo. En este sentido es fundamental la conciencia del conjunto de la sociedad, en especial de la población más joven, sobre los beneficios que para una sociedad supone

la convivencia de distintas culturas en un mismo espacio físico, previniendo de este modo futuras manifestaciones de racismo o xenofobia. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 33).

Se enfatiza en una conciencia construida a partir de la identificación de aspectos a favor de la migración, que se sustentan en conceptos asociados a la economía de mercado, a las remesas que envían los inmigrantes a otros países, a la mano de obra barata, la deuda histórica; más no al intercambio de saberes como lo puede ser la medicina tradicional e indígena, los hábitos alimenticios basados en una cultura agrícola y sustentable con el medio ambiente, el reconocimiento del género a través de la danza, y la lengua como generadora de identidad. Se permite ver que su accionar está dirigido en mayor medida a la población joven y trabajadora (al mencionar a los centros de enseñanza y lugares de trabajo, como escenarios de intervención), lo que genera una conciencia segmentada, en donde la población envejecida (al no estar incluida), podría favorecer las situaciones de discriminación y desigualdad.

Principio de reciprocidad: La convivencia en contextos multiculturales se ha de entender como un proceso bidireccional, de responsabilidad compartida. Requiere la participación activa de toda la ciudadanía, inmigrante y autóctona, así como de las entidades públicas y privadas de la Comunidad. La reciprocidad supone a su vez la necesidad de un proceso de diálogo permanente entre todas las partes con el objetivo de garantizar el cumplimiento por cada una de ellas de los cometidos que son de su responsabilidad en aras de conseguir la cohesión social. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 34).

La reciprocidad se establece mediante la realización de acuerdos, para este caso, impuestos desde el poder legislativo, de manera tal que perderían el valor de acuerdo; para convertirse en una obligación que supone un beneficio mutuo entre los actores (inmigrantes, autóctonos,

entidades públicas y privadas). y permite el establecimiento de relaciones jerarquizadas como empleador-empleado, profesor- estudiante, técnicos administrativos-desfavorecido, personal sanitario-enfermedad tropical importada , no necesariamente de una cohesión, entendida como sensación de pertenencia al grupo social.

“Principio de transversalidad: La integración es por la tanto una realidad multidimensional que supone la integración legal, laboral, familiar (derecho a la reagrupación familiar), residencial, educativa, sanitaria y cívica (participación en instituciones y asociaciones)” (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 34). La integración multidimensional que se propone requiere de una estructura social compleja, ya que no solo supone un accionar colectivo, sino de tipo individual al que es difícil acceder. Como lo describe Marc Augé (1992): el personaje “está en su casa” (p. 112), cuando está a gusto con la retórica de la gente con la que comparte su vida, y esto es precisamente lo que fomenta la sensación de inclusión. De manera tal que las formas de organización social construidas por los inmigrantes, son el resultado de no sentirse en casa: lugares donde conectan con su lugar de origen, a través de la música, un alimento, un acento, una palabra, una historia; son el centro focal de la acción intersectorial.

Principio de coordinación y cooperación: El ámbito de actuaciones en materia de migración, dada su naturaleza, no puede ser asumido por una sola entidad o administración. Es por ello que resulta imprescindible la actuación coordinada de un conjunto de actores, que participen en las distintas áreas a través de las cuales conseguir la integración. Para ello resulta esencial reforzar el papel regulador y coordinador de la administración autonómica, de modo que la colaboración de las iniciativas del resto de entidades se realice en las mejores condiciones de calidad y eficacia. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 34).

Se otorga un protagonismo, como ente regulador y coordinador a la administración autonómica, a través de los diferentes instrumentos institucionales que lo componen; con el fin de establecer las estrategias de los grupos de acción local, que materialicen la participación de la ciudadanía.

Principio de adaptabilidad: La adaptabilidad del plan debe ser considerado principio rector del mismo, en cuanto posibilite que las medidas y actuaciones previstas en él puedan modificarse para atender a las nuevas necesidades que concurren a lo largo de su vigencia; necesidades de carácter territorial o referidas a determinado grupo poblacional o necesidades derivadas de una nueva regulación o trámite, etc. (Consejo del Diálogo Social, 2018, p. 35).

La antropología para el desarrollo incluye a la adaptabilidad como uno de los factores de éxito de los proyectos, al igual que la participación, que ante la existencia de contextos en permanente cambio, requiere ajustes durante su proceso de ejecución. Sin embargo, las necesidades también deben ser pensadas en una estructura horizontal y con relación al propio inmigrante, y no solo como respuesta al sentir estatal y los cambios en el aparato normativo internacional (Monje, 2018).

Se podría interpretar como la política trasmite una inconsistencia no solo filosófica de los principios, sino de la praxis misma; donde se interpreta la integración en un sentido unidireccional, que se acerca más a la asimilación, pero que se desarrolla en un espacio multicultural donde las identidades permanecen y las vivencias los alejan.

En lo que respecta, específicamente al área sanitaria, al ser una política redistributiva, presenta como elemento posibilitador el tema presupuestal; como elementos estructurales: la ordenación sanitaria e información estadística; como elementos de ejecución: las intervenciones de salud

pública (protección de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad); y como elementos de medición: el número de afiliados a la seguridad social y de tarjetas sanitarias emitidas. En relación al presupuesto, representa más del 40% de los créditos disponibles por parte de la Junta, tanto así que para este año (2019), se financiaran a través de la concesión de subvenciones, proyectos integrales e interculturales en materia de migración, por una cuantía de 313.000 euros; 31 centros integrales de migración actualmente reconocidos y cuya titularidad corresponde a cuatro entidades locales y a 18 entidades sin ánimo de lucro por un importe global de 78.000 euros; y con una cuantía de 10.000 euros a personas inmigrantes para facilitar su integración en el sistema laboral y formativo de la Comunidad, financiando por los gastos derivados de los procesos de homologación o convalidación de titulaciones y cuya primera convocatoria se llevó a cabo en 2018 con un total de 151 beneficiarios (Salamanca24horas, 2019).

La ordenación sanitaria e información estadística se presentan como elementos que proporciona un mayor desafío material, ya que la estructura de aseguramiento del sistema sanitario, condiciona el acceso de los inmigrantes a ciertos servicios, a través de la vinculación laboral; igualmente la disponibilidad de la información estadística de la situación de salud de esta población, publicada de forma anual, impide el seguimiento periódico y la realización de proyectos congruentes en relación con la dinámica poblacional de la enfermedad; los datos de prevalencia, incidencia, y mortalidad deben evaluarse con una frecuencia mayor; de manera tal que garantice un seguimiento epidemiológico, que al contrastarse con las realidades sociales, de cuenta del perfil sanitario de los diferentes colectivos de inmigrantes.

Por otra parte, la base de las intervenciones centradas en la salud pública, evidencia el reconocimiento de la salud como proceso social y colectivo, (con múltiples aristas); y como consecuencia del contexto histórico, económico, cultural y sociopolítico. Es por ello que para

acercarse al Otro, y establecer una relación sanitaria efectiva, es necesario escuchar sus historias de relación con la tierra, su simbología sanadora, la interacción del bienestar y la danza, del espíritu y el cuerpo, de la mente y la religión. Al igual que para realizar intervenciones de promoción de la salud y prevención de la salud, porque requieren una demanda inducida; sobre todo en grupos de tal alta diversidad, y que tienen como referencia sistemas sanitarios opuestos o con estructuras sociales y cosmológicas propias; esperar una demanda de este tipo de acciones, por parte de los inmigrantes; es dejar la responsabilidad en manos del azar. Es necesario ir a su encuentro, a su entorno, donde se reconfiguran y visibilizan los elementos culturales que conectan la sanidad con la participación. Sólo allí, es posible identificar prioridades de atención, necesidades de información, barreras de acceso, indicadores de seguimiento, objetivos de proyectos, entre otras.

En este punto, se produce una comunicación entre la antropología que observa, interactúa, pregunta, convive, continua observando, se incluye, participa; y la gestión sanitaria e intercultural, que pretende usar los recursos estructurales, sociales, políticos y culturales del sistema, para incidir positivamente en el bienestar del Otro. Es un encuentro entre el contexto del país de acogida y la memoria socio sanitaria del inmigrante, que fusiona tradiciones médicas o de sanación, conceptos sobre cuerpo, espíritu, enfermedad, lactancia, ciclo menstrual; valores asociados a la sangre, la muerte, la madre tierra, el nacimiento; y connotaciones de procesos sociales como el matrimonio, la mutilación genital femenina, y la iniciación a la vida adulta.

En contraposición, en el plan se establecen medidas de acción dirigidas a la población general migrante y a grupos específicos tales como primera infancia y mujeres; pero que son pensadas en relación a la oferta hacia la población, más que hacia la demanda. Las primeras relacionadas con el acceso y participación en los programas de salud pública, y la formación de agentes de salud

en las organizaciones sin ánimo de lucro, que difundan los objetivos de los programas y su incorporación; así como también información sobre el acceso a los centros y servicios de salud. Las segundas están dirigidas a una protección específica, a través de la vacunación y actualización vacunal, el plan integral de violencia de género y los programas de lactancia materna y alimentación segura durante el embarazo. Igualmente teniendo en cuenta la situación de los inmigrantes residentes sin cobertura sanitaria que carezcan de recursos se propone el establecimiento de un programa de carácter social que permita el acceso a los servicios. Cada uno de ellas con sus indicadores, algunos de proceso y otros de resultado como lo son las coberturas y la prevalencia (Tabla 4). Sin embargo, se desconoce porque fueron priorizados estos grupos y temáticas específicas, ya que no se menciona la participación de la comunidad en la identificación de los mismos, ni datos estadísticos que evidencien esquemas incompletos de vacunación, altas tasas de prevalencia de violencia de género y embarazos.

Tabla 4

Indicadores de salud y asistencia sanitaria a los inmigrantes.

Medida	Indicadores
Medida 4.1: Se facilitará el acceso de la población inmigrante a la información sobre programas de salud.	1. Numero de materiales elaborados para su difusión. 2. Número de copias realizadas. 3. Número de puntos de información (centros de salud, hospitales, centros de asociaciones de inmigrantes, de entidades sin ánimo de lucro) que proporcionan información sobre programas de salud.
Medida 4.2: Formación de agentes en salud.	1. Indicadores de evaluación: 2. Número de acciones formativas realizadas en un periodo de 1 año. 3. Número de agentes en salud formados en un periodo de 1 año. 4. Número de inmigrantes potenciales a los que puede llegar la información a través de los agentes.

Medida 4.3: Evaluación del estado vacunal de cada niño inmigrante mediante la revisión de sus antecedentes (documento o cartilla de vacunaciones) y la actualización de las vacunas según calendario oficial de Castilla y León.

1. Número de niños inmigrantes con actualización del estado vacunal e inclusión en calendario oficial.

Medida 4.4: Captación de la población inmigrante para su inclusión en los programas de salud, tratando de incrementar la participación de la misma en los servicios de actividades preventivas de la cartera de atención primaria.

1. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante de 15 a 19 años. 2. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante de 20 a 75 años. 3. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante en mayores de 75 años.

Medida 4.5: Se garantizará la aplicación a la población extranjera inmigrante de las medidas del Plan de Atención Integral contra la Violencia de Género.

1. Cobertura de cribado de violencia de género en mujeres inmigrantes. 2. Prevalencia alcanzada en servicio de Atención mujeres víctimas de Violencia de género. 3. Número de veces que se ha activado el protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina.

Medida 4.6: Se impulsará la participación de la población infantil inmigrante en los programas de salud de la Comunidad.

1. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante en neonatos y lactantes 2. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante de 2 a 5 años. 3. Cobertura de actividades preventivas en población inmigrante de 6 a 14 años.

Medida 4.7: Promoción de la incorporación de las mujeres embarazadas inmigrantes en los programas de atención específicos de la cartera de servicios de atención primaria.

1. Cobertura en el servicio de atención a la mujer embarazada inmigrante. 2. Cobertura en el servicio de educación de padres y madres inmigrantes.

Medida 4.8: Establecimiento de un programa de carácter social para el acceso a la asistencia sanitaria en Castilla y León de inmigrantes residentes sin cobertura sanitaria que carezcan de recursos económicos.

1. Número de extranjeros acogidos al programa de carácter social. 2. Porcentaje de extranjeros incluidos a través de este programa respecto al número total de solicitudes presentadas.

Medida 4.9: Proporcionar información a los inmigrantes sobre el acceso de la población extranjera a los centros y servicios del sistema sanitario público de Castilla y León.

1. Efectiva elaboración de la guía. 2. Publicación de la Guía en el Portal de Salud y Portal de Migración.

Nota: Recuperado de: “Acuerdo del Diálogo social de Castilla y León en materia de migraciones para la integración sociolaboral, cohesión social y convivencia intercultural para el período 2018-2021”, Consejo del Diálogo Social. 2018, Valladolid: Autor.

3.7 Implementación de la política de migración en el sector sanitario en Salamanca

Luego de un largo recorrido por las causas históricas internacionales, nacionales y comunitarias, nos centraremos en la realidad local de la ciudad de Salamanca, rescatando las narrativas legales, los sectores involucrados, y las dialécticas existentes en la organización social; y la implementación de la política de migración a nivel micro, a través de los proyectos realizados, su enfoque y participación local.

La política de migración, ha construido un imaginario social de carácter nacionalista, que influye en mayor o menor medida en la sociedad de acogida. En una ciudad de tradición conservadora, con una ideología de derecha, se ha abierto un espacio a la inclusión de temáticas emergentes asociadas a la migración; que encuentran su ejecución a través de programas y proyectos de carácter social, implementados por actores de todos los sectores de desarrollo. Lo que se vincula estructuralmente con la organización nacional, con un protagonismo de las ONG’s, Sindicatos, Asociaciones y Centros religiosos (derivado de la historia de la beneficencia); y una participación de la administración local, encargada de garantizar el cumplimiento de lo descrito en la normativa.

La ciudad cuenta con diferentes ONG's como: Asociación de ayuda a la mujer: Plaza Mayor, Salamanca Acoge, Cruz Roja Española, Fundación Cepaim, Asistencia Víctimas Violencia Sexual y de Género (ADAVAS), Asociación Comisión Católica Española de Migraciones (ACCEM), Fundación Adsis, Manos Unidas, Young Men's Christian Association (YMCA) y Cáritas, estas cuatro últimas con una ideología centrada en la religión Católica y Cristiana; que trabajan con la población inmigrante a través de programas de inserción sociolaboral, educación sanitaria, intervención psicológica, y orientación legal. Así como con las asociaciones de inmigrantes que se crean con la finalidad de otorgar participación social a dichos colectivos, con el apoyo de la administración pública, y con el objetivo de favorecer su integración social, facilitándoles ayuda económica, tanto a través de los programas generales como en relación con sus actividades específicas; como lo describe la Ley Orgánica 4 de 2000 Art. 69, organizadas de manera formal e informal; entre las que se encuentran: la asociación de argentinos, de bolivianos, de marroquíes, de peruanos y de inmigrantes hispanoamericanos.

Por otra parte, está la administración pública que a través del Ayuntamiento ha implementado en cooperación de la Concejalía de Familia e Igualdad de Oportunidades, un programa y proyectos dirigidos de forma específica a la población inmigrante a partir del aumento de dicho fenómeno, que como ellos mismos lo describen, los obliga a “construir políticas públicas basadas en la igualdad de derechos, deberes y oportunidades de toda la ciudadanía, inmigrantes y personas autóctonas” (Concejalía de Familia e Igualdad de Oportunidades, 2010, p. 73). A partir del año 2008, desarrolla el programa de atención a la población inmigrante, enlazado con proyectos generales de integración y diversidad cultural. Los proyectos Salamanca acoge, Súmate a la Diversidad, Vive con-convive, y Convivimos, Indicados para sensibilizar, e Indicados para aprender; ejecutados en los años 2008, 2009, y 2010 respectivamente, estaban

enfocadas en la sensibilización de la triada que conforma la comunidad educativa: el alumnado, el personal docente y la familia; y se realizaron por medio de alianzas intersectoriales con Centro de Formación del Profesorado e Innovación Educativa (CFIE), Centros educativos, Asociaciones de Inmigrantes y Estudiantes de la Universidad de Salamanca. Cabe mencionar que con relación al área sanitaria, se desarrollan programas de prevención para jóvenes, adultos mayores, mujeres, dirigidos a la población general, en los cuales existe participación de la población inmigrante, en mayor y menor medida. Los equipos de Atención Primaria (EAP) y los Centros de Acción Social (CEAS), por medio de gestión de casos, detección de necesidades, realización de propuestas de nuevos recursos, y actividades de carácter comunitario, intervienen las diferentes zonas de la ciudad que generalmente corresponden con uno o más barrios, donde existen asentamientos de familias inmigrantes (Concejalía de Familia e Igualdad de Oportunidades, 2010).

Sin embargo, como lo describía el informe de evaluación de salud de los migrantes de la UE:

A finales de 2017, ningún Estado miembro de la UE tenía una estrategia de salud o un plan de acción en curso diseñado por los ministerios responsables de salud para dirigirse específicamente a los migrantes y las personas de ascendencia migratoria. (EWSI, 2018, párr. 10).

Existen programas y proyectos con claros objetivos de integración sociocultural, pero ninguno aún con un enfoque sanitario que favorezca el diálogo entre diferentes grupos de acción local tales como: hospitales, centros de salud, asociaciones de inmigrantes, organismos de servicios sociales, ONG's, departamentos de sanidad, farmacias, entre otros. Es por ello que ante el nuevo aumento de la población inmigrante en la ciudad, y teniendo en cuenta la financiación de la UE en proyectos sanitarios; la dirección de salud pública y consumo del Ayuntamiento, propone la implementación del proyecto piloto Juntos actualmente implementado en Manchester (Reino

Unido), Murcia (España), Odense y Kolding (Dinamarca), Praga (República Checa), y Varna (Bulgaria).

Este proyecto fue diseñado por la Comisión Europea y financiado en estas 6 ciudades, a través de la implementación de un Plan de Acción Local adaptado al perfil poblacional de la comunidad. Su población diana son las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, especialmente aquellas procedentes de comunidades vulnerables o desfavorecidas, que como bien se ha descrito, pertenece a la semiótica utilizada por la política, para referirse también a la población inmigrante. Su objetivo es utilizar el periodo prenatal para generar hábitos de vida saludables que sean replicados a sus familias a partir de dicha etapa, a través de acciones de cooperación y participación de los Grupos de Promoción Local (GPL), que incluyen a todos los sectores de la sociedad. Teniendo en cuenta el significado del embarazo en las diferentes culturas, se fundamenta como el eje temático; ya que se asocia a una etapa de entusiasmo, emoción, grandes cambios físicos y conductuales, interés por el Otro (que para este caso es su bebe), intervención y seguimiento sanitario, formación de redes de apoyo, demanda de información en la web, participación en redes sociales.

Sin embargo, es importante tener claro que las “representaciones sociales sobre el significado de un hijo o hija están articuladas con el contexto social, de manera que cuando se altera dicho contexto, éstas cambian” (Puyana & Mosquera, 2005, p. 8). Esto implica un análisis diverso de los roles, sentidos, y tradiciones de la connotación de maternidad, que han sido reconfigurados a través de su proceso migratorio y su interpretación de la misma, como etapa, enfermedad, periodo, o estado. Así como de sus expectativas e itinerario migratorio que direccionan las formas de percibir su corporalidad y su lugar en la sociedad; y que son determinantes en la formulación de hábitos de cuidado y crianza.

El enfoque comunitario y participativo del proyecto se articula con la operatividad de la Salud pública, reconociéndolo como un factor determinante de éxito, en el que las comunidades locales participan activamente en el desarrollo y ejecución del mismo. Desde profesionales sanitarios, supermercados y mercados de abastos, colegios, centros comunitarios, espacios públicos, comedores locales y bancos de alimentos, hospitales y centros de salud hasta gimnasios municipales y centros culturales y religiosos; intervienen en la generación de espacios de participación y concienciación, multiplicación de las actividades, creación de bolsas de comida saludable, promoción de la lactancia materna, estilos de vida saludable y nutrición infantil; para la asistencia particular y específica de determinado grupo social. Entre sus áreas de acción prioritarias está: el apoyo, la formación, la mediación, y la capacitación; y entre sus estrategias el uso de trabajo de campo previo con el fin identificar conocimientos, conductas, situaciones y necesidades particulares que den lugar a intervenciones congruentes, incluir porteros e informantes claves de la comunidad para mejorar la comunicación y ejecución de actividades, entrevistar y observar su entorno y actividades cotidianas; y vincular mediadores culturales y trabajadores sanitarios entrenados como recurso vital.

Igualmente se centra en el trabajo intersectorial, donde diferentes organizaciones e instituciones de la ciudad, colaboran en el desarrollo de una intervención común. Lo que abre la puerta a la inclusión de otros modelos asistenciales, al reconocimiento de filtros bioculturales, al pluralismo médico, al paralelismo entre sanación y curación, a los tratamientos tradicionales y a la medicina alterativa y complementaria, y por su puesto a la interacción de fenómenos biológicos y socioculturales en la configuración de la enfermedad. Como principios del proyecto, se encuentra: el **respeto** por la diversidad y las diferencias culturales, las formas de pensar, actuar y hablar, costumbres y hábitos aprendidos. A través del cual se reconoce la pluralidad de

culturas que coexisten en el mismo espacio, pero que enfrenta el discurso teórico-conceptual entre asimilación y multiculturalismo, tan evidente en la formulación de la política y en el desarrollo operativo. Y la **comunicación**, que hace especial énfasis en el “estar en” los lugares donde se reúnen, comparten, hacen la compra, comen, oran; otorgándole sentido al trabajo de campo y a las metodologías antropológicas usadas para la identificación de percepciones, conceptos valorativos, formas de organización social, conductas compartidas.

Por último, como resultado del trabajo antropológico⁵ realizado con la comunidad elegida, se propone la creación de un plan local adaptado, de acuerdo a las necesidades encontradas, los grupos de participación local, las características socioeconómicas y políticas del entorno, las diferencias culturales, y las iniciativas locales existentes. Que en concordancia a lo establecido en la Ley Orgánica 4 de 2000 Art. 2 sobre la integración de los inmigrantes, emerge como propuesta, la adaptación de este proyecto sanitario desde la administración pública, con el objetivo de promover la integración de los inmigrantes, en condiciones de igualdad de trato, teniendo en cuenta que la atención sanitaria ha sido categorizada como un servicio público; y la articulación de todas las instituciones (que actualmente funcionan de manera independiente), y dan educación sanitaria a la mujer, intervención médica a enfermedades prevalentes, realización de talleres de acogida e información, y mediación cultural.

