

INMIGRACIÓN Y SALUD

Josep Soler Amigó.

Médico nefrólogo. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. CAPS (jsoler@chucm.org)

1 La Salud y la organización social en el país de origen

En el mes de junio de este año tendrá lugar en Accra (Ghana) un congreso para debatir, expertos africanos y occidentales, la presencia de patologías emergentes en África. De la misma manera que la malaria o nuevas formas de tuberculosis y enfermedades tropicales pueden ser patologías emergentes en Europa entre población inmigrante o autóctona, en África las patologías emergentes son la hipertensión, el riesgo cardiovascular, la diabetes tipo II, la nefro-cardio-angioesclerosis y también las enfermedades relacionadas con el desarrollo industrial y con las condiciones de trabajo.

Tan solo reflexionando superficialmente sobre el tema, se nos ocurren varias explicaciones para entender las raíces de esta problemática.

En el tercer mundo se produce un desarrollo económico e industrial irregular y tormentoso. Se producen “milagros” económicos en Corea, China, Malasia, Singapur, donde se trabaja con herramientas ultramodernas que han llegado muy rápidamente a su aplicación práctica –esto es globalización- en unos Estados con mentalidad feudal, sin derechos laborales ni democráticos reales. Quizás la expresión correcta sería Estados sin control social: la sobreexplotación, ya casi olvidada del primer capitalismo industrial de Zola, Dickens o Marx con la tecnología actual. Las tragedias de los pesticidas de Barcelona, multiplicadas por mil entre los habitantes de Bhopal en la India. Y el curso de los hechos, muy parecido.

La resistencia de los responsables a reconocer su responsabilidad, abogados, argucias legales aplicables por tratarse de problemas nuevos, solo parcialmente previstos; y por otro lado, los trabajadores que no ceden en la lucha por el reconocimiento de sus derechos, junto con expertos que estudian e investigan estas nuevas patologías.

Simultáneamente se desarrolla en el tercer mundo una incipiente clase acomodada emergente, con un nivel de vida cien veces superior del resto de la población. Es una clase incipiente, pero que abarca ya a decenas de millones de personas, que también está desarrollando la globalización con las peores formas de bienestar del mundo occidental: tabaco, alcohol, sedentarismo, Mac Donalds.

2- Cuando llegan "los otros"

¿Qué sucede cuando la población proveniente del tercer mundo llega a nuestro país?

En algunos casos se reproduce el mismo modelo de vida y de trabajo. En este mismo mes hemos sabido de un gran local en Mataró, dedicado a la industria textil sumergida, y regentado por orientales, donde trabajaban y vivían hacinadas decenas de personas. Sabemos que, si reproducen el modelo de su país de origen, la explotación máxima recaerá en mujeres y niños, tal como sucedía también en los orígenes del capitalismo industrial.

Su relación con el sistema sanitario actualmente es escasa. Viven en un gueto endogámico y de ellos lo desconocemos casi todo. De momento, no representan ningún problema porque no exigen nada. Su objetivo es pasar desapercibidos. De todas formas están ahí y cada vez son más. Ya no es raro ver grupos de jóvenes orientales paseando y riendo por la calle e incluso sentados en la terraza de un bar a tomar un refresco o una cerveza.

El idioma genera una incomunicación total que parece aceptada por ambas partes. Lo que queda escondido en esta sociedad hermética es lo que nos da más miedo. Y no olvidemos que después del miedo al otro, viene la xenofobia. No sabemos ni entendemos nada. La ignorancia es el miedo. Y estamos atenazados y sin respuestas.

Quizás los filipinos pueden ser el puente. Algunos conocen nuestra lengua, y cultura, y religión. En general, los preferimos a los otros y por esto podemos observarlos en el servicio doméstico y en hostelería. A pesar de todo, nuestra distancia es abismal.

Amin Malouf, en su libro “Identidades asesinas” se limita a no hablar en ningún momento de la identidad oriental. No los conoce. Ignora si es fácil o difícil una relación con ellos. No se atreve a formular nada sobre sus mitos y costumbres. Éste es un reto para el que hoy no tenemos respuesta. Hay pocos “hombres o mujeres frontera” que sirvan de puente y que nos ayuden a introducirnos en su mundo y faciliten el intercambio y la comprensión mutuos. Se trata de una asignatura pendiente de la que no tenemos las materias de las que trata el índice del libro.

