



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

**BARRERAS LINGÜÍSTICAS Y SOCIOCULTURALES EN LA ATENCION  
SANITARIA AL INMIGRANTE HISPANOAMERICANO EN  
SALAMANCA**

**Autor:** José Carlos Palomino Vergara

**Directores:** Bertha M. Gutiérrez Rodilla

Jesús M<sup>a</sup> Aparicio Gervás

**Salamanca 2015**



Deseo hacer constar mi agradecimiento en la realización de este trabajo a:

Bertha Gutiérrez Rodilla, por su paciencia y por aquellos silencios cargados de velado reproche que me han servido de motivación continua.

Jesús Aparicio Gervás, por creer en mí, por su entusiasmo y elegancia para corregir mis errores.

Cristian Giadach Vargas, por el apoyo en la imagen y obtención de resultados y despertar de forma constante mi pensamiento crítico.

Alfonso López, por su apoyo moral y, sobre todo, sus sabios consejos para optimizar el tiempo dedicado a este trabajo.



Hubo un día lejano que empecé un sueño que sin vuestro apoyo y comprensión no hubiera sido posible; nos alejamos físicamente pero en espíritu seguimos unidos; y, sin ser consciente, me convertí en lo que se habla en esta tesis: un “inmigrante de elite”, muy distinto estatus al que hoy abunda en este mundo globalizado de la inmigración por razones económicas.

Pagamos un alto precio en este camino, fue necesario para crecer como persona y profesionalmente, no os tuve cerca ni en lo bueno ni en lo malo, pero vuestro ejemplo, vuestro espíritu de lucha, los valores adquiridos en mi infancia y juventud fueron el estímulo constante para seguir adelante.

Ya no os tengo conmigo, pero en mi pensamiento os tengo siempre presentes: a vosotros “Dora y Marcos” ( mis padres) ¡GRACIAS!



## Índice

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	9
2. MARCO TEÓRICO .....	17
2.1 La Medicina Precolombina .....	19
2.1.1 Fuentes para el estudio de la medicina precolombina .....	20
2.1.2 Nosología precolombina .....	26
2.2 Evolución de la inmigración en España .....	28
2.2.1 Primera etapa (1985-1999) .....	30
2.2.2 Segunda etapa (2000-2008) .....	31
2.2.3 Tercera etapa (2009-2014) .....	35
2.3 Salud e inmigración .....	47
2.4 Consideraciones éticas en la atención sanitaria al inmigrante ...	58
2.4.1 La inmigración vista, no como enriquecimiento entre culturas, sino como problema social que resolver .....	59
2.4.2 Bioética e inmigración .....	62
3. MÉTODO DE TRABAJO .....	69
3.1 La investigación cuantitativa: Recursos metodológicos y técnicas de investigación empleadas .....	71
3.2 La investigación cualitativa .....	74
3.2.1 El método etnográfico .....	77
3.2.2 Técnicas de investigación empleadas .....	81
3.3 Temporalización .....	88
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	89
4.1 Desde la perspectiva cuantitativa .....	90
4.2 Desde la perspectiva cualitativa .....	132
5. CONCLUSIONES .....	139
6. BIBLIOGRAFÍA .....	143
7. ANEXO: ENCUESTA .....	159



# **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**



“Partieron un día de la tierra amada  
buscando un terruño en donde vivir.  
Buscando una casa para el primer hijo,  
buscando un lugar donde ser feliz"..."

(Fragmento del poema "Inmigrantes" de Roberto Antonio Druetta)

La inmigración es una realidad fundamental en la sociedad española de nuestro tiempo, desde que se iniciara el fenómeno inmigratorio a finales del siglo pasado y se haya ido consolidando a principios de este nuevo siglo XXI. Las mejoras económicas y sociales experimentadas en España en la segunda mitad del siglo XX han hecho que se consigan logros importantes en el estado de bienestar social. Eso ha contribuido a convertirla en un país de acogida, permitiendo la llegada de personas, no solo del espacio Europeo, sino de otros continentes como África, América (principalmente del sector de la población hispanohablante) y Asia, que ven en nuestro país un lugar donde mejorar sus condiciones de vida. Esto ha provocado que la sociedad española adopte en la actualidad nuevas concepciones y modelos de actuación social, que favorezcan el proceso de integración y asimilación de esta “nueva” y heterogénea sociedad del siglo XXI. Esta situación pasa a ser un reto de un valor humano, social y cultural importante, con el fin de afrontar de la mejor manera posible la adaptación y asimilación de los inmigrantes en el ámbito de todos los aspectos de la sociedad española.

El tema que nos ocupa afecta de forma directa a las personas -en este caso, los profesionales de la salud- que tomen contacto con la población inmigrante. De la interrelación positiva que se produzca entre ellos dependerá en buena

medida la mejor integración de aquéllos. La reflexión sobre conceptos como *multiculturalismo, integración, asimilación, gueto, convivencia* o *hasta dónde permitir la diferencia*, ayudará a los profesionales sanitarios a entender mejor al inmigrante. Y el conocimiento de los *mediadores culturales* facilitará de forma notable la comunicación como un camino a la empatía, para poder realizar una correcta praxis médica.

Esto que señalamos es de lo que nos ocupamos en la presente tesis doctoral, que se plantea como una continuación de la memoria de grado que presentamos en su momento. Las preguntas que nos hacíamos entonces como punto de partida, tratamos de contestarlas ahora con mayor profundidad. La finalidad de aquel y de este trabajo es procurar un mejor conocimiento de los problemas de salud, vistos desde la óptica de la comunicación y la satisfacción por la prestación sanitaria recibida por parte del colectivo hispanoamericano en nuestro entorno. De este modo pretendemos iniciar y afianzar líneas de trabajo y de pensamiento que permitan la aplicación de paradigmas de intervención social, que faciliten el proceso de convivencia entre culturas heterogéneas, y en especial, aquellos que afecten a las personas hispanohablantes.

La existencia de dos factores comunes tan importantes como el idioma y la religión entre los españoles y los hispanoamericanos, como resultado de los siglos de presencia de España en la América Hispana hace pensar *a priori* que la integración de este colectivo debería ser poco traumática y, sobre todo en lo sanitario, más ágil. Sin embargo, la experiencia está demostrando que no es así. Incluso en educación se han detectado grandes problemas en el proceso de adaptación al modelo educativo español y en lo referente a lo sanitario poco a poco se va tomando conciencia de que a pesar de una misma lengua y religión existen elementos diferenciadores que obstaculizan una mejor práctica sanitaria cuando se trata de los pacientes que integran este colectivo. En lo que se relaciona con el lenguaje nos encontramos con que hay personas cuyo conocimiento del español llega incluso a ser nulo, pues mantienen sus lenguas o dialectos anteriores a la colonización. Por otro lado, la existencia en muchos casos de una serie de creencias y vivencias sobre la enfermedad totalmente

distintas a las que pueden tener los europeos provoca problemas de comunicación, a la vez que dificultades a la hora de afrontar los trastornos de salud con una mayor objetividad, que permitan, por un lado, la correcta praxis por parte del profesional sanitario y, por otro, la consecución de la satisfacción por parte del paciente.

Lo anterior nos hace pensar que está justificado el llevar a cabo una investigación donde se aborden estos asuntos, con el fin de intentar generar mecanismos de adaptación e integración social que favorezcan procesos de convivencia entre poblaciones heterogéneas (interculturalidad). En este sentido, tanto la sanidad, como la educación desempeñan una función fundamental.

Las preguntas a que aludíamos antes son las siguientes:

- 1.- El idioma ¿actúa como puente o como barrera en el acto comunicativo? Y eso, qué repercusión tiene sobre la práctica médica?
- 2.- En el inmigrante hispanohablante, las creencias y las concepciones sobre la enfermedad ¿influyen de forma negativa o positiva en la consecución de la correcta praxis médica?
- 3.- ¿Los miembros de este colectivo se sienten comprendidos por los profesionales sanitarios cuando requieren la atención sanitaria?
4. ¿Hasta qué punto son conocedores los médicos españoles de la diferencia cultural a la que se enfrentan?
- 5.- ¿Son conscientes los profesionales sanitarios en España de la importancia de la figura del mediador intercultural?

Estas preguntas nos permiten formular unos objetivos generales y otros específicos, muy ambiciosos, que tanto en nuestra memoria de grado como en esta tesis doctoral solo podemos alcanzar en parte:

## 1. Generales:

- Llamar la atención sobre la necesidad de que todos los profesionales de la salud tengan una formación real y efectiva acerca de conceptos como *multiculturalismo*, *integración-asimilación*, *convivencia*, *guetos*, entre otros. Eso redundará en una mejor atención sanitaria y en la consecución de un uso adecuado de los recursos sanitarios por parte de los inmigrantes.
- Potenciar la presencia del mediador intercultural en los escenarios sanitarios con el objetivo de mejorar la comunicación médico- paciente (en este caso, inmigrante). De ahí se derivará tanto la mejor comprensión del cuadro clínico por parte del médico como el buen cumplimiento de las pautas de tratamiento por parte del paciente.
- Concienciar al profesional sanitario de la existencia de diferencias culturales y lingüísticas que pueden determinar la vivencia y la comprensión de la enfermedad y el proceso de curación.

## 2.- Específicos:

- Valorar el hecho de que las variedades dialectales del español y la coexistencia de lenguas autóctonas pueden constituir una barrera a la comunicación; barrera que habrá que superar para conseguir una mejor integración del colectivo hispanohablante en lo social, lo laboral y lo educativo.
- Precisar el peso que la carga cultural puede ejercer sobre la forma de concebir la enfermedad. Acercarse a este objetivo conlleva el transitar por un camino de consenso establecido sobre el respeto y el conocimiento de ambos mundos, culturalmente distintos, con el consiguiente beneficio para conseguir una buena praxis sanitaria.
- Determinar el grado de satisfacción del paciente inmigrante hispanoamericano con la atención sanitaria recibida y la posible relación de la misma con otros factores ajenos al propio acto médico (culturales, sociales, económicos, etc.).

- Fomentar la presencia del mediador intercultural, como algo relevante, no solo para mejorar la comunicación medico-paciente, sino para el logro de una mejor empatía entre profesionales sanitarios y enfermos y familiares.



## **2. MARCO TEÓRICO**

## 2.1 LA MEDICINA PRECOLOMBINA

Dado que el presente trabajo se ocupa de forma específica de la población hispanoamericana, hemos creído necesario incluir este capítulo con el fin de comprender cómo las distintas culturas del continente americano definían y vivían la enfermedad, las distintas formas de hacer frente a la misma, así como los medios curativos, que a pesar de la globalización y del tiempo transcurrido aún persisten.<sup>1</sup>

Para ello nos centraremos principalmente en las culturas más significativas con las que tomó contacto España: la Azteca, la Maya, la Inca, en las que la medicina precolombina alcanzó caracteres diferenciales, pues estas civilizaciones heredaron importantes tradiciones culturales que sin el beneficio de una tradición escrita de moralistas y filósofos, preservaron por transmisión oral modelos éticos y religiosos donde se amalgamaron los conceptos religiosos en que se fundamentaron las prácticas médicas.

La distribución de esas grandes culturas aludidas se sitúa en la zona occidental de América, como puede apreciarse en la Figura 1. Esa figura nos permite constatar que ocupan el lugar geográfico donde actualmente se sitúan Perú, Chile, Ecuador, Bolivia, Colombia, los países de Centro América y México.

---

<sup>1</sup> Guerra, F. La Medicina Precolombina. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, 1990.



**Figura 1. Distribución geográfica de culturas precolombinas**

*Fuente: Ralph's World Civilizations, Chapter 17<sup>2</sup>*

La aparición de la olla junto a los primeros productos agrícolas tiene un doble significado en la medicina precolombina. Los alimentos que en el periodo de crecimiento se consumían por vía digestiva, en particular aquellos con alto contenido en almidones, que al sufrir un proceso de hidrólisis pudieron aplicarse a la alimentación infantil tras el destete, pero a la vez algunos elementos nutritivos termolábiles, como el ácido ascórbico, se destruyen durante la cocción. Por esta razón algunas culturas precolombinas como la incaica han dejado en sus enterramientos abundantes restos arqueológicos que muestran lesiones del escorbuto infantil o enfermedad de Barlow.<sup>3</sup>

En la evolución de la medicina precolombina intervienen numerosos componentes, tanto biológicos como culturales que hacen necesario hablar de muchas medicinas precolombinas. Tantas, como culturas hubo, debido a la

<sup>2</sup> Percy, Th. y Dickson, M.: *Ralph's World Civilizations*, W. W. Norton Publishing, 1996, Chapter 17 [ <http://www.wwnorton.com/college/history/ralph/resource/americas.htm>]

<sup>3</sup> Naranjo, P.: Plantas alimenticias del Ecuador precolombino. *Interciencia*, 1985; 10: 227-235.

diversidad ambiental y cultural de los pueblos anteriores a la conquista. Y, si bien se produjo un cambio decisivo con el contacto con los europeos, hubo lugares donde dichas medicinas se conservaron hasta fechas relativamente recientes.

Hay que aclarar también el equivoco epistemológico que supone interpretar las prácticas curativas de los indígenas americanos, que no tienen nada que ver con los conceptos científicos del mundo europeo occidental: la mente precolombina consideraba la salud y la enfermedad en el contexto religioso del pecado o de los actos de los espíritus malignos, sin la más remota relación con los procesos científicos.<sup>4</sup>

### **2.1.1 FUENTES PARA EL ESTUDIO DE LA MEDICINA PRECOLOMBINA**

Las fuentes que más información proporcionan para el estudio de las medicinas precolombinas son los restos humanos (paleopatología), junto con los edificios que han sobrevivido al paso del tiempo y las crónicas coloniales. En menor grado aportan información al respecto los códices jeroglíficos y otros tipos de texto, ya que las fuentes escritas precolombinas fueron escasas.

La gran expansión de la paleopatología americana como consecuencia del descubrimiento de Machu Picchu en los andes Peruanos ayudó a conocer lesiones de tipo óseo, así como tener noticia sobre la antropología física de los precolombinos, como señalan Bingham (1948) y Hrdlicka (1914).<sup>5</sup> Los análisis en materiales óseos permitieron profundizar en el estudio de determinadas enfermedades que producen afectaciones en ellos, como por ejemplo, las lesiones sifilíticas de cráneo y huesos largos. La presencia de trepanaciones en restos humanos precolombinos, nos han informado sobre determinadas

---

<sup>4</sup> Ackerrknecht, E.H.: Medical practices. Handbook of South American Indians, 1947; 5: 621-643.

<sup>5</sup> Bingham, H.: The lost city of the Incas. The story of Macchu Picchu and its builders. Nueva York, Duell, Sloan and Pearce, 1948. Hrdlicka, A.: Anthropological work in Peru in 1913, with notes on the pathology of the ancient peruvians. Washington D.C., Smithsonian Institution, 1914.

prácticas quirúrgicas, como se observa en la Figura 2, práctica iniciada en la cultura Paracas que siguió presente en el periodo Inca, técnica realizada por médicos andinos llamados *hampicamayoc*<sup>6</sup>, además de la presencia de deformaciones en restos humanos que nos hablan de las situaciones carenciales del habitante precolombino.