⁵ Si bien el Manual de implementación del proyecto piloto Juntos no lo define así, su descripción se homologa al trabajo antropológico porque plantea la inmersión en un contexto particular, la observación participante, el análisis de sus formas de relación, el uso de entrevistas que recojan información específica, y la negociación con la comunidad; como pasos metodológicos para la construcción congruente del plan de acción.

4. Metodología

El trabajo consta de varias fases para las cuales se utilizaron diferentes metodologías. Para empezar se realizó una exploración de índole historiográfica, con el objetivo de interpretar el contexto histórico de la migración, y ponernos en situación etnográfica (Lisón Tolosana, 1998). Para ello se hizo un análisis teórico de la evolución de la política migratoria en el tema sanitario, en la Comunidad Europea, España, la Comunidad de Castilla y León y la ciudad de Salamanca, partiendo de un nivel macro, donde se identificaron los principios rectores a nivel internacional, enfoques de las políticas y significados derivados, categorías otorgadas a través de los procesos de creación, objetivos, actividades e indicadores a nivel sanitario, necesidades específicas de la población inmigrante en materia de mediadores culturales, interpretes; y estrategias de articulación institucional. Continuando con una visión del sistema sanitario nacional, a través del cual se muestra el uso de los recursos existentes en su propia construcción de un modelo de salud, para incluir las directrices de la política de migración. Así como la presencia de la salud pública, como elemento integrador entre las necesidades emergentes en prevención y control de enfermedades, los ajustes culturales a los protocolos y formas de atención sanitaria; y los determinantes transnacionales. Para terminar en un nivel micro, con la priorización de medidas de acción, de acuerdo a las características sociodemográficas de la población inmigrante a nivel local, y el establecimiento de proyectos específicos para los grupos culturales existentes. Todo este panorama, bajo una línea común a todos los niveles: Integración y servicios sensibles a la diversidad o culturalmente competentes.

Esta construcción histórica permite comprender bajo qué condiciones surge, las dinámicas de los diferentes grupos sociales que interactúan en el proceso migratorio y sus formas de organización, los antecedentes conceptuales, y los cambios o reformas sanitarias que se han

generado; y nos ubica en una realidad, que se recrea a partir de la conjunción de dichos elementos y que permite una mirada más crítica y reflexiva. De igual forma, permite evidenciar los condicionantes simbólicos existentes, reflejados en el discurso y operatividad de la política de migración como elementos que construyen las realidades sociales nacionales y locales, y que condicionan la integración y el reconocimiento pleno de los derechos de los inmigrantes. La revisión documental incluyó normativa, planes, y proyectos (Política de Migración UE, Ley de Extranjería, Plan de Acción de Integración de la UE 2016-2017, IV Plan de Integración y Cohesión Social de Castilla y León 2018-2021, proyecto Juntos, entre otros), que son utilizados como herramientas de dirección, ejecución y adaptación de la política en los diferentes sectores (primer, segundo y tercer), y que reflejan la manera de operar y constituirse en la particularidad del contexto.

La segunda fase se desarrolló en la ciudad de Salamanca, a través del trabajo de campo, que incluyó observación participante en las actividades donde había participación de inmigrantes latinoamericanos, entrevistas abiertas a los técnicos de instituciones públicas sanitarias y organizaciones no gubernamentales; y entrevistas semiestructuradas a mujeres latinoamericanas que habitan la ciudad.

La última fase etnográfica consistió en la utilización de los resultados obtenidos de la revisión histórica y el trabajo de campo, para generar una propuesta de intervención sanitaria hacia la población inmigrante, con enfoque preventivo, de aplicación en la ciudad de Salamanca. Dicho de otra manera, se buscó dar respuesta a ¿qué hacerse ante la realidad descrita?, a partir del ¿qué genera la implementación de la política de migración en el área sanitaria? y del ¿cómo se configura la dinámica social?

4.1 Hipótesis

Los efectos generados por la política de migración en el sector sanitario, desde la mirada de las mujeres inmigrantes latinoamericanas, no responden a las necesidades sanitarias de dicha población, de acuerdo a las características particulares asociadas a su proceso migratorio, cultura, funcionamiento del sistema sanitario, y formas aprendidas de tratar la enfermedad, en sus países de origen; y en relación con las acciones e indicadores formulados en el plan rector de la comunidad autónoma para la implementación de la misma.

4.2 Selección de participantes

La selección de los participantes se realizó en dos sentidos: el primero dirigido a los técnicos institucionales y el segundo a la población inmigrante. Para el primero, los perfiles de elegibilidad fueron coordinadores de programas de salud pública o proyectos de intervención con población inmigrante y técnicos de contacto directo con la población inmigrante tales como psicólogos, trabajadores sociales, educadores en salud. Para el segundo, se establecieron varios criterios de inclusión definidos a partir de las primeras aproximaciones a los grupos de inmigrantes y su potencial participación en el mismo, la proporción estadística del colectivo latinoamericano en la ciudad de Salamanca, las potenciales barreras lingüísticas existentes, y la población diana del proyecto Juntos. Teniendo como criterios de inclusión de referencia demográfica: El género: Femenino, y el país de origen: Países Latinoamericanos (en donde se incluyen países de Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, ya que es la agrupación utilizada en España para referirse a dicho colectivo). Otras variables como edad, número de hijos, y la condición de cursar una de las etapas gestacionales, se pusieron a consideración, pero fueron descartadas porque incurriría a sesgos, así como por la dificultad para contactar a mujeres en edad fértil, en periodo de lactancia, y con hijos menores de un año.

Por otra parte, se realizó una clasificación aleatoria de las mujeres a quienes se realizarían las entrevistas y que cumplieran con los criterios de inclusión, teniendo en cuenta el contexto y la forma como se realizó el primer contacto; ya que contaba con mujeres a quienes se propuso la participación en el estudio por medio de funcionarios del ayuntamiento, específicamente de los Centros de Acción Social (CEAS), mujeres con quienes participaba en actividades realizadas por Salamanca Acoge y con las que tenía empatía, y mujeres que conocí a través de la Cruz Roja, la Asociación de ayuda a la mujer Plaza Mayor, en locutorios, y otras actividades derivadas de la observación participante. Esto con el propósito de evitar información sesgada, y crear un grupo de participantes más heterogéneo, que se correspondiera con la realidad. Para ello, se utilizó tanto muestreo por conveniencia, con mujeres a quienes se les propuso participar y accedieron de manera voluntaria, como por bola de nieve, o referidas por otras mujeres que ya habían participado.

Con respecto al tamaño de la muestra, se determinó de manera inicial entre 14 y 20 participantes, sin embargo, durante el proceso etnográfico, se realizaron ajustes teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de las mujeres, la obtención de información nueva, el número de entrevistas incompletas, y la información obtenida de la observación participante y entrevistas grupales abiertas; contando con una muestra final de 14 mujeres entrevistadas (Tabla 5).

Tabla 5

Perfil sociodemográfico de las participantes

Edad	Situación Jurídica	País de nacimiento	Estado Civil	Nivel de escolaridad	Tiempo de residencia en España	Ocupación
52	Nacionalidad española	Colombia	Casada	Auxiliar contable	14 años	Auxiliar de Asesoría Judicial
28	Legal	Bolivia	Soltera	Técnica	1 año y medio	Cuidado y Hogar (No interna)
34	Nacionalidad española	Ecuador	Casada	Primaria	18 años	Desempleada
33	Residente	Bolivia	Divorciada	Primaria	3 años	Comercio Varios (Reparte periódicos, cuidado de mayores y niños, servicio doméstico)
48	Residencia permanente	Ecuador	Divorciada	2 de primaria	18 años	
45	Solicitud de asilo	Guatemala	Soltera	Bachillerato	4 meses	Ninguna
38	Residencia permanente	Colombia	Soltera	Universitario	10 años	Empresaria
34	Residencia en trámite	Salvador	Soltera	Posgrado	3 años	Ninguna
45	Nacionalidad en trámite	Colombia	Vive con su pareja	Técnica	3 años	Camarera
36	Residencia por solicitud de protección internacional	Honduras	Soltera	Profesional	3 años	Técnica área de vivienda
62	Nacionalidad en trámite	Colombia	Viuda	Primaria	14 años	Cuidado de persona mayor, interna
19	Nacionalidad española	Perú	Soltera	3 de primaria	7 años	Trabaja en un bar
30	Solicitante de protección internacional	Colombia	Casada	Posgrado	1 año	Cuidado de niños
48	Ilegal	Perú	Madre soltera	4 de primaria	7 meses	Cuidado de adulto mayor

Nota: Elaboración Propia

El 100% de las participantes eran mujeres, con una edad media de 39 años, con un rango de edad entre los 19 y 62 años, que coincide con la edad media para la población de inmigrantes en la ciudad de Salamanca para los meses transcurridos del año en curso, que está entre el rango de edad de 35 a 39 años.

Con respecto a la situación jurídica o de estancia, 12 participantes presentan situación de legalidad, aunque cabe mencionar que esta clasificación es interpretada de diferente forma por todas las participantes, siendo un concepto no claro. Al igual que como se describe en la Ley 8/2000 que realiza una clasificación de la situación de estancia, que incluye: residencia temporal, residencia permanente, indocumentados, refugiados, pero que a lo largo del texto de la norma también hace referencia a residencia legal e migración ilegal como una taxonomía agrupadora. De la misma forma, las participantes responden haciendo énfasis en la causa de la solicitud de residencia en los casos de protección internacional y reagrupación familiar.

La mayoría de las participantes provienen de Colombia: 5, seguido de Bolivia, Perú y Ecuador, todos con 2 participantes, manteniéndose la curva de distribución de inmigrantes latinoamericanos en la ciudad de origen, reportada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2018, y por el Padrón municipal del municipio para el 2019: 387 de Colombia, 332 de Bolivia, 295 de Brasil, 256 de Perú. De acuerdo a los datos del Observatorio de Salamanca y el INE, de las mujeres que habitan la ciudad, 2075 proceden de países de América del sur, central y el caribe.

La mitad de las participantes son solteras: 7, seguido de las mujeres que conviven con su pareja a través del vínculo del matrimonio o no. Sin embargo, vemos cómo aumenta la cifra

cuando se hace referencia a las mujeres cabezas de hogar,⁶ bien sea por divorcio, viudez o soltería, ascendiendo a 10 participantes.

En relación al nivel de escolaridad, la mitad realizaron estudios primarios y secundarios (primaria y bachillerato), 3: técnico, 4: estudios superiores o universitarios y 2 estudios de posgrado (Especialización o Máster). Esto permite observar la transición de los perfiles educativos de las mujeres que migran actualmente, encontrando una proporción equitativa entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad y las mujeres profesionales y altamente calificadas.

El tiempo de estancia media en España era de 6,78 años, con un rango entre 18 años y 4 meses. Las inmigrantes ecuatorianas junto con las colombianas tenían una media de estancia mayor en comparación con la media general: 18 y 8,4 respectivamente, situación que confirma los movimientos migratorios presentados a partir del año 2000, donde la población procedente del Ecuador y Colombia, encabezaba las cifras de migrantes latinoamericanos en España.

Por último, el perfil de ocupación era heterogéneo coincidiendo en 5 casos en el cuidado de personas: 4 de adulto mayor y 1 de niños, y 3 casos de mujeres en paro, bien sea por su situación de estancia o por estar al cuidado de hijos menores de 1 año. Sin embargo, 7 participantes tuvieron como primera experiencia laboral el servicio doméstico al inicio de su proceso migratorio.

⁶ Término utilizado para referirse a la mujer que tiene la responsabilidad del sostenimiento del hogar en solitario, por la ausencia permanente o abandono del hogar por parte de la pareja, o el incumplimiento de sus obligaciones como padre; bien sea por incapacidad física, sensorial, síquica o mental o por muerte; teniendo a cargo hijos menores u otras personas de su familia, incapacitadas o dependientes.

4.3 Técnicas de recogida de información

Se utilizó la observación participante y la realización de entrevistas abiertas y semiestructuradas a dos de los grupos sociales influyentes en la construcción simbólica de la política de migración, por un lado los implementadores de las medidas de gestión sanitaria, y por otro los sujetos para quienes fueron creadas.

La observación participante, se realizó a partir de la inmersión como inmigrante latinoamericana en las ONG's y redes informales existentes: centros religiosos o parroquias, eventos por el respeto de los derechos de los inmigrantes, lugares de encuentro como casas de familia, locutorios, bares de comida latinoamericana. Reuniéndome por un periodo de 5 meses, con una frecuencia de dos veces por semana, con inmigrantes latinoamericanos en sus entornos cotidianos de convivencia, compartiendo mis realidades del proceso migratorio con sus narrativas y anhelos, así como también, participando en las redes de organización existentes, informalmente creadas y visibilizadas en menor medida por las descripciones teóricas encontradas en las políticas de nivel nacional. Lo anterior, con el objetivo de descubrir la situación específica de dicho entorno, y la relación de variables particulares, que se enlazaran con el contexto nacional. Se realizó una búsqueda de todas las ONG's que trabajaban con inmigrantes con dos objetivos conocer el funcionamiento institucional, objetivos y sector de acción; y participar de las actividades que allí se realizaban.

Las entrevistas abiertas se realizaron de manera no programada, desde el nivel general al nivel particular, empezando por el área de sanidad de la Junta de Castilla y León, la dirección de salud pública del Ayuntamiento, la coordinación operativa de diferentes ONG's y las trabajadoras sociales de algunos CEAS. De allí obtuve información inicial básica del funcionamiento sanitario de las instituciones, las actividades de educación sanitaria y preventiva, y las

necesidades específicas de la población inmigrante, identificadas por los técnicos en el ejercicio diario de su labor institucional.

Por último, se realizaron las entrevistas semiestructuradas a las mujeres inmigrantes (Anexo 1), donde se abordaban diferentes categorías analíticas determinantes en la construcción simbólica de la integración del inmigrante, la detección de necesidades en los servicios de atención sanitaria, la identificación de programas de intervención prioritaria, y el reconocimiento de formas de participación comunitaria. Así como, entrevistas grupales que involucraban las preguntas claves de cada apartado temático.

El guion de la entrevista se desarrolló con base en las referencias consultadas: Déficit de información sociodemográfica en la UE, percepciones y expectativas del proceso migratorio, indicadores sanitarios de la Comunidad de Castilla y León, acceso a los servicios sanitarios y respuesta a necesidades interculturales, y al manual de implementación del proyecto Juntos. Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio verbalmente y se les garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Se les solicitó la autorización para hacer grabación de audio, respetándose la decisión de cada participante. Igualmente, al recibir participación de los técnicos de la Dirección de Salud Pública del Ayuntamiento de Salamanca, se presentó previamente la entrevista aprobándose la información descrita.

La entrevista se estructuró en cinco apartados temáticos: 1. Perfil Sociodemográfico, 2. 3. Proceso Migratorio, 4. Adaptación, Salud, y 5. Proyecto de salud pública. Este último, teniendo como punto de partida la posible realización del proyecto Juntos en Salamanca. Cabe aclarar, que la pretensión inicial era evaluar el impacto de un proyecto sanitario dirigido a la población inmigrante, sin embargo, al encontrarme con que dentro de las actividades que la Escuela de Salud del Ayuntamiento, no existía un proyecto de aplicación continua, sino talleres realizados a

demanda de las asociaciones de inmigrantes, sobre el sistema sanitario español, métodos anticonceptivos, embarazo, parto y puerperio, prevención de cáncer en la mujer, detección de enfermedades congénitas en el recién nacido, y vacunación, alimentación dieta mediterránea, higiene alimentaria básica, tiempo libre, ejercicio físico para realizar en casa; y posterior al encuentro con los técnicos de la institución, quienes manifestaron la intención de replicar el proyecto Juntos implementado en Murcia; se tomó la decisión de realizar unas preguntas dirigidas a las áreas de acción y actividades propias del proyecto, con el objetivo de identificar temáticas de mayor interés, disponibilidad horaria de los participantes y la inclusión del componente cultural en el desarrollo del mismo.

4.4 Categorías de análisis

Se realizó la transcripción literal de cada una de las entrevistas, incluyendo las entrevistas grupales, seguido de un análisis narrativo de contenido que incluyó también la información recopilada mediante la observación participante. Se generaron categorías y subcategorías de análisis por temas (Tabla 6), partiendo de la guía de la entrevista y la información obtenida mediante la observación, tomando deliberadamente las experiencias subjetivas de las participantes como principal foco de atención; asignando nombres ficticios a las narrativas expuestas. Igualmente se aplicaron códigos que permitieron analizar el contenido central de las entrevistas, estudios y textos relacionados a las unidades temáticas creadas con el fin de minimizar los datos obtenidos y extraer los patrones más significativos (Patton, 2002).

Para el análisis se tuvieron presentes las variables históricas como determinantes del proceso, ya que permiten la interpretación de la singularidad cultural del problema antropológico y crean una relación estructural – funcional que facilita la interpretación de las narrativas; teniendo claro

que los resultados pertenecen al momento de la investigación, y que constituyen un *statu quo* etnográfico (Esteve Fábregat, 1973).

Tabla 6

Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías	Códigos
Proceso Migratorio	Significado	Oportunidad e Inversión
		Inseguridad
	Condiciones de vida país origen	Rechazo social
		Política de codesarrollo
		Efecto llamada
	Estrategias	Emigración en cadena
		Redes locales
		Reagrupación Familiar
		Estrategia de grupo domestico
	Decisión y Motivación	Intereses Transnacionales
Cambio rol laboral		
Condiciones de vida país destino	Tranquilidad y Nostalgia	
	Reconocimiento profesional	
Adaptación	Nueva Vida	Choque cultural
		Asimilación y Multiculturalidad
		Costumbres gastronómicas
		Amistades locales
		Discriminación
	Percepción Integración	Necesidad básica
		Simbolismo religioso
		Multidimensional
		Subjetivo
		Estado emocional
Salud	Definición-Salud	Edad
		Gravedad
		Xenofobia
	Enfermedad	Humanización
		Calidad y Oportunidad
		Organización servicios
		Comparación sistemas sanitarios
	Servicios Sanitarios	ONG´s
		Administraciones locales
		Programas de salud pública
Articulación Intersectorial	Agudas y resueltas	

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

	Enfermedades Actuales o Post migración	Emocionales
		Psicosomáticas
	Tratamiento Enfermedad	Por estaciones/clima
		Automedicación
	Rol mujer	Medicina Tradicional
		Madre y Cuidadora
		Violencia de genero
Proyecto salud pública	Características	Grupo etario
		Incluyente
		Diversidad cultural
	Temática	Redes sociales
		Embarazo, parto y puerperio
		Menopausia y Depresión
		Violencia de genero
	Tiempo	Educación sexual y VIH/SIDA
		Establecimiento de prioridades
		Participación
	Actividades	Horarios laborales
		Consulta nutricional
		Cocinar y comer juntas
		Ejercicio al aire libre
		Rutinas de baile
		Ejercicio con niños

Nota: Elaboración Propia

5. Resultados

5.1 Representaciones del proceso migratorio para las mujeres latinoamericanas

Entre las participantes identificamos tres perfiles inmigrantes: 1. Mujeres que migraron hace más de 9 años, con un nivel de escolaridad primario; a causa de la situación socioeconómica en sus países de origen y en busca de empleo, 2. Mujeres que migraron recientemente (hace menos de 3 años), con un nivel de escolaridad secundario y superior; a causa de situaciones que ponían en peligro su vida y en busca de tranquilidad, y 3. Mujeres que migraron con un nivel de escolaridad superior o de posgrado, a causa de la falta de oportunidades académicas y de estudio, y sin un periodo de tiempo constante (quienes llevan 10 años, 3 años y 7 meses).

5.1.1 La oportunidad para emprender el viaje.

Encontramos que para todas las participantes el proceso migratorio es interpretado como una oportunidad de trabajar, mejorar la calidad de vida de sus familias, y su formación profesional; y una oportunidad de reagrupación familiar y sentimental, motivada por una necesidad particular. Pero también como una inversión, para quienes cambiaron la estabilidad laboral y emocional que tenían en su país, para realizar sus estudios de posgrado en España.

Para mí fue una oportunidad amorosa (Diana).

Una oportunidad porque yo estuve 3 años sin mi madre y tuve que esperar 3 años para la reagrupación (Paola).

Para mí es que tiene oportunidad pero inversión, inversión a todo sentido desde la parte económica hasta la parte emocional, afectiva, psicológica, es un todo espiritual, lo veo así, y oportunidad también en todas esas dimensiones, sí sí. Pero también es por la forma en la que he venido, como estudiante la situación es distinta (Cecilia).

Es una oportunidad, cambias oportunidades económicas por una vida tranquila, por ejemplo, puedo no tener mucho ahora, pero tengo lo que más quería que era mi seguridad (Juliana).

Las participantes definen la migración en dirección a la causa de su proyecto, encontrando diferentes miradas a las que adjudican una misma palabra: Oportunidad. Quienes migraron entre el 2001 y el 2005, coinciden en que fue una oportunidad laboral y familiar, que permitió mejorar la calidad de vida de sus familias, la educación de sus hijos, la compra de una casa propia en su país, el envío de remesas para la satisfacción de las necesidades básicas de quienes no migraron. Quienes migraron en años posteriores, obtuvieron la posibilidad de tener una pareja, y de reencontrarse con sus familiares que habían migrado anteriormente, sienten la reagrupación familiar una situación anhelada y para la cual requirieron la realización de trámites administrativos y judiciales, inmersos en la política de migración. Igualmente las mujeres que migraron en los últimos 3 años, comparten esta definición con el concepto de necesidad, porque corresponde a mujeres que solicitaron protección internacional, a consecuencia de los actos de violencia, guerra e inseguridad al interior de sus países de origen; destacando la importancia de la vida sobre el dinero, el trabajo y la estabilidad profesional. En los casos de quienes migraron por estudios, y que pagaron su posgrado, combinan la connotación de oportunidad con la de inversión, ya que la situación es completamente diferente; estas mujeres no demandan los servicios sociales, ni legales; ellas aportan dinero durante su estancia en el país.