Hay gente que opina que el desarrollo, aunque sea en su forma salvaje, es mejor que el hambre. Es posible, pero nuestro objetivo debería ser que unos hechos que se prolongaron por más de cien años en Europa sean superados con celeridad meteórica y de forma más positiva. Nuestros conocimientos actuales deberían hacerlo posible.

Hemos expuesto una forma en la que la población inmigrante reproduce -con ligeros cambios de adaptación- el modelo de su país de origen. De forma semejante ocurre con la población Magrebí y del África negra. El hombre en el trabajo físico en la construcción y la agricultura y la mujer generalmente en el “trabajo del hogar” o en “labores domésticas” en casa de otro.

¿No os suena a música antigua, al “cuento de nunca acabar” o a la “historia interminable” donde se mezcla la explotación capitalista con la colaboración – ¿consciente? ¿inconsciente?, ¿voluntaria o involuntaria? – del hombre?

¿No os suena a “*dejà vu*” de la inmigración en Catalunya de tantos hombres y mujeres del Sur de España en los años cincuenta o de la posterior, por idénticas razones –la pobreza- , de muchos de estos a Alemania?

Yo creo que podemos hacer una aproximación al problema a partir de lo que sabemos y nuestra experiencia-vivencia personal de este ayer, tan reciente, nos puede dar las pautas para aproximarnos y entender que es lo que sucede hoy con el fenómeno de la inmigración.

La inmigración pobre de origen latinoamericano se asimila mucho a la emigración de la España pobre hacia la España rica. Los valores, las costumbres, la religión... tienen

muchos puntos en común. Vienen a trabajar duro y a progresar, el retorno a su país de origen les parece una utopía.

Los que son católicos y practicantes piden una integración en su comunidad parroquial y nadie se atreve a decirles que no... No olvidemos que incluso en determinadas zonas de Catalunya, escasas en sacerdotes, muchos de éstos son latinoamericanos. Su asimilación por la Sanidad pública es rápida y completa. Rápidamente asimilan los circuitos, conocen las prestaciones a las que tienen derecho y se integran socialmente en este u otros aspectos de la vida diaria.

Los magrebíes y los provenientes del África subsahariana creen en el retorno a su país de origen, por lo menos inicialmente.

Por esto, la costumbre de la ablación del clítoris, por ejemplo, es un tema más difícil y complejo de resolver: “Cuando vuelvas a casa, nadie va a querer casarse contigo”. Pero las cosas también están cambiando en los países de origen a pesar de que no queramos verlo.

El gueto se rompe con más frecuencia en el caso de matrimonio entre hombre inmigrante y mujer española. ¿Por qué esta fórmula es más aceptable socialmente? A pesar de todo, se trata de un hombre bastante integrado social y culturalmente en nuestro país y con un trabajo fijo e ingresos aceptables.

Los primogénitos subsaharianos nacidos en España, suelen volver a su país de origen para proseguir el linaje familiar, una vez han acabado los estudios primarios y es una lástima ya que su carácter abierto y emprendedor les facilitaría la integración social.

Cuando se inicia la toma de conciencia de que el retorno no es probable y cuando el número va siendo cada vez más importante, inician la creación de estructuras de relación con el eje de la religión musulmana. Aparecen la carnicería, la tienda de comestibles o de ropa, los locutorios para llamadas telefónicas con la familia, las asociaciones culturales o coránicas y las mezquitas. El gueto se consolida y adquiere forma y consistencia. Los inmigrantes de raza negra no son muy aceptados inicialmente, pero la religión común les sirve de puente; y cuando coinciden en una misma localidad, a menudo comparten servicios comunes.

Su relación con el sistema sanitario es muy compleja. Partimos de un gran número de “ilegales” acogidos en viviendas de familiares o del mismo pueblo de origen. Ocupan las viviendas que el barraquismo residual ha abandonado recientemente o zonas insalubres de los cascos antiguos de las ciudades.