**Figura 2 Trepanaciones traumatismo nasal** procedente de Ancón y Zapán, respectivamente

Fuente: [http://portalteses.icit.fiocruz.br/transfp.php?script=thes\\_print&id=00010800&lng=pt](http://portalteses.icit.fiocruz.br/transfp.php?script=thes_print&id=00010800&lng=pt)

En cuanto a la arquitectura, los edificios sanitarios cuyos ruinas persisten nos indican la importancia con que los precolombinos se enfrentaron a los problemas de higiene privada y pública, como el suministro de aguas o los hábitos privados de limpieza. Son buena prueba de ello los acueductos<sup>7</sup> o los baños públicos<sup>8</sup>. En la figura 3 podemos apreciar una imagen de los baños del Inca, tallados en piedra, fieles testigos de la importancia que las construcciones sanitarias tuvieron en esta cultura. Otro ejemplo de gran relevancia serían los baños de Nezahualcoyotl en Texcotzingo descritos por Vaillant.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Lastres, J.B. y Cabieses, F.: La Trepanación del Cráneo en el Antiguo Perú. Anales de la Facultad de Medicina, 1959; 42 (3): 258-320.

<sup>7</sup> Morley, S. G.: Chichen Itzá, an ancient American Mecca. National Geographic Magazine, 1925; 42: 63-95.

<sup>8</sup> MacCurdy, G. G.: Human skeletal remains from the highlands of Peru. American Journal of Physical Anthropology, 1923; 6: 217-329.

<sup>9</sup> Vaillant, G. C.: Aztecs of Mexico: Origins, Rise and Fall of the Aztec Nation, 1941.



**Figura 3 Baños del Inca**

*Fuente: Gran Enciclopedia turística del Perú* <sup>10</sup>

Bingham (1948)<sup>11</sup> realizó importantes estudios sobre el tratamiento de las aguas pluviales y residuales que sirvieron para mejorar las condiciones de vida y provocar un arraigo en el asentamiento humano. Una muestra de estas construcciones, podemos observarlas en la figura 4, que mostramos a continuación:



**Figura 4 Alcantarillados**

*Fuente Revista EIDENAR, 7, (2008)* <sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> <http://encicloturismoperu.blogspot.com.es/2009/09/los-banos-del-inca-tambomachay.html>

<sup>11</sup> Bingham H.: *The lost city of the Incas. The story of Machu Picchu and its builders*. New York, Duell, Sloan and Pearce, 1948.

<sup>12</sup> Díaz Ortiz, J. E.: *EIDENAR*, 2008; 7

[<http://revistaeidenaar.univalle.edu.co/revista/ejemplares/7/j.htm>]

Por su parte, la aportación que ofrecen las representaciones que se encuentran en instrumentos realizados a base de cerámica ha sido una fuente muy fiable para conocer algunos de los padecimientos que con más frecuencia afectaron a la población precolombina, tales como mutilaciones, lesiones de goma sifilítico, la verruga peruana, etc. Cabe destacar, en este sentido, la colección de Larco Hoyle (1965)<sup>13</sup> que contiene piezas de interés médico de las culturas nazca, mochica, chimu e inca durante un periodo que va del año 200 al 1535 d.C. En el mismo sentido Lehmann-Nitsche<sup>14</sup>, Palma<sup>15</sup> y Vélez López<sup>16</sup> señalaron la importancia de los huacos peruanos, a lo que cabe agregar los trabajos de Martínez Durán<sup>17</sup>, Rosado Ojeda<sup>18</sup> y Matos<sup>19</sup>, relativos a las representaciones maya y mexicana. Como ejemplo, en la figura 5 podemos apreciar una representación de las secuelas producidas por la leishmaniosis.



**Figura 5 Representaciones antropomorfas de la Leishmaniosis.**

*Fuente: LA UTA: aspectos relevantes de la leishmaniosis tegumentaria americana en el Perú*<sup>20</sup>

---

<sup>13</sup> Larco Hoyle, R.: Checan. Essay on erotic elements in Peruvian Art. Genève, Nagel Publishers, 1965.

<sup>14</sup> Lehmann Nitsche, R.: Patología en la alfarería peruana. Revista del Museo de la Plata, 1904; 11: 28-36.

<sup>15</sup> Palma, R.: Huacos antropomorfos, mutilados del Perú. Proceeding of the XVIIIth International Congress of Americanists, Londres, 1912; 2: 276-279.

<sup>16</sup> Vélez López, L. R.: Las mutilaciones en los vasos antropomorfos del Antiguo Perú. Proceedings of the XVIIIth International Congress of Americanist, Londres, 1912; 2: 267-275.

<sup>17</sup> Martínez Durán, C.: La pathologie dans l'art Maya. Scalpel, 1959; 112: 349-350 y Martínez Durán, C.: La Patología en el arte pre-hispánico. Universidad de San Carlos, 1960; 52: 7-50.

<sup>18</sup> Rosado Ojeda, V.: Enfermos y monstruos en el Arte prehispánico. Sinopsis, 1953; 3: 21-28.

<sup>19</sup> Matos Moctezuma, E.: La parálisis facial prehispánica. México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1970.

<sup>20</sup> [http://www.16deabril.sld.cu/rev/243/leishmaniosis\\_tegumentaria.html](http://www.16deabril.sld.cu/rev/243/leishmaniosis_tegumentaria.html)

También la epigrafía, rica en temas de interés médico, desarrollada en Mesoamérica<sup>21</sup>, nos ha permitido conocer mejor las prácticas curativas y quirúrgicas así como de las deformaciones realizadas en la época precolombina.

En cuanto al instrumental médico, se conserva material elaborado en madera, hueso, piedra y metal<sup>22</sup>, que nos da cuenta de su empleo en prácticas curativas y quirúrgicas: cuchillos para las trepanaciones, tablillas y tubos andinos para aspirar alucinógenos, agujas para sutura, punzones de obsidiana, apósitos y prótesis quirúrgicas, entre otros. Wassen<sup>23</sup> proporciona buenos ejemplos, para el caso de la cultura mochica, analizada a partir de una tumba aymara en Charasi-Bolivia. Mediante estos estudios hemos podido acercarnos a los instrumentos empleados en las trepanaciones, como es el Tumi con forma de T invertida, hecho a base de cobre, oro y plata, que vemos en la figura 6, y cuya utilización nos describe Antze.<sup>24</sup>



**Figura 6. Tumi Inca**

*Fuente: Museo del oro del Perú*

---

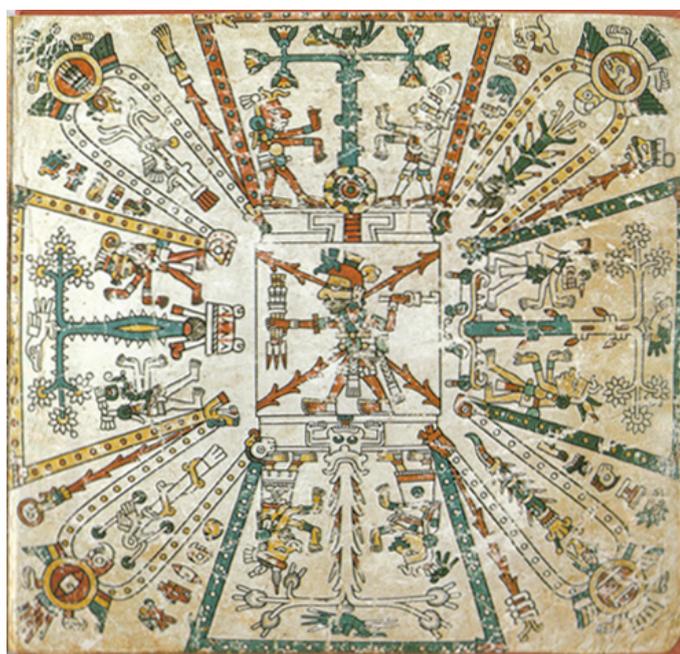
<sup>21</sup> Ballesteros Gaibrois, M.; Bravo Guerreira, C., y otros: Cultura y religión de la América prehispánica. Madrid, La Editorial Católica, 1985; Caso, A.: El paraíso terrenal de Teotihuacan. Cuadernos Americanos, 1942; 1 (6): 127-136; Matos Moctezuma, E. y Vargas, L. A.: Anomalías del pie en murales y códices prehispánicos. Anales de Antropología, 1972; 9: 95-104.

<sup>22</sup> Como lo recoge Bernardino de Sahagún en su Historia general de las cosas de Nueva España. (ed. México, Pedro Robredo, 1934); o mucho más recientemente Vélez López, L. R.: El clíster en el Antiguo Perú. Proceeding of the XXIIIth sesión of the International Congress of Americanists, Nueva York, 1930, 1: 296-297.

<sup>23</sup> Wassen, S. H.: A medicine-man's implements and plants in a Tiahuanacoid Tomb in Highland Bolivia, Etnologiska Studier, 1972; 32: 8-114.

<sup>24</sup> Antze, G.: Metallarbeiten aus dem nordlichen Peru. Beitrag zur kennits ihrer Formen. Mitteilungen aus den Museumfur Völkerkunde in Hamburg, 1930; 15: 1-70.

Sobre material escrito, son escasos los hallazgos, quedando circunscritos a códices precolombinos y poscolombinos de poco interés médico, pero su estudio ha servido para conocer los rituales propios de esta época. Entre ellos se encontrarían los códices jeroglíficos y pictográficos de América Central recopilados por Glass y Robertson<sup>25</sup>, los códices mayas estudiados por Thompson<sup>26</sup> y Guerra<sup>27</sup>, además de los códices quechuas editados por Markham<sup>28</sup>, donde se refleja la concepción teúrgica y sobrenatural de la enfermedad. De la rica simbología que se puede encontrar en ellos es buena muestra la figura 7, relativa a la interpretación y observación del cielo, descrita por Aveni<sup>29</sup>, que nos ilustra sobre su concepción del tiempo.



**Figura 7: Selección de calendarios mesoamericanos de los códices:**

Fuente: Aveni, A. F. 1974.

---

<sup>25</sup> Glass, J.B. y Robertson, D.: A Census of Native Middle American pictorial manuscripts. Handbook of Middle American Indians, 1975; 14: 81-252.

<sup>26</sup> Thompson, J. E. S.: Symbols, glyphs and divinatory almanacs for diseases in the Maya Dresden and Madrid Codices, America Antiquity, 1958; 23: 297-308.

<sup>27</sup> Guerra, F.: Maya Medicine, Medical History, 1964; 8: 31-43.

<sup>28</sup> Markham, C. R.: Narratives of the rites and laws of the Yncas. Londres, Hakluyt Society, 1873.

<sup>29</sup> Aveni, A. F.: Observadores del cielo en México, Mexico Edit. FCE, 1974. El presente fragmento es uno de los apartados de su capítulo IV: "El contenido matemático y astronómico de las inscripciones".

Las relaciones de la conquista y colonización del Nuevo mundo constituyen una de las fuentes principales para conocer costumbres y prácticas previas a la llegada de españoles y portugueses. Son de gran relevancia la *Relación de lo acaecido en las Indias* (1542) de Alvar Nuñez Cabeza de Vaca o la *Historia de Indias* (1517) de Bartolomé de las Casas, entre otros varios títulos. Pero para nuestro propósito quizá la obra más importante sea la *Historia natural y moral de las Indias: en que se tratan las cosas notables del cielo y elementos, metales, plantas y animales dellas y los ritos, y ceremonias, leyes y gobierno...* (1590) de José de Acosta, donde, como se anuncia en el título se recogen numerosos detalles sobre historia natural y materia médica americana.

### 2.1.2.- NOSOLOGIA PRECOLOMBINA

Con Ramón Pardal se inicia la verdadera historiografía contemporánea de la medicina precolombina en su obra *La Medicina aborígen americana* (1937)<sup>30</sup>. En ella recoge lo relativo a la forma, función, patología y terapéutica. Todo lo anterior complementado a través de didácticas ilustraciones. De acuerdo con esta obra y con otros trabajos posteriores, se puede afirmar que el conocimiento de las enfermedades por parte del hombre americano fue bastante superficial, tanto por el concepto mágico-teúrgico que tenía de la enfermedad como por la interpretación hipocrático-galénica humoral vigente en los pobladores posteriores e historiadores de la época.<sup>31</sup>

No obstante, sí se sabe que los habitantes precolombinos padecieron diversas parasitosis, disenterías, leishmaniosis, tuberculosis, trepanomatosis (sífilis), bartonelosis (verruca), rickettsiosis, tumores y cánceres diversos, enfermedades carenciales como el escorbuto, endocrinas como el bocio, malformaciones congénitas, como el labio leporino, previamente a la llegada de

---

<sup>30</sup> Pardal R.: *Medicina aborígen americana*. Buenos Aires, José Anesi, 1937.

<sup>31</sup> Por su parte, Díaz Trigo, A.: *La medicina en las grandes civilizaciones indígenas de Hispanoamérica*. Buenos Aires, Ediciones Galiar, 1962, presenta de forma ordenada y académica, la función, patología y terapéutica de la medicina maya, azteca e inca.

los conquistadores. Respecto a la presencia de otras enfermedades, como la lepra, malaria, fiebre amarilla o diversas de origen vírico, no se sabe a ciencia cierta si existieron en América antes de la llegada de los europeos.

En todo caso, el hombre americano concibió la enfermedad como resultado de un castigo de los dioses por un pecado cometido, por medio de fuerzas sobrenaturales que actuaban como espíritus malignos o intrusión de cuerpos extraños. El sanador tenía que servirse de la confesión oral o de técnicas adivinatorias, provocando el trance mediante drogas psicótropas, cantos, ensalmos y danzas, ofrendas a los dioses, a lo que seguía, según los casos, la succión de partes enfermas, la extracción de sangre del enfermo, etc. El uso de plantas medicinales estuvo bastante extendido, aunque no se poseyeran datos exactos sobre las dosis más adecuadas en la administración de las mismas.

Los sanadores se formaban de modo empírico, en muchas ocasiones siguiendo la tradición de padres y abuelos, que les iniciaban en este tipo de tareas, que consistían en la suma de recursos materiales y espirituales, siempre dentro de esta concepción mágico religiosa de la enfermedad.

La cirugía precolombina, por su parte, se limitó a la práctica de cauterizaciones, flebotomías, reparación de luxaciones, fracturas cerradas, amputación y trepanaciones.

## 2. 2 EVOLUCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

La emigración es un derecho fundamental de las personas, reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 13: “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado” y “toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y de regresar al mismo”. Pero esta realidad, responde a circunstancias complejas y dispares que debemos delimitar si queremos profundizar en el análisis de sus causas y de sus consecuencias.

En principio, hay dos grandes tipos de inmigración: por un lado estaría la “inmigración de élites”<sup>32</sup>, protagonizada por personas de elevado nivel socioeconómico, con similitudes culturales con las del país receptor, compuesta mayoritariamente por profesionales, técnicos, estudiantes o jubilados con alto poder de renta y que no despierta rechazo entre la población autóctona. Este grupo se encuentra representado en nuestro país por una parte importante de los residentes procedentes de la Europa comunitaria, que constituyen más de un 40% de todos los extranjeros empadronados en España<sup>33</sup>.