Es claro que para quien migra, el proceso se observa como positivo, y se le asigna connotaciones con un valor asociado a una vida mejor: oportunidad-inversión; sin embargo para la política, como señala Lucas (2001) “significa un problema obstáculo y se convierte en baza electoral, con resultados indiscutiblemente negativos, lo que puede dar lugar a convertir la migración en instrumento de la lucha política en su dimensión electoralista, y partidista”

(Colomer Viadel, 2016, p. 39). Esta connotación como problema social y de índole Estatal direcciona la formulación de la política pública, determinando su enfoque con base en la representación asignada al proceso migratorio, en una línea que se acerca más a la racionalidad de los políticos que a la de los inmigrantes, explicando el curso actual; con una participación desigual de todos los actores.

Al ver la migración como una oportunidad, al igual que como lo expresan las participantes, se permite el establecimiento de una dialéctica de reciprocidades pocas veces reconocidas, donde todos se vean beneficiados de la convivencia, encontrando en el descubrimiento de oficios, generación de remesas y divisas, el crecimiento poblacional y su impacto político, el mantenimiento de la seguridad social y el régimen de pensiones; la representación positiva que permita transformar el enfoque político hacia este sentido (Colomer Viadel, 2016).

5.1.2 La inseguridad: El motivo para quedarse.

Entre las motivaciones de la migración encontramos las condiciones de vida en el país origen, entre los que se destacan la inseguridad, a la que la totalidad de participantes hizo referencia, así como el desempleo, y en menor medida el rechazo social.

Yo me vine huyendo de mi país, porque la zona donde yo vivía no era conflictiva, sino que bueno no sé si conoces lo que es el tema de las maras y las pandillas, bueno pues eso es como un cáncer, en la zona donde yo vivía era una zona muy tranquila, muy muy tranquila y bueno podías estar ahí por la noche, no como aquí pero al menos 10-11 de la noche podías estar en la calle y no pasaba nada y luego después de eso, ya no... Ya no, se fue a vivir al lado de nuestra casa, compraron una casa que había una casa allí muy pequeñita la demolieron e hicieron una casa enorme, se fue a vivir ahí al lado de nuestra casa un narcotraficante..., entonces por ahí vienen todo (Rosa).

Mi hija me dice: Mamá hasta que no se tranquilice allá, no se vayan los ladrones pues no voy a Bolivia. Como allá no puedes soltar a tu niña de la mano, no puedes dejar un espacio que ella pueda correr. En Bolivia tienes que estar cerca de tu mano si no no sabes quién la va a llevar, es muy peligroso... así que ella ha cogido eso, ese miedo, porque andas de verdad muy tensa, estresada en la calle, no puedes andar tranquila y pues ella, ella es muy lista y recuerda todo eso (Isabel).

El contexto económico de los países latinoamericanos ha motivado las olas migratorias a España, la recesión económica, el desempleo, la desigualdad, las consecuencias de la década perdida;⁷ han fomentado la reproducción de fenómenos de violencia e inseguridad al interior de los países, que sumados a condiciones mencionadas por las mujeres entrevistadas, como la maternidad en solitario, el machismo, los conflictos familiares, la discriminación social y la separación conyugal; conforman los principales motivos para salir de sus países en busca de un cambio. Si bien las participantes mencionaban la inseguridad como un factor clave en la toma de la decisión, al transcurrir de las entrevistas dejaban ver la verdadera motivación de migrar, cambiando el discurso de la inseguridad como uno de los motivos para no regresar.

Yo me vine por eso del bulling señorita, porque... En mi país me decían allá va la sidófila, y tuve que cambiar de barrio muchas veces pero la gente se enteraba y me volvían a decir así. Es que yo creo que tengo eso porque la pareja que yo tuve murió de eso, eso decía su familia (Amparo).

Las razones de abandono de sus países combinan factores de necesidad con la búsqueda de seguridad, así como respeto a la dignidad humana, como en el caso de varias participantes que iniciaron su proceso como forma de reagrupación familiar, pero que en realidad venían huyendo

⁷ Periodo comprendido entre 1980 y 1990 en el cual la economía de los países latinoamericanos tuvo un retroceso relacionado con la crisis de la deuda externa, el fenómeno del niño, la devaluación monetaria y aumento del déficit fiscal.

de sociedades en las que no existe ningún respeto hacia la persona y la vida: mujeres estigmatizadas por la aparente presencia de una enfermedad, el éxito empresarial y la negación a tener una relación afectiva (Colomer Viadel, 2016).

De manera integrativa, y teniendo el conocimiento de las causas de la migración, las políticas de migración requieren una política de codesarrollo o cooperación, que involucre a los países Latinoamericanos y del Caribe en el diseño de políticas migratorias al amparo del pleno respeto de los derechos humanos; y el favorecimiento de programas de desarrollo, y cambio de deuda externa a cambio de inversiones educativas y sociales, teniendo en cuenta la identificación de las necesidades de los inmigrantes, y la adaptación de los métodos (Colomer Viadel, 2016; Mantilla Jaimes, 2017).

5.1.3 Estrategias para iniciar su camino trasnacional.

Dentro de las estrategias utilizadas para elegir el lugar o ciudad de destino encontramos el efecto llamada, la emigración en cadena o efecto manada, la formación de redes locales, y la reagrupación familiar.

Tenía familia, un sobrino en Madrid. Luego trabaje en hostelería y luego de interna, luego me vine a Salamanca porque yo tenía más familia aquí también. Deje mis hijas en Colombia de 14 y 15 años y mi hermano quedo al cuidado de ellas, ahora ya son profesionales, una es médica y la otra es abogada, si no me hubiera venido ellas no hubieran podido estudiar y tener sus carreras (Diana).

Mi marido vino primero, en abril, y yo en septiembre. Deje con mis padres a mis 5 hijos (uno de 15, otro de 13, 10, 8 y 6 años). Yo vine por mi marido, que estaba acá. A los 15 días de estar aquí conseguí trabajo por medio de unas amigas del Ecuador. Me fui a cuidar una

señora de 80 años de 9 a 4pm (3años), pero ella se fue a Madrid y me decía vente conmigo pero yo no podía. A los dos años traje a mis hijos, una nieta y un yerno. Todos de una (Luz).

Es posible observar varios elementos: el efecto llamada de sus familiares que ya estaban en España, la movilidad entre ciudades en busca de la que ofrezca mejores condiciones laborales, el envío de remesas durante años para garantizar la educación superior de sus hijas, y la constante del trabajo en el sector de los cuidados. Igualmente, la mujer representa el primer eslabón de la cadena migratoria, siendo en muchos casos la promotora de que otras mujeres de su familia migren posteriormente, como en el caso de una de nuestras participantes que refería haber viajado de visita a Ecuador, y haber regresado a España con 7 personas (Pedone, 2002).

No tengo ningún familiar en España. Yo vine por un intercambio con la universidad y le conseguí colegio a mi niña para podérmela traer, quería venirme de Colombia y la manera más fácil era así. Yo venía por un sueño (Clara).

En este caso ella migra por el efecto manada, según el cual las personas cuando se hayan en su país de origen y carecen de información acerca de las posibilidades de progreso económico en el país de destino, tienden a migrar a aquellos lugares donde tienen constancia de que se han producido migraciones anteriores desde su lugar de residencia, en la creencia de que estos movimientos han estado asistidos de un mayor nivel de información que el que ellos poseen. (Sandell, 2008 citado en Delpino, et al., 2013, p. 38).

Expresando en varias ocasiones que no conocía a nadie, y que le hubiese gustado tener mayor información; relataba como de forma independiente realizó la búsqueda del colegio para su hija, un lugar para vivir, y el curso de intercambio en la universidad que le posibilitaría la materialización de la migración; también mencionaba el hecho de que sabía que muchos

colombianos estaban viajando a España y que creía que las condiciones eran mejores, porque no retornaban.

Me vine porque me recibió un excompañero de trabajo, porque su esposa estaba aquí y tenía más o menos para ese tiempo unos 5-6 años, creo de haber venido a España, se vino ella primero y se quedó él allá con su hija y luego ella arreglo papeles y lo mando traer a él y a su hija y bueno fue cuando renunció al trabajo, yo trabajaba en una mancomunidad allá en Honduras y bueno dejó de trabajar con nosotros porque se vino para acá... y nunca perdimos comunicación y fue de esa manera como conectamos y me vine para acá (Rosa).

Por reagrupación familiar, mi marido ya estaba aquí. Nuestra relación es muy sólida, una convivencia buena (Marta).

Familia, amigos y conocidos, permiten la materialización de la migración, a través de información sobre cómo realizar la documentación y las ofertas laborales existentes, ayudas económicas o morales para emprender el viaje, posibilidad de alojamiento inicial, y demás información relacionada con el proceso. Las participantes fueron ayudadas por familiares y amigos que los recibieron en el país de destino, les proporcionaron vivienda y contactos laborales. No obstante durante su camino de asentamiento las situaciones de algunas cambiaron, generándose divorcios y separaciones o la ruptura de las relaciones de amistad (Gil Araujo, 2009). Igualmente se establece una red de favores y servicios con la comunidad local que les apoyan, con las asociaciones y ONG's que sirven de puente entre la estructura social del país y la organización social desarrollada por el inmigrante. De esta manera se establecen relaciones de parentesco, entendido como un proceso social de relaciones económicas, políticas, jurídicas, rituales, y no necesariamente de tipo biológico; entre el inmigrante y la comunidad de acogida, que en la mayoría de los casos corresponde a otros inmigrantes con residencia española o a

españoles que trabajan con asociaciones. La interpretación como red social, no se acerca a la percepción y el significado narrado por los inmigrantes, porque el establecimiento de los lazos es tan fuerte que se homologa a la concepción de familia, adicional a ello, el contacto inicial puede tener un interés u objetivo claro y definido, pero una vez pasa el tiempo, haya o no transacción de favores, permanecen en contacto y fortalecen los lazos emocionales (Sánchez, 2014).

Por otra parte, Canales & Zlolniski, 2000; Bastia, 2009; Bravo & Caparrós, 2015 señalan que “la decisión de migrar y cómo hacerlo se toma en el seno del grupo doméstico, involucrando tanto a la mujer que emigra como al resto de los familiares que se quedan” (Moro Gutiérrez, Pena Castro & Fiol Ruiz, 2018, p. 152).

Pues me vine porque me enamore, mi novio es de aquí, y pues nada a él le cogió el afán, pues se viene o que, por que eso así amor de lejos felices los cuatro. Entonces pues nada, yo dije, yo sabía que él no se iba a ir para allá..., toca arriesgarme y me vine. Después yo lo comente en la casa, pues con mi mama que siempre ha sido mi apoyo, entonces yo le dije y mi mama me dijo bueno pues inténtelo, no sabemos si su futuro está allá, y si... pues me vine y aquí estoy, hasta el momento las cosas han salido bien (Patricia).

Las madres de algunas mujeres participaron en la toma de la decisión, otorgándoles consejo y apoyo emocional, estableciendo los lazos transnacionales que se mantienen en la actualidad, muchas manifestaban que hablan diariamente con ellas y que se les consultan muchas de las decisiones que deben tomar en el país de destino, sobre todo para quienes no tienen familiares en España. La relación con la familia de su país de origen se fortalece a distancia; como se describía en la definición transnacional de la migración, se mantiene un constante vínculo con los que quedaron. De allí, el hecho de considerarlos como un grupo social participe en el fenómeno migratorio, ya que están presentes durante todo el proceso, desde la toma de la decisión de

emigrar, en el día a día, a través de comunicación telefónica o computarizada, y hasta que se regresa al país de origen o se asientan en el país de destino con el que emigro primero. Al ser una decisión de familia, existen intereses colectivos e individuales que difieren entre una familia y otra. La compra de una casa, el pago de la universidad de los hijos, el acceso a estudios de posgrado, refugio ante un conflicto o violencia de cualquier tipo, mejor calidad de vida para su familia nuclear, consecución de un trabajo mejor remunerado, emigrar para el reencuentro con la pareja, pago de deudas, recepción de remesas mensualmente, reunión familiar, el cuidado de los nietos, etc. Generándose un compromiso mutuo que permita la consecución de esos objetivos, y una constante sensación de deuda, que incide directamente en el comportamiento del inmigrante en la sociedad de acogida, y que le obliga a la implementación de estrategias que puedan dar respuesta a los intereses particulares de los miembros del grupo.

Otros casos son los que obedecen a una decisión propia de superación profesional y personal, donde una experiencia previa motiva las acciones futuras, sin importar dejar de lado la estabilidad con la que viven en sus países de origen, para emprender un viaje que reconstruirá sus procesos emocionales y cognitivos.

También era una forma de soltar todas las inseguridades, que no es fácil, sobretodo en una situación como la de nuestros países, donde el empleo se cuida, y se cuida. No es fácil, ahora me considera más arriesgada que antes el hecho de haber migrado de haberme hecho un camino aquí ehh me ha ido, ir venciendo mis miedos, o más bien no vencéndolos sino caminando con ellos sino que no me paralicen, entonces,, si eso me ayudo a decir yo tengo que mirar como volver. A buscar becas, pero como cada vez se van reduciendo más, yo decía como consigo una beca, me la pasaba horas... (Cecilia).

Varias participantes coincidían en que el proceso de migrar había permitido el afrontamiento de situaciones que fortalecieron su autoestima y auto concepto, incluso la resolución de conflictos internos que habían enfrentado en silencio durante varios años. Al sentirse más tranquilas y a gusto que en las sociedades de origen, se vieron motivadas a realizar actividades que habían querido realizar y no se habían atrevido, como estudiar, iniciar una vida solas fuera de la casa de los padres, realizarse pruebas diagnósticas para descartar o confirmar alguna enfermedad, afrontar un divorcio y rechazar situaciones de violencia de género.

5.1.4 Una nueva vida, un nuevo rol.

Las condiciones de vida que encuentran en el país destino visibilizan un cambio de rol laboral, que refieren sobre todo las participantes con estudios superiores o de posgrado, un marcado sentido de pertenencia territorial, que se genera de manera bidireccional; así como la tranquilidad que buscaban al emprender el proceso migratorio, y la nostalgia asociada a los familiares que permanecen en su país de origen, sus costumbres y su comida.

Yo ya llevo tantos años ahí, ya me acostumbre y es como otra vivienda para uno. Encima si encuentras unos jefes que te tratan bien, así no te aburres. Es mejor trabajar lo que sea⁸ a estar ahí parada pensando (Marta).

Esta participante reconoce que desde que llegó a España, no ha trabajado en su oficio, sin embargo, las buenas condiciones laborales, la han motivado a permanecer allí; también se refiere a su lugar de trabajo como otra vivienda, por el tiempo que permanece ahí. Caso contrario a otras participantes, que trabajan como internas, y manifestaban que les pagaban poco, no tenían horas de descanso, las contrataban para un oficio y terminaban realizando 6 oficios adicionales, y se sentían agotadas físicamente. Además de repetir que tenían dos jefes, los adultos mayores a

⁸ Es una expresión colombiana que se usa para hacer referencia a una labor diferente a la que la persona ha desempeñado, para la que ha sido entrenada, o para la que estudio. La aclaración se realiza porque no es una expresión textual, que quiera con ello decir que se trabajaría en actividades ilegales.

quienes cuidaban y los hijos, que durante los fines de semana iban a supervisar el aseo de la vivienda, y terminaban haciéndoles tantas críticas, que decían que no querían volver; pero siempre regresaban por ser su fuente de sustento económico.

Allá yo tenía un salón de belleza, dos tiendas de ropa, mis negocios estaban bien pero yo me vine a bajo totalmente cuando empezaron a extorsionarme, tuve que irme, dejar todo casi regalado. Pero a mí no me gusta estar estancada, yo siempre busco oportunidades... como yo trabaje en inmobiliarias en mi país, queremos unirnos 3 para abrir una planta, entonces si todo sale bien yo ya tengo trabajo (Juliana).

Yo me vine huyendo de algo. Me he venido buscando tranquilidad, que las niñas estén seguras (Clara).

Es evidente que para las personas con solicitud de protección internacional, la prioridad es la sensación de tranquilidad y seguridad que experimentan, lo que en estos dos casos las motiva a emprender un camino laboral diferente y en el cual no tienen experiencia, o un camino independiente como empresarias. Estas participantes eran quienes tenían mayor sentido de acogida y hacían referencia a que les encantaba la ciudad, y estaban muy agradecidas por estar aquí, junto con su pareja e hijos; y se referían a esta nueva etapa como un nuevo comenzar, siempre con una sonrisa. El simple hecho de poder continuar con vida, les presentaba un sin número de ideas para construir su nuevo proyecto de vida.

Me daban ganas de volver por mis hijos que lloraban mucho, ellos decían: ¿Cuándo te vamos a ver mama?, pero yo les decía: ¡Si no sacrificamos, no hay nada! ...Y así, el padre me dio el poder y luego los traje (Luz).

Al contar con participantes madres cabeza de hogar, nos encontramos con las historias de tristeza por la separación temporal con sus hijos, en las que fue posible apreciar como esta

situación representaba su dolor y su motor, para aceptar las nuevas condiciones a las que se enfrentaban en un territorio desconocido, con patrones de comportamiento diferente y trabajos para los que no habían sido entrenadas, visibilizando la multidimensionalidad de la migración, y los factores interconectados con los que se encuentran una vez en el país de destino. De la misma forma muestra como la consolidación de los procesos migratorios está mediado también por las restricciones jurídicas que establecen los Estados, donde la reagrupación familiar se convierte en un paso posterior que implica el distanciamiento físico de sus hijos por un tiempo indefinido, y que requiere acciones administrativas paralelas a su incorporación social (Pedone, 2010).

“Cabe destacar como se realiza una clara clasificación, que hace referencia a supuestos legales, más que a sujetos o personas, pero que indudablemente determinan su lugar desde la perspectiva de control y orden” (Colomer Viadel, 2016, p. 75). Dichos supuestos condicionan el bienestar de las inmigrantes, ya que deben mantenerse separadas de sus hijos, hasta que cumplan con las definiciones establecidas en el Ley para ello. Estos estados de ilegalidad o legalidad, son construcciones sociales, políticas, económicas e ideológicas, así como jurídicas, que se han inventado e implementado por razones de seguridad que obedecen al contexto migratorio; siendo interpretado a través de tres dimensiones: como una forma de estatus jurídico, una condición sociopolítica, y una forma de ser en el nuevo país (Willen, 2007). Y es en relación a esta última en donde se presenta una conexión con otras dimensiones subjetivas (género, raza u origen étnico, clase, biografía individuo), que generan el significado de legalidad y sus percepciones en el desarrollo social. De la misma manera, esta clasificación está asociada a otros procesos entre los que podemos mencionar enfermedades y situaciones emocionales que pueden desencadenar en ellas, como el síndrome de Ulises, y la depresión; mencionada por muchas mujeres en las diferentes etapas del proceso (Willen, Mulligan, & Castañeda, 2011).

Reconocen que el tema laboral presenta desventajas por su condición de inmigrante latina, pero destacan que a pesar de que el trabajo sea duro, se gana mucho más que lo que podrían ganar en su país, sobretodo en el caso de las participantes con nivel de escolaridad primario.

Es un choque grande porque uno está acostumbrado a hacer limpieza pero lo haces en tu casa, no estás acostumbrado a trabajar, que bueno aquí es muy normal que la gente trabaje en eso, pero uno en su país pues no, más si has estudiado y eso, pues bueno me toco que hacer eso, cuidar una señora mayor también, limpiar pisos y estuve tres meses así. (Rosa)

Las participantes con estudios superiores y de posgrado coinciden en que las mujeres latinoamericanas que han estudiado, merecen trabajos diferentes a la atención a personas mayores y el servicio doméstico, ya que los perfiles de escolaridad de las mujeres que han migrado en los últimos años, son mayores a los de las mujeres que migraron entre la década de los 90's y principios de siglo XXI. Lo que refleja que el trabajo y el oficio que desarrollan al inicio del proceso, no se relaciona con su preparación académica e intelectual; ni con la formación que están cursando en el país de destino (Izquierdo Escribano, 2003).

En el estudio realizado sobre la movilidad laboral de las mujeres latinoamericanas en España y empresariado étnico, se establece que la migración de mujeres solas no beneficia la movilidad social en lo que se refiere al aspecto laboral, sino que la entorpece, mientras que la presencia de la pareja o el matrimonio con un español, favorece el autoempleo y por lo tanto la mejora profesional de las mujeres en España, esto asociado a la forma de migración y la regularización jurídica. El hecho de contar con el ingreso económico de otro miembro de la familia facilita la inserción laboral en otros sectores diferentes al sector doméstico y genera la creación de empresa: peluquerías, locutorios, empresa-guardería. Sin embargo, para este caso encontramos una participante con carrera empresarial o autoempleo, sin familiares en España y con dos hijas,

pero que comparte las características de empresa-guardería: “negocios en los cuales las mujeres aprovechan el espacio para tener a los niños con ellas y poder así compatibilizar las horas de trabajo con el cuidado de los descendientes” (Oso Casas, 2010, p. 43).

Yo tengo una agencia matrimonial y así puedo estar pendiente de las niñas, porque trabajo desde mi casa por internet... lo que veo es que todas las extranjeras tienen que integrarse y aprender a cocinar, planchar hacer servicios domésticos, cuidar personas, como si no valiéramos para otras cosas (Clara).

Lo anterior también muestra que existe una relación ligada al proceso histórico laboral de las mujeres latinoamericanas que viajaban solas, las cuales en la década de los años 80's y 90's ocuparon los escenarios del servicio doméstico, por la demanda que existía y por las características asociadas a la capacidad de ahorro, situación de irregularidad jurídica y envío de remesas. Lo que ha creado un espacio laboral que se asocia directamente con las inmigrantes latinoamericanas, independientemente de su trayectoria profesional; configurando un estigma asociado al continente de procedencia, donde el binomio latina-limpieza, y latina-cuidados son una de las condiciones necesarias para acceder este sector.

Por otra parte, encontramos diferencias en relación a la decisión de permanecer de forma indefinida o retornar a sus países, que se relacionan con la presencia de su familia nuclear, la adaptación, y las necesidades económicas o deudas en su país de origen. En los casos en los cuales tienen los hijos y cónyuges en España o para algunos mujeres en Europa, la posibilidad de retornar es lejana; lo que se traduce en un tiempo de estancia mayor que supera los 5 años, al igual que para quienes deben enviar remesas mensualmente para la sobrevivencia de su familia transnacional. El retorno se asocia a pérdida de garantías legales relacionadas con la pensión y la

sanidad, así como con la suficiencia económica que otorga el cambio de la moneda, que tiene un valor monetario que triplica el de sus países de origen.

