

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

INTERCULTURALIDAD Y SALUD EN EL COLECTIVO SUBSAHARIANO

PERSPECTIVA DEL COLECTIVO INMIGRANTE
SUBSAHARIANO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Alumno:

- Javier Sada Pérez

Directora: Nuria del Olmo Vicén

Zaragoza, 18 de febrero de 2012.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	3
1.1.- Estructura del trabajo	8
1.2.- Objeto, objetivos e hipótesis.	10
1.3.- Metodología	13
2.- CAPITULOS DE FUNDAMENTACIÓN	24
2.1.- Estado de la cuestión	24
2.2.- Marco teórico	27
3.- CAPITULOS DE DESARROLLO	48
4.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	65
5.- BIBLIOGRAFÍA	71
6.- ÍNDICES Y ANEXOS.	77

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la investigación se centra en la perspectiva de los inmigrantes del colectivo subsahariano sobre el sistema sanitario español y sus profesionales. Este colectivo ha sido un tema de interés de la sociedad española. Los últimos datos recogidos del año 2010, presentan una población total de extranjeros en la ciudad de Zaragoza de 107.286 personas, en comparación con los 696.656 habitantes totales de la ciudad.

Las principales nacionalidades presentes en España quedan representadas por países de Europa y América, y en un tercer puesto predomina los inmigrantes provenientes de África. El colectivo femenino procede en su gran mayoría de países de América, mientras que Europa aporta a la mayoría de los varones; sin embargo la gran diferencia entre los hombres que emigran respecto de las mujeres la muestra el continente africano. A continuación, se muestra una tabla resumen por sexo y continente de este colectivo:

Continente	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EUROPA	22.340	19.283	41.623
ÁFRICA	16.448	8.370	24.818
AMÉRICA	15.447	19.434	34.881
ASIA	3.199	2.691	5.890
OCEANÍA	7	16	23
APÁTRIDAS	36	15	51
NO CONSTA	0	0	0
Total	57.477	49.809	107.286

Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza, año 2010

Cabe saber que con cada movimiento migratorio (clasificado como un fenómeno que ha existido siempre), se tienen que adaptar a la sociedad de acogida con elementos y patrones culturales diferentes, estableciendo una serie de cambios en sus distintas esferas. Por este motivo, las personas inmigrantes pueden encontrarse en una situación de vulnerabilidad importantes.

Las personas toman la decisión de emigrar para acceder a una mejor calidad de vida. En la mayoría de los casos, en su llegada al país de acogida no disponen de una red social y familiar estable que los ampare, por lo que tienen una falta de apoyo importante. También se encuentran dificultades en el día a día, como por ejemplo, las diferencias en el idioma. Ésta les limita a la hora de buscar un empleo, relacionarse a nivel social..., como consecuencia, se ven obligados a desarrollar empleos precarios en la economía sumergida en la gran mayoría de los casos. Por tanto, sus necesidades básicas se ven mermadas o no están plenamente satisfechas debido a que no pueden acceder a los recursos disponibles que les permite llevar una vida digna.

Respecto a la sociedad de acogida (en este caso España), pueden verse dos perspectivas ante la inmigración. La primera de ellas, pueden considerar de manera positiva los movimientos migratorios puesto que permite un rejuvenecimiento de la pirámide de edades al recibir población entre los 25 a 39 años en edad fértil, permitiendo aumentar notablemente la tasa tan reducida de natalidad del país español. Dicha franja de edad representa casi el 50% de la población extranjera residente en la ciudad de Zaragoza.

Edad	EUROPA	ÁFRICA	AMÉRICA	ASIA	OCEANÍA	TOTAL
25 a 29	6.087	3.064	4.810	745	2	14.715
30 a 34	6.895	4.381	5.495	761	4	17.543
35 a 39	5.355	3.851	4.494	797	9	14.513

Fuente: Ayuntamiento de Zaragoza, año 2010

La tabla elaborada anteriormente solo recoge las franjas de edad en las que baso mi trabajo de fin de grado, pudiendo decir que en la situación de nuestro universo a estudiar, las tres franjas plasmadas que abarcan desde los 25 hasta los 40 años son con diferencia las más altas en el colectivo inmigrante africano.

La segunda perspectiva respecto a inmigración, queda representada por el incremento de ideas xenófobas. Se basan en el rechazo hacia las personas inmigrantes porque consideran que van a aprovecharse de las oportunidades que ofrece el Estado (empleo, sanidad, vivienda...).

Por lo mencionado con anterioridad, se establece como un elemento de interés el conocer las perspectivas del colectivo subsahariano a los distintos Sistemas de Bienestar Social, concretamente en este proyecto en el ámbito de la sanidad.

Pardo Moreno (2007) menciona que "en el sistema sanitario, se establece como un derecho para todos los ciudadanos el poder acceder a un servicio de protección sanitaria a través de la obtención de la tarjeta sanitaria. La necesidad de poseerla viene emparejada con tener una situación administrativa legal adecuada, es decir, la

falta de documentación acreditativa requerida dificulta que los colectivos inmigrantes accedan a servicios sanitarios. Por este motivo, acuden prioritariamente a urgencias”.

Llegado a este punto de la introducción, se menciona la importancia del objeto de estudio, siendo éste, conocer las perspectivas del colectivo del África Subsáhara ante los servicios de salud y sus profesionales. Por ese motivo, se considera necesario resaltar aquellos elementos que se han encontrado en investigaciones previas.

La diferencia de organización y funcionamiento del sistema sanitario entre el país de procedencia (África Subsahariana) y el de acogida (España), conduce a que el colectivo inmigrante solicite ayuda en primer lugar, de ONGs, en lugar del sistema sanitario. Con el paso del tiempo, adquieren un mayor conocimiento y hacen uso del sistema (Sayed-Ahmad, 2006)

López Díaz (2003) afirma que “en función del país de procedencia, el idioma varía y por tanto, aumentan las dificultades en la comunicación, no solo para que el colectivo alóctono pueda expresar sus síntomas y necesidades, sino también, para que los distintos profesionales puedan establecer una comunicación”.

Existen diferencias entre la cultura sanitaria de origen y la de destino, por ejemplo, en función de la importancia del trato entre sexos en determinados países; la diferente concepción y atención de una enfermedad entre países,... (López Díaz, 2003)

Nuestro colectivo alóctono al igual que los demás, debido a múltiples factores, da prioridad al empleo frente a la salud. Por su concepción, piensan que al acudir al médico pueden poner en riesgo su puesto laboral (Sanz, 2007). Puede verse reforzado por la falta de redes sociales que pueda atender a estas personas en posibles situaciones de enfermedad. (Checas y Olmos, 2010). La gran mayoría de colectivos extranjeros acceden a empleos precarios (Plan Integral para la convivencia intercultural en Aragón, 2008-2011) y por lo tanto, su situación económica y calidad de vida es menor que la de las personas autóctonas (Pardo Moreno, 2007).

Por último, es importante recalcar los prejuicios mutuos que se mantienen y reproducen socialmente entre los habitantes de España y los nativos del África Subsahara (mencionando que nuestro universo se centra en los países de Ghana, Gambia y Senegal), lo que dificulta la interacción entre ambos (Mora Mínguez, 2007). En ocasiones, los derechos humanos fundamentales no son exigidos por parte de colectivos extranjeros y en otras ocasiones, desconocen su existencia. Esto conlleva a que tengan dificultades en el acceso a los recursos.

Esta introducción tiende a responder a la pregunta ¿por qué se ha seleccionado este tema? La respuesta es simple, he considerado esencial conocer este tema y poder abarcar desde una investigación como esta, destinada al trabajo de fin de grado de la carrera universitaria de Trabajo Social, un enfoque de interculturalidad e integración.

1.1 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

La investigación se centra en la comprensión y conocimiento de la perspectiva de los usuarios de origen subsahariano sobre el sistema de sanidad en España y sus profesionales; así como saber cuáles son los principales factores que influyen en esa percepción. Para la realización de la misma, se ha contado con la participación y colaboración del SAMI (servicio ofrecido por la Fundación Adunare), proporcionándome la información necesaria, así como un voluntario informante del propio servicio, en la elaboración de una de las entrevistas en profundidad.

Para facilitar la comprensión y entendimiento de la realización de este proyecto de estudio se ha estructurado en tres grandes bloques.

El primero de ellos que es la introducción, se divide en tres apartados que contienen una breve justificación de mi elección temática mediante literatura relativa a ello en la que nos contextualiza para seguir el desarrollo del resto del trabajo. En un segundo lugar dentro de este primer bloque se redacta la descripción del objeto y tema de estudio donde menciono cual será el objetivo principal y/o general, los dos objetivos específicos que he optado investigar (aunque en realidad me habían surgido algunos más durante la investigación del tema pero no ha sido posible desarrollar todos), así como sus respectivas hipótesis de partido. Y a continuación explica la metodología que he utilizado en este proyecto describiendo los métodos, técnicas y herramientas de investigación empleadas, además de cómo será el sistema de citas y referencias bibliográficas.

El segundo bloque de este trabajo de fin de grado que llamamos capítulos de fundamentación contiene en un principio el estado de la cuestión donde presento a información y datos sobre el colectivo subsahariano en algunos elementos de la sanidad procedentes de nuestro sistema público. Además, expresamente se hace una revisión literaria indagando sobre los diferentes autores y sus perspectivas que han tratado la temática en cuestión. Resultando un vacío literario que justifica la elaboración de esta investigación. Este estado de la cuestión será un entrante a los que será el marco teórico que es la parte más extensa del trabajo. Dentro de este marco teórico se encuentra la fundamentación terminológica, teórica o conceptual, en suma del contexto político y social del objeto de investigación.

Finalmente, una vez expuesto el análisis y estudio de la realidad se da paso al bloque denominado como capítulos de desarrollo, el cual está constituido por el análisis de los datos recopilados en la investigación que pretenden demostrar si las hipótesis empleadas son verdaderas o falsas. Seguidamente aunque los haya enumerado en otros apartados se encuentran la síntesis de las principales conclusiones extraídas del proyecto junto con propuestas de mejora (apartado 4), se redacta la bibliografía y webgrafía consultada (apart.5) y anexos del trabajo (apart.6).

1.2. OBJETO DEL TRABAJO.

Este estudio denominado como "Perspectiva y factores influyentes del colectivo subsahariano sobre el sistema sanitario español" tiene como objetivo principal "Comprender las actitudes y comportamientos de los individuos de origen subsahariano ante el sistema sanitario español y sus profesionales". Para ello, he contactado con el Servicio de Apoyo a la Mediación Intercultural (SAMI), organismo que desarrolla su actividad desde el año 2003 para lograr la integración de la población extranjera residente en Aragón, el cual contiene como objetivos:

- ✓ Asesorar a todo tipo de organizaciones que deseen adecuar o mejorar sus resultados y sus servicios con respecto a la población de origen extranjero.
- ✓ Contribuir a que la población de origen extranjero acceda y utilice satisfactoriamente los servicios y recursos a su disposición dentro de la legalidad vigente
- ✓ Sensibilizar a la población autóctona sobre los efectos positivos de la inmigración, eliminando los estereotipos y prejuicios que dificultan la convivencia y la integración de otras culturas en nuestro entorno.

Con respecto al universo de la investigación, está compuesto por las personas adultas inmigrantes de origen subsahariano (individuos de nacionalidad gambiana, ghanesa y senegalesa) en la ciudad de Zaragoza. Dentro de los muchos países que integran el África Subsahariana, el estudio se centrará en los usuarios originarios de Gambia, Ghana y Senegal, ya que dentro de los países que componen la región del África Subsahariana, son los tres más predominantes en inmigración dentro de España. Así, concretamos los objetivos específicos a desarrollar en:

- Conocer los factores culturales y/o sociales que influyen en la perspectiva de los inmigrantes de origen subsahariano respecto a la sanidad en nuestro país.
- Determinar la forma de adaptación (estrategia de aculturación) que adoptan los africanos subsaharianos tras su asentamiento en España.

Teniendo en cuenta el objetivo general de partida y sus correspondientes objetivos específicos, creo conveniente el uso de técnicas de investigación cualitativa¹.

La investigación ha tenido una duración de cuatro meses aproximadamente, desde mediados de Octubre de 2012 hasta Enero de este año. Ésta se desarrolla gracias a la colaboración de profesionales que tengan relación con esta área de intervención y de personas expertas en la temática relacionada que han accedido a colaborar en este estudio.

Los principales interrogantes a los que se plantea dar respuesta con esta investigación son los expuestos a continuación:

- ¿Cuáles son los principales factores culturales que influyen en el uso de nuestros servicios y recursos sanitarios por parte estos inmigrantes?
- ¿Se sienten los inmigrantes subsaharianos discriminados por parte de la población autóctona?

¹ Según la clasificación de J.J. Macionis (2005) el estudio planteado responde a las dimensiones cualitativa y explicativa, puesto que intenta conocer y describir los programas realizados pero también busca la comprensión y explicación del motivo por el que este tipo de tratamientos se consideran necesarios en la actualidad.

- ¿Cuál es el motivo de la diferencia entre el acceso a la sanidad española por parte del colectivo subsahariano con respecto al resto de colectivos inmigrantes?
- ¿Adoptan estos individuos la misma forma de integración en el ámbito público que en el privado?

Las hipótesis de partida establecidas pretenden darles respuesta a los anteriores interrogantes una vez concluida la investigación, comprobando así si son verificadas o no, gracias a las técnicas de recopilación de información empleadas en este estudio. La tipología de hipótesis que van a ser empleadas son descriptivas del valor de la variable, de diferencia entre grupos (la tercera hipótesis).

- ❖ Los conceptos de salud y enfermedad, la preferencia por un uso de la medicina tradicional; y la diferencia en lo relativo a sanidad entre los países de procedencia que denominaré África SubSahara (Gambia, Ghana y Senegal) y el país de acogida (España) son los principales factores culturales influyentes a la hora de acceder al sistema sanitario.
- ❖ Los inmigrantes de raza afroamericana (es decir, los de “color oscuro”) son los individuos que generalmente tienen la percepción de ser discriminados, estereotipados y valorados con prejuicios por parte de la población de acogida.
- ❖ La principal razón que lleva a los subsaharianos a realizar una escasa utilización de nuestros servicios y recursos sanitarios en comparación con el resto de colectivos inmigrantes (latinoamericanos, chinos, de Europa del Este, magrebíes...) es su vulnerable situación de irregularidad administrativa, y la falta de tarjeta sanitaria (consecuencia de dicha irregularidad).

- ❖ Los usuarios estudiados en este proyecto muestra una predominancia a desarrollar su adaptación en un intervalo entre la asimilación y la segregación, ya sea en el ámbito público² como en el privado³.

Cada una de estas distintas hipótesis que siempre han estado presentes de una manera global en la sociedad española, serán verificadas o no con el desarrollo de este proyecto.

1.3. METODOLOGÍA EMPLEADA.

1.3.1. Metodología: enfoque general

Es importante señalar que existe una dicotomía metodológica que resulta básica en el ámbito de las Ciencias Sociales (D´ANCONA, 1998). Por un lado, existe la perspectiva humanista/cualitativa, la cual concibe la especificidad de las ciencias sociales y aboga por el análisis de lo individual y concreto por medio de la comprensión e interpretación de los significados intersubjetivos de la acción social. Por otro lado, la perspectiva cientifista/cuantitativa, que es la que trataremos en esta investigación, defiende la existencia de un único método el cual realiza un análisis de la realidad social y el cual pone énfasis en la explicación, contrastación empírica y en la medición objetiva de los fenómenos sociales como percibiremos más adelante. En cuanto a la investigación que se ha realizado sobre las actitudes y comportamientos de los individuos de origen subsahariano ante el sistema sanitario español y sus profesionales, podemos decir que es una investigación básica. Con ella se desea adquirir un mejor

² Este ámbito es el referente al empleo, sistemas de bienestar (entre otros la sanidad) y el sistema político según los autores de "Salud e Inmigración, pag.47"

³ El ámbito de lo privado está formado por las relaciones y vínculos familiares, de amigos y religiosos, basándome en "Salud e Inmigración, pag.47"

conocimiento de la realidad social sobre este colectivo, comprender sus perspectivas respecto a nuestro sistema de salud, investigando la literatura escrita sobre ello, así como la recogida de testimonios por medio de las entrevistas tanto de usuarios/as como de las responsables del servicio.