Por otro lado, la “inmigración económica”, que procede de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, formada por personas que inician el camino de la inmigración impulsadas tanto por las dificultades para llevar una vida digna en su propio país, como por las expectativas de mejorarla en el país de destino<sup>34</sup>. De los miembros de este segundo grupo es de los que nos ocupamos en esta tesis doctoral, dado que son los que se van a encontrar mayores dificultades de integración y asimilación en España y, en concreto, en Salamanca.

---

<sup>32</sup> En este apartado seguimos de cerca a Díaz Olalla, J. M.: Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud. En: Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords.): Guía de atención al inmigrante, Madrid: ERGON, 2003: 9-24.

<sup>33</sup> INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Datos provisionales. Nota de prensa de 20 de Junio de 2008. [[http:// www.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/prensa.htm)]

<sup>34</sup> INE. Encuesta Nacional de Inmigrantes. Avance de resultados. Nota de prensa de 22 de Mayo de 2008 [[http:// www.ine.es/prensa/prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/prensa.htm)]

Esos sectores de población proceden muchas veces de países con altos niveles de pobreza, con situaciones generalizadas de desigualdad e injusticia social, donde son nulas las posibilidades de promoción personal, familiar y laboral, en los que se dan con frecuencia violaciones de los derechos fundamentales de las personas. En palabras de Estébanez, en la gran mayoría de los casos se puede considerar la inmigración económica como una consecuencia de la pobreza crónica<sup>35</sup>.

La precariedad basal en sus condiciones de vida, la incertidumbre y la falta de seguridad hace que estas personas tomen la decisión de salir de su país. Esta precariedad económica que obliga a la persona a tomar la decisión de marcharse, determina que el inmigrante se enfrente en el país de acogida a situaciones diversas, como la deficiente inmunidad natural frente a enfermedades infecciosas frecuentes en el país de destino o la ignorancia sobre dónde recurrir en caso de presentar una necesidad social o sanitaria en el lugar de acogida, a lo que en muchas ocasiones se une la falta de derechos y de cualquier beneficio del estado de bienestar, sobre todo si en el inmigrante concurre también la condición administrativa de indocumentado o de irregular. Esto último hace que quede excluido de hecho de cualquier circuito institucional social o sanitario y le genera, por tanto, unas condiciones de gran vulnerabilidad frente a la enfermedad entendida en sus dimensiones física, psíquica y social<sup>36</sup>. La propia situación de inmigración constituye, por tanto, el principal factor de riesgo para la salud del inmigrante<sup>37</sup> y la que determina con mayor claridad las enfermedades que padecerá en el futuro, elevando en muchos casos sus probabilidades de morbilidad, discapacidad y muerte a niveles mayores de los que asumía de manera natural en su país de origen. En el año 2006 se cifraron en unos 191 millones de personas los inmigrantes en

---

<sup>35</sup> Estébanez, P.: Salud y grupos excluidos: la inmigración. En: Estébanez, P. (ed.): Exclusión social y salud. Barcelona: Icaria, 2002; 99-112.

<sup>36</sup> Díaz Olalla, J. M.: Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud. En: Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords.): Guía de atención al inmigrante, Madrid: ERGON, 2003: 9-24, p. 10.

<sup>37</sup> Tizón J.: La migración como factor de riesgo para la salud (I). Gaceta Sanitaria, 1986; 5 (28): 149-55.

todo el mundo<sup>38</sup>, de los que uno de cada tres vive en Europa y uno de cada cuatro en América del Norte. El fenómeno de la inmigración es reciente en España, habida cuenta de que nuestro país hasta los años 80 era, básicamente, un país emisor de emigrantes. Para entender mejor el fenómeno inmigratorio en nuestro país vamos a considerar tres etapas en su evolución:

### **2.2.1 PRIMERA ETAPA (1985-1999)**

Su inicio comprendería desde finales de los 80 y principios de los 90 y alcanzaría hasta 1999. En este periodo se invierte el saldo migratorio, cobrando la inmigración una fuerza inusitada. De acuerdo con los anuarios estadísticos de extranjería (periodo 1996-1999<sup>39</sup>) a 31 de diciembre de 1996 la población extranjera residente en España era de 537.984, mientras que en el año 1999 pasó a ser de 801.239. Este aumento global de 263.255 extranjeros supuso un incremento del 32'85% en términos relativos. Por otra parte, la inmigración procedente de Iberoamérica, que en 1996 era de 121.268 pasó a ser de 166.709 en 1999. Esas 45.411 personas representan, pues, un incremento del 30% de esta población en España. El aumento más acusado de población inmigrante latinoamericana proviene de la República Dominicana, Perú, Ecuador, Colombia y Cuba.

En el ámbito de la comunidad de Castilla y León<sup>40</sup> se pasó de los 15.011 extranjeros de 1996 a los 22.908 del año 1999. Es decir, 7897 inmigrantes más, que suponen un aumento del 34.47%, lo que confirma la tendencia al alza de la inmigración. Y, por lo que respecta a Salamanca, según datos del INE<sup>41</sup> de 1.570

---

<sup>38</sup> Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas. Informe sobre la población mundial 2006. [<http://www.un.org/spanish/esa/population/>].

<sup>39</sup> Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración: Anuario estadístico de extranjería 1996-1999. [<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/anuarios-y-estadisticas/anuarios-estadisticos-antiguos/anuario-estadistico-de-1999>].

<sup>40</sup> Para los datos en la comunidad castellano y leonesa nos apoyamos en La inmigración en Castilla y León tras los procesos de regularización. Consejo Económico y Social de Castilla y León [<http://www.cescyl.es>].

<sup>41</sup> INE. Los extranjeros residentes España por Provincias. Evolucion del fenómeno migratorio.

se pasó a 1.980 residentes extranjeros en el año 1999. Hubo, por tanto, 410 extranjeros más, lo que significa un crecimiento de un 20,7%, además con un incremento significativo de la población iberoamericana.

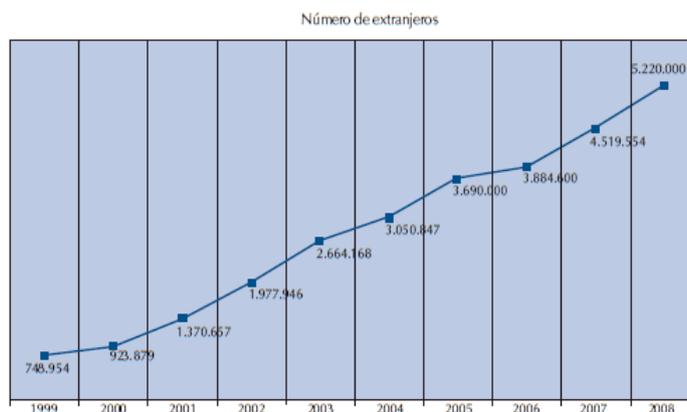
### **2.2.2 SEGUNDA ETAPA (2000- 2008)**

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística<sup>42</sup> los extranjeros empadronados en España a 1 de enero de 2008 (figura 8) eran 5,22 millones de personas, de las que aproximadamente 3.979.000 estaban en posesión de la tarjeta de residencia, es decir, gozaban de una situación regular desde el punto de vista administrativo<sup>43</sup>. Por lo tanto, a comienzos de ese año más de 1,2 millones de personas en nuestro país podrían ser inmigrantes irregulares. Todo ello a pesar de que entre los meses de febrero y junio de 2005 el Gobierno llevó a cabo un proceso de regularización especial para inmigrantes sin papeles en todo el territorio nacional en el transcurso del cual se presentaron unas 700.000 solicitudes, por lo que previsiblemente se redujo sensiblemente la cantidad de inmigrantes en esa situación, disminuyendo así el número de ellos en riesgo grave de exclusión social. En los inicios de esta etapa el ritmo de crecimiento fue intenso, aunque a finales de la misma se puede objetivar una tendencia a la baja, debida sin duda a la grave situación de crisis económica existente en Europa y en España. En cualquier caso, a 1 de enero de 2008, de cada 100 personas que residían en España, 11.3 eran extranjeras.

---

<sup>42</sup> INE. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Nota de prensa de 20 de Junio de 2008 [<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>].

<sup>43</sup> Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y emigración: Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración. N° 15, Enero 2008. [<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionEstadistica/Boletines/Archivos/boletin-num-15-Web.pdf>].



Datos a 1 de enero de cada año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008
Población extranjera (empadronados)	748.954	923.879	1.370.657	1.977.946	2.664.168	3.050.847	3.690.000	3.884.600	4.519.554	5.220.000
Incremento anual de la población extranjera	17,6%	23,4%	48,4%	44,3%	34,7%	14,5%	17,7%	10,5%	8,6%	8,7%
Extranjeros con permiso de residencia	719.647	801.329	895.720	1.109.160	1.324.001	1.647.011	1.977.291	2.738.932	3.979.014	3.979.000
Población total España	40.202.158	40.499.790	41.116.842	41.837.894	42.171.064	43.197.684	43.890.000	44.708.964	45.200.737	46.060.000

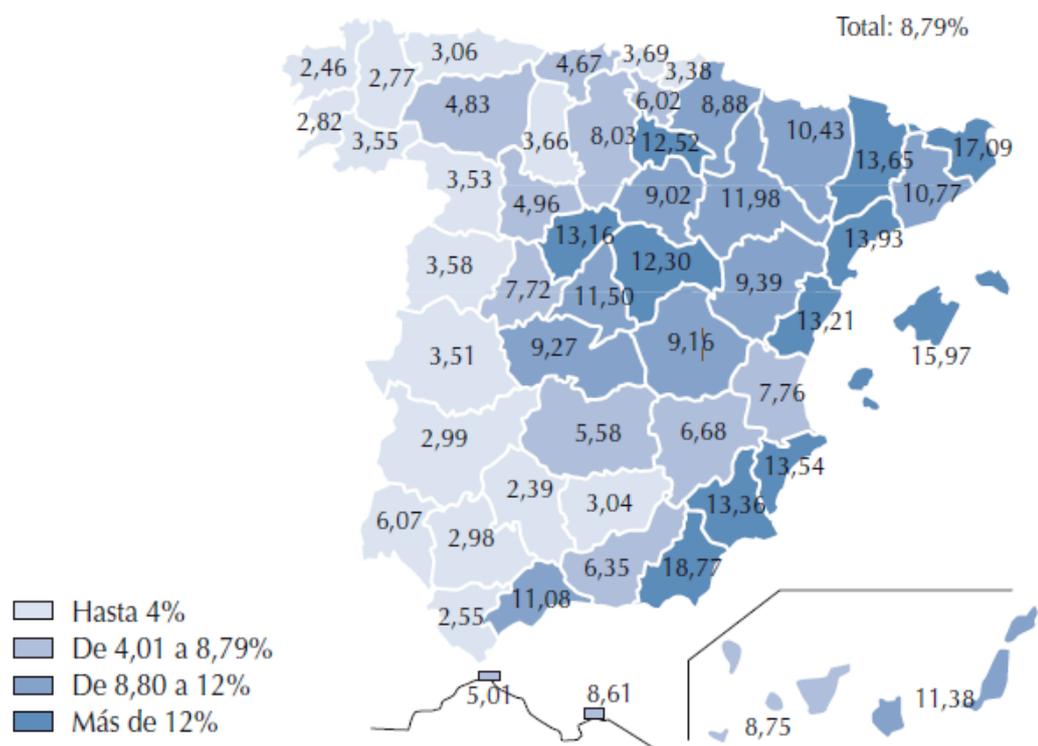
\*En este año se excluyen los 492.952 extranjeros que no habían renovado su inscripción padronal.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Estado para la Inmigración.

**Figura 8. Evolución del volumen de la población extranjera en España (1999-2008)**

Alrededor de tres cuartas partes de esa población inmigrante se concentran en cinco comunidades (Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias). Su presencia proporcional en seis provincias es superior a la de cualquier país europeo (en casi todos por debajo del 10%) medida en términos de número de extranjeros con permisos de residencia sobre la población total: Almería (18,77%), Gerona (17,09%), Baleares (15,98%), Tarragona (13,93%), Lérida (13,65%) y Alicante (13,54%)<sup>44</sup>. Resulta evidente a la luz de estos datos, reafirmar que es el impulso económico, el que mueve en nuestro país el flujo migratorio, ya que la preferencia en el asentamiento está claramente dirigida hacia aquellas zonas con más posibilidades de trabajo poco cualificado y, dentro de ellas, las que presentan mayor oferta de viviendas a bajo coste. Por este motivo su concentración en el territorio nacional es muy desigual por provincias y comunidades autónomas (figura 9).

<sup>44</sup> Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración: Anuario Estadístico de Inmigración 2007. [[http://www.migrarconderechos.es/bibliografia/Anuarios\\_estadisticas\\_OPI](http://www.migrarconderechos.es/bibliografia/Anuarios_estadisticas_OPI)].



Fuente: Anuario Estadístico de Inmigración 2007. Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/>

**Figura 9** Porcentaje de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor (31-12-2007) respecto a la población total (Estimaciones de la Población Actual 1-1-2008. INE) según provincia

Sobre los valores y cifras relacionadas con la inmigración cabe señalar que son las que se desprenden del Padrón de Habitantes las que reflejan mejor la cantidad real de extranjeros que residen en España, dado que cualquier inmigrante puede empadronarse en su municipio aunque no esté en situación administrativa regular, con el fin de conseguir ventajas sociales y legales<sup>45</sup>. Por

<sup>45</sup> A pesar de ello, tampoco los datos del padrón son completamente fidedignos, puesto que la lista de empadronados puede estar hipertrofiada por empadronamientos dobles, falta de

el contrario, las cifras que proporciona el Ministerio del Interior son siempre inferiores porque solo considera a los inmigrantes con permiso de residencia, esto es, con una situación regulada desde el punto de vista administrativo. Por este motivo la vigente legislación de extranjería<sup>46</sup>, en su artículo tercero apartado uno, obliga a la administración a dar de baja a todo extranjero que no haya renovado su inscripción en el padrón municipal cada dos años.

Lo llamativo de la situación expuesta no son solo las cifras, sino las tendencias que se han dejado sentir en España en esa segunda etapa de la que hablamos, pues si hasta finales de los ochenta el número de inmigrantes en España (1,6% de la población) era casi testimonial poco a poco esa tendencia fue aumentando para ir acercándose a la proporción de extranjeros que residían en Alemania (18%) o Francia (15%), aunque todavía a mucha distancia de la presencia proporcional de las poblaciones de Luxemburgo (45%) o Suiza (cerca al 25%).

En lo referente a los inmigrantes hispanoamericanos, se constata la presencia de 1,82 millones de personas procedentes de América Latina, según un informe de la Comisión Andina de Juristas (CAJ), presentado en Lima en el año 2008<sup>47</sup>. En el citado estudio se concluye que las cinco principales colectividades de hispanoamericanos en España están formadas por ecuatorianos, colombianos, argentinos, bolivianos y peruanos, Durante los últimos tres años del periodo se demuestra un crecimiento exponencial, especialmente en el caso de ecuatorianos y colombianos.

Este mismo crecimiento tuvo lugar a nivel autonómico y provincial: tanto en la comunidad como en la provincia de Salamanca el número de inmigrantes sufrió un aumento exponencial según los datos del INE.