5.2 Múltiples significados de la integración

5.2.1 La cultura como condicionante de la adaptación.

Las participantes coincidían en que en España iniciaban una nueva vida, con cambios sociales y personales, una nueva relación laboral, que vivían un choque cultural, cambios en el lenguaje, pérdida del reconocimiento profesional, y la aceptación de otras costumbres y celebraciones entendidas como no propias. En donde la cultura ejercía un papel determinante en su proceso adaptativo, haciendo más difícil su proceso de llegada y aceptación de sus nuevas condiciones de vida.

Pues porque recién yo llegue a España yo intente adaptarme a la cultura, o sea emocionalmente, ehh pues yo traía una mentalidad que acá es otra vida, tenía que iniciar de cero (Juliana).

Yo hacía muchas amigas en la calle. Si tú les das una confianza te abren las puertas. Yo aquí me siento muy bien, esto es lo que es mío ahora. Cuando uno es de allí, es de allí y de aquí, es de aquí, ahora yo soy de aquí (Luz).

Estas narrativas muestran la percepción del territorio español, como su nueva casa, como lo describe el lenguaje político: como un país de acogida, que les recibe y les proporciona los medios para cambiar su realidad. No hay lugar a comparaciones porque se sienten parte de la sociedad que les acoge, sin querer con ello decir que se identifiquen. Estos discursos también muestran que ellas realizan un proceso de aculturación, en el que tratan de imitar las costumbres del país que las recibe, cambiando su manera de hablar, y de relacionarse; así como, la transición de la alteridad, que se desplaza para dar lugar a interpretaciones en la dirección opuesta, ya que

en el ejercicio de adaptarse, son las participantes quiénes hacen una lectura del Otro (Lisón Tolosana, 2018).

Para algunas participantes, la única relación con personas españolas es la que establecen a través de las relaciones laborales, quienes al preguntar si tenían amistad con población española hacían referencia a sus jefes, con expresiones de agradecimiento y calificativos positivos. En contraposición con estudios que muestran que el proceso de adaptación se percibe y desarrolla de una manera diferente de acuerdo a su nivel de escolaridad, presentando un nivel de asimilación mayor; las participantes entrevistadas mostraban que tanto mujeres profesionales como mujeres con un estudios primarios referían situaciones adaptativas relacionadas con su trabajo y experiencias particulares, que describían su proceso como positivo y favorable (Levitt, 2009).

El choque cultural describe el impacto de moverse desde una cultura familiar hacia una cultura que no es familiar, lo que dificulta el proceso de adaptación social y fomenta la formación de grupos informales de inmigrantes que comparten costumbres y formas de expresión similar, y que en estudios de tipo cualitativo han sido calificados como formas de auto segregación; pero que para el inmigrante constituyen un espacio transnacional que proporciona aspectos esenciales como la interacción, la identidad, la afectividad, la solidaridad, entre otras (López Hernández, 2013). Lugares de tipo informal como cafeterías, bares o locutorios se convierten en los sitios de integración, pero con aquellos a los que sienten próximos y con quienes comparten experiencias de vida similares, no con la población autóctona.

Para mí fue durísimo, el primer verano para mí fue terrible porque, claro, yo miraba de día y a mí no me daba hambre, entonces claro cuando ya empieza a oscurecer que es tipo 10:30-11 de la noche era que sentía....., y yo comiendo y yo miraba el reloj y yo esta hora

noo. Fue terrible pero ya me acostumbre, pues yo no como tan tarde, yo a las 10 de la noche... nooo, y el almuerzo que aquí le dicen comida, yo por tarde 1:30 pm (Patricia).

Uno de los elementos que más se menciona fue las costumbres gastronómicas, que representan parte de la identidad y generan sentimientos de cercanía a su país de origen, las participantes manifiestan que se han adaptado a otras costumbres pero los cambios en su alimentación no han sido parte de ellas; a pesar del costo de los alimentos propios de la región andina, mantienen sus hábitos, horarios, recetas; incluso se generan espacios para compartir este tipo de alimentos propios de cada país como formas de reunión e intercambio cultural. La comida se presenta como un signo y símbolo social, que como lo muestran los estudios realizados en Latinoamérica, tiene un valor contradictorio, mostrándose como integrador y también como diferenciador. En el caso de las mujeres inmigrantes, durante la observación participante se evidenció una asociación entre comida, reunión y reciprocidad social, que tanto a nivel comunitario como a nivel familiar invitaba al encuentro y a la integración; y que llevaba implícita una carga emocional relacionada con su país de origen, y su familia transnacional. Sin embargo, al abordarlo desde el concepto gastropolítico, como lo plantea Appadurai (1981): “el alimento es medio y mensaje del conflicto” (p. 494), ya que construye una identidad étnica nacional, que potencia la diferenciación y dificulta la integración.

5.2.2 Ser latina: Entre la discriminación y la integración.

La percepción de integración está asociada a la manera en que se relacionan con la población autóctona, sus costumbres, formas de hablar, conductas de xenofobia y prejuicios existentes hacia la población inmigrante; también a la sensación de agradecimiento y el establecimiento de amistades locales.

Integrada no, en el colegio no me sentía cómoda, el hecho de ser latina (ya sabes lo que creen de uno). Mis únicas amigas una boliviana y dos chinas, por eso me salí del cole. Ahora sí, tengo amigos entre españoles y latinos. Bueno, las costumbres no. No hacer ruido, la semana santa, es muy aburrido... la comida, nosotros no comemos comida española, cocinamos comidas peruanas, hay 3 o 4 locutorios latinos cerca, es un poco caro pero es lo que nos gusta (Paola).

Integraada... Pues a veces sí a veces no, depende de no sé. Ahí cosas con las que sí, sí. Bueno en la universidad si me he sentido escuchada,.. Pero ya luego, a veces como cuando sales a comprar, algo tan cotidiano, no... si lo dices de una forma distinta al lenguaje que se usa aquí, la gente a veces esta poco dispuesta a .., si pues como la tolerancia a la diversidad es poco y... muy difícil, pero yo lo he sentido más aquí en Salamanca que en Madrid, Madrid es más ... es que en Madrid yo no me sentía así, a Barcelona también, es que las grandes ciudades tienen multiculturalidad, están más habituadas, ... aquí en estos lugares no. En esas cosas así tan cotidianas puedo decir que no me siento integrada, ya ni siquiera incluida porque ya eso es un nivel superior, pero integrada no. O por ejemplo el tema de hacer amistades aquí con personas locales, ehh, ehhh ahora eso ha cambiado un poco y si no fuese por la relación que tengo con él y eso, ¿Cómo acceder a esos espacios? ¿Cómo accedes? si la gente es poco abierta (Cecilia).

Las participantes que tienen relaciones afectivas con personas de nacionalidad española coinciden en que ha sido más fácil integrarse, porque su grupo social incluye personas autóctonas, de manera tal que las variaciones del lenguaje se aprenden más rápido, se construyen relaciones de amistad y se interpretan las costumbres del país de acogida de forma diferente, así como para quienes trabajan en instituciones de cooperación al desarrollo o están vinculados a la

Universidad, donde la diferencia cultural es aceptada, y se sienten como otra persona más. Por otra parte, como lo describe la participante más joven, al interior de la institución educativa existían conductas xenófobas que además de hacer más difícil su proceso de integración, motivaron la decisión de la deserción escolar. Así como lo cuentan otras participantes, que han sentido rechazo hacia sus hijos o nietos, en espacios comunitarios como parques y zonas de juegos infantiles.

Mi hija estaba ahí esperando para jugar en el columpio, y estaba ahí su madre y no le decía nada, en cambio uno, están los niños de uno y viene otro niño y ve que está esperando, ... mi marido y yo le decimos baja para que el niño este un rato, mientras que ellos como si te estás una hora ahí esperando y no. "Hay situaciones que muchas veces tiene uno que soportar, para un bienestar para ellos" (Marta).

Las participantes que llevaban más de 10 años, referían que los gestos y actitudes de las madres eran discriminatorios, realizando comparaciones con la actitud de ellas frente a situaciones parecidas, donde aclaraban que se sentían ignoradas por la mujeres españolas, y que ese comportamiento era replicado por los niños; de manera tal que los adultos eran quienes reproducían los estereotipos y formas de rechazo hacia los niños latinoamericanos. Estudios realizados por la Cruz Roja de Castilla y León y la Universidad de Salamanca en la misma comunidad autónoma sobre mujeres inmigrantes, realidades y estereotipos en 2006 y 2008 respectivamente, muestran que las mujeres latinoamericanas son las que más situaciones discriminatorias o de maltrato social detectan, porque provienen de un estatus social no muy alejado de las españolas, y con raíces culturales parecidas, lo que les permite desvelar mejor cualquier tipo de discriminación aunque sea sutil. "El conocer bien el idioma aumenta aún más

las posibilidades de percepción a través de expresiones o de matices en la voz” (Pérez Grande, 2008, p. 164).

La discriminación se ha identificado como un determinante importante en los procesos de integración, siendo reconocida por las ONG’s como la Cruz Roja, Cepaim, Cáritas, Salamanca Acoge como área de intervención; para lo que desarrollan eventos de sensibilización (exposiciones, performance, conciertos), dirigidos hacia la población general, que buscan desmitificar los conceptos asociados a la población inmigrante y visibilizar las historias de vida, detrás de la concepción construida hacia este colectivo. Igualmente la administración local ha desarrollado iniciativas de sensibilización en años anteriores, con la comunidad educativa que deben mantenerse con el fin de evitar la deserción escolar o la inserción subproletaria de los jóvenes inmigrantes; que se entiende como el abandono temprano del itinerario escolar y la incorporación inmediata al mercado laboral en condiciones informales; como en el caso de una de las participantes que inicio su vinculación laboral sin haber finalizado sus estudios y actualmente trabaja en un bar (Pedreño & Castellanos, 2007).

Sin embargo, nos encontramos también con narrativas que manifiestan lo contrario, mencionando como uno de los principales obstáculos para la integración, las redes locales de latinoamericanos, que han sido descritas como formas de auto segregación, en la medida en la que no permite un establecimiento con la población autóctona creando un círculo social cerrado que fortalece las relaciones transnacionales, pero debilita las relaciones con la población del país de destino (Moro Gutiérrez et al., 2018)

Siii, si si ahora si me he sentido integrada, recuerda, bueno no se en tu país, pasa pero por lo menos en el mío tenemos un dicho que dice:;ehh que donde fueres has lo que vieres, pero eso lo puedes aplicar a la parte buena, no siempre tienes que hacer lo que ves, pero por ejemplo,

yo me sentí integrada porque yo trato no solamente de relacionarme con personas, la gente latina, sino también con la gente de aquí de España porque es donde estas, entonces eso es muy importante, hay gente que gusta, soy de Honduras entonces busco gente de Honduras, soy de Ecuador solo gente de Ecuador y eso no es bueno, no es bueno, para nada ... para integrarte es importante relacionarte con la gente del país donde estás viviendo (Rosa).

La mayoría de relatos muestran como la integración, objetivo principal de la política de migración, no es una característica sentida por las inmigrantes latinoamericanas, lo que permite interpretar que a pesar de los esfuerzos Estatales el sentir de la población es otro. Como se describió antes, España tiene un modelo mixto en la formulación de sus políticas con matices del asimilacionismo y del multiculturalismo, que no necesariamente se entiende como una conformación de una sociedad plural, sino que tiende a resaltar la desintegración multiétnica (Calvo Buezas, 2003). Cabe mencionar que el Informe realizado en Salamanca por las Secretaría de Mujer y Políticas de Igualdad de las Comisiones Obreras de Castilla y León, y el Centro de Información a Trabajadores/as Extranjeros/as de Salamanca. (2016), encontró una vinculación entre la integración y la obtención de la nacionalidad, utilizando este recurso jurídico como una oportunidad para que la sociedad autóctona no les haga sentir diferentes, trasformando ese sentimiento de ya no ser el Otro, dando todo el peso de la significación a tener DNI.

Lo anterior, muestra que: la visibilidad del inmigrante es fundamentalmente política, puesto que aunque sus problemas se presentan bajo la forma concreta de las reivindicaciones sociales y culturales, en su fin último es conseguir ser reconocido como parte de la ciudadanía, ejerciendo sus derechos colectivos en la democracia. (González Alcantud, 2003, p. 98).

Para muchas participantes la solicitud de la nacionalidad formaba parte de reconocerse de manera propia como digna de derechos, mencionando expresiones que las homologaban como iguales a las españolas, por el solo hecho de contar con un documento que les otorgaba el Estado; sin embargo, ellas destacaban que se mantenían algunas actitudes discriminatorias, y era en ese momento que replicaban discursivamente su situación jurídica como nacional. De igual manera, vemos como la cultura se presenta “como referente de identificación y es utilizada muchas veces como elemento de reivindicación y confrontación (Fernández de Rota & Monter, 2003, p. 25), el primero ante la descripción de la asignación de derechos como la no discriminación, y la segunda, como diferenciador social y generador de conflicto y rechazo.

5.3 Percepciones del proceso salud-enfermedad-atención

5.3.1 La subjetividad de la salud y la enfermedad.

Las respuestas de las participantes, que definen la salud como: una necesidad básica, multidimensional, con un gran componente subjetivo y un simbolismo religioso.

Pues la salud si... Lo importante es tener salud, vida y trabajo, esas son las cosas básicas para poder vivir (Luz).

Para mí la salud es lo más preciado que se tienen porque de nada sirve lo material o el dinero si no se tienen salud, entonces la salud la podría describir como un regalo de Dios (Juliana).

La relación entre salud-vida-bienestar, y Dios, se mantiene como una combinación necesaria para estar, y afrontar las dinámicas de su cotidianidad. Desde el concepto de salud y muerte, hasta la consecución de trabajo y el afrontamiento de los problemas, el simbolismo religioso está presente de manera cíclica, donde Dios da la vida, la salud, la alegría, las ganas, las oportunidades, es mediador ante los problemas, las enfermedades, los peligros, y decide la

duración de la vida. Utilizan expresiones como si Dios quiere, Dios lo puso en mi camino, Dios me dio una nueva oportunidad, para referirse a situaciones de sanación de enfermedades, diagnósticos oportunos, e intervenciones terapéuticas que restablecieron su salud. Por otra parte, le asignan a la salud una importancia superior en relación con otros aspectos en el desarrollo de la vida, al atribuirle una connotación de necesidad básica; en lo que coinciden con la interpretación política, que la define como un derecho, convirtiendo a la sanidad en un servicio básico. La salud tiene un valor esencial y básico, considerándose como motor y fuente indispensable de vida, donde la alimentación (el consumo de arepa de maíz y arroz), y los hábitos de higiene y limpieza, como la prevención bucodental, representan para los latinos las formas para mantener su salud (Martínez, Garabato, Martínez, & Seoane, 2004).

Para mí son varias facetas, que no tenga dolores también anímicamente, que tenga paz, salud mental, bien (Diana).

Sentirse bien en todos los aspectos físico, emocional, psicológico (Clara).

Otras participantes incluyen elementos de la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud (1948), que la describe como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 2), que ha sido interpretada por la ciencia médica como integradora, al contener las diferentes esferas del ser humano en su proceso de vida, pero que también pretende otorgar un único y estandarizado significado, que condiciona las formas de intervención hacia la población; y que indirectamente fortalecen el modelo biomédico. En contraposición la antropología la ha calificado de utópica, ante la inexistencia de un estado como el que se describe, generando teorías que incluyen además de los criterios objetivos que pueden llegar a determinar la salud, los criterios subjetivos y socioculturales. Estos criterios subjetivos son modulados por características particulares como la

edad, el sexo, la raza, la situación histórica y social, la personalidad y la ocasión biográfica; que a su vez, se conjugan con los socioculturales, dando lugar a una compleja relación cosmológica, más cercana a la realidad (Laín Entralgo, 1985).

De igual forma consideran la enfermedad como un estado emocional, un desequilibrio o deterioro, asociado directamente a la edad, y para una de las participantes a un evento de gravedad, estando presente nuevamente un simbolismo religioso en el cual la enfermedad se interpreta también como una respuesta divina.

Ósea estar enfermo no solamente es físico, tu puedes estar también emocionalmente enfermo, porque el hecho de ... bueno si hablamos de la parte migratoria el hecho de sentirte solo en otro país, donde no es mi caso porque yo me vine en unas condiciones totalmente diferentes, pero aun así ... ósea el emigrar es duro, porque tú te chocas independientemente de que hablemos el mismo idioma es otra cultura, entonces si tú no tienes tu mente abierta y dispuesta a abrirte a lo que estás viendo es bastante duro, entonces yo pienso que hay gente que se puede enfermar emocionalmente de otra manera, a raíz de eso de que les cuesta integrarse, de que ven que nuestra cultura choca, si, entonces no solamente hay enfermedades físicas (Cecilia).

La subjetividad se identifica en el relato, como parte de la enfermedad, que como bien lo describe nos solo se relaciona con la forma en la cual cada persona asume la enfermedad, sino en cómo se asume en la realidad en la que se encuentra inmersa. De tal forma, Weizsäcker, (1986) señala “las enfermedades físicas y psíquicas no son solo el resultado de los conflictos personales del paciente, sino también de conflictos sociales y culturales, conflictos de la sociedad, de la iglesia, de las ideas” (Engelhardt, 2004, p. 70). No basta con realizar una aproximación a los atributos dados a la enfermedad a partir de la propia experiencia, sino que se complejiza en cómo

dicha percepción también se construye, por medio de las situaciones recreadas durante su proceso migratorio.

La enfermedad física, algo difícil, dura... doloroso, pero cuando nos vamos volviendo mayores nos van apareciendo cosas y tendremos que aprender a convivir con ella. Diana

Gracias a Dios no somos tan enfermas, de pronto ya uno con la edad, por lo menos yo, ya con la edad de pronto empieza a sentir dolores en las articulaciones, sea por el trabajo o lo que sea, ya empieza uno a sentirse mal (Marta).

Lo que respecta a mí no voy casi al médico. "Que soy inmortal hasta los 30" me ha dicho el médico de cabecera, cuando voy a una analítica (risas) (Paola).

Las narrativas establecen una relación directa entre la edad y la enfermedad, considerándola como una manifestación propia de la edad adulta y la senectud; la aparición de enfermedades crónicas, se contraponen con los procesos agudos que manifiestan las mujeres de menor edad, que reforzado por el discurso médico, insertan el elemento de la temporalidad en el concepto de la enfermedad. Se mantiene un discurso en el que la enfermedad es dada por Dios, pero que comparte elementos representativos con los procesos físicos como el envejecimiento, entendiéndola como una dualidad entre el campo orgánico y el religioso; que requiere el entendimiento de los actores sanitarios y formuladores de políticas de salud pública; en la atención sanitaria de las inmigrantes latinoamericanas.

Es algo que te va matando lentamente y que no tiene cura (Lágrimas) (Amparo).

A pesar de que la gravedad no constituye una respuesta mayoritaria, se incluyó dentro de las categorías de análisis por la asociación directa de la enfermedad con un estigma social, y porque permite mostrar lo subjetivo del concepto y la asociación directa con la experiencia propia. A pesar de la estigmatización mundial que generan enfermedades como el VIH/SIDA, se observa

una señalización social superior en Latinoamérica, alimentada por mitos generados alrededor de la enfermedad, sus formas de transmisión, pronóstico y expectativa de vida; lo que conlleva a dar una significación negativa a la enfermedad en general, a partir de la relación del concepto con enfermedades de mayor gravedad y a las que se les atribuye un conjunto de símbolos como temor, preocupación, tristeza, y muerte.

La enfermedad yo la relaciono mucho con el estado emocional de las personas, porque si emocionalmente no estamos bien, entonces de ahí dependen muchas enfermedades (Juliana).

Al preguntar que es la enfermedad las respuestas dibujaron las experiencias de su proceso de salud enfermedad, en la construcción del concepto. Igualmente, se encontró una transformación transnacional de los conceptos de salud – enfermedad, en las participantes que llevan mayor tiempo de residencia, incorporando elementos aprendidos en su itinerario migratorio, que vinculan su estado emocional a la percepción de bienestar.

A partir del enfoque político antropológico, la salud en la sociedad actual es instrumento y resultado de la lucha de poder entre los diversos grupos sociales y sus intereses, que tiene como fin el mantenimiento de la estructura social, y la estabilidad de las actuales relaciones de dominación (Rodríguez & de Miguel, 1990). Esto visto desde un contexto público, presenta implicaciones negativas para los inmigrantes, a partir de las cuales se establece una rivalidad entre la utilización de los servicios, por parte de la población autóctona y de los inmigrantes; las terapéuticas asociadas a la cultura y la dominación de la práctica médica; y el ejercicio de los derechos humanos y las situaciones de legalidad.

5.3.2 Servicios de atención sanitaria humanizados.

Las participantes entrevistadas muestran la necesidad de cambios y una adaptación de las estructuras y operatividad del sistema sanitario actual, mencionando actitudes de xenofobia en

las instituciones, en mayor proporción en el área administrativa. Algunas perciben que el cuidado de la salud se proporciona de manera irrespetuosa, lo que reproduce los estereotipos negativos antiinmigrantes (Sargent 2005; Sargent & Larchanché, 2007).

Y los médicos... depende del médico, el trato es diferente para los latinos, algunos nos aceptan y otros no, piensan que vienes a robarle su trabajo y así (Paola).

En el centro de salud san Juan la trabajadora social Concha, ella a todas las extranjeras nos trata mal. Se encargaba de la documentación de la gente irregular en el 2013, a mí me dijo "es que se cruzan el océano para venir a tener niños aquí" y le dije usted que sabe (Clara).