El sistema de citas y referencias bibliográficas empleadas en esta investigación cumple las directrices de metodología aprobadas por la Comisión de Garantía de la Calidad del trabajo de fin de grado. Las ideas teóricas obtenidas por fuentes secundarias se plasman en el texto indicando autor y año de publicación, quedando recogida la referencia completa al final del estudio en su apartado correspondiente.

Respecto a las referencias bibliográficas literales, se muestran entrecomilladas y en formato estándar al mismo tamaño que el resto del texto, mencionando su procedencia concreta en una nota al pie que incluye el autor, título del libro, año de publicación, editorial y la página donde se encuentra.

1.3.2. Metodología: enfoque cuantitativo

Dentro de la clasificación de los tipos de investigación social existentes y dependiendo de las características de mi investigación, el estudio que se presenta se fundamenta mediante:

Según la finalidad del estudio, se dice que es una investigación aplicada porque tiene como objetivo primordial documentarnos sobre un fenómeno concreto, con el que se podrá cambiar la realidad social previniendo problemas y actuando ante ellos.

Si atendemos a la interpretación de los datos, opinamos que se trata de una investigación cualitativa en cuyo aspecto cualitativo⁴ lo podemos ver reflejado en aquellos parámetros relacionados con el sentido íntimo y profundo del comportamiento humano, vamos mas allá de los aspectos externos describiendo, comprendiendo e interpretando significados intersubjetivos que destacaré sobre una determinada situación social (fijándonos en los aspectos micro de la vida social).

Respecto a la profundidad de la investigación, se caracteriza por ser explicativa ya que se dirige a indagar las causas de un fenómeno social, al igual que los factores intervinientes. Se trata de comprender dicho fenómeno a partir de esas causas. Se trata de una investigación primaria, puesto que los datos que voy a analizar son los que personalmente he obtenido por instrumentos propios. Al mismo tiempo, también hay que decir que es una investigación de tipo secundaria debido a que emplearé datos recabados de autores que han decidido investigar este tema.

Con respecto al servicio prestado llevaré a cabo una observación evaluativa, analizando el proceso de los inmigrantes de origen subsahariano interactuando con el sistema sanitario de nuestro país, del mismo modo que con sus profesionales. No obstante, aunque predominen técnicas cualitativas para una de las hipótesis propuestas será necesario abordar este estudio mediante un análisis de contenido cuantitativo; de este modo según Berelson (1952) se

⁴ De acuerdo con Baptista et al. (2006), "la investigación cualitativa proporciona dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas dentro de una estructura dinámica. Por el contrario, existe riesgo de subjetividad que debe tenerse en cuenta".

consigue “*estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva y sistemática*”⁵

1.3.3. Metodología: triangularización.

Partiendo del marco cualitativo que acabamos de exponer, hay que indicar que se realizó una triangulación de metodologías, es decir, que se aplicaron distintas metodologías en el análisis de la misma realidad social. Ello se debe a que se han usado, además de los datos e información recogida de la literatura, las entrevistas con algún usuario de este colectivo y con profesionales responsables del servicio sanitario español.

Dicho en otros términos, se ha realizado una operacionalización múltiple debido a la necesidad de utilizar más de un método en el proceso de medición. Esto aumenta la validez de los hallazgos y el grado de confianza de los mismos. Por todo esto, debemos conocer que la triangulación tiene diversas ventajas que no debemos olvidar. Destacamos las siguientes:

- Se alcanza una información más profunda y diversificada debido a que se cubren más dimensiones de la realidad social que estudiamos.
- Demuestra la importancia de usar de manera complementaria ambas metodologías.
- Facilita la comparación de datos recogidos por métodos distintos.
- En caso de confirmación de la teoría, ésta queda más reforzada.
- La validez de los datos recogidos es mayor.

⁵ C. FERNANDEZ COLLADO, et al. *Metodología de la investigación*, McGraw-hill, Colombia, 1991, p. 335.

1.3.4. Metodología: elección de la muestra

Los principios que se van han seguido en la recogida de datos (Olabuénaga, 2003) han sido la búsqueda de una mayor proximidad a la situación, y la aclaración de perspectiva de estos usuarios que atiende el servicio sanitario español de forma objetiva.

El universo de datos para esta investigación como ya se ha mencionado anteriormente está compuesto por las personas adultas inmigrantes de origen subsahariano (individuos de nacionalidad gambiana, ghanesa y senegalesa) en la ciudad de Zaragoza en el año 2012.

Abarcar todo el universo no es posible, lleva mucho tiempo y es demasiado costoso. Por tanto, interesa reducir el universo de datos mediante una muestra representativa de dicho colectivo. En este caso hemos decidido elegir la muestra más predominante en el servicio en el que los analizamos, las personas adultas del colectivo subsahariano que comprende las edades de 30-45 años.

Por ello, el muestreo fue por selección dirigida, es decir, se escogieron a los/as usuarios/as en función de la posibilidad de ofrecer información y conocimientos pertinentes a la investigación. Este muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de un número de personas a las que considero las más idóneas y representativas de la población a estudiar desde dos puntos de vista. A causa de la gran dificultad que supuso encontrar voluntarios para realizar las entrevistas en profundidad, decidí acceder a un profesional del Servicio Aragonés de Mediación Intercultural (SAMI) que trabaja como mediador e intérprete intercultural de los

inmigrantes subsaharianos (simplemente porque él es de nacionalidad senegalesa) en los distintos servicios públicos del Gobierno de Aragón.

Después de conocer las características nombradas anteriormente y teniendo en cuenta los objetivos y la muestra de la investigación, se concreta una aplicación de técnicas de recogida de datos: entrevista y revisión de la literatura.

Haciendo referencia a las supuestas técnicas mencionadas, el plan de trabajo estuvo organizado alrededor de dos grandes y principales:

Las entrevistas. Se trata de una entrevista en profundidad, un proceso en el que interactúan dos personas y en la que se da un intercambio de información. El entrevistador/a ofrece deseos de saber, motivación para responder, confianza y la seguridad de que los datos y la información ofrecida no van a ser utilizados indebidamente y el entrevistado/a, por su parte, ofrece información para la investigación.

Como señalan Ruiz Olabuenaga y Marian Ispizua "La entrevista es, por definición, un acto de interacción personal, espontáneo o inducido, libre o forzado, entre dos personas, entrevistador y entrevistado, en el cual se efectúa un intercambio de comunicación cruzada, a través de la cual, el entrevistador transmite interés, motivación, confianza, garantía y el entrevistado devuelve, a cambio, información personal en forma de descripción, interpretación y evaluación"⁶. En un principio utilizando preguntas generales y, a medida que transcurre la entrevista, introduciéndonos en el significado profundo que atribuye a sus comportamientos, vivencias y

⁶ Ruiz Olabuenaga, J.I. e Ispizua, M.A.: La decodificación de la vida cotidiana (1989), Op.Cit., pag. 131.

experiencias. Al igual que un embudo, iremos de preguntas generales a preguntas concretas. La entrevista se irá concretando y las respuestas del entrevistado/a se volverán más ricas y llenas de significado.

La entrevista en profundidad busca la concreción por lo que el entrevistador/a debe dejar de lado la postura objetiva y neutral y adoptar una postura de empatía hacia el entrevistado/a.

Las ventajas e inconvenientes que implica este tipo de técnicas metodológicas en un ámbito social son:

Ventajas

1.- Es una técnica muy útil cuando se trata de analizar temas que exigen un gran anonimato. Por ejemplo, en temas relacionados con las estructuras latentes de una institución, cuando se quiere analizar temas de carácter íntimo, relacionados con tabúes o con la clandestinidad. Cuanto más se acerque el tema a investigar a aspectos personales o difíciles de analizar de forma manifiesta, más recomendable es utilizar la entrevista en profundidad.

2.- Permite conocer en profundidad los temas y obtener información muy rica.

3.- Es una técnica muy válida cuando tenemos muy poca información sobre un tema y queremos hacer una investigación explorativa.

Inconvenientes

1.- El entrevistado/a puede tener problemas para manifestar sus puntos de vista respecto de un tema concreto. La gente puede tener dificultades para recordar y expresar detalles, datos y concreciones sobre un tema.

2.- El investigador/a está bajo el poder del entrevistado/a; depende completamente de él o de ella para llevar a cabo la investigación. En este sentido, puede ocurrir que el entrevistado/a no quiera dar

información relevante o no sepa cómo expresarla por lo que el investigador/a se puede quedar sin información. Unida a esta dependencia, es necesario señalar que es el entrevistado/a el que determina lo que es importante y lo que es secundario.

3.- En la medida que en la entrevista participa un entrevistador/a, el método incide en el tema que se analiza. Esto es, la influencia del entrevistador/a puede afectar a la validez de los resultados.

El análisis de datos. Esta técnica toma especial importancia en la investigación, puesto que es la que facilitó la mayor cantidad de datos. El análisis se realizó sobre los datos de la información recabada en la literatura escrita y la aportación de datos primarios; dando como resultado datos que son subjetivos y cualitativos.

1.3.5. Metodología: fases

La metodología se que se ha empleado en la presente investigación se ha desarrollado en varias fases:

Fase 1:

Inicialmente se realizó una investigación de fuentes secundarias, documental y de campo. La investigación documental, apoyada en fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas, ha consistido en la consulta de libros, artículos o ensayos, de revistas y periódicos, y en otros tipos de documentos.

La investigación de campo se apoyó en informaciones extraídas de datos primarios y secundarios mediante:

1) Las fuentes secundarias como son memorias, estudios, bibliografía..., de las que se extrajeron gran parte de datos cualitativos con objeto de analizarlos y extraer datos subjetivos.

2) Las entrevistas en profundidad para extraer datos cualitativos sobre las percepciones de los/as usuarios/as, y por otro lado, sobre como interpretan los profesionales del ámbito sanitario dichas percepciones.

3) La observación directa, la cual nos aporta otra perspectiva acerca del tema de estudio. Esta técnica fue elaborada sobre todo durante los cuatro meses de duración de la asignatura "Practicum de Intervención" (de octubre de 2011 a febrero de 2012). Desarrollé mis prácticas en el departamento de Trabajo Social del Hospital Clínico "San Lorenzo" donde me despertó la curiosidad de la diferencia existente que muestran los distintos colectivos inmigrantes a la hora de utilizar estos recursos de sanidad y administrativos.

Fase 2:

Finalmente se procederá a realizar una técnica de análisis de contenido previa a la transcripción no literal de las entrevistas en profundidad y a la codificación de la información recopilada. En todo caso, se tratará de un análisis descriptivo intentando mantener una objetividad durante todo el proceso.

Durante el desarrollo del tema, se ha llevado a cabo la detección, análisis y elección de diferentes teorías prestadas por otros autores e investigaciones que han sido adaptadas al proyecto, y éstas han sido elegidas en función de mis propias ideas y el concepto que tengo del trabajo, así como del camino por el cual pretendo guiar la investigación.

La elección de las teorías, investigaciones que se van a tener en cuenta, las ideas preconcebidas, la forma de realización de las muestras, las variables que se tienen en cuenta... todo ello será determinado e influido por los propios investigadores de los que he recopilado la información.

1.3.6. Dificultad de la metodología

La investigación presenta un carácter cualitativo al querer comprender las actitudes y comportamientos de los inmigrantes pertenecientes al colectivo subsahariano con respecto al sistema de sanidad español y a sus profesionales. Esto presenta una dificultad, ya que los pensamientos, ideologías y emociones de las personas son complejos de cuantificar y precisar.

Para la detección de información relativa a este proyecto de investigación social, se han encontrado ciertas dificultades que han retrasado la elaboración del marco de referencias, y por tanto, del propio proyecto. Existen informaciones e investigaciones relativas al fenómeno de la inmigración por parte de individuos del África Subsahariana en general, pero no hay muchas referencias concretamente al tema de éstos con relación al sistema sanitario español. Otro de los condicionantes que ha limitado este trabajo ha sido la respuesta de distintos individuos del colectivo de los ámbitos a investigar, ya que sus posturas no fueron colaboradoras. Sin embargo, dentro de las propias instituciones a las que accedí (SAMI de la Fundación ADUNARE y el Hospital Clínico San Lorenzo) surgieron dos profesionales que pudieron representar las dos partes activas del estudio:

En primer lugar, un profesional de nacionalidad senegalesa que ejercía la mediación intercultural para apoyar al colectivo subsahariano. Esta muestra fue muy relevante ya que como profesional supo contestar a las preguntas de una manera totalmente imparcial y neutral; además de ser un individuo del universo estudiado.

En segundo lugar, una trabajadora social del hospital clínico San Lorenzo, que al igual que el primer entrevistado, supo responder a las preguntas de una forma concreta ya que conocía perfectamente la carrera de Trabajo Social.

2. CAPÍTULOS DE FUNDAMENTACIÓN

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Una vez finalizada la recogida de documentación bibliográfica relativa a las percepciones del colectivo inmigrante subsahariano sobre los servicios de salud públicos ofrecidos en España, se ha procedido a realizar una recopilación de información. De esta forma, se han conocido las distintas perspectivas desde las cuales, se ha abordado la temática y con ello, se han identificado cuáles son las grandes lagunas en la investigación. Se ha considerado que de forma general existe poca literatura relativa al tema que pueda haberme sido útil para desarrollar todos los objetivos específicos que me había propuesto ya que el universo de estudio respecto a uno de los pilares básicos del sistema de bienestar español ha sido muy interesante y motivacional.

Es necesario mencionar la legislación vigente que regula la situación de cualquier colectivo inmigrante, como por ejemplo la Ley 2/2009 (que modifica la ley orgánica 4/2000, de 11 de enero), sobre los derechos y libertades de extranjeros en España y su integración social, que menciona la asistencia sanitaria.

Desde una perspectiva administrativa, la política española considera que se debería alcanzarse una mayor sensibilidad y comprensión en relación con esta temática ya que no es un asunto muy abarcado, pero que repercute severamente en la sociedad. (L. Cachón y L. Olivari, 2005)

Por último, mencionar el enfoque sociológico, que debe ser la que presente gran relevancia para la investigación debido a su interés aplicado al Trabajo Social, cuya perspectiva se centra principalmente en las dificultades u obstáculos que aparecen en el momento del acceso a los servicios sanitarios por parte del colectivo inmigrante (N. Sayed-Ahmad, 2003).

La perspectiva sociológica es la que proporciona un mayor interés y atención para la investigación, pero al mismo tiempo, la que mayor laguna en su tratamiento ofrece. Principalmente se intenta reflejar que la interacción cultural puede llevar a cuatro posibles situaciones: asimilación, integración, marginación y segregación. (L. Martínez Muiño, 2006).

Una idea básica a la hora de acercarnos a la situación sanitaria de África es que la enfermedad⁷ (concepto predominante en las regiones africanas) no solo es un freno al desarrollo, sino también consecuencia del mismo. El impacto de una enfermedad o el limitado acceso a los servicios sociosanitarios en el continente africano son unos elementos claves que repercuten negativamente en la calidad de vida de las personas subsaharianas. Tenemos que tener en cuenta que los factores de una enfermedad en una sociedad concreta precisan ser entendidos como una combinación de privaciones, comportamientos y contextos de riesgo que se retroalimentan, situando a los individuos en diferentes grados de vulnerabilidad que frenan a su vez su desarrollo humano.

⁷ Se considera que toda enfermedad supone un freno al desarrollo al atentar contra las capacidades y oportunidades de las personas, familias, comunidades y/o naciones, actuando como una potente fuente de privaciones, privaciones que al aumentar incrementan la vulnerabilidad de dichos colectivos favoreciendo comportamientos y contextos de riesgo (Mendiguren de la Vega 2011, p.168).