---

cumplimentación de las pertinentes bajas cuando regresan a sus países, etc. (Díaz Olalla J. M., Esteban M., González M. J., Martín A., Villasevil, E.: Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Madrid, Instituto Municipal de Salud Pública, 2008. [<http://www.madridsalud.es/publicaciones/escm.htm>].

<sup>46</sup> Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, de reforma de la Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 21-11-2003, nº 279, p. 41193 y ss.

<sup>47</sup> Comisión Andina de Juristas. Grupos en situación de especial protección en la región andina: Lima: Comisión Andina de Juristas, 2008.

### 2.2.3 TERCERA ETAPA (2009-2014)

En este periodo, a fecha 31 de diciembre de 2014 el número de población inmigrante es de 4.925.089 <sup>48</sup>. Respecto a los datos de enero de 2008, se observa una tendencia al descenso, que también afecta a la población hispanoamericana, no porque hayan retornado a sus países de origen -que algunos así lo hicieron motivados por la crisis económica en Europa y España-, sino por haber accedido a la nacionalidad española, siendo este último uno de los motivos principales del descenso de los mismos en el padrón de inmigrantes, por ser considerados ciudadanos. La lectura de estos datos nos debe hacer reflexionar que de una inmigración económica, regular o irregular, en España, hemos llegado a una situación de ciudadanía, realidad que debemos aceptar, en todos los ámbitos del desarrollo del individuo. En este sentido, lo más importante para su integración y asimilación es actuar en el nivel de "Educación y Salud ". De personas, que se supone están de paso, hemos pasado a tener personas o colectivos, que intentarán quedarse por un largo periodo. Si bien en el campo educativo los actores directos, en especial el profesorado de los distintos niveles, sí están por la labor de favorecer la integración y asimilación de este colectivo, o al menos están en ello, no parece que se pueda decir lo mismo de los profesionales sanitarios, de manera específica los médicos. La realidad del siglo que ha comenzado, nos muestra una sociedad multicultural que nos obliga a tener que conocer al otro, para buscar una adecuada y armónica convivencia. Desde esta perspectiva, los profesionales de la medicina deberán saber manejar en las consultas las variables de integración-asimilación, como conceptos que generan posicionamientos distintos ante el fenómeno multicultural. Somos conscientes de que nos enfrentamos a una de las peores consecuencias de la inmigración, como son la formación de guetos. A favor de la convivencia mutua estamos creando canales de comunicación que nos lleven a empatizar con este colectivo, cuando acude a nuestras consultas. Estos nos lo dirá el análisis de resultados del presente trabajo.

---

<sup>48</sup> Portal de Inmigración. Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, [<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/>].

Debemos recordar que estamos lejos de los 44 millones de extranjeros que la UE necesita antes del año 2050 para seguir creciendo en lo económico y mantener los sistemas de pensiones, según las recomendaciones de Naciones Unidas<sup>49</sup>. Esto contradice ciertos planteamientos que se hacen desde algunos ámbitos políticos de la Unión Europea, que consideran a los inmigrantes como una amenaza a la seguridad o a la estabilidad política y económica, cuando lo que debemos reconocer es que son víctimas de una política económica mundial errónea e injusta.

En todo caso, en la actualidad los inmigrantes se enfrentan al rechazo social, prejuicios y estereotipos, que acaban en situaciones de racismo y discriminación entre la población de los países de la Unión y esto incluye a España, circunstancia que va a incrementar la injusticia y el riesgo para la población inmigrante tanto en asuntos de salud como de seguridad, situación poco adecuada para la integración. En este sentido, algunas encuestas como la correspondiente al “Barómetro de junio de 2008”, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas<sup>50</sup> en la que se incluyen preguntas como “¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España?” y se ofrece al encuestado como respuesta posible “la inmigración” junto con “el paro”, “el terrorismo” o “la crisis económica” no parecen predisponer a la opinión pública hacia una valoración positiva del fenómeno migratorio, ni a sensibilizarla sobre las innumerables ventajas sociales que una inmigración ordenada puede tener para el progreso general.

Sobre las causas que han motivado la altísima inmigración hacia Europa, debemos considerar las siguientes:

1. La necesidad de mano de obra que generó, en primera instancia, la reconstrucción europea tras la última gran guerra, y que persiste en la actualidad para abastecer su creciente expansión económica.

---

<sup>49</sup> El País. Inmigración en España. Información. En portada [<http://www.elpais.es/temas/inmigración>].

<sup>50</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Junio de 2008, Resultados. [<http://www.cis.es/cis/opencms/ES/>].

2. Los importantes desequilibrios sociales, económicos y demográficos existentes entre la Unión Europea y otras zonas del mundo menos desarrolladas. Vivimos cada día las peores caras de ese proceso de globalización que sólo internacionaliza el dinero y la información y no los derechos de la gente, el bienestar ni las oportunidades para todos.

3. La globalización de la información como fenómeno reciente, pero de gran impacto social en los países del sur, que permite que los ciudadanos de esos países conozcan la realidad europea y las oportunidades que esta puede ofrecerles.

4. La mejora de los medios de transporte que favorece los desplazamientos más rápidos y asequibles.

5. La tradición europea de generosidad y de acogida, muy presente históricamente en Francia y Alemania, ligada además a la flexibilidad en el reconocimiento de asilo político y a la preservación de los lazos permanentes de las metrópolis con sus antiguas colonias. En los últimos años el reconocimiento del espacio común europeo para la libre circulación de personas parece haber desempeñado una función importante, también, en la llegada de inmigrantes a nuestro continente.

6.- Debemos considerar la llegada de refugiados del norte de África, que huyen de una situación bélica de verdadera guerra civil, debido a la radicalización de algunos regímenes autoritarios, así como a los procedentes de países de Oriente próximo, tras las refriegas resultantes de la llamada terrorista a morir en nombre de un Dios.

Si analizamos la inmigración económica que Europa y España reciben constatamos una consecuencia interesante: se ha observado que una parte importante del dinero obtenido por los inmigrantes se envía a las familias que quedan en sus países de origen. Son las llamadas “remesas”, las mismas que se han convertido en la principal fuente de ingresos exteriores de muchos países poco adelantados (República Dominicana, Marruecos, India) e, incluso, de otros con niveles de progreso más destacados (México). El monto global de las

cantidades remitidas supera los 300 mil millones de dólares en cifras del año 2006, superando desde hace tiempo, la publicitada “Ayuda Oficial al Desarrollo” que el conjunto de los países donantes envía a los países receptores - cifra que en prácticamente ningún país ha alcanzado el famoso 0,7% del PNB-, que rebasó muy poco los 100 mil millones de dólares en todo el mundo en ese mismo año<sup>51</sup>. Los inmigrantes económicos que residen y trabajan en España enviaron en 2007 unos 8.100 millones de euros a sus países de procedencia<sup>52</sup>. España se ha convertido en el primer emisor de remesas de Europa y en el tercero del mundo, tras EE.UU. y Arabia Saudita. Estos flujos adquieren una gran importancia en el mundo actual, constituyendo un elemento de reequilibrio de gran magnitud en países, ya que van a quienes posiblemente más lo necesiten, a diferencia de los ingresos resultantes del comercio internacional y del trasiego de capitales que, en virtud de las normas tácitas que rigen la globalización de la economía, repercuten muy poco en el bienestar de la mayoría. Estas remesas constituyen, por lo tanto, uno de los grandes tributos que se hacen en la actualidad a la justicia internacional aunque sea a costa del gran sufrimiento humano que en la mayor parte de los casos comporta para quienes la protagonizan<sup>53</sup>.

De acuerdo con los estudios realizados por Aparicio y Delgado en 2011<sup>54</sup> (Figura 10), alrededor del 70% de los inmigrantes para el conjunto del Estado español procedía de once países: Rumanía, Marruecos, Ecuador, Colombia, Reino Unido, Italia, Bulgaria, China, Bolivia, Portugal y Perú. De todos ellos, el 20,2% del total venía de dos países de la Europa del Este (Rumanía y Bulgaria); el 17,2%, de cuatro países de Latinoamérica (Ecuador, Colombia, Bolivia y Perú); el 17% de un único país africano (Marruecos) y, finalmente, el 10,5%, de

---

<sup>51</sup> Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). Informe de Desarrollo Humano 2007/2008. Barcelona, Mundi-Prensa, 2007.

[[http://hdr.undp.org/en/media/hdr\\_20072008\\_sp\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_sp_complete.pdf)].

<sup>52</sup> Rumí C. Secretaría de Estado para la Inmigración y la Emigración, IV Encuentro Iberoamericano sobre Remesas.

[<http://www.elmundo.es/mundodinero/2008/02/08/economia/1202474451.html>].

<sup>53</sup> Díaz Olalla, J. M.: Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud. En: Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords.): Guía de atención al inmigrante, Madrid: ERGON, 2003: 9-24, p. 13.

<sup>54</sup> Aparicio Gervás, J. M (dir). Interculturalidad, Educación y Plurilingüismo en América Latina. Pirámide. Madrid, 2011.

tres países de la vieja Europa (Reino Unido, Italia y Portugal). En total, los inmigrantes de estos once países suponían el 66,4% de la inmigración residente en España, que en el año 2011, alcanzaba la cifra de 5.056.256<sup>55</sup> inmigrantes regularizados (aproximadamente el 12% del total de la población española).

Rumanía	861.584	17,00%
Marruecos	777.278	15,40%
Ecuador	380.910	7,60%
Colombia	227.426	4,50%
Reino Unido	226.553	4,50%
Italia	171.588	3,40%
Bulgaria	164.639	3,20%
China	160.636	3,10%
Bolivia	130.270	2,60%
Portugal	130.118	2,60%
Perú	124.034	2,50%

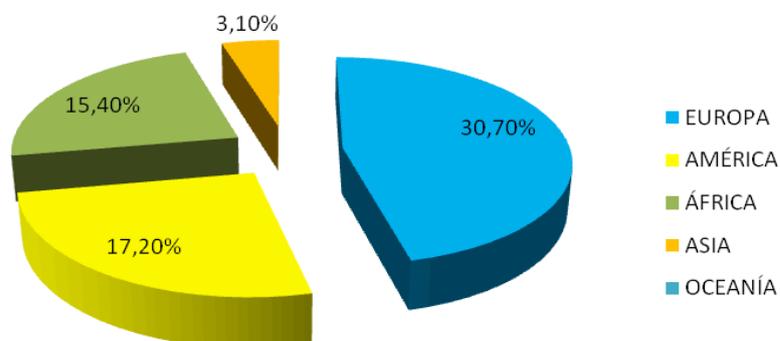
**Figura 10. Población inmigrante residente en España, por países de procedencia**

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística*

Estas cifras se ven reflejadas también en la población inmigrante escolarizada. En la actualidad, prácticamente uno de cada doce alumnos, es ya inmigrante.

<sup>55</sup> "El Norte de Castilla". Domingo, 3 de Julio de 2011.

Si establecemos la variable de procedencia continental, observamos que es la europea la más numerosa, seguida muy de cerca por la latinoamericana (figura 11).

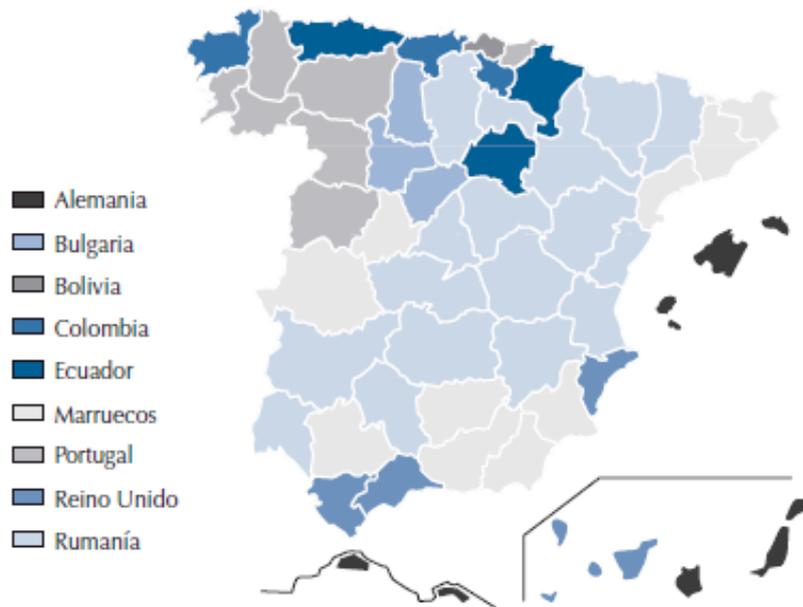


**Figura 11. Población inmigrante más numerosa residente en España, por continentes de procedencia**

Como podemos observar, los ciudadanos procedentes de países del este europeo y los subsaharianos -que aquí no hemos incluido-, componen una realidad creciente y diferencial y en ellos es posible reconocer una gran cantidad de individuos sin permisos de residencia, aunque esta característica se encuentra más presente en los marroquíes. Estos datos reflejan sustanciales diferencias respecto a las cifras del año 2007 observando un importante aumento del peso relativo de los ciudadanos comunitarios, especialmente los rumanos y en menor medida los búlgaros, portugueses y polacos.

Los cambios registrados en 2007 respecto a las nacionalidades más frecuentes se pueden observar comparando los datos previos con la composición por nacionalidades y su ubicación geográfica preferente existente en nuestro país a 1 de enero de 2007 (Figura 12)<sup>56</sup>.

<sup>56</sup> Instituto Nacional de Estadística. Boletín Estadístico del año 2007. [<http://www.ine.es>].



	Total extranjeros	% del total	% mujeres	Variación interanual %
Total	4.519,554	100,0	47,0	
Marruecos	582.923	12,9	35,6	9,1
Rumanía	527.019	11,7	47,3	3,5
Ecuador	427.099	9,5	51,3	29,4
Reino Unido	314.951	7,0	49,2	-7,4
Colombia	261.542	5,8	56,4	14,6
Bolivia	200.496	4,4	56,4	-1,4
Alemania	164.405	3,6	49,4	43,4
Argentina	141.159	3,1	49,8	9,2
Italia	135.108	3,0	40,9	-6,1
Bulgaria	122.057	2,7	45,7	16,7
China	106.652	2,4	44,5	20
Perú	103.650	2,3	51,6	1,9
Portugal	100.616	2,2	38,3	8,1
Francia	100.408	2,2	50,0	24,8
				11,5

Fuente: Boletín Estadístico del año 2007. Datos de población. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en la web: [www.ine.es](http://www.ine.es)

Figura 12. Nacionalidades de extranjeros predominantes en el conjunto del Estado y por provincias según el Padrón de Habitantes a 1 de enero de 2007. Variación interanual de cada colectivo en relación al año previo

El análisis de algunas características de esta población inmigrante aporta algunos datos que contradicen tópicos muy presentes en el debate social de nuestros días. Así, respecto a sus niveles de instrucción, siempre se ha

potenciado el estereotipo de que emigran personas de baja cualificación educativa y laboral, lo que no siempre es cierto: un 15% de los inmigrantes en España tienen el tercer grado (frente al 21% de españoles), nada menos que el 53% tienen el segundo grado (frente a un 57% en los autóctonos) y un 19%, el primer grado. Los analfabetos extranjeros no llegan al 5% del total<sup>57</sup>. Aunque los problemas del empleo desempeñan una función determinante en la necesidad de emigrar lo cierto es que, según datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes de 2007, sólo un 23,3% de los extranjeros demandantes de empleo reconocían no tener empleo en sus países de origen<sup>58</sup>. Por lo que cabe concluir que, sin duda, es la falta de expectativas de mejora de sus condiciones de vida lo que más impulsa a la emigración.