Muchas personas utilizan el mismo nombre y la misma tarjeta sanitaria cuando precisan asistencia médica. La sociedad da una imagen de sociedad machista, patriarcal y religiosa, sin capacidad de evolución.

Como siempre ocurre, de su seno parte su contradicción. La mujer que es vista a veces como más débil y sumisa, posee una curiosidad natural y unas ganas de conocer imposibles de saturar. Observa desde la mañana en que acompaña a los niños a la escuela, después va a la compra y si inicialmente mostraba una observación discreta y a distancia ahora ya no vuelve sola a casa. Hace parte de su camino con otras mujeres, también las observa, pero después conversa con ellas. La solidaridad entre mujeres, a

pesar de los recelos, funciona. Sus hijos van a la misma escuela, juegan al balón en el recreo, incluso son amigos. Las mujeres y los niños pueden relacionarse. Los hombres raras veces lo harán fuera de las horas de trabajo. Incluso ahí, el diálogo es superficial y sin ningún interés en el conocimiento del otro.

Cuando el niño vuelve de la escuela o el hombre finaliza su jornada laboral, se cierra la puerta y todos quedan encerrados dentro.

Parece que lo único interesante para “nosotros, los autóctonos” del “otro” sea la cocina. Es lo primero que conocemos y nos parece muy atractiva. Hemos aceptado las pizzas italianas desde hace más de cuarenta años, la comida china desde hace treinta y el falafel, las tortitas y los burritos y el cus-cus desde hace menos de diez. Quizás por esto se empieza, pero es claramente insuficiente.

La inmigración se está convirtiendo en el caballo de batalla de las campañas electorales y en múltiples campañas demagógicas que crean “alarma social” partiendo de conflictos –inexistentes o no- siempre basados en el desconocimiento mutuo. El desconocimiento crea el miedo. Esto es tan válido frente a la incertidumbre del diagnóstico de una enfermedad potencialmente grave, (Doctor, ¿tendré cáncer?), como en relación a un “otro” que viene hacia mi por la misma acera y no hay nadie más por la calle. (¿Me querrá robar?).

No vamos hablar de la política de emigración de este u otros Gobiernos. Podríamos resumir que se trata de un conjunto de barreras cada vez más complejas como inoperantes, que sirven igual que poner puertas al aire que insistentemente se cuele por cualquier rendija. No hay políticas de acogida sistemáticas. Cada Ayuntamiento o Autonomía hace -o no- lo mejor que sabe y puede. Esto sí, dedicando cantidades miserables para un conjunto de ciudadanos nuestros que ya constituyen más del 5% de nuestra población.

3- ¿Qué hacer en el ámbito sanitario?

El desconocimiento mutuo causa en el área sanitaria que el sistema de salud sea injusto. No puede existir equidad cuando, tanto el que presta el servicio como el que lo recibe, desconoce al “otro” y no puede producirse el diálogo básico que todos sabemos imprescindible, entre sanitario y enfermo. La información debe ser bidireccional para que se pueda llamar comunicación.

En los locales privados de uso público existe el “reservado el derecho de admisión”. En nuestro sistema sanitario no existe esta “reserva”. En Catalunya viven unas 50.000 personas inmigrantes “sin papeles”, con tarjeta Sanitaria y, por tanto, con acceso directo al Servei Català de Salut.

El Sistema de Salud es más universal que el de Enseñanza. Un niño –inmigrante o no- puede estar jugando por la calle sin ir a la Escuela; pero, si enferma, irá al médico.

El paciente que recibe un servicio debe conocer las características de este servicio y de las personas que lo imparten. Esto incluye 1-Organigrama a nivel local, personalizado, 2- Circuitos y procesos de la atención sanitaria, 3- Objetivos y funciones de cada sanitario.

El sanitario que presta el servicio debe conocer los datos básicos del “otro”: Concepción Antropológica, conceptos sobre su propio cuerpo, sobre salud y enfermedad, envejecimiento, organización familiar y social, costumbres, tabúes y religión. También debe disponer del material adecuado en forma de vocabulario básico, esquemas y dibujos relacionados con signos y síntomas.