Finalmente hay que mencionar que se ha desarrollado el Plan Integral de Convivencia Intercultural en Aragón 2008-2011, en el que se analiza y recoge la problemática de salud en el colectivo inmigrante en función de múltiples variables.

2.2 MARCO TEÓRICO

Para comenzar a desarrollar el marco teórico de la investigación comenzaremos a contextualizar el cuerpo legislativo y/o administrativo mencionado anteriormente.

Moreno y Bruquetas (2011) dicen que “el sistema sanitario español presenta un destacable exponente de las características del régimen mediterráneo del bienestar ya que está compuesto tradicionalmente por múltiples esquemas de aseguramiento, por lo que experimentó un lento proceso de desarrollo hacia un sistema relativamente unido en el seno de la seguridad social desde principios de la década de 1950, y a partir de la segunda mitad de los años ochenta se fue transformando en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”. Esta evolución permitió en realidad extender la cobertura sanitaria a toda la población española a principios de la década de 1990. La escasa concreción legislativa respecto a los derechos de los extranjeros, junto con una interpretación restrictiva de la Ley General de Sanidad de 1986, implicó que la universalización de dicha cobertura sanitaria afectase únicamente a los españoles.

El acceso libre y gratuito a la sanidad para los extranjeros quedaba condicionado mediante la cotización al sistema de la seguridad social. Los inmigrantes sin documentación (es decir, los extranjeros de países extracomunitarios) formaban el colectivo extranjero más precarizado, exclusivamente con acceso a los servicios de urgencia y al tratamiento de enfermedades infectocontagiosas. Diversas ONGs, servicios sanitarios de beneficencia y profesionales de los distintos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud se encargaban de dicha atención a estos colectivos.

“Esta cobertura sanitaria de los inmigrantes sin documentación irrumpió a principios de 1999 en la política española como consecuencia de la insuficiente aplicación de la legislación. La herramienta que se eligió para articular la cobertura de la sanidad con el criterio de residencia fue el registro en el padrón municipal. Este procedimiento de empadronamiento constituye una esfera en la que la discrecionalidad burocrática o la politización de las migraciones pueden interferir en el acceso efectivo a las prestaciones. La obtención de la tarjeta sanitaria depende de los requisitos planteados por los funcionarios de las distintas administraciones implicadas en dicho proceso como pueden ser el INSS, servicios regionales de salud, la Agencia Tributaria y los ayuntamientos. De esta manera, han salido a la luz en estos últimos años casos de municipios que han bloqueado el acceso de los inmigrantes sin documentación al padrón municipal, poniéndose en contra de la Ley de Bases de Régimen Local, por la que se establecen los requisitos para el empadronamiento.

Por lo que, a los extranjeros no comunitarios como es el caso del colectivo al que estamos investigando, los subsaharianos, la legislación española les reconocen el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todo aquel extranjero extracomunitario que resida o se encuentre en territorio nacional. Por otra parte, los inmigrantes o extranjeros sin autorización para residir en España, el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (en adelante la LOEX) extiende a éstos el derecho de asistencia sanitaria.

Esta ley establece que los extranjeros no comunitarios en situación administrativa regular, tendrán el derecho a un libre acceso de las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles. Esta nueva ley supuso el acceso libre y gratuito a la cobertura sanitaria a toda persona que pudiese demostrar su residencia en España y careciese de recursos para sufragar los gastos de su atención sanitaria" (Moreno y Bruquetas 2011, p.70).

El contenido del derecho es igual para españoles o extranjeros, con independencia del título habilitante que da derecho a la atención sanitaria ya que dicha atención sanitaria es una prestación universal dentro de la característica protectora de la Seguridad Social y la normativa solo establece limitaciones de acceso para extranjeros sin autorización que no estén empadronados, que casualmente es la situación de la mayoría de los inmigrantes procedentes del África Subsahariana.

Moreno y Bruquetas (2011) concluyen que "ausentar cualquier discriminación ya sea directa o indirecta, es preciso para lograr el alcance de los objetivos de equidad, calidad y reducción de las desigualdades en salud. Pero también hay que garantizar el establecimiento de medidas que equilibren las situaciones de desventaja de un determinado colectivo de población que pese a la igualdad de acceso reconocida por la ley, encuentra por diferentes motivos, dificultades y obstáculos en el acceso a las prestaciones sanitarias". Para ello las administraciones públicas guiaran sus actividades y funciones en materia de salud incorporando medidas activas que eviten la discriminación de cualquier colectivo de población que por motivos culturales, religiosos, lingüísticos o sociales tengan especialmente dificultad para el acceso efectivo a las

prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), señalado en el artículo 3 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Sanidad.

El modelo de participación⁸ en el Sistema Nacional de Salud ha evolucionado desde su aparición en la Ley General de Sanidad de 1986 hasta la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este modelo se fundamenta en el desarrollo de la participación y colaboración de las administraciones públicas y los interlocutores sociales a nivel de la organización territorial del SNS, a través de los consejos en materia de sanidad de las comunidades autónomas y del área de salud.

Este modelo equipa al sistema de mecanismos para realizar un diagnóstico del impacto de la inmigración en el ámbito sanitario y poner en marcha actuaciones orientadas a disminuir o limitar el desarrollo de desigualdades en salud de los diferentes colectivos. Por otra parte, desde el punto de vista de la participación social en materia de inmigración, están establecidos reglamentariamente los órganos de participación a nivel estatal, aunque no existe un sistema homogéneo a nivel autonómico y local. No obstante, cuando en estos ámbitos del territorio nacional se establecen órganos de participación, se garantiza la presencia en los mismos de administraciones e interlocutores sociales.

Se considera imprescindible que se establezcan técnicas y herramientas de coordinación entre los órganos de participación previstos en materia de salud y de inmigración, que aseguren el

⁸ Comité Consultivo de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial, *Inmigración y salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006, pp.11-14.

intercambio de información y el diseño e implantación de medidas integrales. El desarrollo de la participación permite avanzar en la identificación de los problemas y de las necesidades sentidas por la población lo que resulta imprescindible para desarrollar servicios centrados en los pacientes.

A pesar de que el objetivo general de la investigación en mi trabajo de fin de grado es conocer y entender la perspectiva de los usuarios del colectivo subsahariano sobre el sistema sanitario español y sus profesionales, he creído conveniente e interesante hablar sobre el punto de vista de la atención ofrecida a los inmigrantes extranjeros desde las políticas sanitarias informativas españolas, como por el ejemplo el hecho de que una modificación del perfil poblacional derivada de la incorporación de nuevos colectivos, como es el subsahariano, hace necesario reflexionar sobre la política informativa del sistema sanitario, lo que nos lleva a darle bastante importancia ha:

- Incorporar la diversidad en la publicidad sanitaria institucional, tanto a nivel de imágenes como de contenido de los mensajes para evitar exclusiones de los nuevos colectivos.
- Reforzar algunos de los mensajes orientados a la protección de la salud de la población inmigrante, resultando estratégica para llegar a esta población diana la selección de los canales de comunicación.
- Dotar y equipar recursos destinados al aprendizaje del español, siendo beneficioso para el sistema sanitario y para la integración socio-laboral de los inmigrantes.

- A nivel de cada centro sanitario asistencial, reforzar de manera específica su política informativa haciendo especial hincapié en las normas de acceso y uso de los servicios ofertados.

Como mejoras en las prestaciones sanitarias del gobierno español se voto que había que desarrollar una política de promoción de la igualdad de trato en los centros sanitarios, incentivando las actividades de identificación y erradicación de actitudes inadecuadas. De la misma forma que en otros sectores con un gran impacto social, el sistema de salud es un escenario ideal para introducir políticas que promuevan la tolerancia; ya que la accesibilidad a los sistemas públicos, la comunicación, y como elemento fundamental, el tiempo en la relación médico-paciente, son las claves imprescindibles de la integración y la plena participación en el proceso preventivo-asistencial de la enfermedad.

Una de las soluciones como parte del problema, fue implantar una formación continua de los profesionales sanitarios conforme a los obstáculos que produce el fenómeno de la inmigración, fenómeno que supone procesos de adaptación para muchos profesionales, por lo que en aquellos centros que atienden población inmigrante con peculiaridades culturales y diferencias lingüísticas, han surgido nuevas necesidades y demandas formativas. Así que se le ha dado importancia a que las organizaciones de atención sanitaria y su personal entiendan y respondan con sensibilidad a las necesidades y prioridades que los pacientes pertenecientes a colectivos extranjeros presentan cultural y lingüísticamente mediante medidas recomendables como pueden ser:

- Incorporar el elemento de la migración en los programas formativos habituales, en tanto en cuanto aporte elementos específicos relacionados con el contenido de la materia.
- Programas de comunicación, negociación, de resolución de conflictos y especificidades culturales.
- Desarrollar programas de formación para los profesionales sanitarios con objeto de que conozcan de forma específica tanto los problemas de salud de mayor prevalencia en la población inmigrante como los aspectos culturales que influyen en la relación médico-paciente y en el proceso de curación. A través del conocimiento del otro, se facilita la empatía, la comprensión mutua y la habilidad de ponerse en el lugar del otro.
- Desarrollar cursos específicos de formación o mecanismos especiales de información para los trabajadores a fin de que conozcan los aspectos legales y los requerimientos administrativos en relación con la población inmigrante" (Comité Consultivo de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial 2006, p.28).

Uría Serrano (2009, p.14) afirma que "el profesional sanitario debe educarse en lo que se denomina *competencia cultural*⁹. La comunicación con el paciente inmigrante es un verdadero reto donde la competencia cultural y la entrevista clínica, y su técnica, son los elementos fundamentales. En una buena entrevista clínica hay que tener en cuenta la escucha activa a los problemas del paciente,

⁹ La competencia intercultural o cultural es la capacidad de reconocer las diferencias culturales en vez de juzgar a otra cultura con las normas de la propia.

calidez y cordialidad, la empatía, el respeto, la asertividad y la baja reactividad. La comunicación no verbal y la exploración son los pilares básicos en caso de que el paciente no hable el idioma de comunicación habitual en nuestro medio”.

Como se ha demostrado en ciertas ocasiones (Comité Consultivo de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial 2006), algunos estudios relacionan etnia y tratamiento del dolor, ya que se ha observado que entre los grupos minoritarios (afroamericanos, latinos y asiáticos) la administración de analgésicos es menor que en el grupo mayoritario (caucasianos o nativos). Además se ha observado que en casos de pacientes con cáncer o graves enfermedades, aquellos pertenecientes a grupos minoritarios (afroamericanos y latinos) afrontan su dolor a través de:

1. Estrategias de tipo religioso
2. Muestran más actitudes estoicas ante el dolor
3. Más preocupaciones relacionadas con el uso de medicamentos (miedo a la adicción y a los efectos secundarios)
4. Y presentan mayor malestar emocional (depresión y ansiedad)

Así que, nuestros profesionales sanitarios se enfrentan a un gran reto: *tratar un dolor que parece distinto depende de quién lo sufra*. Si queremos tener éxito en esta tarea, debemos empezar a estudiar cómo viven su dolor los nuevos ciudadanos españoles. Concretamente refiriéndonos a los extranjeros subsaharianos, los problemas que pueden o suelen surgir cuando su cultura influye en la atención con el profesional sanitario son:

Por una parte, el usuario puede:

- Percibir una distancia con el profesional sanitario
- Desconfiar del profesional y de sus intenciones
- Sentirse incomprendido
- Manifestar insatisfacción y/o abandono del proceso de atención

Y el profesional por otra parte puede:

- No comprender al usuario ni responder a las pautas habituales de comunicación
- No responder adecuadamente a la desconfianza
- No obtener la información que necesita el usuario extranjero
- Mostrar ansiedad y frustración

Tal y como he podido asegurar mediante la observación directa en el trato paciente subsahariano - profesional sanitario cuando estaba cursando la asignatura "Prácticum de Intervención" en el Hospital General Clínico "San Lorenzo" es que el modo más efectivo y rápido de comunicar y entablar relación con la comunidad subsahariana es mediante la organización de actos culturales, que den espacio a estas personas a mostrar sus culturas y tradiciones al resto de la población. Como la realidad se analiza, interpreta y se actúa sobre ella en función del punto de vista en el que nos pongamos, partiré de la premisa ideológica de que la salud y su acceso son un derecho humano universal que debe ser garantizado por los Estados. Una premisa ideológica de carácter universal que requiere para su defensa de su significado a nivel jurídico una serie de instrumentos legislativos de carácter internacional, regional y nacional que exijan a los Estados la obligación de su satisfacción, premisa que no llega a cumplir los gobiernos africanos de los que estamos hablando.

A este nivel cabe destacar el artículo 12 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales de 1990 que confirma “la obligación de todo Estado de garantizar un mínimo que permita al menos cubrir el nivel esencial de salud y bienestar, no pudiendo ningún Estado, bajo ninguna circunstancia, justificar el no cumplimiento de dicha obligación, la cual no es derogable”.

En 1948, en la Asamblea General de Naciones Unidas, se adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos como marco de referencia para el establecimiento de las políticas de todos los Estados, independientemente de su estatus económico, cultural, político, geográfico o de cualquier otra índole. En el artículo 25 de esta Declaración se recoge el derecho a la salud.

Hay que mencionar que en el caso concreto de África ésta se ha dotado ya de instrumentos propios para su defensa como la Carta Africana de Derechos de 1986 (en su artículo 16). Determinadas regiones han desarrollado Protocolos específicos como el Tratado COMESA de 1993 o el Protocolo en salud de la SADC de 1999, de los que se encuentran exentos Senegal, Gambia y Ghana. A consecuencia de ello surgió el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, que especifica que dicha Unión junto con los Estados o países miembros favorecerán la cooperación al desarrollo con terceros países (como puede ser en este caso, las regiones del África Subsahariana) y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública garantizando un alto nivel de protección de la salud humana (Álvarez Degregori, Cararach *et al.* 2011).

A lo largo de las últimas décadas se han registrado notables progresos en el ámbito de la salud, pero al mismo tiempo los avances se han repartido de forma muy desigual y son muchos los países de África que están quedando cada vez más atrasados. “Los índices de mortalidad son muy superiores a los países menos desarrollados si los comparamos con los de la Unión Europea: llegan a ser más de 100 veces superiores en cuanto a la mortalidad materna y 15 veces mayores en cuanto a la mortalidad infantil.

La diferencia en la esperanza de vida respecto a los países europeos es de unos 40 años”, estos datos y cifras estadísticas son extraídas de un estudio realizado en el año 2009 por los organismos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que aparece en el dossier de la campaña Derecho a la salud en África, 2011.

Por otra parte, los primeros contactos de las poblaciones subsaharianas con la biomedicina se remontan a la época colonial, pero en el momento de las independencias a los países colonizadores (década de los 60), los nuevos Estados africanos se vieron obligados a gestionar una carga procedente de la gestión de la medicina occidental (o biomedicina) para la que no estaban preparados.

Esta situación se vio empeorada por la crisis tan grave que tuvo que asumir la región del África Subsahariana a principios de los años 80, que llevo a sus gobiernos a aceptar planes de ajuste estructural, cuyas soluciones impuestas fueron la supresión de funcionarios, la reducción de salarios o que los costes del sistema sanitario pasaran a ser sufragados directamente por los usuarios, mediante estrategias como el llamado sistema de recubrimiento de costes.

Las consecuencias más importantes de ello fueron el desarrollo de una oferta privada de atención sanitaria, así como el incremento de la automedicación, de los medicamentos falsos y el curanderismo (medicina tradicional).