En cuanto a la población hispanoamericana, según Olivos Aguayo, que estudió una muestra de residentes de este colectivo, el 85% de los mismos procedía de una clase social de origen baja o media-baja y la falta de perspectivas de movilidad social en sus países de origen definía con bastante precisión el impulso migratorio<sup>59</sup>.

El Instituto de Salud Pública realizó unos estudios sobre la ciudad de Madrid que indican que menos del 30% de los inmigrantes pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas, ocupando el grado V de la clasificación de Goldthorpe (trabajadores manuales cualificados). El grupo más numeroso, un 44%, se encuentra en la clase social IV (trabajadores con cualificación)<sup>60</sup>. Es una realidad común que en el mundo pobre hay escasa posibilidad de salto social para la población más desfavorecida. Se asume que en esos países la probabilidad de salto ascendente de clase de la población más pobre es 100

---

<sup>57</sup> Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa de 9 de Febrero de 2005. [<http://www.ine.es>].

<sup>58</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes. Nota de prensa de 22 de Mayo de 2008 [<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>].

<sup>59</sup> Olivos Aguayo X. Variables psicosociales y salud mental en la inmigración (tesis). Instituto Latinoamericano de Investigación y Salud Mental, 1999.

<sup>60</sup> Instituto de Salud Pública, Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). Informe sobre población inmigrante. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, 2005. [<http://www.madridsalud.es/publicaciones/inmigrantes%20economicos.pdf>].

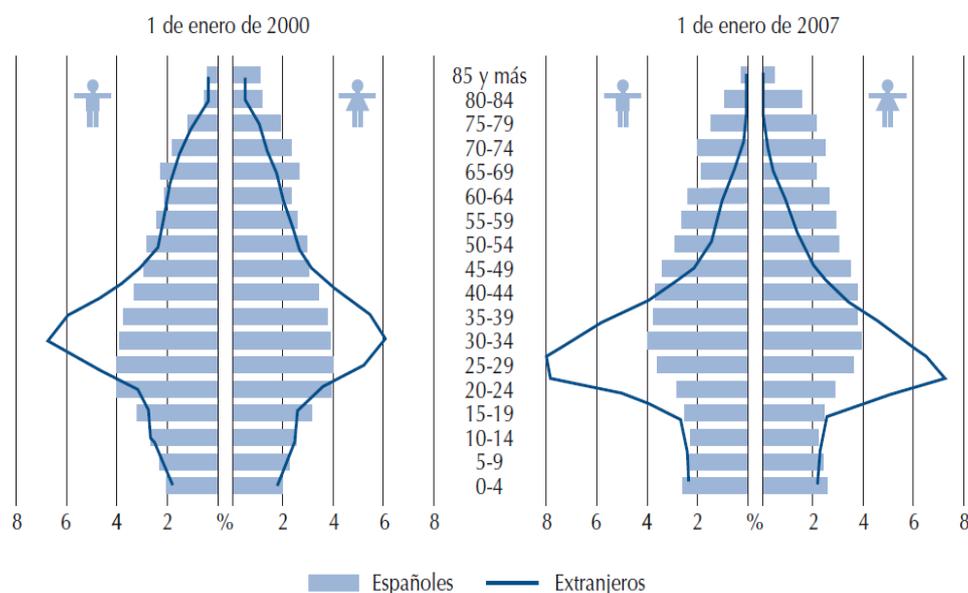
veces más difícil que el salto descendente de la clase más favorecida<sup>61</sup>. En todo caso, la educación parece ser el factor que más influye en la probabilidad de ascensión de clase de la población más pobre. Las posibilidades educativas, sin duda, tanto para los inmigrantes como para sus hijos, son otro de los factores que mejor se correlacionan con el impulso de emigrar.

En nuestro país se estudia con gran interés la realidad sociológica del fenómeno inmigratorio en la actualidad. Sobre el hecho innegable de las dificultades socioeconómicas se establecen algunas cuestiones de proximidad que definen hacia dónde se encamina el flujo migratorio: la proximidad geográfica (como es el caso del colectivo magrebí hacia España), la proximidad lingüística y la cultural (el caso del latinoamericano) o la proximidad inherente a la pertenencia a la misma entidad geopolítica (el caso de la población rumana desde que han pasado a formar parte de la Unión Europea). Sin embargo, a pesar de todo lo señalado hasta aquí, no son solo las dificultades económicas o la falta de perspectivas de mejora de su situación los factores que impulsan a las personas a salir de su país, sino también, en otras ocasiones, una cierta “cultura de la emigración” que está prendiendo con fuerza entre los jóvenes de algunos países del sur.

En general el inmigrante que llega a España es un inmigrante individual, joven, frecuentemente varón -aunque este rasgo puede variar entre los de algunas procedencias concretas, como la República Dominicana-, en edad laboral y en busca de trabajo o de formación. Este perfil queda impreso como una huella en los cambios que experimenta la pirámide poblacional española tal y como se puede apreciar (Figura 13). Queda para un segundo momento, tras la más o menos precaria estabilidad laboral y legal, reclamar a la familia para lograr el deseado reagrupamiento familiar, llegándose después a planteamientos más sólidos de permanencia indefinida.

---

<sup>61</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano del año 2000. Madrid: Editorial Mundi-Prensa. 2000. [<http://hdr.undp.org/en/espanol/>].



Fuente: Boletín Estadístico del año 2007. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en la web: [www.ine.es](http://www.ine.es)

**Figura 13. Pirámide de población española y extranjera. Cambios registrados en el periodo 2000-2007.**

La llegada de inmigrantes a nuestro país está sin duda regulada por el propio mercado de trabajo, que en España, es precario y está muy segmentado: a pesar de existir altas tasas de paro, en especial entre los jóvenes y las mujeres, muy pocos quieren realizar trabajos que no sean acordes con su cualificación. Mientras los inmigrantes sigan encontrando trabajos poco cualificados y mal remunerados, que no se satisfacen con la mano de obra nacional, seguirán llegando de una u otra forma. Por ello las tasas de actividad que presenta esta población son mayores que las de la población autóctona<sup>62</sup>. Vienen y mayoritariamente se quedan y los cambios sociales y económicos que están imponiendo son imparables. Podemos afirmar, pues, que la presión demográfica existente en sus países de origen la trasladan a los países

<sup>62</sup> Instituto de Salud Pública, Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid). Informe sobre población inmigrante. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, 2005. [<http://www.madridsalud.es/publicaciones/inmigrantes%20economicos.pdf>] y también Pajares M. Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007. Documento nº 14 del Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado para la Inmigración y la Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007. [<http://www.mtas.es>].

receptores debido a su enorme potencial reproductivo (muchas mujeres en edad fértil y escasa asimilación inicial a la tendencia local de fecundidad dirigida), que impacta de manera determinante en las dinámicas demográficas muy ralentizadas de los países ricos que, como el nuestro, les acogen y que se caracterizan por la baja mortalidad y la baja natalidad. De esta manera la tendencia de crecimiento negativo poblacional que se registraba en España en los últimos años y el consecuente envejecimiento acelerado de la población se ha visto revertida en los últimos años debido al sensible aumento de nacimientos de hijos de inmigrantes. A pesar de ello, recientemente hemos sabido que el 2015 es el primer año, de entre los últimos 70, que en España la tasa de muertes ha superado a la de natalidad.

Como ya lo hemos indicado, la crisis económica sufrida en los últimos años en Europa y concretamente en España ha frenado algo el ritmo de la inmigración: de los 5.056.256 se ha pasado a los 4.447.862 de ahora. Pero lo más importante es el descenso que se ha producido entre los de procedencia hispanoamericana en beneficio de los europeos, como vemos en los datos actualizados para 2015 recogidos en la figura 14:

Rumanía	707.284	15,90%
Marruecos	686.314	15,40%
Reino Unido	303.776	6,80%
Italia	182.246	4,00%
Ecuador	174.328	3,90%
China	166.383	3,70%
Alemania	145.577	3,30%
Colombia	145.490	3,27%

Bulgaria	134.507	3,00%
Portugal	103.877	2,30%
Bolivia	100.855	2,26%
Francia	98.419	2,21%

Figura 14. Población inmigrante residente en España, por países de procedencia

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística*

Como resumen a lo apuntado en este capítulo, la pobreza se señala como común denominador y la variable que mejor define al colectivo de inmigrantes, mucho más que la nacionalidad, la religión o la cultura. La gran vulnerabilidad que asumen al determinarse a salir de sus países de origen y los importantes riesgos de exclusión social que asumen en los países receptores definen con bastante fidelidad el marco en el que se desarrolla la realidad de la inmigración en España en la actualidad. El contrapunto, sin duda, lo pone la incongruencia que se establece entre las necesidades que España y el resto de Europa tienen de la población inmigrante para asegurar el crecimiento económico y las garantías del bienestar y el rechazo social que despiertan entre algunos colectivos de población.

## 2.3 SALUD E INMIGRACIÓN

En los estudios que sobre el fenómeno de la inmigración reciente en España han realizado investigadores del campo de las ciencias sociales como Checa<sup>63</sup>, Giménez<sup>64</sup>, Martínez Veiga<sup>65</sup> o el Colectivo IOE<sup>66</sup>, dicho fenómeno se etiqueta como un "problema social". Como consecuencia, desde el sistema sanitario español crece el interés por las repercusiones del fenómeno inmigratorio en la salud pública. A este respecto, la recopilación de experiencias y estudios de otros países de la UE, con mayor tradición de acogida, ha permitido la elaboración de artículos científicos, libros, comunicaciones o cursos de formación para profesionales sanitarios en este tema. Estudios y experiencias que nos llevan a tipificar a la población inmigrante como grupo de riesgo para múltiples "problemas de salud" (VIH-Sida, tuberculosis, drogadicciones, etc.) e importantes "problemas de comunicación" en la utilización de los servicios sanitarios<sup>67</sup>.

Para abordar el binomio inmigración-salud, se hace necesaria una reflexión sobre los siguientes puntos:

**1. La desigualdad de salud del inmigrante:** es un problema basado en la "desigualdad social", donde la precariedad laboral y las condiciones de vivienda son factores que influyen de forma negativa en su salud<sup>68</sup>. Uno de los objetivos prioritarios de muchas de las intervenciones del sector sanitario es transformar las poblaciones pobres con bajos niveles de salud en poblaciones

---

<sup>63</sup> Checa, F.: Las migraciones a debate. De las teorías a las prácticas sociales. Barcelona: Icaria. Institut Català d'Antropologia, 2002.

<sup>64</sup> Giménez Romero, C.: ¿Qué es la inmigración? ¿problema u oportunidad?, ¿cómo lograr la integración de los inmigrantes?, ¿multiculturalismo o interculturalidad?, Barcelona: RBA, 2003.

<sup>65</sup> Martínez-Veiga, U.: El Ejido. Discriminación, exclusión social y racismo. Madrid: Los libros de la Catarata, 2001.

<sup>66</sup> Colectivo IOE.: Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería. Madrid: Observatorio permanente de la Inmigración. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 1999.

<sup>67</sup> Meñaca, A.: Los inmigrantes frente al proceso de medicalización. En: Esteban, M. L. y Pallerès, J. (coords.): La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización. Sevilla: Actas del X Congreso de Antropología, 2005.

<sup>68</sup> Berra, S., Elorza, J. M, Bartomeu, N., Asuman, S., Serra-Sutton, V., Rajmil, L.: Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña, Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2004.

pobres, pero sanas, con la idea de poder romper así el vínculo entre la enfermedad y la pobreza. En España se han dado pasos importantes en esta dirección y se ha constatado un aumento de las mejoras de las condiciones de vida, tras el progreso del estado de salud de la población que han facilitado el proceso de integración social<sup>69</sup>.

La mayoría de los inmigrantes son personas que proceden de la pobreza crónica. Y, si bien tras su salto migratorio al mundo próspero suelen mejorar sus niveles de renta, muchos de ellos siguen permaneciendo en la pobreza y a veces en la exclusión social durante largo tiempo. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, alerta en este sentido respecto al hecho de que es importante reconocer el papel decisivo de la riqueza en las condiciones de vida y la calidad de vida, pero también lo es comprender el carácter condicionado y contingente de esa relación<sup>70</sup>. Se produce por tanto un fenómeno interesante y digno de estudio que nos lleva a plantear si para muchos inmigrantes, aunque en su salto vital no buscaran específicamente mejorar su nivel de salud, el cambio repercute positivamente en su supervivencia y su bienestar o, al contrario, supone un retroceso real.

En todo caso, lo cierto es que existen demasiadas similitudes entre los patrones epidemiológicos y los problemas de salud que registran los grupos de excluidos en nuestro mundo y la población que vive en países poco desarrollados (cuarto mundo versus tercer mundo). El inmigrante sale de su entorno natural y arrastra consigo en muchos casos problemas de salud que componen lo que se ha venido en llamar las enfermedades de la pobreza y que son el fruto, básicamente, de una serie de condicionantes externos nocivos: mala alimentación, mala salubridad del agua, hacinamiento, problemas de higiene, etc. Cuando llegan a nuestros países asumen otros condicionantes diferentes relativos a su salud, pero en ocasiones igualmente nocivos y comprometedores de su bienestar y su supervivencia, sobre todo si quedan excluidos de los

---

<sup>69</sup> Feachem R. G. A.: Pobreza e inequidad, un enfoque necesario para el nuevo siglo. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(1): 1-2.

<sup>70</sup> Sen, A.: Discurso pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de Mayo de 1999. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77 (8): 619-23.

beneficios del llamado estado del bienestar. En este sentido, resultan muy interesantes algunos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, como el de Jansá, Montellá, Valero y Villalbi en Barcelona en 1994<sup>71</sup> en el que se pone de manifiesto que la prevalencia de algunas enfermedades transmisibles entre inmigrantes es mayor que la detectada para la población española, aunque es aproximadamente igual a la existente entre la población autóctona de los barrios marginales de Barcelona donde esos inmigrantes viven

Los problemas de salud más importantes que sufren los inmigrantes en sus países de origen, al menos por su peso relativo, se derivan de un entorno adverso y de la falta de un sistema de cuidados adecuado. Esta situación produce altos niveles de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles que afectan con especial intensidad a niños y jóvenes. Cuando los inmigrantes acceden a un país con altos niveles de desarrollo desaparecen, al menos en parte, estos factores adversos que solo actúan en sus países de origen, pero persisten otros que son consustanciales al individuo -estilos de vida, bajos niveles culturales, etc.-, a la vez que comienzan a interactuar factores nuevos propios de las sociedades económicamente más desarrolladas, como la dieta o el sedentarismo, por ejemplo, y aparecen otros no comunes a la población general, sino más bien sujetos a las circunstancias de precariedad que afectan con especial intensidad a este colectivo, como el hacinamiento, la desadaptación social o el trabajo arriesgado, entre otros.