Las participantes identifican un trato diferencial, que lo asocian directamente con su condición de inmigrantes, estableciendo suposiciones y generalizaciones hacia el personal sanitario, a partir de su propio sentir, y aceptando reacciones de rechazo, ante la necesidad de atención médica. Entre las causas de discriminación que las mujeres inmigrantes de Castilla y León perciben, el 78,9% manifiesta que es por ser inmigrante, antes que por ser mujer, o por otras razones, encontrando un aumento porcentual en las mujeres de Centroamérica, en las que representa el 92,7% (Fernández Sanchidrian, & Rodríguez Pardo, 2004). Por otra parte, estudios realizados en la Comunidad Valenciana con mujeres colombianas, en los que fueron también incluidos los técnicos sanitarios, muestran entre sus resultados que existe una falta de sensibilidad en la atención de los pacientes inmigrantes, y falta de conocimiento real sobre su situación social y cultural; así como una falta de entrenamiento para atender a las necesidades específicas de los mismos (Bermúdez, 2004).

Al preguntarse por la calidad de la atención recibida, manifiestan expresiones de conformidad, que a través de la exposición del discurso van matizando al recordar experiencias específicas en las que detectaron algún factor negativo al que se enfrentaron al asistir a los

servicios sanitarios. Los criterios de evaluación se relacionan con el trato, el tiempo de espera para la consulta, y la resolución de su padecimiento o motivo de consulta, así como la prescripción de medicamentos o estudios diagnósticos. Otros estudios, han encontrado que los migrantes son retratados como demasiado exigentes y no merecedores de los servicios de salud, mostrándolos como culpables del estado y condiciones actuales del sistema sanitario, centrandos los problemas de su ineficiente funcionamiento y alta demanda, en los cambios epidemiológicos y la carga de enfermedad que aportan los inmigrantes (Goldade, 2009). Publicaciones españolas citan como la población inmigrante valora, incluso en mayor medida que los nacionales, las instituciones propias del estado de bienestar, con resultados de encuestas realizadas que reflejan la valoración positiva de los servicios públicos por los inmigrantes, en particular, la accesibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria. A lo que añade, la cuantificación del uso de los servicios mediante la saturación de las consultas de atención primaria, consulta especializada y urgencias tanto en la sanidad pública como en los servicios privados (Blanco Moreno & Hernández Pascual, 2007).

Yo me he sentido bien, muy bien atendida pero digamos esas cositas así, de estar mezclando la zona donde atienden a las embarazadas con, con por ejemplo pacientes cardiacos... En el mismo pabellón en el mismo nivel. Inclusive es tan incómodo ver gente en situación difícil, ver salas de espera con la gente preocupada por su pariente que se yo,... y luego lo que te digo, te envían para una cosa aquí luego para otra cosa allá, cuando ya te dicen tal día la cita tienes que ir hasta la planta baja, cuando todo se podría solucionar teniéndolo ahí, entonces, no se... notas todas esas cosas (Cecilia).

Bueno podría decirse buena, pues no sentí diferencia en el trato sino tal vez en mi país le ponen más atención a la salud de las personas, profundizan más en los exámenes, hasta que

dan con la enfermedad, en cambio acá normalmente no no dan medicamentos sino a veces solo para el dolor, ósea si no es algo de gravedad pues dicen no es nada, verdad. Yo si sentí esa diferencia, sí. Se tardaron mucho en la cita (Juliana).

Voy al médico y me atienden bien, siempre están de lo que, en Colombia tenemos antes que ir y solicitar citas y todo para las mamografías y esto, aquí no, aquí me mandan la carta a casa para que vayas y te hagas los exámenes que necesitas, porque como están controlando tu edad, ya saben ya las cosas. En ese sentido es que yo digo que la seguridad social es buena (Marta).

Al comparar el sistema sanitario español con el de sus países de origen coinciden en que es mejor, sin embargo la organización de los servicios médicos, el tiempo de espera en urgencias, la relación médico-paciente, el tiempo de asignación de las citas con especialistas, son unos de los factores a los que se hacen referencia cuando hablan de la calidad de los servicios. Al igual que en el estudio de las percepciones políticas de los inmigrantes latinoamericanos en España, donde se describen entre sus resultados en relación a la provisión de bienestar y el sistema sanitario español, “cierta lentitud y falta de previsión, se reconoce su carácter integral y universal, y se le juzga como ampliamente superior a los sistemas latinoamericanos” (Biderbost, 2013, p. 532).

Como parte del análisis de la atención sanitaria encontramos elementos que las participantes identificaron como determinantes: la humanización del personal sanitario, la calidad y oportunidad, el tiempo de consulta y espera, la organización de los servicios, y el enfoque de medicina familiar, con una constante comparación entre la sanidad de su país y la de España.

Aquí hace falta más de consideración y humanidad con las embarazadas, porque uno tiene un cambio físico, biológico y emocional. Estuve 26 horas en trabajo de parto, la pase fatal, no

tenía fuerza, nada. Creo que no he tenido suerte. Después de que la matrona estuvo encima 2 horas, la sacaron, ha sido un poco traumático (Clara).

Yo he tenido que preguntar como que si tu no dices tus inquietudes, tampoco se extienden mucho ósea te preguntas como estas como te has sentido si has tenido alguna incomodidad, algún dolor, pero si no ...sino hay como friocidad ante el paciente, se queda como en una cosa muy básica, si no se. A veces yo pregunto ahhh y tal cosa ¿para qué? y... ¿por qué?... Hay porque esa es otra, esta última vez que me pesaron, hay cosas como fallas del sistema, por ejemplo, las basculas del hospital no todas están bien. Para empezar son básculas digitales de esas de baño, son imprecisas, se necesita una de esas romanas. La ginecóloga si tiene una de esas (Cecilia).

Las participantes con estudios superiores y primarios, refirieron necesidades de información no satisfechas, a razón de relaciones con el personal sanitario (médicos y enfermeras), en las que no obtuvieron respuesta a sus inquietudes o requirieron preguntar varias veces sobre procedimientos, resultados de analíticas, signos clínicos, o cambios físicos generados en el proceso de gestación o crecimiento de sus hijos; mostrando una necesidad de información mayor bien sea por desconocimiento o por conocimientos profesionales aprendidos en su entorno académico. Estableciéndose durante el trabajo de campo y a partir del conocimiento de mi profesión, una relación empática que las motivaba a preguntar sobre su proceso de gestación y enfermedad; y sobre los procedimientos administrativos para acceder al sistema sanitario español.

"De eso no me quejo" Allá si se enferma uno tienes que tener dinero, tienes que ver tus bolsillos a ver si te alcanza... allá tienes que pagar mucho dinero para pagarte las atenciones que te dan acá (Isabel).

A mí lo que yo admiro de aquí, aunque tenga sus fallos es la seguridad social, porque en mi país la seguridad social ósea no tiene que le digo yo, que si tú no estás trabajando, no tienes la seguridad social (Marta).

El sistema va tan lento, haya tanta demora, tantos sanitarios, no hay suficiente logística (Clara).

Los servicios sanitarios dirigidos a la atención de los inmigrantes requieren características particulares: culturalmente competentes, con indicadores sanitarios y sistemas de información, con redes intersectoriales, y participación comunitaria en los programas de Salud pública existentes. Como lo expresa la 62^a Asamblea Mundial de la Salud de las Naciones Unidas sobre la salud de los migrantes del año 2008, las políticas de salud dirigidas a esta población requiere intersectorialidad por la influencia de las dimensiones de la migración y especificidad por los determinantes particulares y necesidades propias de los migrantes; para lo cual solicita a los países miembros el cumplimiento de 9 objetivos, de los cuales en dos de ellos se encontró una necesidad urgente de implementación para la Comunidad de Castilla y León, relacionado con los resultados obtenidos. “1. Establecer sistemas de información de salud para evaluar y analizar tendencias en la salud de los migrantes, desglosando la información de salud por categorías relevantes, así como 2. Aumentar la sensibilidad cultural y de género de los proveedores de servicios de salud y profesionales a los problemas de salud de las migrantes” (WHO, 2008, p. 2). Los informes de migraciones generados anualmente, proporcionan cifras generales del número de extranjeros por provincia, sin mayor énfasis en las características específicas del origen o país de nacimiento y sexo. Igualmente las diferentes fuentes de información consultadas contienen estimaciones estadísticas diferentes y de nula coincidencia, dificultando el proceso de planeación

y elaboración de estrategias sanitarias de acuerdo al perfil epidemiológico, y a las necesidades regionales de los inmigrantes.

5.3.3 Articulación intersectorial.

Encontramos que el suministro de la información sanitaria a su llegada, mayoritariamente fue entregada por las ONG's y redes locales como familiares, amigos y conocidos. En ninguno de los casos de mencionó a la administración pública.

Si, la información me la proporciono la Cruz Roja, y también ACOGE. En la Cruz Roja fue una trabajadora social (Juliana).

Si he tenido la orientación, esa parte es muy buena aquí. La familia que tenía me dijo que tenía derecho a la tarjeta sanitaria (Diana).

Sí. Una ONG en la que estuve tomando un curso proporcionó la información pertinente (Mercedes).

La mayoría de participantes describían a estas instituciones como su mayor apoyo, por haber sido fuente de información y estar a su disposición siempre ante cualquier consulta, así como por representar un lugar de verdadera acogida y que en muchas ocasiones proporcionó los medios necesarios para la resolución de situaciones propias de la migración como enfermedad, desempleo y falta de vivienda. Adicional a ello, dos participantes que vivían hace más de 10 años en España, refirieron que su relación actual con alguna Organización, era de contribución, porque aportaban dinero por algunos meses; de igual forma muchas narraron sus experiencias como voluntarias mientras conseguían un trabajo, motivado por un sentido de total agradecimiento.

La Ley Orgánica 4 de 2000, Art. 70 define: Los responsables de la integración de los inmigrantes en los diferentes escenarios, incluyen diferentes actores del sistema:

Administraciones Públicas, asociaciones de inmigrantes y otras organizaciones con interés e implantación en el ámbito migratorio, (organizaciones sindicales y empresariales más representativas), constituyen el órgano de consulta, información y asesoramiento en materia de integración. (párr. 1).

Lo anterior describe un ejercicio de cooperación que ha sido eficazmente resuelto por las ONG's, que como bien lo manifiestan las participantes, fueron quienes brindaron información y asesoría durante su proceso de llegada; no solo en el sector sanitario, sino también a nivel psicológico y legal, cobrando este último, una prioridad que lo ubica junto con otros servicios de asistencia, en la categoría de necesidades básicas; por considerarse como un mediador del proceso de integración y del reconocimiento de sus derechos.

Es así, como las ONG's pertenecientes al tercer sector, de acuerdo a la declaración de las Naciones Unidas, no sólo son instituciones de consulta, sino que constituyen matrices de maduración colectiva de la conciencia cívica, y realizan la suplencia de funciones de ayuda insuficientemente atendidas por las instituciones estatales; si bien sus acciones son de complementariedad frente a lo realizado por la administración pública, han alcanzado una posición de reconocimiento, agradecimiento y empatía, que se acerca en mayor medida a la integración y autorrealización de los inmigrantes (Aparicio & Tornos, 2010). El documento sobre la población inmigrante en Castilla y León, del Consejo Económico y Social, define como un reto la coordinación institucional, ya que han analizado el trabajo realizado por las ONG's, asociaciones, sindicatos y administraciones locales, como cercanos a la población inmigrante, y acepta que se requiere un diálogo que motive acciones conjuntas de intervención, ya que de manera aislada resultan insuficientes (Lorenzo López et al., 2002).

En lo referente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 13 mujeres refieren no tener información al respecto, a pesar de la existencia de programas para la prevención de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, lactancia materna, vacunación, hipercolesterolemia familiar, detección precoz de enfermedades congénitas, detección precoz del cáncer colorectal, detección precoz de hipoacusia, manifiestan no conocerlos, ni haber tenido información al respecto por parte de ningún técnico sanitario. Sólo una de ellas refiere conocer algunos, a través de la consulta de atención primaria y los medios de comunicación, estos últimos, considerados como fuentes informales de información.

Prevención de Cáncer de útero o detección temprana, a través del médico familiar que me fue asignado. Prevención de violencia de género, a través de medios de comunicación (Mercedes).

No de eso no tengo, nadie me ha dicho nada, ni sabía ni he escuchado nada. Patricia

Lo que no hay aquí es promoción y prevención. Yo no tuve curso psicoprofiláctico, aquí no los dan, lo pregunte y me dijeron aquí no hay eso y no me ofrecieron ningún apoyo. Yo he sentido totalmente diferente, la experiencia que yo tuve fue mejor allí, que aquí (Clara).

Al relacionar las frecuencias de uso de los servicios de atención primaria con el desconocimiento de las participantes de los programas de salud pública existentes, se encuentra que la diferencia en la utilización de los servicios entre la población autóctona y la población inmigrante puede estar asociada a un limitado conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario (García Gómez, 2007), así como a experiencias previas que conllevan a suponer la inexistencia de programas preventivos. La población latinoamericana (De Perú, Ecuador y Republica Dominicana) en Madrid, refiere conocer los programas y proyectos desarrollados para inmigrantes, nombrando al menos uno, aunque cabe mencionar que en este estudio se incluían no

solo programas y proyectos sanitarios (Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, 2000), caso contrario a las repuestas de las mujeres de Salamanca de las cuales, solo una de 14 participantes menciona un programa. Otros estudios, reconocen que los pacientes inmigrados tienen demandas particulares, que se deben al desconocimiento del sistema sanitario, a los hábitos de salud propios y a la dureza del contexto migratorio: soledad, sentimiento de rechazo, lucha diaria por el trabajo, los papeles, la vivienda, el colegio de los niños, etc. Estas necesidades requieren un esfuerzo en los procesos de información, comunicación y escucha. Pero, como es sabido, la atención a estas necesidades no es el punto fuerte de la biomedicina, que actúa con procedimientos mecanicistas y estandarizados, no entendiendo de contextos particulares ni individuales (Moreno, 2010, p. 168).

Es por este motivo que otras comunidades de España como Cataluña, con un volumen mayor de inmigrantes, han invertido en la capacitación del personal sanitario a través de cursos acreditados en mediación intercultural y salud comunitaria, antropología médica: migración cultura y salud, derechos y deberes de los pacientes: aspectos bioéticos de la mediación intercultural socio sanitaria. Así como en la adaptación de sus protocolos de atención sanitaria, teniendo en cuenta los símbolos asociados a la sangre, la gestación, la salud reproductiva; otorgando una concepción integrativa a la salud y la enfermedad, donde intervienen aspectos sociales y biomédicos.

5.3.4 Salud auto percibida y morbilidad sentida.

Al preguntar por las enfermedades previas, se encontraron enfermedades infecciosas y agudas tratadas y con resolución clínica, así como participantes con ausencia de enfermedad que refieren diagnósticos posteriores a la migración, coincidiendo con estudios que muestran resultados donde la población que migra se considera sana. Llama la atención como una de las narrativas

revela la mirada del Otro por parte del personal sanitario, manteniendo la creencia de que los migrantes importan enfermedades, que fueron desarrolladas en sus países de origen.

Allá en Perú tuve TBC ganglionar y me operaron, eso ya hace 20 años (Amparo).

Yo no he sido enferma, gracias a Dios, siempre he estado bien, yo poco de enfermedades.

Ahora me coge como una tristeza y ganas de llorar ¿será por la menopausia? (Luz).

Cuando el doctor me estaba haciendo la ecografía, me dijo no yo no veo la necesidad de hacerte punción porque no se ve que sea como nódulos, sino es inflamación de toda tu tiroides, entonces el medico ya a lo último dijo entonces el TAC y ya con el TAC miramos para programarte cirugía dependiendo de eso y claro cuando me dijo pero espere usted venía con eso, y yo le dije no señor, yo me di cuenta fue aquí y se desarrolló aquí (Diana).

Pero mucho antes de venir, un tumor en un seno izquierdo y allá me operaron y me trataron todo (Clara).

Al llegar, los migrantes por lo general son más jóvenes que la población del país de acogida y, más saludables que la comunidad autóctona. Lo que genera el efecto inmigrante saludable, que al transcurrir del tiempo, se deteriora a causa de factores de riesgo como la pobreza, el estigma, la discriminación, la exclusión social, la explotación, los obstáculos administrativos, las barreras idiomáticas y culturales. Sin embargo, al realizar un análisis ajustado por la edad, se encuentran inmigrantes con bajos resultados de salud o dicho de otra forma con alguna enfermedad. Esto se debe a varias causas, entre ellas el proceso de aculturación, además de la posible existencia de barreras en el acceso a los servicios sanitarios y a las condiciones laborales en el país de destino. Dichos factores deberían tenerse en cuenta en las políticas de salud destinadas a reducir las desigualdades socioeconómicas del colectivo inmigrante en España (EWSI, 2018; Hernández-Quevedo & Jiménez-Rubio, 2009).

Los informes epidemiológicos de la Comunidad de Castilla y León, realizan una descripción detallada del agente causal, signos y síntomas y distribución, sin embargo al describir el perfil socio demográfico de los casos se reduce a edad y género, sin mencionar otras características determinantes en la definición de un brote epidemiológico. Igualmente los informes revisados que se encuentran disponibles por medio de la página oficial, son de patologías infecciosas comúnmente asociadas bien sea por estigma o por el curso natural de aparición de la enfermedad en la población inmigrante. Enfermedades como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Tuberculosis (TB), Enfermedad Meningocócica, Legionelosis, Gripe Grave, Sarampión, Rubeola y Parotiditis, son enfermedades fácilmente asociadas a los flujos migratorios, tal como lo describe el Reglamento Sanitario Internacional (RSI); y han sido objeto de seguimiento y control en países donde ya no se tenían casos, como por ejemplo para estos últimos. Sin embargo, no se encuentra ninguna descripción sociocultural de los casos, lo que no permite establecer relaciones de este tipo. Solo en el caso donde se describen como casos importados o autóctonos es posible inferir una posible correlación con la comunidad inmigrante.

Igualmente, se encuentra el análisis de casos notificados, es decir que tuvieron contacto con alguna institución sanitaria, bien sea centro de Salud u Hospital, quedando por fuera los casos de los que no consultan o de quienes no tienen tarjeta sanitaria. Para el caso del VIH, los criterios de análisis incluyen una tamización, desconociéndose si se realizan procesos de búsqueda activa de casos entre la población inmigrante que habita la comunidad autónoma. Se encuentra la distribución por país de procedencia que nos suministra datos contrarios a los imaginarios contruidos en torno a dicha enfermedad, encontrándose que para el año 2017 el 72,83% corresponden a la población española y el 26,09% son extranjeros; siendo África el continente

con menos casos: 6 en total, presentándose una tasa de incidencia de 3,74 x 100.000 habitantes para 2017.

En relación al TB, el 82% (205) de los casos son de población española, y el 16% (40) de población proveniente de otros países, en los que se mencionan a países de África, Marruecos y Rumania. Se describe demora en el inicio del tratamiento, lo que sumado a las condiciones de vivienda y hacinamiento de algunos inmigrantes, puede facilitar la ocurrencia de un brote, sobre todo en los casos de TB pulmonar por su forma de transmisión, haciéndose necesario el estudio de contactos para mitigar la transmisión. El análisis de las muertes y los fracasos en el tratamiento se presenta de manera general, pero bien vale la pena tener esa diferenciación por país de origen, ya que es posible encontrar barreras de acceso a los servicios, condiciones propias de la inmunidad del paciente o traslados a otras provincias en el proceso migratorio, que dificultan el seguimiento y éxito de los tratamientos; y hacen parte de las especificidades que debe plantear la implementación de la política pública.

Que yo sepa, consultan por cosas muy parecidas, cuando yo trabajaba en el hospital no veíamos diferencias entre la población española y ellos, que yo recuerde no, aunque puede ser que me equivoque, pero normalmente lo que se ha visto es que al llegar aquí la salud de las personas mejora, quizá por la alimentación, en caso de que muera es porque ya traía la enfermedad avanzada desde su país, como el caso de la mortalidad por Cáncer de útero (Técnica Junta de Castilla y León).

¿En el departamento de epidemiología tendrán algo relacionado con la población inmigrante? No creo por que se maneja de forma general, no se realiza esa diferenciación (Técnica Junta de Castilla y León).

El proyecto del año 2008 no se continuó porque muchos de los participantes se fueron de Salamanca y nos quedamos con una población escasa, de manera tal que se suspendió (Técnica Ayuntamiento).

Es muy difícil hacer seguimiento porque tienen a migrar entre una ciudad y otra (Técnica Técnica Junta de Castilla y León).

Los discursos de los técnicos suponen que el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad no difieren sustancialmente entre la población autóctona y la población inmigrante, al igual que lo describe Rivera (2008) entre sus resultados frente a la utilización de los servicios sanitarios. Igualmente, identifican la dificultad que implica el seguimiento epidemiológico a una cohorte o grupo de personas inmigrantes que hayan sido diagnosticados con alguna enfermedad; y el desarrollo de un proyecto para dicha población, al reconocer su movilidad como parte del itinerario migratorio.

Dentro de las enfermedades actuales o post migración, las participantes mencionaban enfermedades emocionales, psicosomáticas, o de desarrollo en alguna estación del año (invierno, primavera, otoño y verano)

Puesss, yo creo que, pues realmente no me enfermaba tanto allá, lo que si me ha surgido importante ahora esss que por el tema emocional, todo lo que he pasado, eso sí, estoy padeciendo de una diverticulitis, pero ya estando aquí fue que empecé a padecer de eso, es más por la parte emocional seguro. Va ligado como te alimentas, que tienes que cuidar tu alimentación pero por todo lo que he pasado que al final por algún lado tiene que salir las emociones (Rosa).

Se puede ver como se establece una asociación entre su proceso migratorio y el desarrollo de una enfermedad con manifestaciones físicas y diagnóstico clínico, pero con una etiología que

involucra elementos de percepción y estilos de vida, que establecen una dualidad entre mente y cuerpo.

No nada, sanita, hace dos años empecé con las cosas. Depresión, estrés (Diana).

Aunque aquí me siento más deprimida y dolor de cabeza, no sé si será la menopausia o de tanto pensar (Amparo).

En el caso de las mujeres cabeza de hogar, se encuentran narrativas en las que la depresión, aparece como enfermedad asociada a su proceso migratorio, lo que coincide con la ausencia de sus hijos y la constante preocupación por su bienestar.

La alergia al polen que me dio aquí, y se me ponen los ojos rojos, pero no más, tomo medicina y ya, sobretudo en la primavera (Luz).

Un catarrito en invierno (Patricia).

Hay veces que aquí me siento peor, con dolor de cabeza, catarro en invierno que me dura muchos días (Paola).