Durante estos momentos de dificultades financieras crecientes y con la finalidad de poder seguir proporcionando sus funciones preventivas, curativas y promocionales, desde la década de los años 90 la mayoría de los Estados africanos optaron por establecer un paquete mínimo de actividades destinadas a la salud, que incluye (Álvarez Degregori, Cararach *et al.* 2011):

1. A nivel preventivo: la vacunación, la seguridad de las transfusiones y la cobertura sanitaria de la mujer embarazada (incluyendo actividades contra la anemia y el paludismo).
2. A nivel curativo: atender patologías locales variables según el contexto, pero raramente se atendían enfermedades crónicas como la diabetes.
3. A nivel promocional: se daban actividades relacionadas con el VIH (sida) o la educación nutricional.

De todos modos, hay que añadir a esta tensión política otros condicionantes como los déficits en infraestructuras y tecnología sanitaria (en especial lo referente a laboratorios y tecnología nuclear) de los sistemas sanitarios subsaharianos, la gran fragilidad a la hora de gestionar los sistemas de información de la sanidad, y la crisis de personal sanitario (a nivel formativo no todos los países africanos cuentan con instituciones que puedan formar futuros médicos, enfermeros, anestesistas...). Y otro factor condicionante más es la venta de productos farmacéuticos (medicamentos), procedentes en su mayoría de laboratorios de países desarrollados o de la India, son

comprados y vendidos a precios aun más elevados que en su origen y permaneciendo en un contexto de empobrecimiento creciente.

Esta tensión dentro de los gobiernos de los países subdesarrollados como son Senegal, Gambia y Ghana es un breve resumen que plasma la situación política sanitaria que permanece actualmente. Estos factores se vinculan en mayor medida en el enfoque o perspectiva administrativa de la región del África subsahariana, vinculando lo explicado recientemente con dicha perspectiva empezaré con una información y datos recabados de "Derecho a la salud en África"¹⁰ como que la debilidad de los sistemas de salud en los países en desarrollo como África Subsahariana es un problema capital para la mejora de los distintos índices de salud. Los servicios públicos, que son los que atienden a la mayoría de la población (especialmente las capas más vulnerables que no pueden financiar servicios privados), reciben escaso presupuesto, lo que finaliza en un servicio de muy baja calidad. Este problema se agrava notablemente en el medio rural, donde los servicios de salud apenas alcanzan a muchos de los habitantes. Es decir, a la escasez de atención sanitaria se añade la concentración en sociedades como las africanas cuya población rural promedio supera el 60% del total. A raíz de esto, es comprensible que los inmigrantes de estos países de procedencia estén acostumbrados a no solicitar asistencia ni recursos sanitarios con la misma intensidad y frecuencia que otros colectivos inmigrantes o los habitantes autóctonos. Si especificamos en la ciudad de Zaragoza, he podido percibir y conocer que estos usuarios inmigrantes tienden a creer que el acceso a las dos instituciones hospitalarias de la ciudad

¹⁰ "Derecho a la salud en África" es una campaña de Educación para el Desarrollo que pretende abordar los diferentes factores que impiden disfrutar del derecho a la salud en el continente africano. La iniciativa, que surge de las entidades Farmacéuticos Mundi y medicusmundi Catalunya, dará lugar a distintas actividades que se llevarán a cabo por todo el territorio catalán durante 3 años (enero 2011 – diciembre 2013).

está básicamente a disposición de las personas más privilegiadas (poco a poco van descubriendo que no es así, y que nuestro sistema de sanidad es un servicio universal)

Aun disponiendo de buenas herramientas de control, la salud en África no mejorará sin una inversión en recursos humanos. Es imprescindible la capacitación y formación de personal sanitario.

“La OMS ha identificado un nivel de densidad de personal sanitario muy bajo sobre todo en 57 países, concentrados principalmente en el África subsahariana, con escasez crítica de profesionales sanitarios. En el mundo, hay 13 médicos cada 10.000 habitantes, pero el análisis de estos datos por regiones nos muestra, que en la región de África son sólo 2 por cada 10.000 habitantes, mientras que en la región de Europa son 32 médicos por cada 10.000 habitantes. Cuando nos referimos a personal de enfermería o parteras los números son similares: una media de 28 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes en el mundo, mientras que en África hay una media de 11 y en Europa 79” (Álvarez Degregori, Cararach *et al.* 2011, p.18).

Junto al sistema de la biomedicina o medicina convencional occidental que acabamos de establecer en un contexto geopolítico, tanto en su esfera pública como privada, se encuentra la importante presencia de otros sistemas médicos a los que continúan recurriendo cotidianamente las personas de la cultura subsahariana ya sea en sus países natales o en el país de acogida tras los flujos migratorios.

Estos sistemas médicos insertan concepciones e ideas ancestrales sobre la salud, la enfermedad y la atención que es necesario saber en el momento de intervenir en el ámbito sanitario ya que la manera en que concibe los fenómenos de salud y enfermedad cada sociedad

tiene un efecto directo sobre su comportamiento frente a ella (lo desarrollo más adelante). Es lo que siempre se ha conocido como la medicina tradicional, único método de curación al que pueden optar la mayoría de los subsaharianos a causa de un alto nivel de subdesarrollo de las infraestructuras sanitarias en gran parte de los Estados africanos, un elevadísimo coste y difícil acceso a los tratamientos y medicamentos convencionales occidentales, del aislamiento rural (la falta de carreteras y medios de transporte hace que los habitantes de las zonas rurales solo tengan acceso a la medicina tradicional), y debido a las costumbres culturales que cada entorno rural puede desarrollar propiamente (modos y practicas exclusivas dentro del ámbito de la medicina tradicional).

En resumen, que tras el momento del asentamiento en el país de destino, en lo referente al grado de cumplimiento de un tratamiento o indicaciones medicas por parte de estos africanos, decir que se mantiene la tradición de seguir utilizando métodos medicinales tradicionales y no recurren a los centros médicos.

Como alternativa a los médicos especializados, a psicólogos, terapeutas... se encuentra la figura del denominado curandero¹¹ el especialista encargado de la salud que identifica, explica y trata la enfermedad a partir de la cosmovisión de su sociedad, recurriendo a la adivinación. Sus funciones son:

1. Actuar sobre las enfermedades y las desgracias
2. Descubrir los agentes causales y operativos de la enfermedad

¹¹ Los curanderos son considerados, por la comunidad y sus integrantes, como amigos, pastores, psicoterapeutas y médicos de pueblos tradicionales; simbolizan las esperanzas de la sociedad.

3. Determinar los pasos adecuados para restablecer la salud individual del paciente, además del equilibrio social y religioso de la comunidad
4. Evitar futuras enfermedades y desgracias
5. Realizar purgas de brujos, detectar la hechicería, eliminar el efecto de las maldiciones, y controlar a los espíritus y muertos vivientes
6. Neutralizar todo elemento negativo que pueda dañar a la comunidad

Sus medicinas están elaboradas con plantas, hierbas, polvos, huesos, semillas, raíces, zumos, hojas, líquidos, minerales, carbón vegetal y otros elementos como fuego, agua, aire y tierra son lo que sustituye mayoritariamente a los productos químicos farmacéuticos. También aplica masajes al paciente, le inserta espinas o agujas, puede sangrarle, aplica las medicinas en forma de infusión o enema, baños espirituales, un sacrificio simbólico, canciones, bailes, oraciones, así como un cambio en la dieta del enfermo.

La otra figura especialista en la medicina tradicional o naturalista son las conocidas matronas tradicionales llamadas parteras¹² que cumplen las funciones de:

1. Determinar el estado de la concepción de la mujer
2. La observancia estricta de ciertos tabúes y normas durante el embarazo
3. La preparación y realización del momento del parto
4. Curar la infertilidad y promover la procreación

¹² Las parteras son las encargadas de traer a este mundo a los nuevos miembros de la comunidad con sus conocimientos equiparables a los de los curanderos, siendo su aprendizaje igualmente hereditario.

“En el caso de tener que ser hospitalizados, en la mayoría de las situaciones los enfermos deben pagar no solo su estancia en el hospital, sino también los medicamentos y consumibles (incluidos los necesarios para las intervenciones quirúrgicas). Para determinados actos deben adquirir lo que se denomina un *kit operatorio*, como puede ser el caso de una apendicitis o un parto. Las familias deben igualmente preparar la comida del enfermo y lavar sábanas y ropa” (Mendiguren de la Vega y Ngoko-Zenguet 2011, p.196).

Estos médicos tradicionales llamados en nuestro país “seudo curanderos” que son los especialistas africanos que atienden a estas personas inmigrantes y son conocidos por el “boca a boca”. Habitualmente los individuos de origen subsahariano recurren antes que al médico a los remedios caseros automedicándose con productos y fármacos provenientes de su país de origen.

Y en el caso de que opten por acudir a la medicina convencional occidental, normalmente no se acostumbran a seguir los tratamientos indicados por el médico hasta el final; cuando la persona se encuentra mejor tiende a abandonar la medicación. Los pacientes subsaharianos suelen utilizar los recursos sanitarios a través de los servicios de urgencia y hospitalización, siendo la mayoría de las causas de dichos ingresos hospitalarios por quemaduras, traumatismos, infección de la malaria, enfermedades de transmisión sexual, malnutrición, etc.

La mayoría de los usuarios subsaharianos desconocen sus derechos y obligaciones respecto al Sistema Nacional de Salud Español además de desconocer los itinerarios a seguir para cada caso (atención primaria, atención especializada, urgencias, hospitalización...), por ello sería importante e imprescindible dar una orientación inicial con

informaciones básicas (a nivel individual o grupal) que ayuden a estos usuarios a utilizar los recursos sanitarios de una forma correcta y óptima.

Continuando con el contenido de los derechos y obligaciones que tienen las personas inmigrantes respecto al sistema sanitario español (mayoritariamente desconocidos por los extranjeros subsaharianos), otro derecho fundamental es la búsqueda de apoyo de servicios de traducción e interpretación que garanticen la calidad y confidencialidad para reducir las barreras idiomáticas y evitar en lo posible recurrir a los hijos menores, familiares o amigos como intérpretes. Además, muchos subsaharianos se “quejan” del desconocimiento y la falta de sensibilidad cultural¹³ en la sociedad española en general y la falta de apoyo institucional para promocionar su cultura tanto entre sus compatriotas como para acercarla a nuestra sociedad.

Dejando a un lado todo lo anterior que es más relativo a una perspectiva administrativa y/o institucional, a los marcos legislativos de España y de la región del África subsahariana (Senegal, Ghana y Gambia), el contexto socio – sanitario, también quiero redactar la teoría que más me ha convencido tras la revisión de la literatura, desde un enfoque más sociológico y humanístico.

Según Tezanos (2007, p.17) “en un grado apreciable, los inmigrantes no están motivados solo por la demanda exacta de determinados tipos de empleos en los países ricos, sino que en buena parte responden a la lógica social y económica compleja en la que

¹³ La sensibilidad cultural o intercultural se expresa cuando se conocen las normas de otras culturas ajenas a la propia y se respetan. No necesariamente lleva implícito que gusten o se esté de acuerdo con ellas.

combinan factores de expulsión y de atracción. Por un lado, la expulsión de los países y zonas más pobres de nuestro planeta donde las condiciones de vida se encuentran al límite y, sobretodo, donde existen pocas expectativas y esperanzas de futuro. Por otro lado, la atracción que se ejerce desde los países más desarrollados y ricos donde existen mejores expectativas y mayores posibilidades para una supervivencia digna y suficiente de los inmigrantes y, principalmente para sus hijos. En ocasiones, se tengan o no se tengan papeles en regla y contrato laboral, solamente hay que traspasar la frontera del país para experimentar una notable movilidad social ascendente. Se pasa de residir en zonas en las que se localizan muchas de las personas que tienen que sobrevivir con menos de un dólar diario a encontrarse en países (como es el caso de España), en los que si se enferma, se puede tener una buena asistencia sanitaria; los hijos podrán acudir a magnificas escuelas, o si se tiene hambre es posible recurrir a comedores sociales o entidades de ayuda”.

Complementando a la teoría de Tezanos, el usuario voluntario para la segunda entrevista (empleado del SAMI) me destacó que entre las principales motivaciones de los extranjeros africanos que les lleva a emigrar están:

1. Mejorar la situación económica y social de la familia (trabajo, vivienda, bienestar)
2. Huir de la pobreza
3. Mejorar su situación laboral o su formación académica
4. Otros motivos como pueden ser la persecución política, huidos de la justicia...

Tras conocer diferentes teorías que determinan las fases de la integración de los inmigrantes, yo personalmente he elaborado el

proceso de la inmigración e integración en tres fases bien diferenciadas:

- *Adaptación*: se trata de un período de corta duración durante el cual el inmigrante se va haciendo al su nuevo país. Hay naturalmente que contar con que en este periodo juegan una serie de factores personales y familiares, que harán más o menos difícil su superación.
- *Asentamiento*: físico, individual y moral. Fundamentalmente consiste en encontrar un trabajo estable y satisfactorio, lograr la documentación que le permita disfrutar de una residencia permanente en el país si carece de ella, tener hogar propio, recibir a su familia y educar a los hijos.
- *Aculturación*: es decir, habituación a las modalidades culturales, políticas y sociales del país de acogida. Aceptar y adoptar las normas, maneras de pensar y actuar, suponiendo esta última fase, al menos, un conocimiento del idioma, la toma de contactos periódicos con los habitantes autóctonos, la participación de los niños de la familia inmigrante en el sistema escolar...

Una buena integración e inserción en la sociedad puede depender del tiempo de estancia en el país de acogida según la intención del inmigrante (si no se radica de forma permanente en el país de acogida no hará esfuerzo por integrarse); en el supuesto caso de que en el país emigrante existan colectivos numerosos e influyentes de la misma nacionalidad, los primeros pasos serán mucho más fáciles (aunque la integración no tiene por qué ser más rápida); si hay una mayor semejanza de la estructura social entre los países de origen y acogida, existirán más facilidades de integración; y un último supuesto es que el inmigrante posea un gran nivel profesional y

cultural (de este modo se acelera y suaviza el proceso de la integración). Aunque, si nos centramos en el colectivo subsahariano, las principales dificultades u obstáculos con los que pueden tropezar son:

- El desconocimiento del idioma: excepto en Guinea Ecuatorial, en ningún otro país del África subsahariana se habla el español. Esto les obliga a vivir al amparo de sus compatriotas ya asentados (sus únicas relaciones sociales). Éstos les sirven de enlace de comunicación con el entorno ya que en general los funcionarios españoles no hablan un segundo idioma (francés, inglés...).
- Tardan mucho tiempo en conocer y aprender a reclamar sus derechos: “suelen ser excesivamente dóciles”. A veces sus propios compatriotas aprovechan su ignorancia para explotarlos, apreciándose también en la relación de las mujeres subsaharianas con sus parejas.
- Dificultades para normalizar su situación legal y laboral.
- Relaciones casi nulas con instituciones públicas o privadas: básicamente por la irregularidad y por la falta de información.

El estudio elaborado por un Comité Consultivo de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial de España, que se realizó para investigar el fenómeno de la inmigración¹⁴ en el país, obtuvo información que determinaba que dicha población inmigrante llegaba a territorio español como una población sana¹⁵.

¹⁴ La inmigración es objeto de análisis dentro del sector sanitario desde el punto de vista epidemiológico en relación con diferencias de morbilidad o mortalidad, desde el punto de vista del impacto en la demanda o de la utilización de los servicios correspondiente a este nuevo colectivo.

¹⁵ Información disponible de aquella población que llega en las peores condiciones (pateras...) aún cuando presenten los efectos de una situación extrema.

3. CAPÍTULOS DE DESARROLLO

En este apartado se pretende dar respuesta a las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, contrastándolas con la información obtenida a través de las distintas fuentes empleadas.

HIPOTESIS 1: Los conceptos de salud y enfermedad, la preferencia por un uso de la medicina tradicional; y la diferencia en lo relativo a sanidad entre los países del África Subsahara (Gambia, Ghana y Senegal) y el país de acogida (España) son los principales factores culturales influyentes a la hora de acceder al sistema sanitario.