Todo esto implica que el salto migratorio no suele repercutir con esencial nitidez en las mejoras del nivel de salud de los inmigrantes ni de una manera clara en sus expectativas de supervivencia. Desde luego muy difícilmente serán asimilados al nivel de salud medio de la población autóctona y persistirán las desigualdades en la salud que ya tenían asumidas en sus países de origen con respecto a la población del mundo próspero. Por lo general son las segundas generaciones, es decir, los hijos de los que inmigraron, quienes con mayor

---

<sup>71</sup> Jansá, J. M, Montellá, N., Valero, C., Villalbi, J. R.: La salut dels immigrants estrangers. Aportacions de l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona. Barcelona Societat 1994; 3: 131-8.

claridad disfrutarán de los beneficios del desarrollo en materia de salud siempre que los procesos que se derivan de la integración social, como la escolarización, se ha producido adecuadamente.

**2. La “enfermedad del inmigrante”:** un estudio realizado por la Universidad de Valladolid, Cruz Roja y la Mancomunidad de Municipios de la Zona Norte de la provincia de Valladolid<sup>72</sup>, en donde se analizaba el grado de bienestar social de la población inmigrante residente en la comarca de la Tierra de Campos vallisoletana, reflejaba el alto grado de satisfacción que la población inmigrante tenía hacia la sanidad española, tanto en Atención Primaria, como en Especializada y Hospitalización, aunque el grado de "uso" fue muy diferente, como podemos ver reflejado en los gráficos aportados en dicha publicación y que aquí recogemos:

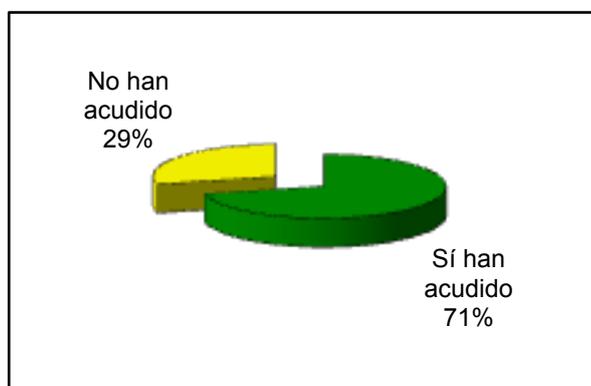
- *Prácticamente la totalidad de los inmigrantes encuestados afirma que la asistencia médica en España, es buena. Tan sólo un 2% la calificó negativamente. Asistencia médica que ha sido solicitada por un gran número de inmigrantes, lo que da mayor validez a su grado de satisfacción.*



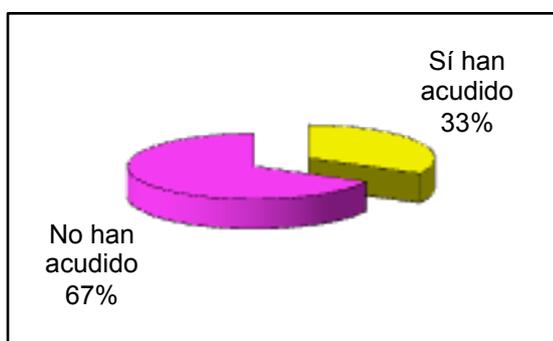
---

<sup>72</sup> Aparicio Gervás, J. M., Carbonero Martín, M. A., Carro Sancristóbal, L., García Moro, J. A., Alonso Ramos, M. F., Romero Biosca, R. y Gutiérrez Sebastián, J. F.: Población inmigrante en Tierra de Campos: Situación y análisis. Madrid: Pirámide, 2006.

- La mayor parte de los inmigrantes afincados en la Zona Norte, ha tenido que acudir a los servicios de Atención Primaria (71%), de forma que este es uno de los servicios más solicitados.



- Más de la mitad de la población inmigrante encuestada ha requerido la atención especializada, que también se ha valorado muy satisfactoriamente.



A pesar de lo señalado, además de los condicionantes que hemos reflejado en páginas anteriores, el inmigrante sufre otras consecuencias *innatas* a su proceso migratorio, que inciden directamente sobre su proceso de integración y convivencia. Consecuencias que derivan de problemas pertenecientes a los ámbitos psicosociales y socioculturales. En este sentido, en

la obra dirigida por Aparicio Gervás<sup>73</sup> se apuntan los tres aspectos siguientes, de notable interés para lo que aquí estamos tratando:

a) Los factores menos visibles, pero que probablemente más daño causan al proceso de integración de la población inmigrante, son, sin duda, aquellos vinculados al área psicosocial, de entre los que destacaríamos, a modo de síntesis, los siguientes:

- *Pérdida de identidad*. Muchos inmigrantes tienen verdaderos problemas de identidad, pues a su llegada al país de acogida han pasado de pertenecer a una comunidad mayoritaria a pertenecer a una minoría social, con los problemas que ello genera.

- *Baja autoestima*. Muchos inmigrantes cualificados se ven abocados a desempeñar, a veces, en el mejor de los casos, trabajos poco remunerados y de escaso interés social, lo que provoca sensaciones de fracaso y decepción.

- *Experiencias negativas vividas en sus países de procedencia*, que repercuten en su situación actual.

- *Estereotipos existentes en el país de acogida*, que provocan situaciones de rechazo, racismo, xenofobia e intolerancia, dificultando aún más el proceso de integración social del inmigrante.

b) Existe una mayor incidencia en la intensidad de los estresores, dificultando con ello el proceso de integración social. Veamos, a modo de ejemplo, los siguientes:

- *Multiplidad*: no hay un único estresor, son múltiples, por lo que potencian su acción.

- *Causalidad*: no se conoce la causa que origina el estresor, lo que dificulta, por tanto, su solución.

---

<sup>73</sup> Aparicio Gervás, J. M. (dir.): Interculturalidad, Educación y Plurilingüismo en América Latina. Madrid: Pirámide, 2011.

- **Temporalidad:** actúan durante tiempo indefinido, acentuando el grado de estrés.

- **Descontextualización:** se producen en lugares y situaciones desconocidos por el inmigrante.

- **Intensidad:** suelen ser de una intensidad elevada.

- **Incontrolabilidad:** no se conocen los límites de la situación, por lo que difícilmente se puede acotar.

c) Toda lo anterior genera una serie de síntomas clásicos que repercuten en las relaciones interpersonales del inmigrante, dificultando su proceso de integración social, y que, en síntesis, podemos agrupar en los cinco siguientes:

- **Sintomatología del área depresiva.** Provoca sensaciones de tristeza, llanto, culpa, ideas de muerte.

- **Sintomatología del área de la ansiedad.** Origina sensaciones de tensión, nerviosismo, insomnio, irritabilidad, preocupaciones excesivas y recurrentes...

- **Sintomatología del área de la somatización.** Da lugar a sensaciones de fatiga, cefaleas, envejecimiento prematuro, etc.

- **Sintomatología del área confusional.** Ocasiona sensaciones de fallos en la memoria, en la atención, desorientación temporal, sentirse perdido, etc.

- **Sintomatología del área volitiva.** Provoca sensaciones de falta de voluntad, desgana, falta de criterio propio, etc.

Todos estos síntomas, como decíamos al principio del epígrafe, se han agrupado bajo la etiqueta de la “enfermedad del inmigrante”, en la que el estrés y la depresión aparecen como datos mayores en donde convergen cuatro

circunstancias comunes: desarraigo cultural, situación laboral, situación legal y las condiciones de vida<sup>74</sup>.

Lo anterior nos confirma, de forma preocupante, que las posibilidades de integración social del inmigrante son, cuando menos, complicadas. Por este motivo, creemos necesario intentar buscar soluciones que atenúen estos condicionantes que tan negativamente influyen y repercuten en la estabilidad emocional y social de la persona.

**3. Debemos saber que nos enfrentamos a un colectivo importante**, con características diferenciales en las formas de interpretar el binomio salud-enfermedad, por diferencias culturales en la percepción de la salud y con problemas en la comunicación médico-paciente. Esta situación hace necesaria una formación, por parte de los médicos, que les lleve a conocer la enfermedad en distintas culturas con el fin de alcanzar un mejor entendimiento y empatía con la población inmigrante. Sin duda, esto redundaría en beneficio de la praxis médica tanto preventiva como asistencial. Y de ahí se derivaría una mayor satisfacción por parte de este colectivo, que contribuiría de forma importante en su proceso de adaptación e integración.

**4. Las soluciones a los problemas de salud** van a necesitar de la puesta en marcha de esquemas de corresponsabilidad, reciprocidad y adaptación mutua entre el sistema sanitario y los distintos colectivos de inmigrantes. Conviene, por tanto, insistir en la necesidad de incrementar el interés entre los médicos acerca del estudio de los niveles de salud por grupos de población en situación de precariedad y muy especialmente en la población inmigrante.

Este esfuerzo se convertiría en una herramienta fundamental para trabajar por la disminución de las desigualdades en salud. Cabe señalar, a propósito de esto último, la importante función que puede desempeñar el colectivo sanitario en la lucha contra la inequidad en general y, muy

---

<sup>74</sup> Instituto de Salud Pública: Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante., Madrid: Consejería de Sanidad, Alimentación y Consumo. Comunidad de Madrid, 2004. Se puede ver también Achotegui, J.: La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.

especialmente, en la que afecta a la inmigración, pues inequidad y desigualdad en materia de salud son términos que afectan a conceptos que no son sinónimos, ya que la inequidad es una desigualdad injusta, pero remediable. A este respecto, el sistema sanitario debe ser flexible y discriminar positivamente a aquellos que más lo necesiten. Es decir, ofrecer más y de forma más adecuada según sus características particulares, a aquellos grupos de la población que más necesidades de salud tengan. Sin duda el gran potenciador de la lucha contra la inequidad le corresponde a la figura del planificador sanitario que es el responsable de priorizar intervenciones o programas fundamentalmente dirigidos a la población que más los requiera.

A pesar de lo dicho, se produce una paradoja en salud pública que demuestra que cuando se pone en marcha una intervención sanitaria quienes más la aprovechan no suelen ser precisamente los que más la necesitan. Una manera práctica de solventar esta situación, en el caso específico de los inmigrantes, sería que los programas prioritarios, sanitarios o sociales, que se pusieran en marcha se dirigieran preferentemente a los problemas que este colectivo presenta con mayor intensidad o mayor frecuencia que el resto de la población (enfermedades derivadas de la precariedad laboral, del hacinamiento, del desarraigo, etc.). Ese trabajo de discriminación positiva debe contar con el apoyo decidido de los profesionales de la salud que pueden abordarlo en la práctica diaria con un importante abanico de posibilidades reales de intervención. La lucha contra las desigualdades en salud y las inequidades en la atención, especialmente en lo que afecta al problema de la inmigración, debería contar también con un impulso decidido por parte de los profesionales sanitarios en aquellos foros de debate u otras instancias que articulen la conciencia social y la tan aireada y poco desarrollada participación comunitaria en las tareas de salud. La Organización Mundial de la Salud insiste en este sentido desde hace tiempo y exige la mayor implicación posible de los colectivos sanitarios en la lucha contra la inequidad<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> Gwatkin, D. R.: Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto?, ¿qué podemos hacer?, Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (1): 3-18.

**5. Hay que poner en marcha estrategias de accesibilidad al sistema sanitario** en aquellos colectivos de inmigrantes cuya situación administrativa no este regularizada. Los llamados “sin papeles”. La ley de extranjería<sup>76</sup> en el artículo 12, donde habla del acceso a la asistencia sanitaria estipula que todo extranjero que esté inscrito en el padrón del municipio donde reside habitualmente tiene derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Todo extranjero que se halle en el estado español independiente de su situación administrativa, tiene derecho a la asistencia sanitaria urgente y la continuidad de la misma hasta el alta médica. En el caso de los menores de 18 años, esta asistencia será en las mismas condiciones que la población de origen. Y así ha sido hasta la aparición del polémico Real Decreto de 1 de Septiembre de 2012, que restringe la asistencia sanitaria de los inmigrantes “sin papeles” solo a las urgencias o accidentes hasta el alta médica, y en el embarazo, parto y postparto, con la retirada de la correspondiente tarjeta sanitaria obtenida a través del padrón municipal. Según Amnistía Internacional, la aplicación de dicha norma solo ha servido para incrementar la exclusión de personas que se encuentran en una situación administrativa irregular.

**6. El estricto cumplimiento de los Derechos Humanos** por las instituciones y profesionales intervinientes en el sistema de salud, ante la situación generada por la aplicación de normas nacionales que vulneren el derecho a la salud recogido en la Declaración de Derechos Humanos, ha podido evitar la discriminación en salud no solo del colectivo inmigrante sino de la población en general. Esto nos puede servir de guía para afrontar de forma adecuada y justa, el fenómeno inmigratorio.

**7. Cabe reconocer que los estereotipos** afectan significativamente a las estrategias de salud y relación clínica. En el estudio llevado a cabo por Méndez Lago (2007)<sup>77</sup> se demuestra la existencia de un incremento progresivo de las actitudes de rechazo hacia la llegada de inmigrantes: los españoles, según las

---

<sup>76</sup> Ley orgánica 8/2000, de 22 de Diciembre y Real decreto 239/2000 de 18 de febrero.

<sup>77</sup> Méndez Lago, M.: Actitudes de los españoles ante la inmigración: una mirada desde las encuestas. En Aja, E., y Arango, J. (eds.): La inmigración en España en 2006. Anuario de Inmigración y Políticas de inmigración. Barcelona, Cidob Edicions, 2007.

encuestas realizadas, manifiestan que “quitan puestos de trabajo” o que “reciben más prestaciones sociales que los nacionales”. Esto se ve ratificado en el informe Raxem (2009)<sup>78</sup> que ha llegado a constatar actitudes de intolerancia, xenofobia y racismo en España. La intensidad de estas sería mayor en comunidades como Valencia, Madrid o Cataluña, como consecuencia de la actual crisis económica por la que atraviesa nuestro país.

---

<sup>78</sup> Informe Raxem: Crisis Económica, Xenofobia y Neofascismo en España. Especial 2009. [<http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxem/raxem.asp>].

## 2.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE

El fenómeno de la inmigración, supone afrontar situaciones complejas tanto para los inmigrantes como para la sociedad de acogida. En el caso de España esto supone tolerar y aprender a manejar la incertidumbre y el pluralismo cultural que produce la llegada de extranjeros. Estamos ante un hecho humano que tiene gran repercusión social y nos encamina hacia nuevas pautas de comportamiento. Por estas razones debemos tener muy presentes las recomendaciones de “La Comisión Mundial de Migraciones Internacionales” (ONU)<sup>79</sup>:

1.- Los inmigrantes tiene la posibilidad de elegir dónde van, dar este paso con seguridad, dentro de una legalidad y con una valoración de sus capacidades laborales.

2.-La aportación económica que suponen las remesas de la inmigración a sus países de origen al menos triplica las ayudas oficiales al desarrollo.

3.- Los estados de acogida deben luchar de forma coordinada contra las irregularidades administrativas.

4.- Se debe integrar al inmigrante, pero hay que ser conscientes de que serán las segundas o terceras generaciones las que desdibujarán la separación interétnica.

5.- Todo proceso jurídico relativo a la inmigración debe ser eficaz.