El paciente tampoco conoce como ni quien es el “otro” – ahora el “otro” somos nosotros, - valores, hábitos, costumbres, normas jurídicas y no jurídicas básicas e imprescindibles y algunas irrenunciables para nuestra convivencia en su-nuestro país de origen –llegada.

Sin estos elementos mínimos, creo que no puede hablarse de un acto sanitario y sin estos elementos no puede producirse un futuro mestizaje. Nuestra “Feria de Abril” ya no es andaluza, sino catalana, y el carnaval o la fiesta de los Reyes Magos ya es de todos y la fiesta del fin del Ramadán puede ser también, en parte, también de todos.

Sin todos estos apartados, la relación establecida, tendría un alto contenido paternalista. Se resolverían algunos problemas de convivencia, pero se mantendría una relación asimétrica de dependencia de superior e inferior que imposibilita una real comunicación.

Debemos desarrollar una propuesta integral de acogida a la población inmigrante dentro de la esfera sanitaria. Esta propuesta es necesaria y posible.

Hemos argumentado que es **necesaria** para mejorar la cohesión social, evitar la demagogia y facilitar la integración social a través de un acto sanitario realizado con equidad.

Esta propuesta es **posible**, porque hay profesionales de la Antropología capaces de explicar a “unos” y a “otros” como es el “otro”. Estos profesionales pueden ejercer de “timoneles” que reafirman si nuestro “rumbo” es el correcto, nos avisa de los escollos y las corrientes con los que nos iremos encontrando. Son una garantía imprescindible, pero no saben técnicamente nada sobre Salud y Enfermedad, sino es en calidad de usuarios.

Los Sanitarios poseen el otro componente de la información. Saben lo que tienen que hacer a través de su práctica diaria.

Además, algunos sanitarios han manifestado su interés por conocer al “otro” y desarrollar así, de forma más eficaz, su tarea asistencial.

El Hospital de Mataró, el Centro de Atención a la Mujer en Badalona, un grupo de trabajo creado por generación espontánea en el *Col·legi de Metges* de Barcelona, y ahora ya apoyado por su Junta, y tantas y tanta otras experiencias dispersas e incompletas por toda nuestra geografía.

Paralelamente, van formándose y enraizándose en nuestro tejido social, asociaciones de inmigrantes con vocación de autoayuda, pero también de apertura y divulgación en convivencia de su diferencia.

No debemos olvidar el imprescindible papel de los Trabajadores Sociales que aportan una visión de síntesis muy certera entre antropólogos, sanitarios e inmigrantes. Conocen

profundamente el alma humana, las relaciones sociales, y tienen los pies en el suelo con una gran dosis de realismo, muy lejano al idealismo y a la utopía porque conocen a fondo los recursos disponibles que ha facilitado la Administración. A pesar de todo, muchas veces también saben hacer “milagros” sacando recurso de debajo las piedras.

El quinto grupo profesional imprescindible en esta tarea es el de los evaluadores. De acuerdo con todos los demás, fijarán los indicadores y los objetivos de mejora. Cuanto más objetiva es la evaluación de los resultados, mejor podemos dirigir el plan a seguir a través de una Auditoria interna (mejoras o pérdidas que perciben los trabajadores sanitarios) y una Auditoria Externa (cambios que percibe la Sociedad como resultado de la acción).

Es posible unir estos grupos humanos en torno a un proyecto concreto a realizar en un Hospital de Zona junto con los Centros de Asistencia Primaria relacionados con él que sirva de “patrón” y banco inicial de experiencias para generar su extensión a todo el país.

Se debe tratar de un grupo de trabajo que permanezca en el tiempo, acumule experiencia y se relacione y esté a disposición de los que en el ámbito sanitario u otros (¿Enseñanza?) puedan tener interés en trabajar en este sentido.

Las herramientas de comunicación existentes en el día de hoy, hacen que todo este montaje no se convierta en una utopía.

Para finalizar, y resumiendo, no olvidemos que la Emigración es un tema que debe trabajarse de forma imprescindible para garantizar un futuro de convivencia en equidad y respeto a los derechos humanos y que poseemos los elementos humanos que hacen posible acciones en este sentido y, en concreto, en el área de la Salud.