La **salud** es un estado de equilibrio social y religioso en la comunidad y de bonanza en general, que alcanza su máximo estado de satisfacción individual con la procreación y la familia.

Se considera que toda **enfermedad** supone un freno al desarrollo al atender contra las capacidades y oportunidades de las personas, familias, comunidades y/o naciones, actuando como una potente fuente de privaciones, privaciones que al aumentar incrementan la vulnerabilidad de dichos colectivos favoreciendo comportamientos y contextos de riesgo.

La salud¹⁶ física, mental y emocional tiene un valor esencial estrechamente relacionado con la posibilidad y la accesibilidad a un medio de trabajo (la falta de acceso a un trabajo normalizado es el elemento central). La situación irregular de residencia, o vivir en zonas de riesgo social elevado, el hacinamiento de la vivienda, junto

¹⁶En la cultura subsahariana el concepto de salud se percibe como un estado de equilibrio social y religioso en la comunidad y de bonanza en general, que alcanza su máximo estado de satisfacción individual con la procreación y la familia.

con problemas, en ocasiones, como puede ser la falta de accesibilidad a servicios sociales y sanitarios son otros determinantes verbalizados por los propios extranjeros que derivan en una intensificación del estrés aculturativo.

En términos generales el concepto **cultura** comprende los valores, las creencias, las lenguas, los conocimientos y las artes, las tradiciones, las instituciones, la normativa y los modos de vida aprendidos desde la niñez, en un proceso de socialización constante, mediante los cuales una persona o un grupo interpreta la realidad y expresa los significados que otorga a su existencia y a su actuación.

Dentro de la segunda entrevista, el usuario me leyó un apartado que él mismo redactó en "*Factores culturales que influyen en la atención primaria a los usuarios de origen extranjero*", una de las documentaciones realizadas tras investigaciones sobre los inmigrantes llevada a cabo por la Fundación Adunare en el año 2005 en el que afirma subjetivamente que

"Las personas africanas subsaharianas, independientemente de su lugar de origen y la heterogeneidad de sus culturas, comparten cinco elementos culturales muy característicos y comunes:

- ✓ Una estrecha vinculación y contacto con la naturaleza viviendo en armonía con ella.
- ✓ Supremacía del bien común frente al interés individual.
- ✓ Expresión oral, que tiene como instrumento principal la palabra y por biblioteca y archivo, la memoria.
- ✓ Sentido de lo sacro. Todas las tradiciones reflejan una visión religiosa del mundo. Mantienen una relación con el universo con un gran sentido de la sacralidad.

- ✓ Concepto de la familia extensa: el núcleo familiar comprende no solo el núcleo de la unidad familiar, también a los sobrinos, primos, hermanastros, ahijados, abuelos, descendientes de la misma tribu, clan, linaje o comunidad, los muertos vivientes.... Es decir, toda la descendencia y ascendencia cercana y lejana”.

Si es verdad que estos cinco elementos están presentes en la cultura y pensamiento de las personas del colectivo subsahariano, pueden ser un apoyo en las hipótesis. Por ejemplo, el valor de una estrecha vinculación y contacto con la naturaleza viviendo en armonía con ella puede influir en la opción de recurrir a los servicios y tratamientos de la medicina tradicional antes que a la medicina occidental (dotada de nuevas tecnologías, medicamentos farmacológicos..)

El elemento del sentido de lo sacro puede apoyar la influencia ideológica del concepto salud/enfermedad en la cultura subsahariana que no llega a convencerles de la utilización y toma de productos característicos de la medicina occidental (biomedicina) por la simple razón de que no interpretan los términos salud/enfermedad como un estado físico del organismo humano, ellos lo ven más como un estado religiosos y armónico.

En tercer lugar, analizando los cinco elementos culturales, los puntos de la supremacía por el bien común frente al individualismo, y el concepto de familia extensa los he contrastado gracias al *Modelo de Escala de Valores y Escala de Familismo según Schwartz*¹⁷ (Anexo 6.3.), en el cual nuestro psicólogo social relacionó las estrategias y

¹⁷Schwartz, S. H. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores?. En M. Ros y V. Gauveia (Eds.), *Psicología social de los valores humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

actitudes de adaptación con los valores y motivaciones sociales en los colectivos inmigrantes.

Ahora bien, atendiendo a nuestro colectivo subsahariano, concluye que ésta cultura se caracteriza primordialmente con lo que denomina un "alto colectivismo" (mezcla de los principios de familismo y conservación) que conlleva una fuerte valoración de la familia, las relaciones y la lealtad familiar, así como una concepción jerárquica de las relaciones familiares basadas en el respeto a los mayores y a las tradiciones y costumbres. "Es uno de los aspectos característicos de las culturas colectivistas-jerárquicas tanto de América Latina como de África. Así, las mujeres africanas subsaharianas dicen ser más familistas que sus pares hombres" (Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.* 2009, p.127).

Además puedo empezar a afirmar que lo desarrollado anteriormente sobre la medicina tradicional y sus especialistas fortalece la verificación de que el uso de la medicina tradicional es uno de los factores culturales influyentes en la percepción de la sanidad pública.

El segundo entrevistado, mediador intercultural, traductor o intérprete lingüístico en el SAMI me puso en conocimiento durante la elaboración de la entrevista de la existencia de varios curanderos residentes en Zaragoza.

"Claro que sí. Muchísimos de mis paisanos continúan visitando a esos curanderos, aunque nosotros los llamamos de otra forma, y tomando las medicinas de la naturaleza y no lo hecho químicamente. Yo mismo, prefiero hacerme infusiones de ciertas hierbas como toda la vida y como han hecho siempre nuestros antepasados en lugar de ir al médico del hospital" (Entrevista 2)

Voy a destacar como otro punto de verificación de la hipótesis un comentario realizado por una mujer senegalesa que acudía como usuaria del Departamento de Trabajo Social del Hospital Clínico "San Lorenzo" citada anteriormente por dicha profesional del trabajo social. Estando en ese momento presente durante el periodo de tiempo de la realización de mis prácticas en el hospital la mujer comentó que ante cualquier situación de enfermedad prioriza la medicina tradicional a la farmacológica científica.

"¿Alternativas que no sean una pastilla?"

"Yo medicina tradicional, que los medicamentos quitan las defensas"

(Observación directa)

La percepción que posee el colectivo inmigrante, principalmente africanos y latinoamericanos, sobre esta preferencia es que los médicos sanitarios españoles no respetan la medicina tradicional de sus países de origen. Estos extranjeros suelen tener prioridad por las raíces y plantas medicinales propias de su país antes que por los productos químicos.

Y resolviendo la parte de la hipótesis de partida que toma a la diferencia entre los sistemas sanitarios del país de destino y los países de origen como otro factor cultural desfavorable, gran contenido del apartado del marco teórico lo he empleado a dar a conocer la política sanitaria española y la sanidad africana desde una perspectiva administrativa y un enfoque legislativo incluyendo las consecuencias de cada uno de ellos que acaban resultando dificultades u obstáculos en el acceso, utilización y conocimiento de los servicios y prestaciones sanitarias públicas.

La trabajadora social del Hospital Clínico de Zaragoza señaló que los usuarios dicen tener un conocimiento total del sistema de la salud, pero que luego en varias ocasiones les han interpuesto quejas ante las largas listas de espera, pensando que deben someterse a ellas por la simple condición de ser inmigrante.

“Algunas personas te dejan caer de entrada que igual les tratas peor por ser inmigrante, anticipan que pueda haber un trato discriminatorio porque se quejan de la gran lista de espera, ya que no entienden que es igual para todo el mundo. El que no entiendan este concepto demuestra que no conocen el funcionamiento real del sistema, pero si la accesibilidad”. (Entrevista 1)

Esto demuestra que además de que dichos usuarios de origen subsahariano afirman conocer perfectamente la existencia de los recursos y prestaciones del sistema público de sanidad aunque realmente tengan conocimiento de ello con el paso de tiempo residiendo en España; se le suma que es un comentario que también verifica la siguiente hipótesis a investigar, fundamentalmente porque percibe discriminación y prejuicios irrealistas por el hecho de ser inmigrante o de otra etnia.

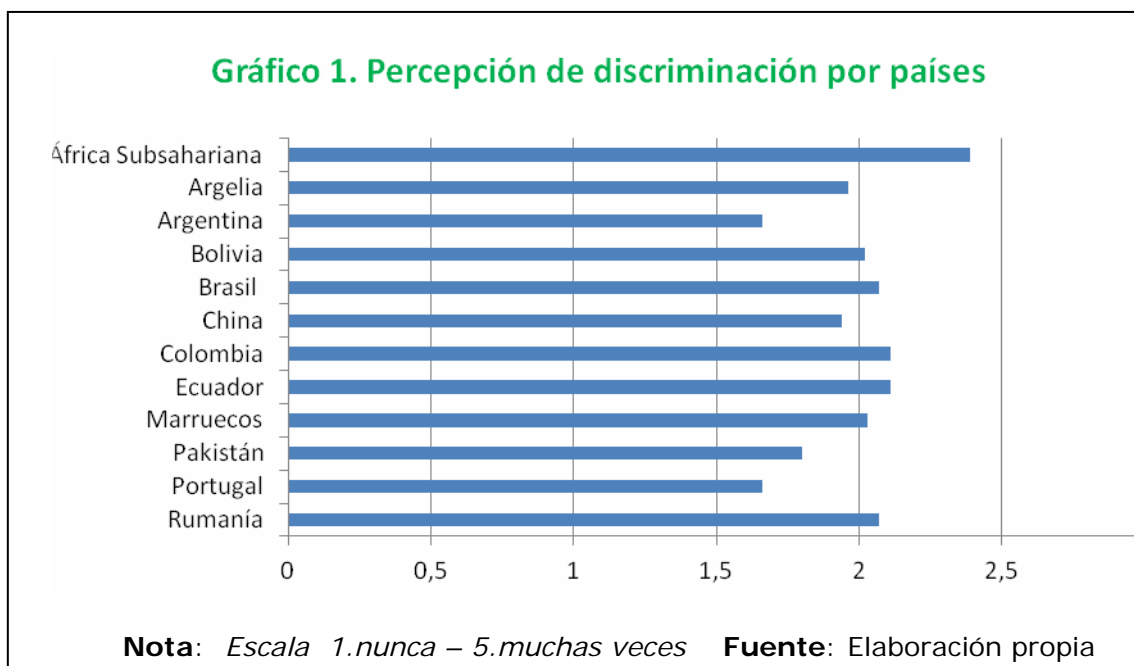
HIPOTESIS 2: Los inmigrantes de raza afroamericana (es decir, los de *color oscuro*) son los individuos que generalmente tienen más percepción de ser discriminados, estereotipados¹⁸ y valorados con prejuicios por parte de la población de acogida.

Páez, Basabe, *et al.* (2009) escribieron un libro que se basa en el estudio estadístico, relacional y comparativo sobre bastantes variables cualitativas que tienen bastante relación con el objeto de estudio que estamos tratando.

La investigación aborda prioritariamente temas sobre actitudes, valores y opiniones de la población autóctona y del inmigrante, en relación al fenómeno migratorio; mediante los diferentes grupos de inmigrantes y las formas deseadas de afrontar la convivencia en un contexto multicultural. Realiza los cuestionarios a los extranjeros procedentes de Argentina, países latinoamericanos, brasileños, rumanos, del Magreb (Marruecos y Argelia), del África Subsahariana, China y Pakistán.

“Atendiendo a las diferencias entre países, son los pakistaníes, portugueses y, sobre todo los argentinos, son quienes menos experiencias de discriminación declaran haber vivido. Por contra, los subsaharianos son los que señalan el mayor número de experiencias de discriminación. Latinoamericanos, rumanos y marroquíes, muestran puntuaciones intermedias”(Gráfico 1) (Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.*, 2009, pp.102-104).

¹⁸ Los estereotipos, que consisten en creencias o pensamientos que un grupo humano comparte respecto a otro. Un estereotipo es el conjunto de características, las cuales resumen a un grupo humano en términos de conductas, hábitos... Estos suelen estar basados en imágenes que hemos aprendido en la escuela, en casa, en los medios de comunicación y que después generalizamos a todas las personas que forman parte de ese grupo.

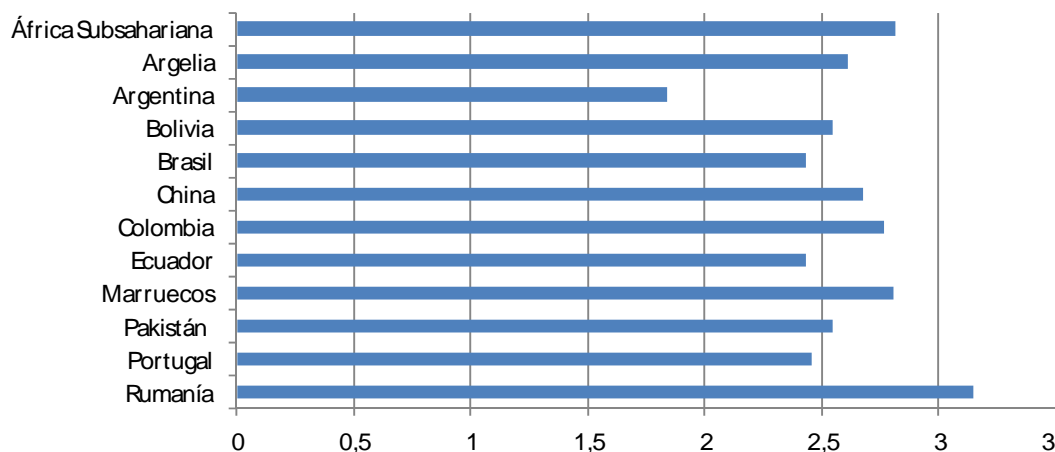


“La percepción de prejuicio colectivo según el país de procedencia es menos frecuente entre las personas argentinas. Por el contrario, en el polo opuesto, son las personas rumanas las que consideran que su grupo es objeto de un alto prejuicio colectivo negativo por parte de los nativos. El resto de países mostrarían puntuaciones intermedias, destacando al África Subsahariana en segundo puesto”(Gráfico 2) (Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.*, 2009, pp.102-104).

Sin embargo, la percepción de discriminación por grupo o minoría étnica pone en primer lugar al colectivo negro, siguiéndole el gitano. Por otro lado, este grupo negro se sitúa en intermedia puntuación respecto a la percepción de prejuicio¹⁹ negativo por países.(Gráfico3)

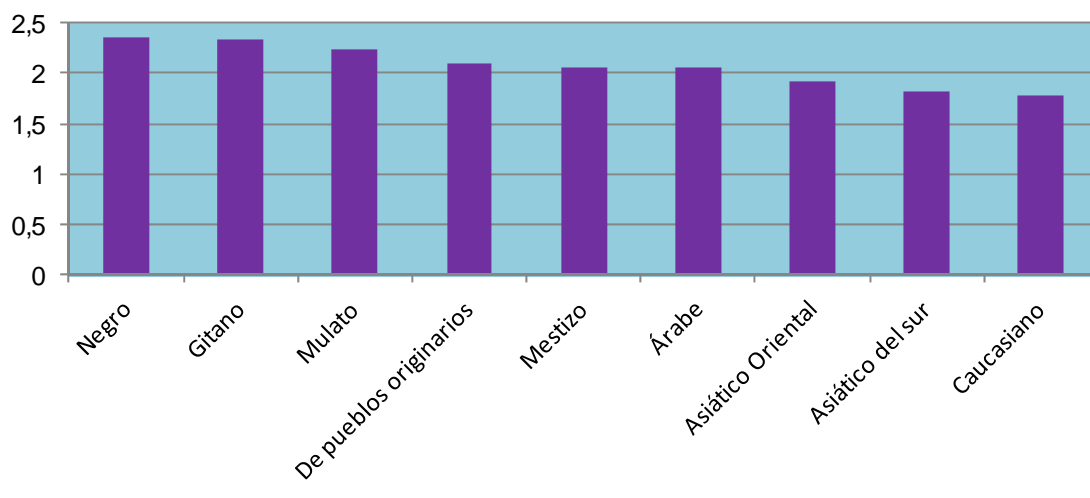
¹⁹ Prejuicio: es la idea negativa acerca de una persona que ni siquiera se conoce o que nunca se ha tenido relación con ella; la mayoría de los prejuicios étnicos se tienen sin haber contactado con el otro, se forman a través de lo que el resto opina, la influencia social. Normalmente los prejuicios generan un sentimiento de superioridad hacia tal grupo gracias a las convicciones que hacen sentir los demás.