Adicional al desarrollo de enfermedades asociadas a procesos de afrontamiento psicológico, encontramos también el desarrollo de enfermedades prevalentes en alguna de las estaciones del año, comúnmente en primavera e invierno, que a pesar de no considerarse de gravedad, las mencionan como directamente relacionadas con la migración, teniendo en cuenta que varios países de América latina y Centroamérica no presentan estaciones. Igualmente se identificó la realización de un autodiagnóstico (en mujeres de escolaridad primaria), construido a partir de la conjunción de síntomas, experiencias de personas cercanas, información obtenida de medios de comunicación o internet, e imaginarios dichos por familiares o amigos; sin la participación de ningún concepto médico, ni de personal sanitario. Varias mujeres decían tener alguna enfermedad (a la que daban el nombre clínico), sin haber tenido ningún contacto con un centro

de atención hospitalaria y atención primaria, refiriendo que creían tener ese diagnóstico y que no habían asistido al médico para la confirmación del mismo, porque el sistema de sanidad de su país no era gratuito, era muy demorado o porque simplemente no alteraba su vida cotidiana, ya que presentaban síntomas de forma ocasional.

Existe una relación sindémica⁹ entre las enfermedades desarrolladas por los inmigrantes, y sus procesos migratorios, que permite la reconstrucción de la morbilidad del inmigrante latinoamericano y la vigilancia en salud pública; adicionando otras aflicciones, además de las enfermedades infecciosas; donde las enfermedades psico emocionales, laborales y crónicas, direccionan las formas de intervención sanitaria, las líneas de priorización de los servicios sociales, y el diseño de proyectos con enfoque multidimensional (Willen, Mulligan & Castañeda, 2011). En este sentido, la información cuantitativa es necesaria para el seguimiento de la salud de este colectivo, aportando datos de los motivos de consulta de mayor frecuencia y de las interpretaciones otorgadas por el personal médico, a los relatos de los inmigrantes, sobre su estado de malestar. Sin embargo al revisar las fuentes oficiales no se cuenta con información sobre las prevalencias de las enfermedades que presentan los inmigrantes de la ciudad, haciendo necesaria la publicación de los datos de manera periódica, o la replicación de modelos de tamizaje, que han sido aplicados en otras comunidades autónomas de España con población inmigrante.

Para desarrollar estrategias destinadas a mejorar la salud de los migrantes y lograr la equidad en salud, se necesita información actualizada sobre una serie de datos interconectados, tales como el estado de salud, los factores determinantes y la utilización del servicio por parte de los migrantes. Del mismo modo, los datos completos y de buena

⁹ Estudio de cómo dos o más aflicciones, al interactuar de forma sinérgica, contribuyen al exceso de carga de la enfermedad en una población.

calidad son indispensables para medir y evaluar el impacto de los servicios y las políticas en los resultados de salud de los migrantes. (EWSI, 2018, párr. 22).

En relación a este tema durante el trabajo de campo, se realizó la búsqueda institucional de la información directamente en las oficinas de las instituciones y a través de la página oficial, encontrando poca información y respuestas que incluían: aquí no hay nada adicional a lo que este en internet, a lo mejor los centros de salud y hospitales cuentan con la información pero no la generan de forma rutinaria para el análisis y publicación mensual o trimestral. Así como Encuestas Nacionales de Salud con sesgos importantes en relación a la muestra poblacional de los inmigrantes, estudiados por otros autores; para determinar las frecuencias de uso de los sistemas hospitalarios. Si bien los datos epidemiológicos no son los únicos necesarios en el desarrollo de estrategias de salud, si representan una línea de base, que complementa las percepciones de las inmigrantes del proceso salud-enfermedad-atención; y la reducción de los prejuicios existentes sobre la excesiva utilización de los servicios.

5.3.5 Automedicación: El retraso de la consulta al médico.

La frecuencia de uso de los servicios muestra que las participantes asisten al médico de cabecera una o dos veces al año y al servicio de urgencias solo en los casos en que lo consideran necesario: bocio tiroideo no diagnosticado, fracturas, alergias o reacciones anafilácticas, y tos seca de larga duración (mayor a un año). Algunas incluso refieren que no han consultado por urgencias, a pesar de llevar más de 5 años en España. Se consideran personas sanas, así como también expresan que al provenir de países donde los sistemas de salud no cuentan con cobertura universal y no son de carácter público, están acostumbradas a presentar signos o síntomas clínicos sin consultar, lo que aplaza su visita al médico.

Yo a los controles del embarazo, de resto no, yo la verdad no. Yo la verdad como no lo he necesitado solo cuando he estado embarazada y como hay que ir a los controles, no he estado mala no he necesitado de ir (Isabel).

5 o 6 veces en 18 años, a urgencias. Por el dolor de tripa y la alergia al frio. No he sido enfermiza (Luz).

3 o 4 veces para las analíticas, la citología, ...ya (Patricia).

Estudios realizados en España muestran que los inmigrantes consultan poco al doctor, y dentro de sus consultas asisten más al servicio de urgencias que a la atención primaria, teniendo una probabilidad mayor de ser hospitalizados; y que para el caso de los inmigrantes latinoamericanos visitan menos al especialista (Cots et al., 2007; Hernández-Quevedo & Jiménez-Rubio, 2009). Al compararlos con los resultados obtenidos, vemos que solo una de las participantes requirió hospitalización, y que si bien no consultan al médico de cabecera asisten a los controles de tamizaje y prevención de enfermedades prevalentes. De igual manera, tres de las participantes tuvieron su primer contacto con el sistema sanitario, a causa de su embarazo, que si bien le ha sido asignado un código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), no se considera como tal ni en el área médica, ni para las participantes. Estudios realizados en Salamanca sobre la relación de los inmigrantes latinoamericanos con la sanidad española muestran igualmente, que la consulta a las instituciones de salud se utiliza como recurso sólo cuando los síntomas empeoran, pasando entre 10 a 15 días, después del inicio de los síntomas (Lamarque & Moro-Gutiérrez, 2018).

Las diferentes interpretaciones de la enfermedad llevan igualmente a la realización de acciones relacionadas con la sanación o la curación, entre las que se identificaron la automedicación (con medicamentos químicos o recursos de la medicina tradicional); a través de

prácticas relacionadas con su cultura, el uso frecuente de alimentos a los que se les otorga un poder curativo; reemplazan la asistencia al centro médico o a urgencias.

A veces me duele mucho el cuerpo, y yo me tomo un ibuprofeno o... paracetamol, lo que tenga (Amparo).

Yo sufro de amigdalitis y cuando me da es de inyectarme, porque a mí ni agüitas ni... nada de eso me vale y me dio aquí, y extrañe tanto a mi madre que los calditos, y yo... ¡mamá!, yo quisiera que estuviera aquí conmigo (Patricia).

Yo prácticamente para evitar la medicina convencional de farmacia, siempre, siempre recurro a la medicina natural. Por ejemplo para el colon irritable podría ser la fibra de trigo, siempre para el colon puede ser la linaza, la chía, la manzana verde, ehh, por ejemplo para ... cuando hay indigestión se puede usar el bicarbonato con agua y limón, y así muchas ... eso lo aprendí leyendo, me gusta mucho leer (Juliana).

Las primeras medidas utilizadas para el tratamiento de aflicciones o dolencias físicas, no incapacitantes y de corta duración (inferior a 3 meses), son el uso de recursos económicos, rápidos, que demanden poco tiempo, y no presenten efectos secundarios; entre los que se mencionan el consumo de analgésicos que no requieren receta médica, administración de medicamentos por vía intramuscular, uso de mezclas de alimentos, infusiones o caldos, que culturalmente se utilizan para el tratamiento de síntomas relacionados con los resfriados, y dolores estomacales; encontrando pequeñas variaciones entre un país y otro pero que coinciden en mayor medida, como la mezcla de jengibre, miel, y limón, para tratar los catarros a la que todas las participantes calificaban como buena, curativa, natural y propia (por estar hecha de productos de origen nacional). Martínez, Garabato, Martínez & Seoane (2004), encuentran el uso

de estos remedios en el país de destino, como formas tradicionales y arraigadas de tratar la enfermedad, pero con un grado de especificidad local que varía incluso al interior de cada país.

A veces podemos estar enfermas nosotras pero si algún miembro de la familia que también lo está, pues nos olvidamos que estamos enfermas y le ponemos más atención a la otra persona (Rosa).

Otra de las razones para aplazar la consulta al médico, es la enfermedad de otro miembro de la familia, las mujeres referían una jerarquización de sus prioridades, donde en primer lugar estaban sus hijos, luego sus padres y sus esposos; dejando en último lugar su condición de enfermedad o malestar. Enfermedades de sus padres e hijos reemplazaban la consulta al médico, para dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados que requerían los otros miembros de su familia, conviviendo con dolores por años, que trataban con analgésicos y antiinflamatorios. Para las mujeres, la familia representa la principal institución suministradora de asistencia, que atiende las situaciones de dependencia: crianza, gestación, educación y cuidados entre otras (Comas d'Argemir, 2000); que en el contexto transnacional otorga un protagonismo mayor, dado por la separación temporal de sus hijos, el distanciamiento físico con sus padres, el cuidado de otras personas como forma de trabajo, y la maternidad en solitario.

5.3.6 La violencia de género y el valor de la mujer.

En relación al programa de violencia de género que se encuentra priorizado como una de las medidas de acción en el Plan de Integración de Castilla y León, se presenta desconocimiento entre las entrevistadas y entre la comunidad latinoamericana con quienes se realizó el trabajo de campo. A pesar de constituirse como un tema de impacto y que requiere intervención; la difusión sanitaria y participación de la población inmigrante no es significativa.

Aquí en Salamanca no conozco el programa de violencia de género. En Guatemala había una institución que estaba relacionada con el ministerio público, si la conozco allá, pero aquí no.

Por ahora no es mi caso pero pienso que si me interesaría, por si conozco a alguien que necesite, poder dar el apoyo en ese sentido (Juliana).

Nada de eso, yo sé que me pegaba mi marido. Yo me canse y me abrí. No denuncie a nadie por no tener rechazos por parte de mis hijos. Yo le dije a él solo quiero el divorcio, eso ya hace 8 años. Cuando tomaba, ahí me zarandeaba (Luz).

Pues es que hay muchos temas... por ejemplo en relación a los bolivianos específicamente, el alcoholismo masculino y la violencia física y el maltrato hacia la mujer. Porque al preguntar si su marido le agrede responden lo normal, como si se tolerara (Técnico Ayuntamiento).

Cabe mencionar que tanto los técnicos sanitarios como las narrativas de las mujeres permiten identificar que es una realidad presente en este colectivo, que requiere una intervención intercultural en el que se desvelen los significados sociales atribuidos al suceso, así como los factores interconectados que normalizan y reproducen los comportamientos de agresión hacia la mujer. Desde las políticas internacionales hasta la implementación de la política de migración a nivel local, se mantiene un discurso relativo a la priorización de la atención de las mujeres como actores determinantes en los procesos de migración y sanidad; es por ello que encontramos en Salamanca organizaciones no gubernamentales destinadas exclusivamente a la educación sanitaria y atención de la mujer, así como grupos focales en otras ONG's que involucran a mujeres de diferentes nacionalidades para abordar temas de salud y género, y ofrecen espacios para el cuidado de los niños, reconociendo las necesidades de las mujeres cabeza de hogar que migran. Así como ludotecas, cursos de capacitación laboral, y asesoría psicoterapéutica, por parte del sector público; que para este año ha incluido la evaluación del desarrollo del proyecto

piloto Juntos, como formador cultural de hábitos y estilos de vida saludable entre las familias de las mujeres inmigrantes.

Al preguntar por el papel que desempeña la mujer en el cuidado de la salud en la familia, las respuestas muestran como al igual que en lo encontrado en el estudio de Inmigrantes latinoamericanas en Salamanca: Estudio de experiencias y casos; las mujeres son proveedoras de conocimientos y cuidados; al ser madre cabeza de hogar no comparten la crianza y el cuidado de sus hijos con el padre, de manera tal que asumen la responsabilidad total. Existe un vínculo entre el bienestar y la atención de las madres, donde alimentos, infusiones, y manifestaciones afectivas, cobran un valor relacionado con la sanación (Moro Gutiérrez, Pena Castro & Fiol Ruiz, 2018).

Es muy importante porque por ejemplo en mi caso soy la que estoy pendiente de todo lo de las niñas, las vacunas, la alimentación, las alergias (Clara).

Muy importante. Somos más cuidadoras de la enfermedad. Somos más allegadas a cuidar la alimentación y hacer lo que nos digan (Diana).

En la mayoría de casos la de vigía, es decir quien está al tanto de las situaciones de enfermedad en su familia y así mismo quien provee la información sobre la posible atención a recibir o remedios (Mercedes).

ufff no solo en el cuidado de la salud desempeña un papel importante, yo veo que en todo, nosotras somos la base de todo, la verdad... y la salud claro porque sea la mama, sea la hija siempre está pendiente, abríguese, cuídese, tómese esto, si estas enferma que tu caldito que... ¡ay yo extrañe a mi mama tanto cuando me dio mi primer resfriado! (Patricia).

Como lo expresaban las participantes en espacios informales, las características del rol de la mujer en la sociedad latinoamericana incluyen cuidar a los hijos, los padres y la pareja,

garantizar el alimento diario de la familia (lo que incluye trabajar o cocinar, o las dos), atender las necesidades de su entorno, realizar la crianza de los hijos en solitario; les corresponde todo. La mayoría de la veces porque situaciones como la violencia, enfermedades, y embarazo en la adolescencia, determinan su papel de madre de manera temprana, llevándolas a asumir toda la responsabilidad familiar. Esto hace que la mujer se reconozca como madre y cuidadora, estableciéndose estrechas relaciones con su progenitora e hijas; que se alteran con los procesos migratorios, provocando nuevos desplazamientos y conexiones transnacionales favorecidos por la dependencia emocional.

¿Por qué un programa sobre maternidad saludable y no otro tema?: Porque las mujeres son las pioneras de la transmisión oral de los cuidados y porque existen conductas relacionadas con la atención del recién nacido por ejemplo en los Marroquíes, que pueden ser intervenidas. (Técnico Ayuntamiento)

Igualmente, los profesionales sanitarios en su trabajo comunitario con mujeres inmigrantes identifican su valor en la salud de las familias, incluyéndolas como grupo priorizado en el marco de acción social, bajo el supuesto de que son cuidadoras y transmisoras de conductas a sus hijos; lo que al compararse con las respuestas de las participantes, encuentra coincidencia, y representa un punto de partida en la intervención sanitaria a las mujeres de dicho colectivo.

5.4 Un proyecto de salud pública para mujeres inmigrantes

5.4.1 Un espacio para la integración y la salud.

Al realizar a través de la entrevista una aproximación para la propuesta de un proyecto sanitario intercultural, y a partir de lo sugerido en el manual de implementación del proyecto piloto Juntos, encontramos una serie de características expresadas por las participantes que permitirán adaptar las acciones, a las necesidades de las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

La definición de un grupo etario, que determine la temática común y la consecuente participación, la inclusión de la población autóctona y la inmigrante, el fomento de la diversidad cultural a partir de sus actividades, el involucramiento de mediadores culturales que creen un enlace lingüístico entre la población y la temática abordada, y el uso de redes sociales a través de los cuales se realice la difusión de la información; fueron los resultantes de la indagación a la población participante.

Sí. Todos para mi todas, se hace más amistad. Porque voy a escoger. Si todos somos iguales y tenemos los mismos derechos (Luz).

Sí, yo creo que es mejor fomentar la diversidad e incluir españolas también (Rosa).

Las mujeres identificaban que estos espacios podrían ser generadores de integración y amistad, ya que mencionaban, que era difícil acceder a escenarios en donde hubiese participación tanto de un colectivo como del otro, por tal motivo no veían necesario la selección de que la población objeto del proyecto, fueran solamente las mujeres latinoamericanas. También es posible ver que en la perspectiva sanitaria se veían a sí mismas en comparación con las mujeres españolas como iguales, al coincidir en el género, argumentaban componentes físicos y orgánicos comunes, así como el rol de madres. De igual forma durante los encuentros grupales de mujeres en las ONG's, se establecía una situación de confianza que permitía la resolución de preguntas frecuentes sobre

procesos biológicos (gestación, menopausia, menarquia), exposición de experiencias personales, prácticas de estilos de vida relacionadas con el mantenimiento de su salud.

En relación a los temas de mayor interés encontramos: la menopausia, depresión, enfermedades crónicas, medicina natural, educación sexual y VIH, violencia de género. Las primeras solicitadas de forma textual por los adultos mayores, la última extraída a través de las narrativas de los técnicos que han identificado conductas de violencia de género en la población y de las propias mujeres que cuentan sus experiencias sobre el tema, normalizando estos comportamientos como un tema cultural.

Como voy a empezar una etapa que es como la menopausia eso, que ya veo cosas que digo, hay... ¿Qué me está pasando? (Patricia).

Como no estoy embarazada preferiría orientación sexual y violencia contra la mujer (Paola).

Estas temáticas funcionan como una red, donde un contenido desarrollado, lleva a otro y así de forma indeterminada. A través de las sesiones de educación sanitaria en las que participaban mujeres inmigrantes, surgían nuevas preguntas que dejaban ver carencias informáticas, necesidades de atención en un servicio específico, mitos y creencias con relación a alguna enfermedad o práctica médica, diferentes al tema desarrollado. De igual manera, era posible identificar prácticas culturales que podrían vincularse a contenidos relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención. Es por ello que la aplicación de la antropología médica en la salud pública, surge de la necesidad de la promoción y del fortalecimiento de entornos culturales competentes. Esto en otras palabras significa que, “en los espacios donde se produce y gestiona la salud, la aplicación de esta ciencia propicia la traducción de códigos culturales diversos, implícitos en el proceso salud-enfermedad-atención, muchas veces ignorados o pretendidos

homogéneos. Esa traducción es indispensable para legitimar el diálogo entre los sujetos que interactúan dentro de las acciones de salud” (Díaz, Aguilar & Linares, 2015, p. 661).

De las actividades en grupo propuestas, una de las de mayor elección fue cocinar y comer juntas, seguida de la consulta nutricional, la realización de ejercicio al aire libre, rutinas de baile, ejercicio con niños.

Asistir a una consulta nutricional esa me interesa mucho. Word café, ejercicio al aire libre, rutinas de baile, compras saludables en grupo se intercambian ideas y sazón (Luz).

Sería lo de nutrición, cocina y ejercicio (Juliana).

En el tema del embarazo me hizo falta mucha información, porque al ser mi primera vez en ser madre no sabía nada y me hizo falta el curso de preparación para la maternidad o psicoprofiláctico que llamamos en Colombia (Clara).

Las actividades en grupo, son un escenario de participación e integración; aprender, moverse, comprar, cocinar y comer juntos, son el punto de partida para la realización de actividades que fomenten la asistencia de la población. “Las madres primerizas y las futuras mamás quieren información fiable sobre el embarazo, la lactancia, la alimentación saludable y la actividad física” (Unión Europea, 2015; 18), tal como lo explicaba también una de las participantes que al ser primeriza, esperaba actividades que se realizan en Latinoamérica como parte de los programas de maternidad saludable, y que son necesarios en el proceso de desnaturalización del embarazo, parto y puerperio; a través de una preparación psicoprofiláctica que incluya las rupturas producidas por su proceso migratorio (Blázquez Rodríguez, 2010).

“El mundo actual no tiene las medidas exactas de aquel en el cual creemos vivir, pues vivimos en un mundo que no hemos aprendido a mirar todavía. Tenemos que aprender de nuevo a pensar el espacio” (Augé, 1992, p. 111). Por ello se proponen en el desarrollo de las

actividades, espacios cotidianos de confluencia e interacción de la población autóctona y las inmigrantes, ya que no basta con describirlas en las estadísticas nacionales y las políticas de gobierno, se necesita interactuar para desaprender y reconstruir las imágenes asociadas a la salud de las mujeres inmigrantes.

5.4.2 La participación y la maternidad transnacional.

El tiempo es uno de los factores o determinantes que se presenta como un reto en el establecimiento del proyecto, ya que tanto los técnicos como las participantes manifestaban la falta de tiempo disponible a causa de sus jornadas laborales, al igual que durante el trabajo de campo donde en varias oportunidades no se completó la entrevista en el primer encuentro o se realizó de manera rápida porque tenían que cumplir su jornada laboral.

Sí. Lo que pasa es que con el bebé no puedo, es que tengo un bebe de 10 meses y ahora lo he dejado porque mi marido está de baja y el jueves empieza ya a trabajar. Entonces aunque quisiera yo no tengo quien me lo cuide. Como tengo la niña también. Por eso también no trabajo porque a veces me llaman de la guardería, que si se enferman, se pillan todo en la guardería (Isabel).

Eso va a ser un poco difícil porque las mujeres latinas trabajan mucho, son muy trabajadoras (Técnico CEAS).

Al sugerir el trabajo de campo con mujeres latinoamericanas, las trabajadoras sociales referían que era una labor difícil, debido a que conocen sus condiciones sociales y laborales, muchas trabajan de internas o en supermercados como en el caso de una de ellas que quería participar del estudio pero que ofrecía disculpas porque no podía a ninguna hora. Otras mujeres, al haber estado separadas de sus hijos por un periodo de tiempo prolongado, sienten una responsabilidad mayor sobre el cuidado de sus hijos, reflejando una de las consecuencias de haber establecido

relaciones de maternidad transnacional en el pasado; o simplemente por el rol de madre soltera que ha ejercido desde su llegada a España. Los testimonios de las mujeres latinoamericanas describen el proceso de parto, al interior de las familias, como una experiencia llena de manifestaciones de protección y afecto, narrando sus sentimientos de soledad y de tristeza, al estar lejos, teniendo un gran impacto en el desarrollo emocional de la madre durante el posparto. Así como la falta de información a la madre inmigrante, que ante la ausencia de otras figuras femeninas como la madre, abuela, hermana, suegra (que son quienes transmiten los conocimientos durante esta etapa); describe situaciones de angustia al no saber qué hacer, recurriendo a la comunicación transnacional (Roger, 2010).