6.- Las políticas migratorias deben ser internacionales (multilaterales), con el fin de conseguir ordenar el flujo de inmigrantes, evitando situaciones de

---

<sup>79</sup> Naciones Unidas, Asamblea General: Migración internacional y desarrollo. Informe del Secretario General. [65 periodo de sesiones, Tema 22 c) del programa provisional Globalización e interdependencia. A/65/203]. 2010.  
[[https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/65/A\\_65\\_203\\_S.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/65/A_65_203_S.pdf)].

abuso y explotación, tanto en lo que se refiere a las leyes como a las actuaciones policiales.

En lo que respecta a la ética médica, tomando como referencia dichas recomendaciones, se hace necesario reflexionar sobre el fenómeno de la inmigración con el fin de abordarlo dentro de los principios de Justicia, Beneficencia, Autonomía y No maleficencia, reforzados por los cánones de la Bioética moderna. Esa reflexión nos puede orientar a los médicos en la tarea de dar respuesta a los nuevos desafíos que plantean las ciencias de la salud y de la vida, por la vía de ofrecer instrumentos de diálogo para construir consensos y clarificar divergencias<sup>80</sup>.

#### **2.4.1 LA INMIGRACIÓN VISTA, NO COMO ENRIQUECIMIENTO ENTRE CULTURAS, SINO COMO PROBLEMA SOCIAL QUE RESOLVER**

Considerando el fenómeno migratorio en Europa y de manera específica en España, nos encontramos con que la percepción que genera es negativa e, incluso actualmente, se considera como un problema generador de prejuicios y estereotipos por parte de la población autóctona, que debe solucionarse.

Una primera respuesta a por qué se vive como un problema es que en Europa los sistemas de protección social públicos están muy consolidados, lo que crea un recelo por parte de la población española que teme ver disminuido o dificultado el acceso a los beneficios sociales que por derecho le corresponde. Este recelo lo vemos reflejado, entre otros, en los siguientes prejuicios:

- **“Vienen a quitarnos el trabajo”**, acentuado más en estos tiempos de crisis. Se considera a los inmigrantes como invasores de espacios laborales que en su día la población autóctona rechazaba, olvidando que el trabajo no es patrimonio exclusivo de un país, sino un derecho fundamental inherente a la persona.

---

<sup>80</sup> Altisent Trota, R., Martín Espildora, M. N. y Serrat Moré, D.: Ética y Medicina de Familia. En: Martín Zurro, A., Cano y Pérez, J. F., Gené Badia, J. (eds.): Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia, 7ª Edición: Elsevier, Student consult, 2015.

- El **“acceso a los beneficios sociales”** por parte del inmigrante reduce el acceso de los mismos a la población autóctona. Nada más duro e injusto considerar que los inmigrantes son responsables de la quiebra del estado de bienestar por el abuso en la utilización de las prestaciones sociales que por derecho les corresponde al haber contribuido con sus aportaciones. Todo esto, claro está, si han estado legalmente establecidos.

- **Sensación de estar ante una “invasión”**. Es cierto que la llegada de inmigrantes ha producido un choque cultural que analiza muy bien Oberg (1960)<sup>81</sup> sobre los distintos valores, normas, creencias y formas de actuar de miembros de dos culturas diferentes. Esta situación va a producir en el inmigrante frustración y desorientación ante la nueva cultura a que se enfrenta, pérdida de referentes culturales, a la que se suma el duelo por las pérdidas de familia y amigos en su país de origen. A pesar de ello, son las mejores condiciones de vida en España las que produjeron un nuevo paisaje urbanístico en crecimiento hasta 2006. Desde entonces se ha registrado un descenso constante que no ha servido para que desaparezca esta idea de la “invasión” entre los autóctonos.

-Acuden por el **“efecto llamada”**. Nada más lejos de la realidad: el exponerse a salir de su país conlleva planteamientos más profundos. Cabe considerar potentes “factores de expulsión” de tipo económico, social, político... que llevan a preguntarse si estas personas abandonarían su país de origen de no existir tales factores. Esto es importante a la hora de elaborar el discurso sanitario en España, pues seguramente en él no se tienen en cuenta los factores citados en relación con la situación de salud-enfermedad de la población inmigrante, sino las propias representaciones sociales de quienes lo formulan.<sup>82</sup>

- Deben venir **solo los integrables**, basándose en la proximidad cultural o las necesidades del mercado de trabajo, argumentos dudosos que se alejan del

---

<sup>81</sup> Oberg, K.: Cultural shock: adjustment to a new cultural involvement. Practical Anthropology, 1960; 66.

<sup>82</sup> Otero, L., Blasco, T. y Sanz, B.: Inmigración y discurso científico en los artículos de investigación sobre enfermedades infecciosas. Enfermedades Emergentes, 2006; 8 (2).

criterio de Integración, a la vez que va contra el artículo 13 de la "Declaración de los Derechos Humanos". Es cierto que la distancia cultural afecta de forma determinante el proceso de adaptación, como lo demuestran algunas investigaciones transculturales como las de Smith y Bond<sup>83</sup>, por ejemplo, en las que el concepto de cultura se manifiesta como algo fundamental para entender las dificultades de adaptación<sup>84</sup>. A pesar de ello, habrá que esforzarse para promover la integración de todos, vengan de donde vengan.

- Con la llegada de los inmigrantes se produce un **aumento de la delincuencia**, así como de **enfermedades infecciosas** que suponen un riesgo para la Salud Pública. Nada más equivocado, basado en datos falsos e interpretaciones sesgadas tanto por parte del Ministerio de Interior como por la forma en que los medios de comunicación abordan la difusión de los datos, que solo contribuye a despertar actitudes xenófobas y de racismo. No debemos olvidar que España presume de su mestizaje con Hispanoamérica, por su presencia allí de más de tres siglos. Esto debe llevarnos a un compromiso de interculturalidad y a apostar por una sociedad multirracial y mestiza más justa y fraterna<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> Smith, P. B. y Bond, M. H.: Social Psychology across Cultures. Nueva York: Harvester. 1993. o Social Psychology across cultures. London: Prentice Hall, 1999.

<sup>84</sup> Al respecto se han realizado múltiples estudios tratando de comparar distintas sociedades y obtener una clasificación científicamente sólida. De ellos surge, por ejemplo, la teoría de las dimensiones culturales de Hofstede (Hofstede, G.: Cultures and Organizations. Londres: McGraw Hill, 1991). Este autor, en su trabajo sobre los valores, intentó descubrir un conjunto de facetas o aspectos básicos que pudieran encontrarse en cualquier cultura. Define la cultura como la programación de la mente que diferencia a un grupo de otro. Para ello identifica cuatro dimensiones a través de las cuales pueden ordenarse valores dominantes e identificar las culturas. Estas dimensiones corresponden a los cuatro temas básicos que debe resolver cada sociedad, según Inkeles y Levinson: 1) la relación con la autoridad –dimensión *Distancia Jerárquica*; 2) la concepción del yo o de la persona lo que incluye la relación entre la persona y la sociedad –dimensión *Individualismo versus Colectivismo*; 3) la concepción de la masculinidad y feminidad –dimensión *Masculinidad versus Feminidad*; 4) los conflictos y su resolución (expresión versus inhibición de las emociones, incluyendo el control de la agresión) –dimensión *Evitación de la Incertidumbre*. (Inkeles, A. y Levinson, D. J.: National character: the study of modal personality and sociocultural systems. En: Lindzey, G. y Aronson, E. (comps.): The Handbook of Social psychology, 2.<sup>a</sup> ed., vol. 4, California: Addison-Wesley, 1969).

<sup>85</sup> Así lo proclama Tomas Calvo Buezas en su alocución sobre el asesinato de Lucrecia (Calvo Buezas, T.: El crimen racista de Aravaca. Crónica de una muerte anunciada, Madrid: Editorial Popular, 1993. (Reeditado con introducción nueva y prólogo de E. Ibarra, Madrid: Ed. Movimiento contra la Intolerancia, 2012)).

## 2.4.2 BIOÉTICA E INMIGRACIÓN

El ordenamiento jurídico internacional o nacional puede servirnos de orientación para una mejor aplicación de las reglas bioéticas. Según el artículo 25 de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

En España, la normativa más reciente (Ley Orgánica 8/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social) garantiza que los extranjeros que se encuentren inscritos en el padrón del municipio en que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles<sup>86</sup>. El derecho a la asistencia viene por la aplicación del Real Decreto 1088/89, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional y no tengan derecho a la asistencia sanitaria por otra vía; los extranjeros que cumplan estos requisitos también tienen acceso a este tipo de asistencia sanitaria<sup>87</sup>.

A pesar de lo señalado, en 2012, por medio de un Real Decreto (RD 16/2012)<sup>88</sup> se les retiraba el derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud a las personas que no tuvieran permiso de residencia, las

---

<sup>86</sup> Ley Orgánica 8/2000 de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 22-12-2000, nº 307, p. 45508 y ss.

<sup>87</sup> Real Decreto 1088/89 de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE 9-9-1989, nº 216 pp. 28657 y ss.

<sup>88</sup> Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 24-4-2012, nº 98, p. 31278 y ss.

cuales hasta entonces sí podían gozar de ese derecho. Esto les plantea a los médicos conflictos entre principios éticos, tanto en su condición de profesionales como de ciudadanos. El ejercicio de la profesión conlleva unas obligaciones éticas de las que los médicos no pueden desprenderse a conveniencia personal, de la organización para la que trabajan o de las disposiciones gubernamentales. Como ciudadanos y personas que son, los médicos pueden y deben tener una posición respecto a las normas que afectan de manera muy relevante al ejercicio de su labor profesional. Y, si finalmente llegan a la conclusión de que la norma que nos ocupa puede estar atentando contra principios éticos profesionales básicos, deben realizar propuestas concretas, tanto en el sentido de tratar de influir para que la norma se modifique, como en el de lograr que los médicos que lo deseen puedan desarrollar sobre procedimientos encaminados a atenuar sus efectos sobre los pacientes afectados por ella, entre los que se encuentra la posibilidad de la objeción de conciencia.

Desde luego que el Gobierno tiene legitimidad para establecer los criterios con los que distribuir o priorizar las políticas públicas. Sin embargo, los objetivos sociales generales –como los motivos relativos a “la sostenibilidad del sistema” que justifica, en su preámbulo, el RD Ley 16/2012- ofrecen importantes limitaciones. El principio de justicia<sup>89</sup> de la bioética moderna habla de la obligación de tener a todo el mundo en la misma consideración y respeto en el orden social y a no discriminar a nadie por razón de etnia, sexo, creencias, edad, etc., promoviendo así la igualdad de oportunidades. Visto de esta manera no se pueden justificar las diferencias de acceso a las prestaciones sanitarias o la negación de las mismas a un ciudadano que habite en nuestra comunidad, independientemente de su mundo cultural, de su procedencia o de su situación administrativa.

---

<sup>89</sup> Gracia D.: ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108 (5-6): 187-201. Drane J.: Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108 (5-6): 202-14.

En España, hasta el momento, se habían desarrollado dos ideas reguladoras de los derechos individuales: la dignidad de la persona y la igualdad. Las leyes han reconocido la especial fragilidad como personas de los ciudadanos extranjeros en una situación administrativa irregular, por lo que han gozado de una especial protección ante el Ordenamiento español<sup>90</sup>. El derecho a la protección de la salud, tal como se recoge en el artículo 43 de la Constitución, no constituye un derecho fundamental. Lo que se dice en él es que serán los poderes públicos quienes, con el objeto de protegerla, adoptarán las medidas necesarias para eliminar las deficiencias relacionadas con la salud, prevenir enfermedades y fomentar la educación sanitaria. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud reconoce el derecho a la salud como un derecho humano que hace que los Estados adquieran ciertas obligaciones para que sea realmente efectivo y en cuya consecución deberán utilizar el máximo de los recursos de que disponga.

A la vista de lo anterior es fácil concluir que la asistencia sanitaria no es en sí un derecho fundamental, pero sí lo es la protección de la salud. Y los diferentes estados avanzarán en la protección de dicho derecho según lo decidan sus respectivos gobiernos. La OMS establece unas “obligaciones básicas” para hacer efectiva esta protección de la salud, tales como la atención primaria de salud, la alimentación mínima nutritiva, el saneamiento, la distribución de agua limpia potable, el uso de medicamentos esenciales, entre otras<sup>91</sup>. Las éticas de la responsabilidad siempre añaden que se debe incluir el análisis de las consecuencias. Esto es así porque, aunque en general se deben perseguir los principios, estos podrían tener algún tipo de excepción en función de algunas de esas consecuencias que fueran claramente negativas, no solo para una persona concreta, sino también para la colectividad en su conjunto. Respecto a lo que aquí estamos tratando, si alguien planteara el hacer un recorte a las prestaciones sanitarias para el grupo de los inmigrantes tendría que

---

<sup>90</sup> Seguimos muy de cerca el documento elaborado por el Grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia. 2012.

[<http://www.aebioetica.org/docrecien/semfyc%20atencion%20inmigrantes.pdf>].

<sup>91</sup> Pueden consultarse en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.

justificar claramente la razón de su excepcional propuesta. Si el temor es la quiebra del sistema, no sería justo apartar a los inmigrantes y no a la población autóctona, dado que también los inmigrantes contribuyen con su trabajo y sus impuestos al sostenimiento del mismo. Igualmente, si se planteara privar del acceso a los inmigrantes irregulares que no cotizaran, habría que justificar el porqué, pues por las mismas causas habría que privar a los españoles que estuvieran en la misma situación.

Aceptando la legitimidad del Gobierno para establecer cómo distribuir la asistencia sanitaria, cabe plantearse si es correcto el criterio utilizado para imponer la limitación. La “Regla de la oportunidad justa”, desarrollada por Rawls y aplicada a las prestaciones sanitarias por Daniels, expresa que “a nadie se le debería negar beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas”<sup>92</sup>. Y podrían considerarse como tales aquellas que emanan del azar de la vida social o biológica. De acuerdo con lo anterior, no se podría limitar la atención sanitaria por razones ligadas al grupo étnico, el sexo o el nivel sociocultural. Sin embargo, para la ley, el que estas personas hayan decidido de forma voluntaria y libre establecerse de forma irregular en un país no constituye una condición desventajosa inmerecida, por lo que limita la asistencia sanitaria de una manera que no pudiera considerarse injusta desde un punto de vista formal<sup>93</sup>.

El Estado puede limitar la asistencia sanitaria. No obstante, deberían plantearse unos mínimos. Y estos superarían con creces los establecidos por el Gobierno, que son claramente insuficientes: se limita la atención sanitaria a los casos urgentes, lo que llevaría a plantearse el verdadero concepto de qué se debe considerar urgente porque si está claro qué es una urgencia vital, en el resto de los casos el concepto es muy subjetivo, tanto para los pacientes como para los profesionales. Esto origina que la decisión del carácter urgente de la

---

<sup>92</sup> Beauchamp T. L., Childress J. F.: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999, p. 326.