Gráfico 2. Percepción de prejuicio negativo por países



Nota: Escala 1. muy positiva – 5. muy negativa **Fuente:** Elaboración propia

Gráfico 3. Percepción de discriminación por grupo o minoría étnica



Nota: Escala 1. nunca – 5. muchas veces **Fuente:** Elaboración propia

En resumen, que ya sea por el condicionante del país de procedencia o por el de minoría étnica, los individuos inmigrantes subsaharianos tienen una altísima percepción de discriminación y prejuicios negativos por parte de la población española; lo que corrobora la hipótesis formulada desde un principio.

A consecuencia de este condicionante aparece en mayor intensidad, el estrés aculturativo (o también llamado duelo migratorio) que llega a vincular los problemas personales y de salud de estos individuos con las siguientes formas de afrontamiento como predominantes²⁰:

1. Evitación
2. Aislamiento social
3. Reducir tensión

Las situaciones estresantes que más se mencionan son el cambio de residencia (34%), problemas para tramitar cualquier tipo de documentación (30%), dificultades económicas importantes (26%).. el problemas menos frecuentes es haber sufrido agresiones físicas o sexuales (4%). Las personas que han experimentado grandes cambios y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad para su salud suponen en primer lugar con un 38% de los inmigrantes a los subsaharianos.

HIPOTESIS 3: La principal razón que lleva a los subsaharianos a realizar una escasa utilización de nuestros servicios y recursos sanitarios en comparación con el resto de colectivos inmigrantes (latinoamericanos, chinos, de Europa del Este, magrebíes...) es su vulnerable situación de irregularidad administrativa, y la falta de tarjeta sanitaria.

La primera muestra que utilizo para esta hipótesis está formada por los resultados en porcentaje de una Encuesta Regional de Inmigración de la Comunidad Autónoma de Aragón (ERI 2009) en la cual he observado que una conclusión principal de la encuesta es que

²⁰ Estas formas de afrontamiento son sustraídas dentro de la clasificación de maneras de confrontación del duelo migratorio redactadas en el Anexo 6.4

la población inmigrante subsahariana destaca notablemente un carácter excepcionalmente vulnerable con respecto a la situación general del resto de las poblaciones extranjeras entrevistadas que proceden de China, Latinoamérica, el Magreb y países de Europa del Este; para llevar a cabo esta comparación se seleccionaron una serie de indicadores de evaluación que mostraron:

1. Estado Civil: que el 49,1% de los subsaharianos entrevistados afirmaron estar solteros, dato que coincidió mucho con el del total de la muestra de extranjeros (45,7%). Destacó el bajo porcentaje de divorcios (2,4%) y un alto número de subsaharianos viudos con respecto al resto.
2. País de origen de la pareja: presenta al igual que las demás culturas extranjeras una elevada tasa de matrimonios y/o convivencia entre personas nacidas en el mismo país. No obstante, con un 17,8% frente a un 7% del total, los africanos subsaharianos tienen parejas nacidas en España.
3. Situación administrativa: el 50,3% de los inmigrantes de origen subsahariano entró al país sin documentación de identidad (es decir sin papeles) y solo el 66,7% de ellos dice tener tarjeta de residencia. Por lo que este indicador muestra ser una de las principales características que genera una condición de mayor vulnerabilidad²¹ y exclusión social en este colectivo.

²¹ Vulnerabilidad: se trata de un concepto social que alude a las situaciones de extrema exclusión social e indefensión en que algunos inmigrantes se encuentran, sin acceso normalizado a un alojamiento, medio de subsistencia, asistencia social y ejercicio de derechos básicos.

4. Empadronamiento: un 13,3% de los subsaharianos confirma no estar empadronado en el país, lo que en ese año se estimó que 31.562 individuos subsaharianos se encontraban en una completa indefensión legal y social de los 237.309 subsaharianos residentes en España²². Este colectivo supone el 69,62% de los inmigrantes empadronados en Aragón²³.
5. Tarjeta sanitaria: a lo mismo que la anterior problemática señalada, un notable 21,8% de las personas subsaharianas entrevistadas dijeron no tener la tarjeta sanitaria que llega a tratarse de una cifra cuatro veces mayor a la del promedio de la encuesta (5,5%).
6. Situación laboral: revela una altísima tasa de desempleo en los subsaharianos (42,4%) a raíz de una constante pérdida de trabajos en todos los sectores de actividad económica.

El requisito necesario y fundamental para la asistencia sanitaria es la obtención de la tarjeta sanitaria, que se puede conseguir a través del empadronamiento en la localidad. Se relaciona la posesión de ésta, desde una perspectiva más sociológica, con diferentes variables como la situación administrativa, destacándola como un factor desfavorable a la hora de utilizar los servicios de acceso a nuestro sistema sanitario (Pardo, Engel y Agudo, 2006), (Aller, Arnal, et al, 2001). Esta información destacada por varios autores confirma la hipótesis ya que los resultados del estudio comparativo entre ocho colectivos inmigrantes diferentes resaltan que la nefasta situación

²² Ambas cifras se calcularon durante la Encuesta Regional de Inmigración de la Comunidad Autónoma de Aragón del año 2009, aunque son simples aproximaciones.

²³ Fundación ADUNARE, *Factores culturales que influyen en la intervención social con los usuarios de origen extranjero*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2006, p.162

administrativa a causa de la falta de documentación origina una gran vulnerabilidad y exclusión social para este colectivo.

En lo que concierne al empadronamiento, que es herramienta para regularizar la situación administrativa y legal, se observa una cifra alta de subsaharianos no empadronados en el año 2009 tomando de referencia el país (España) o la ciudad de Zaragoza. Comparando el colectivo subsahariano con el resto es el más ilegal de todos, es decir, el que mayor porcentaje de individuos "sin papeles".

Dada la dificultad que padecen sobretodo los inmigrantes subsaharianos para regularizar su situación administrativa en España, los he clasificado en dos tipos:

1. Los subsaharianos "Legales", aquellos que suelen tener algún familiar cercano, lejano o un amigo para acogerlo gracias a que la solidaridad familiar de este colectivo es muy fuerte. Pueden tener contactos con alguna organización o institución que les ayude a formalizar su situación.
2. Y los subsaharianos "Ilegales", aquellos que llegan vinculados con la denominada red del SAMSARA, endeudados directamente con esta red ilegal tienen que vivir bajo su cobertura hasta cubrir toda la deuda. Los que no estén endeudados con la red ilegal, acuden con compatriotas (no suelen acercarse a los servicios de asistencia básica). Estos comprenden tres cuartas partes de los inmigrantes.

Por otro lado, el trabajo de la asignatura "Prácticum de Investigación" que tuve que realizar con un grupo de compañeros se basó en conocer las dificultades y obstáculos que influyen a los extranjeros inmigrantes para un acceso a los servicios de salud mental, y entre las conclusiones de las variables sobre la percepción de dificultad para acceder a dichos recursos nos presento en primer lugar la falta de la tarjeta sanitaria.

HIPOTESIS 4: Los usuarios estudiados en este proyecto muestran una predominancia a desarrollar una estrategia de aculturación entre la asimilación y la segregación, ya sea en el ámbito público²⁴ como en el privado²⁵.

Para poder explicar el estudio y análisis de esta hipótesis debo definir los cuatro conceptos que denominan las diferentes estrategias de aculturación y/o adaptación en la sociedad de acogida

1. **Integración:** también denominada **biculturalidad** y/o **biculturalismo**, es la forma de adaptación en la cual el individuo acepta ambas culturas dependiendo de las personas con las que interacciona (la cultura de su país de origen y la cultura del país de acogida). Más frecuente en edades medias. Es la adaptación más adecuada y que menos se asocia a patologías mentales.
2. **Asimilación:** es la orientación hacia la adopción de la cultura de acogida y abandono y/o rechazo de la cultura de origen. A menudo, es la expectativa de los habitantes del país receptor.

²⁴ Este ámbito es el referente al empleo, sistemas de bienestar (entre otros la sanidad) y el sistema político según los autores de "Salud e Inmigración, pag.47"

²⁵ El ámbito de lo privado está formado por las relaciones y vínculos familiares, de amigos y religiosos, basándome en "Salud e Inmigración, pag.47"

Más frecuente en los jóvenes inmigrantes. Suele ocasionar serios problemas y conflictos con la familia y el entorno del país de origen.

3. **Separación** (segregación): estrategia de aculturación en la que se niega la cultura receptora y se mantiene íntegramente la cultura de origen. Más frecuente en adultos y mayores. Se caracteriza por un aislamiento en *ghettos* con escasa interacción con la cultura anfitriona.

4. **Marginalización**: alternativa al proceso de integración cuyos individuos rechazan ambas culturas y se convierten en individuos marginales y excluidos socialmente. La patología mental y/o psicológica es máxima.

“Los componentes de las identidades étnicas están formados por distintos elementos, referidos tanto a la sociedad de origen como a la de acogida. Por ello destacamos:

1. Sentido de pertenencia
2. Prácticas culturales
3. Lealtad lingüística (idioma)
4. Contactos sociales

Entre estos cuatro componentes que influyen en la estrategia de aculturación, solo se observa una gran diferencia en que las personas subsaharianas son uno de los grupos que sostienen mas relaciones con la gente de su país y menos con personas nativas. Respecto al apoyo social percibido, los africanos subsaharianos manifiestan una de las puntuaciones más elevadas.” (Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.*, 2009, p.95).

Si queremos obtener un resultado de entre las cuatro estrategias de aculturación, aplicaremos una de las técnicas de codificación e interpretación de datos con tres variables:

1. La identidad
2. Experiencia de minoría (percepción de discriminación y/o prejuicio)
3. Apoyo Social Percibido

A continuación, conociendo cómo cada variable o valor subjetivo es característico de una determinada estrategia de aculturación, señalamos coincidencias de los subsaharianos.

- Biculturales y separados muestran más sentido de pertenencia, más prácticas culturales y contactos sociales en relación con el origen que los asimilados y marginados.
- Los separados son quienes más lealtad lingüística manifiestan con respecto al origen.
- Biculturales en la esfera privada tienen más sentimiento de pertenencia y de adopción de prácticas culturales de la sociedad de acogida.
- Marginados y asimilados son quienes menos hábitos culturales de la sociedad de origen practican.
- Asimilados en la esfera privada son quienes más castellano hablan.
- Biculturales y asimilados son quienes más se relacionan con los autóctonos. Mientras que los separados son quienes menos lo hacen.
- Separados y marginados en la esfera privada son quienes más discriminación perciben.

- Los separados dicen sentir más prejuicios hacia la gente de su país por parte de la sociedad de acogida, y junto con los marginados, quienes menos apoyo perciben de su gente.
- Los biculturales son quienes menos prejuicio notan y quienes **más apoyados se sienten tanto por la gente de su país como por las personas autóctonas.**

Como se puede comprobar con los datos obtenidos del estudio con el que estoy intentando verificar, los inmigrantes subsaharianos coinciden en la mayor parte de las variables que resultan ser características de la asimilación, sobre todo en la esfera pública, que en este caso es la que nos interesa a nosotros porque es la referente al sistema de la sanidad; sin embargo es cierto que parece ser demostrable que dentro del ámbito privado (familia, amistades, religión..) el colectivo se divide por mitad en el biculturalismo y en la segregación como estrategias adaptativas tras el asentamiento en la sociedad de acogida.

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORAS

Las conclusiones se constituirán de concretar finalmente si las cuatro hipótesis de partida que me había planteado se verifican o no

Hipótesis 1

- ❖ Los conceptos de salud y enfermedad, la preferencia por un uso de la medicina tradicional; y la diferencia en lo relativo a sanidad entre los países de procedencia que denominaré África SubSahara (Gambia, Ghana y Senegal) y el país de acogida (España) son los principales factores culturales influyentes a la hora de acceder al sistema sanitario.

La primera hipótesis llega a ser verificada por las tres partes que se mencionan como los factores culturales influyentes en el uso de la sanidad española. Al no ser una investigación cuantitativa me he tenido que basar en los datos bibliográficos que relato en el estado de la cuestión y el marco teórico. Sin embargo tengo que decir que los términos de salud y enfermedad han sido una construcción mía para poder explicarlos mejor. El uso de la medicina tradicional se ha verificado tanto en las entrevistas, como en la literatura analizada.... Lo mismo me ha ocurrido con la diferencia política entre los países, una forma u otra la mayoría de los autores y personalmente los dos entrevistados afirman ser un factor obstaculizador.

Hipótesis 2

- ❖ Los inmigrantes de raza afroamericana (es decir, los de "color oscuro") son los individuos que generalmente tienen la percepción de ser discriminados, estereotipados y valorados con prejuicios por parte de la población de acogida.

Esta segunda afirmación también comprueba que es verdadero el hecho de que los inmigrantes subsaharianos tienden en gran parte a percibir o experimentar situaciones vitales de discriminación o prejuicio negativo, sobre todo las mujeres. Se demuestra sobre todo con el estudio comparativo en "Salud e Inmigración" y por la primera entrevista a la trabajadora social del hospital.

Siendo importantes las experiencias personales de discriminación, éstas ejercen efectos menores en comparación con las experiencias percibidas grupales de prejuicio. Es decir, hay que cuidar no solo que los inmigrantes subsaharianos personalmente no experimenten situaciones de discriminación, sino que tampoco perciban prejuicio negativo en la sociedad en general hacia su colectivo de origen, incluso aunque ellas mismas no se sientan personalmente afectadas.

Hipótesis 3

- ❖ La principal razón que lleva a los subsaharianos a realizar una escasa utilización de nuestros servicios y recursos sanitarios en comparación con el resto de colectivos inmigrantes (latinoamericanos, chinos, de Europa del Este, magrebíes...) es su vulnerable situación de irregularidad administrativa, y la falta de tarjeta sanitaria (consecuencia de dicha irregularidad).

La anterior hipótesis no estaba nada seguro de que saliera verificada pero esta tercera la tenía casi clara desde el principio porque durante el desarrollo de mis prácticas pude observar de alguna manera estas diferencias respecto a otros usuarios marroquíes, rumanos, latinoamericanos.... Aun así me ha sorprendido conocer la situación administrativa y legal tan irregularizada y vulnerable para acabar en la marginación o exclusión social, comprobando que este colectivo

inmigrante no destaca por querer abusar de las prestaciones y ayudas del Estado.

Hipótesis 4

- ❖ Los usuarios estudiados en este proyecto muestra una predominancia a desarrollar su adaptación en un intervalo entre la asimilación y la segregación, ya sea en el ámbito público como en el privado.

Esta última hipótesis ha sido la que más me ha motivado para elegir y continuar investigando a uno de los colectivos inmigrantes predominantes en España en relación con un tema que me llama mucho la atención, no precisamente el ámbito de la salud, si no que esta hipótesis ha sido verificada única y exclusivamente a través del estudio comparativo entre los colectivos inmigrantes más representativos en nuestro país relacionándolos con variables de actitudes y valores.

Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.*, (2009,p.156) redactan que “la actitud dominante del ámbito público es la asimilación, mientras que en el privado lo son la bicultural y la separación (segregación). La separación privada se asocia a la asimilación pública; por tanto podemos concluir que las personas inmigrantes buscan asimilar la cultura pública, y democrática, y asumir la de acogida y/o unir la de origen y la de acogida en las esferas privadas e interpersonales”.