Los horarios laborales, en el caso de las mujeres que trabajaban al cuidado de niños o personas mayores, o como internas reducen el tiempo para la participación, teniendo libres los fines de semana. Y si incluimos la disponibilidad de las demás participantes es difícil establecer una jornada, día, horario, porque difiere entre una y otra, teniendo una heterogeneidad que dificulta la planeación del proyecto en términos de recursos físicos y humanos necesarios, proyección de participantes y cronograma de actividades. Aunque se identificó una gran receptividad para participar, porque son espacios para responder a sus preguntas sobre la salud; no resueltas a través de la consulta médica.

Ahora no tengo tiempo porque entre el trabajo e ir a recoger a la niña al cole y tenerles la comida hecha. Tal vez el fin de semana, pero tendría que mirar como hago con las niñas, si las puedo llevar también o quien me las cuida (Clara).

En el momento tiempo no tengo. Si es un fin de semana. Tengo 36 horas libres. A mí no me importaría asistir en mis días de descanso (Diana).

El fin de semana, los domingos que son muy aburridos aquí (Patricia).

Por la tarde tal vez, sábado o así (Luz).

Los días de mayor frecuencia entre las participantes para asistir a las actividades del proyecto, fueron los del fin de semana; que unido a la percepción que tienen sobre esos días de la semana en comparación con las actividades que se desarrollan en su país, se convertiría en una estrategia que podría favorecer la participación; ya que varias de ellas referían que eran aburridos por estar cerrados los comercios y almacenes en general, y no existir actividades lúdico recreativas que fomenten el deporte y el compartir con los niños. Lo que sugiere la determinación de la participación, al involucrar a la población en el proceso de toma de decisiones sobre: la planeación, el horario, el contenido, las actividades, la evaluación; primando los intereses de la comunidad sobre los intereses políticos representados en los organismos oficiales, y minimizando uno de los factores asociados al fracaso de los proyectos (Monje, 2018).

Por lo anterior, la disposición para asistir a las actividades enmarcadas en el proyecto supone un establecimiento de prioridades entre las que están el cuidado de hijos y nietos, y su trabajo; ya que al ser las protagonistas del proceso migratorio, han asumido roles de responsabilidad, cuidado, y mantenimiento económico de familias transnacionales; que sumados a las condiciones jurídicas para la obtención de sus derechos, colocan en primer lugar el empleo, antes que la sanidad. Es por esto que los proyectos construyen un puente entre la política y la práctica, entre el conocimiento y la acción, entre la migración y el desarrollo; que pueden generar una comprensión histórica del contexto, que vienen dada por la identificación de las relaciones organizacionales, prácticas culturales, y acuerdos de cooperación intersectorial e interestatal (Escobar, 1997).

6. Conclusiones

- Existe una transición en los perfiles de las mujeres latinoamericanas que han migrado en los últimos años, en comparación con quienes iniciaron su proceso migratorio a finales del siglo XX; con niveles educativos superiores, pero que continúan desempeñando labores de cuidados y servicios domésticos, por la persistencia de un estereotipo asignado a la mujer latinoamericana.
- Las representaciones y los significados otorgados al proceso migratorio, direccionan el enfoque en la formulación de las políticas y las formas de hacer frente a las mismas; la primera motivada por una ideología nacionalista y cooperativa, y la segunda originada por un sentimiento de receptividad y agradecimiento; a partir de los cuales se establece una relación entre la estrategia política y la emoción del inmigrante.
- La ausencia de políticas efectivas de cooperación con los países latinoamericanos, sumado a la situación sociopolítica y económica existente, han estimulado el aumento de las migraciones hacia España, siendo la migración un recurso utilizado por las mujeres para conservar la vida, obtener protección Estatal, y mejorar la calidad de vida de sus familias; definiendo la inseguridad como el foco primario de intervención.
- Las mujeres hacen uso de las diferentes estrategias transnacionales existentes para migrar, estableciéndose la utilización de contactos (amigos, familiares, otros latinoamericanos) que garanticen el enlace con el país de destino, promuevan su vinculación laboral, creen lazos de familiaridad (fuerte amistad), y orienten su camino jurídico para la obtención de derechos, como la reagrupación familiar, y solicitud de protección internacional.
- A partir de las construcciones socio jurídicas creadas por la política de migración, para la regularización y el control; las mujeres deben afrontar dos estructuras paralelas potencializadas por la connotación de alteridad otorgada: la inmersión a una sociedad que las ve como diferentes

y extrañas y, la inclusión en una estructura Estatal que les condiciona, a través de símbolos como la legalidad y la ciudadanía.

- La cultura se configura como el principal obstáculo para la adaptación y la consiguiente integración, por resaltar su condición como el Otro, presentando una dualidad entre la asimilación y, el mantenimiento de sus costumbres gastronómicas y su identidad como latinoamericanas; en donde la escogencia de una u otra, determina una gran diferencia. De igual forma la integración se presenta como un signo social, interpretado en su relación cotidiana con la población de España, y no en el acceso a los servicios sociales básicos como educación, empleo, vivienda y sanidad.

- Para las mujeres, la connotación de la salud y la enfermedad tienen inmersos símbolos religiosos y subjetivos, en los que se intersectan otros condicionantes como la edad, los itinerarios migratorios, y los imaginarios socio culturales; que superan el concepto orgánico de los mismos. Entendiendo la salud como un componente básico de la vida, que se conecta con la descripción del servicio básico de sanidad, plasmado en los documentos que argumentan la política, pero que se contradice con el discurso biomédico de los servicios de atención.

- La relación de las mujeres latinoamericanas con los sistemas de atención sanitaria, reflejan la creación de un círculo vicioso que no responde a sus necesidades; que inicia con la identificación de un trato diferencial: irrespetuoso y poco humanizado; y sin acceso a la información médica, lo que genera una interpretación negativa del personal sanitario y una consecuente disminución de la consulta médica ambulatoria, que se refleja en el uso de la automedicación y la medicina tradicional como forma de tratamiento y en una mayor demanda a los servicios de urgencias; en donde se encuentran nuevamente con situaciones xenófobas que las muestran como las causantes de los problemas estatales no resueltos, como la inexistencia de indicadores sanitarios, un

sistema de información articulado, un trabajo compartido con el tercer sector y un entrenamiento cultural del personal técnico.

- Para la atención de las mujeres inmigrantes latinoamericanas debe mantenerse un diálogo entre el perfil epidemiológico, la salud auto percibida y su rol como mujer cabeza de hogar, que cambie su vinculación con las enfermedades tropicales, por las afecciones derivadas de su itinerario migratorio y su papel como madre y cuidadora; basado en el seguimiento estadístico periódico de la morbilidad, y las narrativas expresadas en las consultas y espacios de educación comunitaria; y el reconocimiento de su cultura en la definición del género.

- La propuesta de un proyecto sanitario es percibido por las mujeres, como un espacio de integración, que ante la nula participación en los programas de salud pública existentes, representa una herramienta socio política para la gestión de la salud; incorporando elementos propios de la cultura latinoamericana como la alimentación; y conformando un conjunto entre los servicios de atención primaria y la maternidad transnacional.

- Al tratarse del análisis de una política que se fundamenta en el trabajo intersectorial, se requiere realizar una aproximación a otros escenarios que se relacionan de manera indirecta con la sanidad, como el sector educativo, y laboral, así como a otros actores de poder que determinan las prioridades de las agendas políticas y que permiten establecer las conexiones y dialécticas que limitan la integración de los inmigrantes en el ámbito sanitario.

- Teniendo en cuenta que para la financiación y puesta en marcha de programas y proyectos vinculados a una política pública, la administración pública requiere resultados extrapolables que motiven a la inversión, se hace necesaria la selección de una muestra de mayor tamaño que permita realizar una proyección de participantes destinatarias del proyecto. Sin embargo, se debe mantener la misma línea de investigación de tipo cualitativo, ya que las percepciones,

significados y asociaciones entre la salud y el discurso político, solo se encuentran mediante la interacción permanente con la población inmigrante. Los estudios cuantitativos existentes ofrecen datos estadísticos de gran valor, pero que deben ser interpretados en conjunción con los estudios que visibilicen las necesidades de los inmigrantes.

7. Aplicabilidad

Teniendo en cuenta que al planear proyectos de salud pública, la antropología aplicada puede contribuir al éxito y al mejoramiento de la efectividad de los mismos, porque parte de la realización de estudios previos que permiten conocer el contexto específico y la cultura del Otro; se propone un proyecto sanitario que intersecta los resultados obtenidos con la metodología descrita en el manual del proyecto piloto Juntos. “La fórmula utilizada es simple: el conocimiento debe preceder a la acción” (Adams, 1952, p. 305), de manera tal que la comprensión de la multidimensionalidad de la migración y las interpretaciones de los actores destinatarios de la política en materia sanitaria; antecedan a la operatividad y puesta en marcha del proyecto. Cabe mencionar que los buenos resultados en salud, que ha tenido la implementación del proyecto Juntos en Murcia, motivan a Salamanca a la adaptación del mismo en función de las características de su población y su participación en la Red de Española de Ciudades Saludables (RECS); incorporando el trabajo en red y el modelo participativo, a la planeación de proyectos futuros para la ciudad. No en vano, le fue otorgado al gobierno local de Murcia, el premio de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) en el año 2017, como forma de motivación a otras ciudades en la replicación de experiencias innovadoras para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. (Ayuntamiento de Murcia, 2017).

El artículo 43 de la Constitución de (1978), “reconoce el derecho a la salud y asigna la competencia a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (p. 17), es por ello que se propone que la ejecución del proyecto se lidere desde la administración local en sinergia con las demás organizaciones que trabajaban en beneficio de la salud de los inmigrantes. Manteniendo el

enfoque comunitario propuesto por el proyecto Juntos a través de los Grupos de Promoción Local (GLP), donde los locutorios, parroquias, bares y herbolarios, deben estar incluidos, por haber sido identificados como espacios transnacionales constructores de identidad, afectividad, solidaridad e integración, así como lugares que reflejan la organización social derivada del proceso migratorio. Los demás GPL, como institutos, centros de educación preescolar, departamentos de sanidad, hospitales públicos e instalaciones de atención sanitaria requieren procesos previos de sensibilización y capacitación al personal, ya que dentro de las necesidades sentidas por las participantes se encontró la humanización de la atención sanitaria como uno de los factores más valorados. Igualmente, porque es un elemento que surge como consecuencia de la competencia cultural de los profesionales, al incluir la dimensión transcultural en el establecimiento de las relaciones sanitarias y los procesos de atención; lo que concluye en intervenciones sensibles, basadas en la identificación de las variantes culturales de la salud y la enfermedad (Ibarra Mendoza & González, 2006).

En lo que respecta a las áreas de acción, es necesario definir desde la formulación del plan las funciones de los diferentes actores, para lo que se propone cinco áreas interconectadas (Tabla 7), encabezadas por la integración: eje central de la política de migración española y el plan rector de la Comunidad de Castilla y León; que a su vez surgió como categoría de análisis e intervención de la investigación; por mostrar fuertes relaciones entre los significados atribuidos y el sentir de las participantes.

Tabla 7

Áreas de acción priorizadas

Áreas de Acción	Objetivo	Grupos de Participación Local (GPL)
INTEGRACIÓN	Incluir a la población autóctona y a la comunidad inmigrante en el desarrollo de actividades participativas para el mejoramiento de la salud, como espacio para la tolerancia y aceptación de las diferencias del Otro.	Supermercados, fruterías y mercados de abastos, espacios públicos: parques, piscinas, parroquias. Lugares de trabajo: bares, restaurantes, residencias. Herbolarios, locutorios y farmacias, comedores locales y bancos de alimentos
FORMACIÓN	Educar a los participantes el tema sanitario elegido: prevención, manejo y control, teniendo en cuenta los determinantes socioculturales, políticos y económicos del proceso migratorio.	Profesionales Sanitarios, Hospitales y Centros de salud locales, Universidades
MEDIACIÓN	Interpretar los valores, creencias y prácticas relacionadas con el proceso salud-enfermedad del tema elegido, con el fin de facilitar el entendimiento y las acciones realizadas frente a la enfermedad.	Institutos, Centros de educación preescolar, Departamentos de Sanidad, Organismos de servicios sociales, Universidades
DIFUSIÓN	Difundir la información del proyecto (temática, objetivos y actividades) en las redes sociales existentes de la comunidad inmigrante y entre la población en general.	ONG's, Departamentos de Sanidad, Organismos de servicios sociales, Universidades
PARTICIPACIÓN	Promover la participación constante de la población inmigrante y autóctona, a partir del involucramiento de líderes comunitarios, en las diferentes fases del proyecto.	ONG's, organizaciones comunitarias, asociaciones, Departamentos de Sanidad, Organismos de servicios sociales

Nota: Elaboración Propia a partir de: “*Juntos: Manual de implementación*”, Unión Europea, 2015, Comisión Europea.

Para la definición de la población diana o grupo destinatario, se debe tener en cuenta la diferencia generacional, ya que como se pudo observar en el trabajo de campo, determina las percepciones, actitudes, conocimientos y conductas en el proceso salud-enfermedad-atención, así

como la participación en el proyecto y el interés temático. La procedencia o lugar de origen, fundamentado en que las mujeres participantes de la investigación, los técnicos sanitarios, y el trabajo de las ONG's con diferentes comunidades de inmigrantes, expresan necesidades específicas en relación con su cultura de origen, que para este caso muestran: a la madre como primera fuente de consulta en situaciones de enfermedad (Moro Gutiérrez, Pena Castro & Fiol Ruiz, 2018), la aceptabilidad de las agresiones verbales o físicas hacia la mujer (Gracia, Herrero, Lila, & Fuente, 2010), la asistencia tardía al médico ante la aparición de signos y síntomas, la automedicación con analgésicos y remedios naturales (González López et al., 2010), y la presencia de hábitos alimenticios tradicionales.

Para lograr una participación efectiva las actividades se deberían desarrollar los fines de semana, ya que es el tiempo libre con el que cuentan las mujeres, sin que ello garantice un número significativo de participantes, ya que como se observó, median otros factores como el cuidado de los hijos. Esto sumado a la realización de una demanda inducida en los lugares donde cotidianamente se desenvuelven, ya que ante la baja asistencia al centro de salud, se requiere movilizarse en busca de la población destinataria. Teniendo en cuenta las experiencias previas realizadas por la administración pública en la ciudad, donde la participación fue consecuencia de la terminación del proyecto, esta área junto con la de difusión, debe ser una de las que se someta a evaluación constante.

Para definir la temática se debe hacer uso de la información epidemiológica, con el fin de comparar las tasas de morbilidad con la morbilidad sentida o salud auto percibida. A partir de los indicadores sanitarios de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes, publicados en el año 2011 y 2016 por la Red de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas Importadas por Viajeros e Inmigrantes basada en Centros Centinelas (Redivi), donde se

describen los motivos de consulta y los diagnósticos más frecuentes de los inmigrantes latinoamericanos, encontrando que la mayoría de los casos eran asintomáticos y consultaban para un examen de salud, en el que se identificaba un diagnóstico: la enfermedad de Chagas, seguida de Paciente Sano y Eosinofilia en su orden, fueron los principales (Díaz Menéndez, Pérez Molina, & López Vélez, 2011). Por otra parte, los resultados de la investigación muestran enfermedades socio emocionales asociadas al proceso migratorio como depresión, sin la presencia de ninguna enfermedad de tipo infeccioso entre las participantes. De igual manera, los perfiles de las poblaciones son dinámicos y cambian a razón de muchas variables de análisis, así como en relación a la temporalidad; los datos cuantitativos corresponden a 10 y 4 años atrás, lo que muestra una vez más la necesidad de un sistema de información y vigilancia epidemiológica constante que permita planear estrategias sanitarias, políticas de salud pública y programas adaptados a la situación actual.

Para fijar el objetivo debe articularse la necesidad local con las medidas de acción, descritas en el plan rector de la Comunidad Castilla y León con vigencia a 2021, de manera tal que beneficie a la población destinataria, y a los grupos de promoción local.

Para la estrategia de comunicación, los ONG's son un grupo de gran influencia por el acceso a la población inmigrante y su relación de empatía con la comunidad; la receptividad y participación en actividades propuestas y desarrolladas por estas organizaciones en la ciudad de Salamanca durante el periodo del estudio, era mayor en comparación con otras instituciones de carácter público. Por último, las actividades que deben incluirse en el plan de acción son: de aprender juntas: consulta nutricional, de moverse juntos: Bailemos y actividades con los niños, de cocinar y comer juntos: cocinas del mundo, picnic, cena saludable entre mujeres. Estas últimas, generan un espacio transnacional importante relacionado con las costumbres culinarias y

los símbolos de identidad gastronómicos, con los cuales las mujeres se sienten muy identificadas y acuden de forma masiva.

En relación con el tema presupuestal, una constante preocupación expresada por la administración local, se relacionan a continuación las convocatorias a las cuales es posible presentarse (Tabla 8), de acuerdo a las características del proyecto propuesto.

Tabla 8

Fuentes de financiación del proyecto

Nivel	Entidad	Marco de Acción
Comunitario	Comisión de la Unión Europea	Proyectos de migración y gestión del conocimiento de la salud, y Programas para minimizar las desigualdades en la salud y mejorar la integración de los migrantes y refugiados vulnerables en las comunidades locales
Nacional	Red de Española de Ciudades Saludables (RECS)	Estrategia de promoción de la salud y prevención (EPSP) en el Sistema Nacional de Salud
Local	Junta de Castilla y León	Proyectos integrales e interculturales en materia de migración

Nota: Elaboración Propia

8. Limitaciones

El tiempo para el trabajo de campo, fue la mayor limitante, ya que las mujeres latinoamericanas trabajan muchas horas y tienen poco tiempo libre de manera tal que algunas entrevistas se respondieron de prisa o de forma incompleta, porque debían ir a trabajar, y recoger a sus hijos y nietos; lo que hizo necesario un segundo encuentro en los casos en los que fue posible concretarlos. Igualmente en los casos de los técnicos, con quienes se requería solicitar cita previa para cada encuentro, ajustándose a la agenda o espacio disponible en medio de su jornada laboral.

Referencias Bibliográficas

- Abélès, M. (1997). La antropología política: Nuevos objetivos, nuevos objetos. En A. Marquina Espinosa. (Ed), *El ayer y el hoy: lecturas de antropología política* (pp. 51-71). Madrid: UNED.
- Adams, R. N. (1952). *La antropología aplicada en los programas de salud pública de la América Latina*. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Antropología y salud pública, 298-305.
- Agrela Romero, B. (2006). *Análisis antropológico de las políticas sociales dirigidas a la población inmigrante*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España.
- Aparicio, R., & Tornos, A. (2010). *Las asociaciones de inmigrantes en España: una visión de conjunto*. (Documento No. 26). Madrid: Ministerio de Trabajo e Migración.
- Appadurai, A. (1981). Gastro-politics in Hindu South Asia. *American Ethnologist*, 8(3): 494–511. doi.org/10.1525/ae.1981.8.3.02a00050
- Augé, M (1992). *Los “no lugares” espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa.
- Ayuntamiento de Murcia. (2017). El Ayuntamiento logra premio de calidad del Ministerio de Sanidad y la FEMP. Recuperado de <https://www.ayuntamientomurcia-salud.es/index.php/noticias/425-el-ayuntamiento-logra-premio-de-calidad-del-ministerio-de-sanidad-y-la-femp>
- Bermúdez, E. M. (2004). Imágenes de la salud y enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 3 (7), 78-100. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co>
- Blázquez Rodríguez, M. (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En M.L.

- Esteban, J.M. Comelles, & C. Diez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 209-231). Barcelona: Bellaterra.
- Buganza, J. (2006). La Otredad o Alteridad en el Descubrimiento de América y la Vigencia de la Utopía Lascasiana. *Razón y palabra*, 11(54). Recuperado de <https://www.redalyc.org/home.oa>
- Cadenas, H. (2005). La antropología aplicada en una sociedad compleja. *Revista Mad*, (13), 71-81. doi: 10.5354/0718-0527.2011.14676
- Calvo Buezas, T. (2003). Migración y multiculturalismo: ¿Gangrena de la sociedad o enriquecimiento mutuo? En A.B. Espina Barrio. (Ed.), *Antropología en Castilla y León e Iberoamérica* (pp. 29-51). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Carballo de la Riva, M. (2017). La agenda de migración y desarrollo en el marco internacional de las Naciones Unidas: hacia un pacto mundial para las migraciones. *Revista del Ministerio de empleo y seguridad social*, 15-44.
- Cohen, R. (1993). Antropología Política. En A. Marquina Espinosa (Ed.), *El ayer y el hoy: lecturas de antropología política* (pp. 97-126). Madrid: UNED.
- Colomer Viadel, A. (2016). *Inmigrantes y emigrantes. El desafío del mestizaje* (1ª ed.). Valencia. Universidad Politécnica de Valencia.
- Comas d'Argemir, D. (2000). Mujeres, familia y estado de bienestar. En T. Del Valle (Ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología social* (pp. 187-204). Barcelona: Ariel.
- Comisión Mundial sobre Migración Internacional (CMMI). (2005). *Las migraciones en un mundo independiente: Nuevas orientaciones para actuar*. Ginebra: SRO-Kunding.
- Concejalía de Familia e Igualdad de Oportunidades. (2010). *Memoria 2010*. Salamanca: Ayuntamiento de Salamanca.

Consejería de Economía y Hacienda. (2018). *Informe de Migraciones 2018. Información estadística de Castilla y León*, Castilla y León: Dirección General de Presupuestos y Estadística.

Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (2000). *Estrategias y dificultades características en la integración social de los distintos colectivos de inmigrantes en la comunidad de Madrid* (Cuaderno Técnico No. 20), Madrid: Autor.

Consejo del Diálogo Social. (2018). *Acuerdo del diálogo social de Castilla y León en materia de migraciones para la integración sociolaboral, cohesión social y convivencia intercultural para el período 2018-2021*. Valladolid: Autor.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, del 22 de julio de 1946. *Conferencia Sanitaria Internacional*. 2, (1948). Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978. *Boletín Oficial de Estado*. 311, 29313-29424 (1978). Recuperado de: <https://boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

Cots, F., Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., & Vall, O. (2007). Impact of immigration the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*. 7(1), 9. doi.org/10.1186/1472-6963-7-9

De Miguel, J. M (1985). *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel S.A.

Decreto 17/2016, de 23 de junio, por el que se regula la Red de Atención a las Personas Inmigrantes de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*. 122 (2016). Recuperado de:

<http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100DetalleFeed/1248367026092/Noticia/1284576152095/Comunicacion>

Delpino, M. A., Roll, D., & Biderbost, P. N (Eds.). (2013). *Claves para la comprensión de la inmigración latinoamericana en España* (1ª ed.). Córdoba. Universidad Católica de Córdoba.