La estrategia aculturativa de los africanos subsaharianos se encuentra entre la asimilación y la segregación (separación). Parte de estos inmigrantes subsaharianos se caracterizan por un fuerte deseo de integración que choca con las barreras de exclusión.

La percepción de discriminación y prejuicio negativo aumenta en este colectivo con el tiempo de estancia en nuestro país. En este grupo, aunque las prácticas culturales referidas a la sociedad de acogida son mayores que las de origen, sus contactos sociales son más frecuentes con inmigrantes de su país que con las personas autóctonas. Respecto a los usos lingüísticos, todos ellos son al menos bilingües con una mayor lealtad lingüística que un uso del castellano.

Otras conclusiones pertenecientes al colectivo inmigrante son que “un grupo o colectivo de riesgo estará constituido por quienes compartan varios de los siguientes factores:

- Que sufran tres o más hechos estresantes en un año.
- Altas experiencias de discriminación.
- Perciban un alto prejuicio negativo hacia sus orígenes por parte de la sociedad de acogida.
- Sufran aislamiento social (tengan poco contacto con las personas autóctonas).
- Opten por rechazar la cultura de acogida o se marginen.
- Compartan valores elevados de poder, es decir, necesidad de dominio sobre los demás” (Darío Páez, Nekane Basabe, *et al.*, 2009, p.157).

Como se puede observar, los africanos subsaharianos cumplen varios de estos factores por lo que se les considera un grupo de riesgo.

La propuesta de mejora que he decidido plasmar es para el tratamiento e interacción de cualquier individuo inmigrante en relación con un profesional sanitario o administrativo. Para evitar cualquier tipo de malentendido, conflicto o desconfianza por parte del paciente subsahariano en este caso, las **principales recomendaciones** son las siguientes:

- Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente extranjero y el profesional sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.
- Identificar con la ayuda del paciente las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a su salud, de manera que el paciente pueda elegir estando totalmente informado de sus opciones.
- Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos.
- Incluir a la familia, cuando corresponda, en el plan de tratamiento para su adhesión al régimen de cuidados y atención prescrito.
- Dar al paciente más tiempo de lo habitual para que asimile la información y medite la toma de una decisión correcta.
- Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente, utilizando un lenguaje sencillo sin tecnicismos.
- Tener en cuenta que la mayoría de los inmigrantes muestran rechazo ante las rutinas hospitalarias respecto a la higiene, visualización del cuerpo y de la intimidad.., ya que tienen un sentido muy acentuado del pudor.
- Facilitar la comunicación intercultural mediante el uso de traductores e intérpretes, materiales o medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa, evitar estereotipos, etc.
- Proporcionar información al paciente sobre el sistema de cuidados sanitarios.
- No es habitual que las personas de origen inmigrante pregunten o expresen abiertamente que no entienden lo que se les está diciendo o preguntando, así que sería aconsejable verificar mediante preguntas indirectas, utilización de la narrativa como explicación de conceptos,... que han comprendido el contenido de lo que se les pretende decir.

- Relativamente al tema de la educación sexual y la planificación familiar, hay que tener presente que en entornos como el magrebí, el subsahariano o chino, la sexualidad es un tema tabú.

Para evitar que surjan los problemas mencionados anteriormente, el **Servicio de Apoyo a la Mediación Intercultural (SAMI)** de la Fundación ADUNARE recomienda las siguientes acciones para llegar a obtener una óptima relación profesional sanitario-paciente subsahariano:

- Demostrar una consideración a la medicina tradicional y a sus actores (curanderos, parteras, etc.).
- Siempre que se pregunte por los antecedentes médicos del paciente, hacer alusión a esta medicina tradicional y a sus actores.
- Interesarse por su dieta alimenticia, ya que puede ser la habitual en su país.
- Demostrar interés y respeto por sus cánones de estética, creencias..
- Hacer entender a estos pacientes en qué consiste un médico de familia y la disponibilidad que se le ofrece de volver siempre que sea necesario para hablar con su médico. Para los subsaharianos sintonizar con sus profesionales sanitarios y considerarlos como personas de confianza es muy importante.
- La seguridad que transmita el médico es determinante para el paciente subsahariano, por lo que es necesario transmitir a éstos que han de confiar en el tratamiento y que dicho tratamiento es el adecuado para tratar su dolencia y/o enfermedad.

5. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Libros:

- Cea D´Ancona, M^aA., *Metodología cuantitativa Estrategias y técnicas de investigación social*, Síntesis, S.A., Madrid, (1998), pp.43-47
- Comité Consultivo de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial, *Inmigración y salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006, pp.11-14.
- Darío Páez, Nekane Basabe, Xabier Aierdi y Amaia Jiménez-Aristizabal, *Salud e Inmigración*, Ikuspegi, Zarautz (Guipúzcoa), 2009.
- Francisco Javier Moreno Fuentes y María Bruquetas Callejo, *Inmigración y Estado de Bienestar en España*, Obra Social "La Caixa", Barcelona, 2011, pp.24-37.
- Fundación ADUNARE, *Factores culturales que influyen en la atención primaria a los usuarios de origen extranjero*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2005, pp.109-147.
- Fundación ADUNARE, *Factores culturales que influyen en la atención especializada a los usuarios de origen extranjero*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2007, pp.162-238.
- Fundación ADUNARE, *Factores culturales que influyen en la intervención social con los usuarios de origen extranjero*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2006, pp.162-215.

- Fundación ADUNARE, *Las claves culturales que influyen en la atención sanitaria a las personas de origen extranjero y técnicas para abordarlas con éxito*, U.E. Fondo Social Europeo, Ministerio de Trabajo e Inmigración y Gobierno de Aragón, Zaragoza, 2009, pp.4-31/pp.57-142.
- L. Cachón, L. Olivari, (2005). *Inmigración y Sensibilización. Síntesis del Seminario sobre Inmigración, participación y sensibilización dentro de las "Jornadas de reflexión sobre el Plan Estratégico de Integración de los Inmigrantes"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- María Cristina Álvarez Degregori, Vicenç Cararach, Josep María Royo, et al., *Derecho a la salud en África*, Farmacéuticos Mundi y medicusmundi Catalunya, Barcelona, 2011, pp.10-11/p.18.
- P. Baptista *et al.*, *Metodología de la investigación*, Mc Graw Hill, México, 2006, p.34.
- Ramón Areces Barón y Donald Byrne, *Psicología Social*, Prentice-Hall Iberia, Madrid, 1998, pp.122-158.
- Romina Laura Caldera, *La representación de la inmigración como problema social*, UBA-Facultad de Ciencias Sociales, Barcelona, 2006, p.32.
- Ruiz Olabuénaga, J.I., *Metodología de la investigación cualitativa*, Universidad de Deusto, Bilbao, (2003).

Artículos de revistas:

- Albert Mora Castro, "La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación socio-sanitaria e intervención psico-social", *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, 12 (2005), p.5.

- G. Pardo Moreno *et al.*, "Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos.", *Medicina General y de Familia*, 100(2007), pp. 680-684.
- G. Pardo Moreno *et al.*, "Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África Subsahariana I", *SEMERGEN*, 32(2010), pp.484-489.
- José Félix Tezanos, "Nuevas tendencias migratorias y sus efectos sociales y culturales en los países de recepción. Doce tesis sobre inmigración y exclusión social", *Reis*, 117/07, pp.11-34.
- Juan L. Uría Serrano, "La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria", *Cuadernos de Ciencias de la Salud*, 10 (2009), pp.165-182.
- Nicole Aerny Perreten *et al.*, "La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Aragón", *Gaceta Sanitaria*, 24(2010), pp.136-144.
- Victoria Fumadó, "Informe AMREF sobre la Salud en África", *Memorias anuales de AMREF Flying Doctors*, 1 (2009), pp.10-11.
- W. Ben Cheikh *et al.*, "Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007)", *Gaceta Sanitaria*, 25(2011), pp.314-321.

Documentos de archivos:

- Berta Mendiguren de la Vega y Ngoko-Zenguet, "Capítulo 3: Salud, enfermedad y sistemas sanitarios y de protección social en África", en Antonio Estella de Noriega y Josefa Calero Serrano (coord.), *Ideas sobre África. Desarrollo económico, seguridad alimentaria, salud humana y cooperación española al desarrollo*, Fundación IDEAS, Madrid, 2011, pp.177-218.

- Carmen Gallego Ranedo, "Espacio, discurso y memoria de los procesos migratorios en Aragón", en Joan Josep Pujadas Muñoz (dir.), *La inmigración africana en Zaragoza*, Departamento de Antropología Social y Filosofía, Tarragona, 2001, p.467.
- Elena Gaviria Stewart, "Altruismo y conducta de ayuda", en José F. Morales Domínguez y Carmen Huici Casal (coord.), *Psicología Social*, McGraw-Hill/Interamericana, Madrid, 2001, pp.85-98.
- Estanis Alonso Mayo, Francisco Collazos Sánchez, *et al.*, "Salud e inmigración desde la perspectiva de los africanos subsaharianos", en Miguel Casas (coord.), *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*, Fundación "La Caixa", Barcelona, 2009, pp.342-354.
- Gladys Mattieu y Paloma Portero, "Actitudes y valoraciones del sistema sanitario español", en Godoy & Asociados (dir.), *Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios nº91*, Instituto de Salud Pública y Consejería de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005, pp.39-51.
- Gobierno de Aragón (2007). Plan Integral para la convivencia intercultural en Aragón 2008-2011. Consultado en 31, 2011 en <http://aragonparticipa.aragon.es/dmdocuments/Planintegralinmigracionaragon.pdf>.
- Javier García Campayo y José Luis Martincano Gómez, "Alternativas de adaptación del inmigrante a la cultura mayoritaria del país anfitrión", en Víctor Manuel González Rodríguez (coord.), *Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante*, International Marketing & Communications, Madrid, 2007, p.11.

- María Jesús Barberá Gracia *et al.*, "La salud de la mujer del África subsahariana", en Ernesto Fabre González (coord.), *Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria*, Saatchi & Saatchi Healthcare, Zaragoza, 2010, p.26.
- María Jesús Barberá Gracia *et al.*, "Mutilación Genital Femenina", en Ernesto Fabre González (coord.), *Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria*, Saatchi & Saatchi Healthcare, Zaragoza, 2010, p.149.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011). Afiliados ocupados a la Seguridad Social. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Mónica Mullor, "Capítulo III: Vulnerabilidad y exclusión entre los inmigrantes subsaharianos", en Kayamba Tshitshi Ndouba (coord.), *Inmigrantes subsaharianos. Una aproximación a las claves de la exclusión*, Asociación Círculo Africano y ONGD África Activa, Madrid, 2011, p.46.
- Pablo Eduardo García García, "Parte II: Trayectoria y vida en España. Acceso a la asistencia sanitaria.", en Jorge Manuel González López y Concha Miquis Moreno (coord.), *Estudio sobre población subsahariana llegada a las costas españolas 2007-2009*, Accem, Barcelona, 2010, p.104.
- R. González Corrales *et al.*, "Depresión e inmigración", en R. González Corrales (coord.), *Cuadernos de actualización para médicos de atención primaria*, Grupo Saned, Madrid, 2007, pp.6-8/p.13.

WEBGRAFÍA:

- A partir de: AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA. "Cifras de la Ciudad" [http://www.zaragoza.es/ciudad/estadistica/menuTablasMunicipales_Cifras] (Última visita 4 de mayo 2011).
- A partir de: AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA. "Cifras de la Ciudad" [http://www.zaragoza.es/ciudad/estadistica/menuTablasMunicipales_Cifras] (Última visita 4 de mayo 2011).
- A partir de: DIARIO INFORMACIÓN. "Caldera considera que la inmigración es positiva para España" [<http://www.diarioinformacion.com/nacional/2166/caldera-considera-inmigracion-positivaspana/671127.html>] (Última visita 4 de mayo 2011).
- A partir de: MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. "Estadísticas: Inmigración e Migración" [http://www.mtin.es/es/estadisticas/Inmigracion_emigracion/index.htm] (Última visita 4 de mayo 2011).

6. ÍNDICES Y ANEXOS

6.1. SERVICIO DE APOYO A LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

He querido poner como principal anexo la descripción de lo que es concretamente este servicio. El **servicio de apoyo a la mediación intercultural** tiene como finalidad: facilitar el conocimiento sobre los distintos tipos y corrientes migratorias, así como sus causas, con el objetivo de tomar conciencia de ese mundo diferente y actuar de forma responsable ante esa realidad; observar y conocer la evolución que ha tenido la inmigración a lo largo de la historia; potenciar la diversidad cultural y el descubrimiento de otros valores culturales; saber los rasgos principales que envuelven a los colectivos de población inmigrante en España; proporcionar unos conocimientos básicos como metodología de intervención con la población extranjera para ayudar en las prácticas profesionales; y finalmente, aproximar el significado de Convivencia Intercultural. El contenido de este servicio presenta:

1. Las migraciones. Concepto y evolución; Tipos y corrientes migratorias; Tipologías y causas.
2. La población inmigrante en España. Inmigrantes magrebíes; Inmigrantes subsaharianos; Inmigrantes latinoamericanos; Inmigrantes asiáticos; Inmigrantes del este de Europa.
3. Conceptos básicos en materia de inmigración. Definiciones; Situación administrativa; Aspectos psicológicos, sociales y culturales.
4. Convivencia intercultural. Introducción; Elementos y principios; Metodología; El reto de la convivencia intercultural.

5. El educador. Características del perfil de los educadores; Ámbitos de intervención y funciones; Conceptos y modelos de integración; Educación intercultural/multicultural; Contacto y trabajo con personas inmigrantes.
6. Mediación social intercultural y formas de intervención; Concepto de mediación; Comunicación y conflicto; Objetivos, principios, utilidad y beneficios de la mediación intercultural; El perfil de la persona mediadora; Modelos de intervención; Estrategias y técnicas de intervención; El trabajo en equipo multidisciplinar en la mediación intercultural.
7. Ámbitos de actuación. Ámbito educativo; Ámbito sanitario; Ámbito familiar; Ámbito comunitario; Ámbito jurídico; Ámbito laboral; Mujer e inmigración.
8. Políticas de la Administración central en materia de inmigración.

Se puede observar cómo la mayoría de los contenidos que enseña y proporciona el Servicio de Apoyo a la Mediación Intercultural están relacionados con la temática que voy a investigar, por lo que se demuestra que este recurso es imprescindible y fundamental para evitar cualquier dificultad u obstáculo en el trato y comunicación con las personas inmigrantes.

6.2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ✓ **Competencia intercultural o cultural** es la capacidad de reconocer las diferencias culturales en vez de juzgar a otra cultura con las normas de la propia.
- ✓ **Congruencia o consistencia cultural** define el grado de adecuación del estilo de vida de un individuo a su cultura tradicional adquirida por enculturación (proceso individual de aprendizaje de valores y pautas de conducta del grupo al que se pertenece). Los aspectos que se estudian para determinar la consistencia cultural incluyen patrones sociales, culturales, étnicos, religiosos, idiomáticos y grado de identificación con la etnia anfitriona (aculturación).
- ✓ **Enfermedad:** se considera que toda enfermedad supone un freno al desarrollo al atentar contra las capacidades y oportunidades de las personas, familias, comunidades y/o naciones, actuando como una potente fuente de privaciones, privaciones que al aumentar incrementan la vulnerabilidad de dichos colectivos favoreciendo comportamientos y contextos de riesgo.
- ✓ **Hipocresía** es mostrar públicamente algunas actitudes o comportamientos pero luego actuar de una manera inconsistente con estas actitudes o comportamientos.
- ✓ **Inmigración** es objeto de análisis dentro del sector sanitario desde el punto de vista epidemiológico en relación con diferencias de morbilidad o mortalidad, desde el punto de vista del impacto en la demanda o de la utilización de los servicios correspondiente a este nuevo colectivo.

- ✓ **Intolerancia** es la falta de respeto que una persona o grupo muestra hacia las prácticas o las creencias diferentes a las propias. Esto significa que determinadas personas son excluidas o rechazadas debido a sus creencias religiosas, orientación sexual o incluso por su forma de vestir o su estilo de peinado.

- ✓ **Minoría:** Colectivo de gente que tienen unas características propias, las cuales los definen como diferentes a la gran mayoría. Estas características son:
 - Comparten aspectos físicos
 - Comparten aspectos religiosos
 - Comparten un estilo de vida
 - Son individuos que pueden pertenecer a distintas clases sociales
 - Tienen una sensación de marginación
 - Pero el mejor aspecto que los define es que tienen consciencia de su existencia como grupo separado

- ✓ **Persuasión** es el esfuerzo para cambiar las actitudes de los otros a través del uso de diferentes tipos de mensaje. Quienes parecen conocer de lo que están hablando o son expertos con respecto a los temas que están presentando llegan a ser mas persuasivos que los inexpertos (a estos se les llaman comunicadores que son creíbles). La fuente de la credibilidad es de hecho un factor importante en la persuasión. Los mensajes que no parecen estar diseñados para cambiar nuestras actitudes son a menudo más efectivos en este sentido que aquellos que parecen intentar alcanzar esta meta.

- ✓ **Salud** es un estado de equilibrio social y religioso en la comunidad y de bonanza en general, que alcanza su máximo estado de satisfacción individual con la procreación y la familia.

- ✓ **Sensibilidad cultural o intercultural** se expresa cuando se conocen las normas de otras culturas ajenas a la propia y se respetan. No necesariamente lleva implícito que gusten o se esté de acuerdo con ellas.

- ✓ **Vulnerabilidad**: se trata de un concepto social que alude a las situaciones de extrema exclusión social e indefensión en que algunos inmigrantes se encuentran, sin acceso normalizado a un alojamiento, medio de subsistencia, asistencia social y ejercicio de derechos básicos.

- ✓ **Xenofobia** es una palabra procedente del griego que significa miedo a los extranjeros y que es un claro ejemplo del círculo vicioso tengo miedo de aquellos que son diferentes porque no los conozco y no los conozco porque tengo miedo. Al igual que la discriminación o el racismo, la xenofobia se alimenta de estereotipos y prejuicios, pero tiene su origen en la inseguridad y el miedo que proyectamos en el otro. Este miedo se traduce a menudo en rechazo, hostilidad o violencia contra personas de otros países o que pertenecen a un *grupo minoritario*.

6.3. DIEZ TIPOS MOTIVACIONALES BÁSICOS Y SU AGRUPACIÓN EN LOS OBJETIVOS GENERALES EN LA “ESCALA DE VALORES SEGÚN EL MODELO DE SCHWARTZ”

AUTOTRASCENDENCIA

- **Universalismo:** piensa que es importante que a todos los individuos del mundo se les trate con igualdad. Cree que todos deberían tener las mismas oportunidades en la vida. Le parece importante escuchar a las personas que son distintas a él. Incluso cuando está en desacuerdo con ellas, todavía desea entenderlas.
- **Benevolencia:** lo importante es ayudar a la gente que le rodea. Se preocupa por su bienestar, y es muy importante para él ser leal a sus amigos por ello se entrega totalmente a las personas cercanas a él.

CONSERVACIÓN

- **Conformidad:** se comporta siempre correctamente, y procura evitar hacer cualquier cosa que la gente juzgue incorrecta.
- **Seguridad:** le importa vivir en lugares seguros evitando cualquier cosa que pudiera poner en peligro su seguridad. Le importa la seguridad de su país y piensa que el Estado debe mantenerse alerta ante las amenazas internas y externas.
- **Tradicición:** cree que es mejor hacer las cosas de forma tradicional y conservar las costumbres que ha aprendido.

APERTURA A LA EXPERIENCIA

- Autodirección: tener ideas nuevas y ser creativo haciendo las cosas de manera propia y original. Toma sus propias decisiones acerca de lo que hace, y le gusta tener la libertad de planear y elegir por sí mismo.
- Estimulación: hace muchas cosas diferentes en la vida siempre buscando experimentar cosas nuevas.

PROMOCIÓN DEL YO

- Logro: muestra sus habilidades queriendo que la gente le admire por lo que hace.
- Hedonismo: busca cualquier oportunidad para divertirse siendo importante hacer cosas que le resulten placenteras.
- Poder: manda y dice a los demás lo que tienen que hacer deseando que las personas hagan lo que él les dice. Para él es importante ser rico y aspira a tener mucho dinero y cosas extravagantes.

"LA ESCALA DE FAMILISMO SEGÚN EL MODELO DE SCHWARTZ"

- Asistencia: hace sacrificios por su familia ayudando a sus padres, abuelos, primos.... Es importante tener a sus padres viviendo con él cuando sean mayores.
- Obediencia y Jerarquía: respeta y valora a los mayores y ancianos tal y como les han enseñado sus padres. Le dan mucha importancia a las costumbres y tradiciones de sus antepasados.
- Vinculación: es importante para él pasar tiempo junto a sus familiares.

6.4. FORMAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ACULTURATIVO

1. Instrumental: concertar los esfuerzos en hacer algo, intentar luchar contra el problema.
 2. Evitación: ocultar a los demás lo mal que le van las cosas.
 3. Distracción: buscar distraerse con otras cosas.
 4. Reestructuración o reevaluación cognitiva: aprender algo de la experiencia, crecer o mejorar como persona.
-
5. Rumiación: dar vueltas a la cabeza en lo que hará o dirá.
 6. Aceptación desesperanzada, fatalismo: admitir no ser capaz de hacer nada y dejar de intentar resolver el problema.
 7. Abandono del contacto social, aislamiento social: evitar estar con la gente en general.
 8. Búsqueda de apoyo social: tratar de obtener apoyo afectivo de los amigos. Buscar simpatía y comprensión.
 9. Regulación y descarga emocional: expresar y dejar descargar los sentimientos y emociones.
-
10. Regulación afectiva y reducir tensión: intentar reducir la tensión mediante la bebida, comida, toma de medicamentos o drogas, o durmiendo más de lo habitual.
 11. Búsqueda de información: informarse sobre el problema para superarlo mejor.
 12. Confrontación o expresión del enojo: manifestar el enfado a las personas responsables del problema.
 13. Afrontamiento colectivo: implicarse en actividades políticas y sociales relacionadas con el problema.
 14. Rezar: rezar más de lo habitual.

6.5. ENTREVISTA CON EL USUARIO REPRESENTANTE DE LA POBLACION SUBSAHARIANA EN ARAGÓN

Nacionalidad:

Tiempo de permanencia en España:

Migración indirecta/directa:

1. ¿Cuál suele ser la situación legal durante los primeros años de residencia en España?

- Con permiso de permanencia
- Sin permiso de permanencia
- Nacionalizado

2. ¿Cuál de estas situaciones laborales es la que más predomina en su colectivo inmigrante (con referencia a los individuos adultos comprendidos entre las edades de 25 a 40 años)?

- Ocupación activa, que trabaja
- Ama de casa
- Estudiante
- Paro
- Jubilado, pensionista..

3. En lo referente a las experiencias vividas durante el último año, ¿ha tenido problemas, dificultades y/u obstáculos en alguno de estos casos?

- a) Tramitar documentación para la residencia en España (permiso, nacionalidad, etc.)

- b) Tramitar, legalizar sus papeles de estudio, trabajo, licencia para conducir...
- c) Obtener asistencia médica
- d) Obtener asistencia social
- e) Conseguir el trabajo que realmente quieres
- f) Obtener /alquilar una vivienda
- g) Conseguir información o asistencia en los organismos oficiales públicos como el ambulatorio, los juzgados, el INEM, ayuntamiento..

4. Pensando en el problema más importante e influyente en tu vida que ha tenido en los últimos años, ¿puede seleccionarlo con alguno de los situaciones y/o elementos característicos personales que menciono a continuación?

- El empleo o situación laboral
- La regularización de su situación administrativa, relacionado con los papeles
- Racismo, xenofobia, discriminación y/o prejuicios
- Dificultades culturales concretamente sobre los diferentes puntos de ver las cosas
- Problemas personales relacionados con la calidad de vida respecto a su salud

5. En una escala del 1 al 6 (siendo 1.nunca 2.alguna vez 3.algunas veces 4.muchas veces 5.casi siempre y 6.siempre) basada en las prioridades y motivaciones en su vida, intenta especificar en que medida son importantes para usted:

- a) Hacer sacrificios por su familia
- b) Ayudar a su familia: padres, abuelos, primos...

- c) Tener a sus padres viviendo con usted cuando sean mayores
- d) Respetar y valorar a los mayores y ancianos
- e) Que los padres enseñen a sus hijos a respetar a los mayores
- f) Mantener las costumbres y las tradiciones de sus antepasados
- g) Pasar tiempo junto a sus familiares

6. Con su experiencia personal, opiniones y perspectivas de la vida en general, ¿diría que se puede confiar en la mayoría de la gente, o por el contrario que nunca se es lo bastante prudente cuando tratas con los demás?

7. Durante su estancia en Aragón, ¿en que medida se ha visto apoyado con sus problemas (Nada/Normalmente/Mucho)

- a) Por gente de su país que también vive aquí
- b) Por gente de otros países que viven aquí
- c) Por gente española

8. En los siguientes aspectos que le menciono, ¿Qué preferiría: mantener las costumbres de su país de origen o adoptar y desarrollar las costumbres de este país?:

- 1) El empleo laboral (tipo de trabajos, ritmos, horarios..)
- 2) La familia (relaciones con la pareja, forma de educar a los hijos..)
- 3) Las amistades (forma de relacionarse con los demás, el valor de la amistad..)
- 4) Creencias y costumbres religiosas y/o culturales

- 5) En el sistema de bienestar social (acceso a la asistencia sanitaria, educación y la vivienda)
- 6) En el sistema político y de gobierno (forma de elección del gobierno, distribución de la riqueza y el poder)

9. Durante su estancia en Aragón,

- 9.1 ¿Con que frecuencia se le ha hecho notar que es usted una amenaza económica para los españoles (quitar puestos de trabajo, aprovecharse de las ayudas y prestaciones sociales, etc)?
- 9.2 ¿Se ha sentido discriminado, ha percibido expresiones negativas y/o actitudes de rechazo por su aspecto físico, es decir, por su etnia, por parte de la sociedad española?

10. ¿Cómo expresaría usted el trato ofrecido por la población aragonesa en general hacia los inmigrantes de su país?

Respuesta Única

- a) Con amabilidad
- b) Con indiferencia
- c) Con desconfianza
- d) Con desprecio
- e) Con agresividad
- f) Igual que a los autóctonos

11. Y concretamente a usted, ¿cómo diría que le han tratado?

Respuesta Única

- a) Con amabilidad
- b) Con indiferencia
- c) Con desconfianza
- d) Con desprecio
- e) Con agresividad
- f) Igual que a los autóctonos

12. ¿Qué solías hacer en Senegal al tener una enfermedad física y/u orgánica?

- Nada
- Pedir ayuda a la familia
- Emplear medicinas que ya conocía
- Utilizar remedios caseros (hierbas y otros)
- Acudir a un curandero
- Asistir a un centro de salud
- Ir al servicio de urgencias

A través de éste colaborador en la parte de la recogida de datos que elaboré mediante entrevistas hemos podido conocer las experiencias personales y emocionales de los subsaharianos; claro que desde un punto de vista que he tomado como representante y portavoz (las respuestas de un mediador intercultural de nacionalidad senegalesa del SAMI). En todo momento le garantice la confidencialidad de sus respuestas y opiniones que únicamente he utilizado con fines científicos y sociales para ayudar a mejorar y comprender la situación de los inmigrantes subsaharianos.

6.6. ENTREVISTA CON LA PROFESIONAL DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA ARAGONESA

Institución (pública, privada, ONL):

Especialidad:

1. Respecto a los usuarios, ¿Cómo crees que suelen conocer las personas inmigrantes subsaharianas la existencia de los servicios y prestaciones de nuestro sistema sanitario?

- A través de asociaciones, fundaciones y ONG´s
- Informados por la Iglesia
- Por vecinos, familiares asentados en el país,...
- Orientados por organismos públicos del Gobierno

2. ¿Opinas que existen suficientes recursos y prestaciones para atender todas las demandas de los diferentes colectivos inmigrantes relacionadas con la salud?

3. En tu experiencia profesional ¿El idioma, ha sido una barrera de comunicación con algunos usuarios inmigrantes? De entre estos colectivos inmigrantes, ¿Qué tres grupos destacan como principal factor desfavorable la "barrera lingüística"?

- a) Ecuatorianos
- b) Chinos
- c) Marroquíes
- d) Argelinos
- e) Rumanos
- f) Subsaharianos
- g) Argentinos
- h) Pakistani

4. ¿Que forma de adaptación eligen la mayoría de los inmigrantes del colectivo subsahariano a la hora de acceder y usar nuestra sanidad?

- ❖ Integración: es la combinación de elementos sanitarios típicos de la sociedad de origen (en este caso, de la medicina tradicional) y componentes principales de nuestra sociedad de acogida (funcionamiento y productos de las instituciones sanitarias de España).
- ❖ Separación: niegan y se anteponen a nuestro sistema medicinal occidental (biomedicina) sin dar una mínima oportunidad a conocerlo.
- ❖ Asimilación: es la orientación hacia un único uso del sistema sanitario español dejando olvidado cualquier práctica o costumbre saludable típica de su país de origen.
- ❖ Marginación: no tienen preferencia por ninguna de las organizaciones sanitarias, ya sea la nuestra (España) o la de los países subsaharianos.

5. ¿Cuales de estos sujetos apoyan en mayor intensidad a los inmigrantes subsaharianos para que accedan y utilicen los servicios de la salud ofrecidos por el gobierno?

- La familia
- Amigos, relaciones vecinales, etc
- Principales figuras representantes en su cultura de origen (curanderos, chamanes, etc)
- Instituciones públicas y/o privadas del sistema de bienestar social (educación, sanidad, seguridad social, vivienda..)

6. ¿Mediante que vía de información, orientación y tratamiento suelen conocer y usar por primera vez los individuos extranjeros del colectivo africano nuestros servicios de la salud?

- a) Servicio Público Sanitario de Atención Primaria.
- b) Servicio Público Sanitario de Atención Especializada
- c) Servicios de Salud Mental
- d) Urgencias

7. Teniendo en cuenta sus años de experiencia profesional en una institución pública sanitaria, ¿ha vivido situaciones impactantes en las que los pacientes del África SubSahara creen ser discriminados, o percibir actitudes de prejuicio negativo por parte de los profesionales sanitarios de aquí?

8. ¿Cuales de estos factores que obstaculizan y dificultan el acceso de los extranjeros a cualquier tipo de servicio del sistema de salud español crees que son los más influyentes?

- a) Situación administrativa irregular, es decir, no tener papeles
- b) Miedo a la perdida de empleo por el hecho de tener que ausentarse
- c) Desconocimiento de la organización y funcionamiento del sistema de sanidad
- d) No hablar nuestro idioma, el español
- e) Sentirse rechazado por la gente de la sociedad de acogida
- f) Dificultad de la obtención de la tarjeta sanitaria

- g) No estar empadronado en el municipio en el que reside
- h) Creer que los profesionales de la salud españoles no son tolerantes o que no respetan las prácticas saludables de la medicina tradicional

9. Teniendo en cuenta tu trayectoria profesional ¿Consideras que hay diferencias por colectivos según su nacionalidad, su grupo étnico o la religión dominante en el país de origen del inmigrante?

10. ¿Estas de acuerdo en que el acceso de los inmigrantes al sistema de sistema sanitario está condicionado por sus vivencias en el país de origen? (Concepto de salud mental, con la utilización de formas alternativas de salud, con las prestaciones propias del mismo y la facilidad/dificultad de acceso).

11. ¿Consideras que la figura de un traductor o intérprete es imprescindible para mejorar la comunicación? ¿O es más efectivo adaptar los documentos a los distintos idiomas?