Desviat, M. (2001). Salud pública y psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (77). doi: 10.4321/S0211-57352001000100009

Díaz Menéndez, M., Pérez Molina, J. A., & López-Vélez, R. (2011). *Consolidación de un sistema de vigilancia nacional basado en centros centinelas. Indicadores sanitarios de las enfermedades infecciosas importadas por viajeros e inmigrantes*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Dirección General de Salud Pública. Junta de Castilla y León (2016). *Informe Epidemiológico sobre las Meningitis Víricas en Castilla y León. Años 2007-2016*. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/inf-epidemiologicos/informes-epidemiologicos-castilla-leon/informes-tuberculosis>

El Kertat, R. (Noviembre, 2009). *La visión de los usuarios magrebíes*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.

Engelhardt, D. (2004). La principio de la subjetividad en la antropología del siglo XX. En D. von Engelhardt, J. A. Mainetti, L. Meyer, A. R. Cataldi. (Eds.), *Bioética y humanidades médicas* (pp. 65-74). Buenos Aires: Biblos.

Escobar, A. (1997). Antropología y Desarrollo. En F. Cruces Villalobos, & B. Pérez Galán (Eds.), *Textos de Antropología Contemporánea* (pp. 349-382) Madrid: UNED.

- Esteva Fábregat, C. (1973). La Antropología Aplicada y su problemática. *Reunión de Antropólogos Españoles, Sevilla* ,253-321. Recuperado de <https://idus.us.es/>
- European Union (EU). (2015). *Migrant Integration Policy Index (MIPEX)*. Recuperado de <http://www.mipex.eu/>
- European Web Site on Integration (EWSI). (2016). *Implementation of the 2016-2017 Integration Action Plan*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/migrant-integration/main-menu/eus-work/actions>
- European Web Site of Integration (EWSI). (2018). *Migrant health across Europe: Little structural policies, many encouraging practices*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/migrant-integration/feature/migrant-health-across-europe>
- Fernández de Rota, J.A, & Monter. (2003). La diversidad cultural y la nueva ciudadanía. En A.B. Espina Barrio. (Ed.), *Antropología en Castilla y León e Iberoamérica* (pp. 19-28). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Fernández Sanchidrian, J.C, & Rodríguez Pardo, T (Coord.). (2004). *La mujer inmigrante en Castilla y León: Relaciones sociales, vida y trabajo de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad*. Castilla y León: Cruz Roja. Recuperado de: http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/2006_21_RT/MATERIAL/TAB12513857/ESTUDIO%20MUJER%20CD.PDF
- García, J. L., Juárez, L. M., & Medina, F. X. (2017). Usos y significados contemporáneos de la comida desde la antropología de la alimentación en América Latina y España. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 71(2), 327-370. doi.org/10.3989/rdtp.2016.02.001

- Gbaguidi, R. (Noviembre, 2009). *La visión de los usuarios subsaharianos*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Gil Araujo, S. (2009). Políticas Migratorias, género y vida familiar. Un estudio exploratorio del contexto español. En: Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 81-92). Madrid: IEPALA.
- Gil de Miguel, A. (Noviembre, 2009). *Programa de vacunación del niño y adulto inmigrante*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Goldade, K. (2009). “Health Is Hard Here” or “Health for All”? The Politics of Blame, Gender and Health Care for Undocumented Nicaraguan Migrants in Costa Rica. *Medical Anthropology Quarterly*, 23(4):483–503. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Gómez i Prat, J. (Noviembre, 2009). *Visión desde un centro urbano, CAP Drassanes. (Barcelona)*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- González Alcantud, J.A. (2003). La migración: Estrategias políticas de la miseria y la compasión. En A.B. Espina Barrio. (Ed.), *Antropología en Castilla y León e Iberoamérica* (pp. 93-107). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- González López, J., Lomas Campos, M., García Fernández, J., Pascualvaca Armario, J., Guardado González, M., & Muñoz Guardado, B.,...Lagares Vallejo, E. (2010). Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla-España. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28 (3), 384-395. Recuperado de <https://www.redalyc.org>

- Gracia, E., Herrero, J., Lila, M., & Fuente, A. (2010). Percepciones y actitudes hacia la violencia de pareja contra la mujer en inmigrantes latinoamericanos en España. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 135-144. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Hernández-Quevedo, C., & Jiménez-Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science & Medicine*, 69(3), 370-378. doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.005
- Ibarra Mendoza, T. X., & González, J. S. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index de Enfermería*, 15(55), 44-48. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
- Izquierdo Escribano, A. (2003). *Migración: mercado de trabajo y protección social en España* (Colección de estudios, No. 141). Madrid: Consejo Económico y Social.
- Juliano, D. (1991). Antropología pedagógica y pluriculturalismo. *Cuadernos de Pedagogía*, 196, 8-10. Recuperado de <http://educar.unileon.es/>
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat S.A.
- Lamarque, M., & Moro-Gutiérrez, L. (2018). The last possible resort: Latin American migrants' rapport with Spanish healthcare. *International Journal of Human Rights En Healthcare*, 11(4), 270-281. doi: 10.1108/IJHRH-01-2018-0004
- Levitt, P. (2009). Los desafíos de la vida familiar transnacional. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 17-30). Madrid: IEPALA.

Ley 14/1986, de 29 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial de Estado*.102, (1986)

Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín*

Oficial de Estado. 128, (2018). Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

Ley 3/2013, de 28 de mayo, de integración de los inmigrantes en la sociedad de Castilla y León.

Boletín Oficial de Estado. 106, 45479-45492 (2013). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/06/17/pdfs/BOE-A-2013-6547.pdf>

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Boletín Oficial de Estado. 103, 16650-16659 (2003). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/04/30/pdfs/A16650-16659.pdf>

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial de Estado*.10 (2000). Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Boletín Oficial de Estado. 307, 45508-45522 (2000). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2000/12/23/pdfs/A45508-45522.pdf>

Ley Real Decreto 864/2001, del 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre.

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

Boletín Oficial de Estado. 174. 26552-26603 (2001). Recuperado de:
<https://www.boe.es/boe/dias/2001/07/21/pdfs/A26552-26603.pdf>

Lisón Tolosana, C (coord.). (1998). *Antropología: horizontes teóricos*. Granada: Comares.

Lisón Tolosana, C. (1997). Antropología y antropólogos ante el milenio. *Anales de la Fundación Joaquín Costa* (14), 181-200. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/revista/>

Lisón Tolosana, C. (2018). *Intervenciones en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas 1992-2018*. Zaragoza: Fundación Lisón Donald y Diputación de Zaragoza.

Lizana Alcazo, M.A (Noviembre, 2009). *Programa de atención integral al inmigrante. El modelo catalán*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.

López Hernández, K. (2013). La Casa, un pedacito de Colombia en Paris. Etnografía de un espacio transnacional. En F.O. Esteban (Ed.), *Espacios transnacionales de la migración latinoamericana en Europa* (pp. 83-100). Buenos Aires: Antropofagia.

Lorenzo López, T., Cortizo Álvarez, J., Somoza Medina, J., Díez Alonso, P., Delgado Urrecho, J.M., & Caballero Fernández-Rufete, P.,...Gozálvez Pérez, V. (2002). *Población inmigrante en Castilla y León*. Consejo Económico y Social CES.

Mantilla Jaimes, M.L. (2017). La migración y el desarrollo en la Agenda entre América Latina y la Unión Europea: Una visión desde Latinoamérica. *Revista del Ministerio de empleo y seguridad social*, 73-94.

Martínez, M., Garabato. S., Martínez, L., & Seoane, L. (2004). *Migración, salud y servicios sanitarios: La perspectiva de la población inmigrante* (Documento No. 91). Madrid: Instituto de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Recuperado de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D42+Inmigraci%C3%B3n.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779048798&ssbinary=true>

Millan, T. A. (2004). Comunicación intercultural. Antologías sobre la Cultura Popular Indígena. México, *Conaculta*, 1-28. Recuperado de <http://www.estudiosindigenas.cl>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración (PECI) 2007-2010* (Acuerdo del Consejo de Ministros). Recuperado de http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/Programas_Integracion/Plan_estrategico/pdf/PECI_DEF180407.pdf

Monje, J. A. (2018). Antropología del desarrollo y factores críticos para el éxito de los proyectos de cooperación internacional. El caso de las ONGD en América Latina. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(1), 93-117. doi: 10.11156/aibr.130106

Moreno Fuentes, F. J. (2004). *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid: Consejo Económico y Social CES.

Moreno Preciado, M (2010). Nuevos enfoques en el cuidado del "otro". *Index de Enfermería*, 19(2-3), 167-171. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>

Moro Gutiérrez, L., Pena Castro, M. J., & Fiol Ruiz, M. (2018). Inmigrantes latinoamericanas en Salamanca: estudio de experiencias y casos. *Comunitania*, (15), 137-157. Recuperado de <http://www.comunitania.com/>

- Navarro Beltrá, M. (Noviembre, 2009). *Educación para la salud y mediación intercultural: Programa nuevos ciudadanos, nuevos pacientes*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Navarro López, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En J. F. Martínez Navarro, J.M. Antó Boque, P.L Castellanos, M. Gili Miner, P. Maset Campos, V. Navarro López...M, García Calvante, *Salud Pública* (pp. 49-54). México: Mc Graw-Hill. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (2006). *Diálogo de alto nivel sobre la migración internacional y el desarrollo*. Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.un.org/es/events/pastevents/migration/sg-speech.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (09, Noviembre, 2005). ¿Qué es un Sistema de salud? Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Reglamento Sanitario Internacional (RSI)*(3ª ed.). Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *La salud pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.: Autor.
- Oso Casas, L. (2010). Movilidad laboral de las mujeres latinoamericanas en España y empresariado étnico. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 33-46). Madrid: IEPALA.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3a Ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications Inc.

- Pedone, C. (2002). Las representaciones sociales en torno a la migración ecuatoriana a España. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, (14), 56-66. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5028400>
- Pedone, C. (2010). Más allá de los estereotipos: desafíos en torno al estudio de las familias migrantes. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 11-15). Madrid: IEPALA.
- Pedreño C, A. & Castellanos O, M.L. (2007). En busca de un lugar en el mundo. Itinerarios formativo – laborales de los hijos de familias inmigrantes en el campo murciano. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 107-121). Madrid: IEPALA.
- Pérez de Ayala, A. (Noviembre, 2009). *Enfermedad de Chagas como paradigma: Un desafío asistencial y de salud pública*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Pérez Grande, M. D. (2008). Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas. *Revista española de educación comparada*, (14), 137-176. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/REEC/article/viewFile/7484/7152>
- Pérez Molina, J. A. (noviembre, 2009). *Enfermedades infecciosas e migración: Visión global de la patología infecciosa en un centro hospitalario*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Portes, A. (2001). Introduction: the debates and significance of immigrant transnationalism. *Global networks*, 1(3), 181-194. doi-org.ezproxy.usal.es/10.1111/1471-0374.00012

- Puyana Villamizar, Y., & Mosquera Rosero, C. (2005). Traer" hijos o hijas al mundo": significados culturales de la paternidad y la maternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(2), 111-140. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/>
- Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, por el que se desarrolla, en materia de pensiones no contributivas, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas. *Boletín Oficial de Estado*. 69, 8958-8963 (1991). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1991/03/21/pdfs/A08958-08963.pdf>
- Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. *Boletín Oficial de Estado*. 103 (2011). Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-7703-consolidado.pdf>
- Real Decreto 1088/1989, del 9 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la seguridad social a las personas sin recursos económicos suficientes. *Boletín Oficial de Estado*. 216. 28657-28658 (1989). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1989/09/09/pdfs/A28657-28658.pdf>
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial de Estado*. 183, 76258-76264 (2018). Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>
- Real Instituto Elcano (2010). *Migración: balance de una década y propuestas para un nuevo periodo*. Informes Elcano. Número 12. Madrid: Autor.

- Rodríguez, J. A, & de Miguel, J. M. (1990). *Salud y poder*. Centro de investigaciones Sociológicas CIS. Colección Monografías No. 112. Madrid: Siglo Veintiuno de España S.A.
- Roger, L. (2010). Voces y experiencias de mujeres migrantes. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 197-210). Madrid: IEPALA.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3) Recuperado de <http://scielo.sld.cu/>
- Salamanca24horas. (22 de febrero, 2019). *Casi 400.000 euros destinados a la integración de personas inmigrantes en Castilla y León*. Recuperado de <https://www.salamanca24horas.com/texto-diario/mostrar/1332890/junta-destina-400000-euros-integracion-personas-inmigrantes>
- Sánchez, J. O. (2014). *Antropología*. Madrid: Alianza.
- Sargent, C. (2005). Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics. *Human Organization*, 64(2):147–156. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/44127250>
- Sargent, C., & Larchanché, S. (2007). The Muslim Body and the Politics of Immigration in France: Popular and Biomedical Representations of Malian Migrant Women. *Body and Society*, 13(3):79–102. doi.org/10.1177%2F1357034X07082253
- Secretaría de Mujer y Políticas de Igualdad de CCOO de Castilla y León y el Centro de Información a Trabajadores/as Extranjeros/as de Salamanca. (2016). *La población salmantina de origen extranjero una perspectiva sindical*. Recuperado de <http://www.castillayleon.ccoo.es/5d97797514c663f687ddea3a1a9bf845000054.pdf>

- Serra, C. (2010). Política a ciegas. Déficit de atención en el seguimiento de las trayectorias académicas del alumnado inmigrante en el paso de los estudios obligatorios a los postobligatorios. En Grupo Interdisciplinario de Investigadoras Migrantes [GIIM] (Coord.), *Familias, niños, niñas y jóvenes migrantes. Rompiendo estereotipos* (pp. 139-147). Madrid: IEPALA.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (10), 21-49. doi: 10.7440/antipoda10.2010.03
- Shore, C., Wright, S., & Però, D. (2011). *Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. New York and Oxford: Berghahn Books.
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
- Unión Europea. (2015). *Juntos: Manual de implementación*. Comisión Europea.
- Unión Interparlamentaria, Organización Internacional del Trabajo & Oficina de Alto Comisionado para los derechos humanos de las Naciones Unidas. (2015). *Migración, derechos humanos y gobernanza*. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MigrationHR_and_Governance_HR_PU_B_15_3_SP.pdf
- Vaca-Pereira, E. (Noviembre, 2009). *La visión de los usuarios latinoamericanos*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.

- Vázquez Villegas, J. (Noviembre, 2009). *Visión desde un centro rural en Atención Primaria de Salud: Distrito Poniente de Almería (El Ejido)*. Ponencia presentada en la 1ª Jornada sobre migración y salud pública, Madrid.
- Velásquez Gavilanes, R. (2010). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, 20, 149-187. Recuperado de [https://revistas.u\(Rosa\)rio.edu.co/index.php/desafios/](https://revistas.u(Rosa)rio.edu.co/index.php/desafios/)
- Werner, D. (1980). *Donde no hay doctor: Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. California: Fundación Hesperian.
- Wiley, A. S., & Allen, J. S. (2009). *Medical anthropology: A biocultural approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Willen, S. S., Mulligan, J., & Castañeda, H. (2011). Take a stand commentary: how can medical anthropologists contribute to contemporary conversations on “illegal” im/migration and health? *Medical Anthropology Quarterly*, 25(3), 331-356. doi.org/10.1111/j.1548-1387.2011.01164.x
- World Health Organization (WHO). (Mayo, 2008). *Health of migrants*. (Sixty-First World Health Assembly-WHA61.17). New York: Autor. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.pdf;jsessionid=7EB098BB0FF32D17F79554A09C65181C?sequence=1
- World Health Organization WHO. (2013). *8th Global Conference of Health Promotion, Helsinki*. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/

Anexos

1. Entrevista

Fecha: _____	Nº de encuestador: _____
Lugar: _____	Nº de encuesta: _____
Hora de comienzo: __ : __	Hora de finalización: __ : __

Presentación

Buenos días/tardes,

Soy estudiante del Master de Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Salamanca, y estoy interesada en conocer su historia como inmigrante, y la relación que ha tenido con los servicios de salud, con el objetivo de describir sus experiencias, identificar las necesidades reales de los inmigrantes y proponer un proyecto adaptado a ello.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante códigos, por lo tanto, su identidad no será revelada. De manera tal, que la información que nos proporcione será tratada dentro de los principios de confidencialidad. Por último, es importante mencionar que su participación contribuirá al desarrollo de iniciativas que integren a la población inmigrante y se construyan a partir de la interculturalidad.

Datos Sociodemográficos

Edad: _____

Género:

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
------------------------------------	-----------------------------------

Situación legal: _____ País de origen: _____

Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Vive con su pareja

Nivel de Escolaridad: _____ Años de residencia: _____ Ocupación: _____

Proceso Migratorio

1. ¿Cómo definiría usted la migración?

Problema Oportunidad Inversión Necesidad

Otra (por favor, especifique)

2. ¿Cuál fue el principal motivo de su migración a España/Salamanca?

3. ¿Cuánto tiempo lleva en España? _____

4. ¿Cuál fue su primer lugar de destino? _____

5. ¿Vino solo/a acompañada? _____

6. ¿Cómo llegó a España? Describa su experiencia o historia personal.

7. ¿Cuántos hijos tiene? _____

8. ¿Qué miembros de su familia están en España? _____

Adaptación

9. ¿Tiene relación con algunas asociaciones?

10. ¿De qué tipo de asociación/es se trata?

- Asociación de inmigrantes de su país
- Asociación de ayuda a inmigrantes (ONG)
- Sindicatos
- Asociación de vecinos de su barrio
- Asociación de padres del colegio al que van sus hijos
- Otras asociaciones

¿Cuáles? _____

11. ¿Cómo percibe usted su proceso migratorio? Le ha sido fácil la adaptación al país, las costumbres, la forma de relacionarse?

12. ¿Se ha sentido integrado? ¿Por qué?

Salud

13. ¿Cómo definiría la salud?

14. ¿Cómo definiría la enfermedad?

15. ¿Padecía alguna enfermedad antes de llegar a España?

16. ¿Al comparar su situación de salud en su país con su estado de salud actual, la calificaría como:

Mejor

Peor

Igual

Diferente

Otra (por favor, especifique)

17. ¿De acuerdo a la respuesta anterior explique por qué?

18. ¿Qué papel desempeña la mujer en el cuidado de la salud en su familia?

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos en las mujeres inmigrantes latinoamericanas

19. ¿Adquirió usted alguna enfermedad posterior a la llegada a Salamanca?

20. ¿En caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior: Tuvo información previa para saber a dónde acudir? (Centros y servicios del sistema sanitario público)

21. ¿Tuvo usted atención sanitaria?

22. ¿Cómo calificaría la calidad de la atención prestada? ¿Por qué?

De acuerdo a la respuesta anterior: ¿Tiene usted acceso a un programa de carácter social que les permita acceder al sistema sanitario? (corresponde a residentes sin tarjeta sanitaria)

24. ¿Considera usted que la Seguridad Social ha cubierto sus necesidades sanitarias? (atención, medicamentos, terapias)

25. ¿Le han asignado las citas médicas de manera rápida? ¿Ha presentado barreras en la atención? ¿Cuáles?

26. Desde su ingreso a España ¿cuántas veces ha asistido al centro de salud? (tener en cuenta la situación de las personas con enfermedades crónicas)

27. Existen diferentes programas de salud pública para la población que vive en Salamanca, organizados de acuerdo a la edad. Me puede nombrar algunos que conozca. Como obtuvo la información?

28. ¿Se ha incorporado/participado en algún programa sanitario o social (atención primaria) de su interés? ¿Cuál?

29. ¿Conoce usted el Programa de prevención violencia de género?

30. Con frecuencia tenemos que buscar información acerca de distintas cosas que necesitamos ¿A cuáles de estas posibles personas o sitios recurre usted cuando está enferma?

- Otros inmigrantes de su país
- Otros inmigrantes latinos
- A conocidos/ amigos españoles
- A alguna asociación de ayuda a inmigrantes
- Alguna Iglesia
- A Internet
- Al Ayuntamiento
- A un hospital o centro de salud cercano
- Al herbolario
- Otro ¿Cual? _____

31. En relación con la pregunta anterior, ¿A quién pide ayuda en primer lugar? ¿Qué hace cuando está enfermo?

Proyecto de salud pública

Se propone la realización de un proyecto para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, que promueva estilos de vida saludable en ellas y sus familias, con un enfoque comunitario e intercultural, que responda a las necesidades de los diferentes colectivos que viven en Salamanca, entre ellos los inmigrantes. Por tal motivo a continuación se realizan una serie de preguntas relacionadas con el proyecto mencionado, con el fin de que participen en la toma de decisiones y su puesta en práctica.

32. ¿Participaría usted de un proyecto de salud dirigido a mujeres inmigrantes latinoamericanas?

33. ¿Asistiría a actividades dirigidas sobre embarazo y la lactancia? o preferiría otro tema de mayor importancia para usted. ¿Cuál?

34. ¿Cree necesario incluir costumbres y hábitos de su país, entre las actividades que desarrolle el proyecto?

35. ¿Dispone usted de tiempo para asistir a actividades relacionadas con la salud materna? Cuanto tiempo a la semana? En la tarde o la mañana?

36. ¿Cuál es la forma que más usa para obtener información de actividades que se desarrollan en la ciudad?

- Voz a Voz
- Facebook
- WhatsApp
- Carteles o Pancartas
- Páginas de internet
- Anuncios de Radio
- Otra ¿Cuál? _____

37. De las siguientes actividades ¿cuáles le llaman más la atención? Escoja una o varias

- Asistir a una consulta nutricional
- Word Café (Debate de grupo con asesoría técnica)
- Juegos educativos
- Talleres lactancia materna
- Ejercicio al aire libre
- Rutinas de baile
- Gimnasia con bebés
- Compras saludables en grupo
- Cocinar con otras mujeres
- Picnic o cenas colectivas

38. ¿Tiene algún comentario o sugerencia adicional?

La política de migración en el sector sanitario en la ciudad de Salamanca: Análisis antropológico de sus efectos
en las mujeres inmigrantes latinoamericanas



Muchas gracias por su amabilidad y por el tiempo dedicado a contestar esta entrevista