<sup>93</sup> Grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia. 2012, p. 2.  
[<http://www.aebioetica.org/docrecien/semfyc%20atencion%20inmigrantes.pdf>].

petición de ayuda pueda quedar al arbitrio de cada profesional, lo que introduce una discrecionalidad poco equitativa y otorga a los profesionales una responsabilidad que no les corresponde: juzgar a quién puede atender y hasta dónde puede hacerlo<sup>94</sup>. Por otro lado, lo prescrito en la ley es claramente insuficiente si se compara con las recomendaciones de la OMS. Por todo lo anterior, y de acuerdo con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria “la limitación de la atención sanitaria a los casos urgentes debería ampliarse a una atención sanitaria básica, atención primaria, asistencia preventiva, medidas de salud pública, asistencia urgente, servicios especiales para los discapacitados y acceso a la medicación básica”<sup>95</sup>. Reconocer esta atención sanitaria básica tendría unas consecuencias prácticas muy importantes: se conseguirían más garantías de protección para el resto de la sociedad en relación con enfermedades infectocontagiosas potencialmente transmisibles; se evitaría el colapso de los servicios de urgencia; y disminuiría el gasto que supone derivar toda la atención sanitaria a los dispositivos de urgencias, que son más caros que la atención primaria o la prevención<sup>96</sup>.

Otros factores que barajar, en términos de atención y bioética, tienen que ver con la diversidad lingüística y cultural del inmigrante, pues está en su derecho de tener una concepción de la salud y de la enfermedad diferente a la de las personas del país de llegada. El profesional sanitario debe tener en cuenta las peculiaridades diferenciales de la inmigración, lo que obligará a estar atentos a las enfermedades de la adaptación que tan a menudo sufren por el aislamiento y la soledad; a considerar que no siempre van a disponer de medios económicos para comprar el medicamento que se les prescriba; a contar con las dificultades de sus horarios y disponibilidad por causa del trabajo, etc. Estos y otros muchos son factores que condicionan el nivel de salud de las personas y, en último término, de la población. Además, nos podemos encontrar con peculiaridades que nacen de una distinta concepción de la salud, de la enfermedad y del conocimiento de un sistema sanitario propio y lejano y un

---

<sup>94</sup> *Íbid.*, p. 2.

<sup>95</sup> *Íbid.*, p. 2.

<sup>96</sup> *Íbid.*, p. 3.

desconocimiento de las particularidades del nuestro. Por poner solo un ejemplo de esto que señalamos, en la mayor parte de los países latinoamericanos no existe la figura del médico de Primaria y allí se suele acceder –obviamente, pagando– directamente al especialista. Esto explica que aquí pidan de modo continuado que se les derive al mismo. Además, detrás de la actitud sumisa de muchos de esos ciudadanos suele haber una demanda de protección que habrá que manejar de modo no paternalista. Si se quiere trabajar en la prevención del sida habrá que saber que los varones no tienen la costumbre de usar preservativo. Se deberá conocer la importancia de la exploración –en su país es una herramienta fundamental, al no contar con pruebas diagnósticas mecánicas caras– y que una visita sin exploración puede generar pérdida de credibilidad, pues el “tocar” forma parte de la relación terapéutica. También habrá que pensar que muchas personas se irán con dudas de no saber lo que tienen por no haber entendido, pero no mencionan nada para no parecer ignorantes. Si la recién parida procede de China, tardará más de un mes en salir de casa después de dar a luz, por lo que no acudirá a vacunar a su hijo, por mucho que se la insista<sup>97</sup>. Como puede comprobarse, las barreras en la relación con los inmigrantes provienen de muchos ámbitos, además de los lingüísticos, y resulta evidente que hemos de conocer más de su cultura y de sus concepciones ante diversas facetas de la vida para alcanzar a entenderlos y que de ahí se derive una relación terapéutica eficaz.

---

<sup>97</sup> Estos y otros muchos ejemplos pueden encontrarse en la excelente obra colectiva coordinada por Alonso, Huerga y Morera (Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords.): Guía de atención al inmigrante, Madrid: ERGON, 2003).



### **3. MÉTODO DE TRABAJO**

Como podremos ir confirmando a lo largo de la presente investigación, la migración trae consigo un proceso complejo de interacciones e interrelaciones, que afecta, en nuestro caso, a tres grandes sectores de población: quienes emigran, quienes se quedan esperando su regreso y el contexto en el que se encuentra cada uno. Esta interacción obliga a plantear un método de análisis que genere nuevas reflexiones, planteamientos y recursos para facilitar la creación de estrategias que impulsen nuevos vínculos familiares y sociales. En definitiva, se trata de favorecer iniciativas encaminadas a estimular la prevención, desarrollo, superación y transformación de las realidades humanas asociadas a las migraciones como fenómeno globalizado. Se trata pues de trazar un camino que nos permita conocer y analizar las diferentes percepciones que los emigrantes experimentan ante el fenómeno migratorio. Percepciones que son distintas según el momento del proceso en el que se encuentren: antes, durante y después de la emigración. Esta diferente contextualización, nos va a permitir generar y planificar una propuesta de atención e intervención psicosocial, acorde a sus propias necesidades, al servicio de la comunidad científica y, en general, para todas aquellas personas interesadas en perseguir una coherente e intercultural transformación social.

Los primeros pasos de nuestra investigación, nos llevaron a iniciar un proceso comprensivo, y posteriormente comparativo, de la realidad que para los emigrantes suponía el hecho en sí mismo, de emigrar. Desde nuestro planteamiento inicial, era necesario establecer diferentes variables de análisis, en función de la situación legal de los emigrantes en el país de destino. En cualquier caso, estas variables se adecúan a la intervención desde dos perspectivas de análisis metodológico: cuantitativa y cualitativa. La muestra, dada su amplitud, ha sido acotada a 180 personas, procedentes de 13 países de América Latina más los de China y Marruecos, que por su importancia, también incluimos en nuestro primer análisis. En todos los casos, siempre hemos tratado de analizar una variabilidad múltiple, en función de la procedencia, la edad, el sexo..., en definitiva, variables que nos permiten arrojar una luz al conocimiento de las diferencias culturales y de comunicación, de la población

hispanohablante en Salamanca y comprobar, de facto, las dificultades de adaptación que dichos aspectos generan, en el momento de acceder al sistema sanitario.

Este camino metodológico nos va a permitir generar aquellos elementos necesarios que permitan dar respuestas a los interrogantes e inquietudes que emanan de los objetivos de investigación planteados.

Teniendo en cuenta esta perspectiva, hemos creído conveniente establecer el modelo de investigación cuantitativa y cualitativa interpretativa como base y enfoque que estructure el andamiaje metodológico de nuestra investigación. Investigación que se enmarca dentro del campo de conocimiento de la Antropología y las Ciencias Sociales, apoyándose en el método etnográfico y en la técnicas metodológica de la encuesta, propia de dichas Áreas de Conocimiento.

En la presente tesis doctoral, hemos utilizado una metodología cuantitativa y cualitativa, con el fin de constatar y verificar los datos obtenidos. La muestra, dada su amplitud, ha sido acotada, tratando de mostrar en la mayor parte de las ocasiones una variabilidad múltiple, en función de la procedencia, la edad, el sexo..., en definitiva, variables que nos permiten arrojar una luz al conocimiento de las diferencias culturales y de comunicación, de la población hispanohablante en Salamanca y comprobar, de facto, las dificultades de adaptación que dichos aspectos generan en el momento de acceder al sistema sanitario.

### **3.1 LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA. RECURSOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADAS**

Aunque comenzamos por describir la utilización de la investigación cuantitativa en nuestro trabajo, hemos de hacer constar que el verdadero peso metodológico del mismo se centra bajo el paraguas de la investigación cualitativa. Así las cosas, hemos diseñado, desde el método cuantitativo, un mecanismo que permita posteriormente avalar los resultados obtenidos a través

del método cualitativo. Se trataría, pues, de analizar nuestros objetivos de trabajo desde ambas perspectivas, interactuando conjuntamente, lo que nos llevaría a aplicar técnicas y recursos distintos, pero que validarían y ofrecerían resultados de mayor objetividad y verificabilidad. En cualquier caso, hemos utilizado la encuesta como técnica metodológica más adecuada, con el fin de poder cuantificar objetivamente resultados.

Somos conscientes de la no inclusión en este capítulo de una parte descriptiva de la metodología, pero estamos seguros que el tribunal evaluador del presente trabajo conoce suficientemente en qué consiste tanto el método que hemos utilizado, como las técnicas empleadas en la recolección de datos. Por estos motivos, creemos que no se hace necesario explicar qué son y en qué consisten cada una de ellas y, por el contrario, hemos tomado la decisión de pasar directamente a la aplicación metodológica.

Para nuestra investigación cuantitativa hemos utilizado, como señalamos anteriormente, la encuesta, apoyándonos en el "método de evaluaciones sumarias o escala de Likert"<sup>98</sup>. Esta escala, nos va a permitir medir de forma objetiva, algunos aspectos de interés de tipo social.

La encuesta la hemos aplicado a 180 personas inmigrantes, procedentes de 15 países de América Latina y, se encuentra fundamentada en 21 preguntas, agrupadas en 11, que tratan de abordar y, en definitiva, dar respuesta a nuestras hipótesis iniciales, como describimos a continuación:

- Contextualización de la población encuestada
- Preocupaciones psicosociales y culturales de la persona inmigrante
- Situación jurídica
- Conocimiento y valoración de la figura que representa el "mediador cultural"
- Percepción que se tiene de la persona nativa

---

<sup>98</sup> Su nombre se debe a Rensis Likert (1903-1981), un educador y psicólogo organizacional estadounidense, conocido por sus investigaciones sobre estilos de gestión. Desarrolló la escala de Likert -en 1932- y el modelo de vinculación (en inglés, *linking pin model*).

- Necesidad de conocer las costumbres y estilos de vida del país receptor
- Valoración de su migración a España
- Situación y grado de satisfacción laboral
- Valoración del acceso al Sistema Sanitario
- Valoración del estado de salud del inmigrante, desde su llegada a España
- Forma de acceder al Sistema Sanitario

Como acabamos de explicar, hemos aplicado la encuesta a personas inmigrantes de procedencia hispanoamericana que residen en Salamanca y que, de una u otra forma han tenido contacto con nuestro sistema sanitario. Para su aplicación hemos recibido la ayuda del personal que trabaja en diferentes asociaciones de inmigrantes, en centros de salud, así como de investigadores del campo de la psicología, la antropología y las ciencias sociales. De ese modo hemos elaborado una encuesta con 21 preguntas, que presentamos como Anexo.

Del total de encuestas realizadas, hemos seleccionado 180 -el resto, no ofrecía demasiada información o esta era confusa-, realizadas por personas inmigrantes, de las que el 98,89% se encuentra en edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, es decir, se enmarcan dentro del sector de población potencialmente activo. De igual manera, la representación de las personas que hemos elegido no ha sido aleatoria, sino que hemos tratado de que correspondieran a población inmigrante hispana procedente de países con un importante peso migratorio en Salamanca. Aun así, no hemos querido dejar fuera de la encuesta a alguna persona inmigrante de procedencia distinta como EE.UU, China y Marruecos, como hemos señalado anteriormente, si bien con una representación mínima en la población de nuestra encuesta.

### 3.2 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. RECURSOS METODOLÓGICOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADAS

Por investigación cualitativa, en síntesis, entendemos aquellos estudios que proporcionan una descripción verbal o explicación de un fenómeno, su esencia, naturaleza, comportamiento, en contraste con la exposición ofrecida en la investigación cuantitativa que se refiere, fundamentalmente, al análisis e interpretación de datos numéricos interpretados de manera absoluta. El método cualitativo se utiliza cuando en la investigación se hace necesario complementar los resultados obtenidos desde otra perspectiva diferente, con el fin de alcanzar una adecuada interpretación de los mismos. En nuestro trabajo, no es posible cuantificar ideas, sensaciones, sentimientos y concepciones del mundo.

La investigación cualitativa, como todos conocemos, parte de una serie de premisas que le permiten dar una mayor amplitud y enfoque al caso de estudio, facilitando a su vez, abordar los diferentes problemas que se pretenden investigar a través de la visión de una realidad que se construye momento a momento por medio de la interacción de los actores que se encuentran en ella. Por esta razón, la investigación cualitativa tiene la necesidad imperante de recoger datos ricos en significado, obtenidos por una metodología basada en los principios de la hermenéutica y la dialéctica, que permiten comprender y describir de manera adecuada la realidad, entendida como un proceso de construcción realizado por los sujetos de la investigación y por los investigadores<sup>99</sup>. No pretende llegar a abstracciones universales, sino a descripciones de casos individuales, que se compararán posteriormente con otros para establecer regularidades. La investigación cualitativa no busca la generalización, sino la especificidad. Se trata de un estudio de los datos observados realizado en profundidad y detenimiento y con exquisito rigor científico.

---

<sup>99</sup> González, F.: Investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos. México: Ediciones paraninfo, S.A, 2000.

Así mismo los problemas de investigación en las Ciencias Sociales<sup>100</sup> no se pueden simplificar ni operacionalizar desde el inicio (como lo permite la investigación cuantitativa), sino que con el transcurrir de la investigación, la interacción con la realidad, y por ende, con el problema de estudio y todos sus actores, se van guiando tanto los objetivos como los supuestos de la misma. Así, la investigación cualitativa interpretativa jamás podrá tener un carácter invariable y rígido que esté destinado a comprobar hipótesis predispuestas al inicio de la investigación, sino, al contrario, (aunque en toda investigación existan presupuestos iniciales), los investigadores no temen modificar sus objetivos en pro de una mejor comprensión y obtención de datos más significativos, mostrando una vez más que la investigación cualitativa busca entender los hechos de los fenómenos estudiados, en lugar de realizar inferencias o predicciones sobre las variables y su relación.

La investigación cualitativa ha ido configurándose a lo largo del siglo XX, de forma paralela a la filosofía de la ciencia, entendiéndose como un método que proporciona una descripción verbal o explicación del fenómeno estudiado, su esencia, naturaleza, comportamiento, en un claro contraste con la exposición ofrecida en la investigación cuantitativa que se refiere, fundamentalmente, a datos numéricos. El método cualitativo se utiliza con mayor frecuencia cuando en la investigación se hace necesario complementar los resultados, como en el caso que nos ocupa.

Dentro de la perspectiva metodológica cualitativa, pueden utilizarse métodos diferentes: etnográfico, histórico, etc. En el caso de nuestra investigación, como hemos señalado anteriormente, nos vamos a apoyar básicamente en el método etnográfico. Método que debe ayudarnos a poder interpretar dos líneas de pensamiento que nos han servido en nuestro posterior análisis de los resultados de la investigación y en realidad, profundizan en dos características intrínsecas del fenómeno migratorio: desde el punto de vista del migrante y desde el punto de vista del observador externo. En definitiva, nos estaríamos refiriendo concretamente al "relativismo cultural" y al

---

<sup>100</sup> Íbid.

"etnocentrismo". El relativismo cultural constituye, sin duda, una de las bases del saber antropológico. Efectivamente, la cultura, tradiciones, costumbres, comidas, juegos y actividades de determinado grupo humano no pueden ser analizadas ni juzgadas como adecuadas o inadecuadas. Cada pueblo tiene su forma de pensar y actuar de manera que sus tradiciones son válidas en cuanto se encuentran insertas en su contexto cultural. No se puede mirar desde otra perspectiva, desde la mirada de otra cultura para decir si las conductas son válidas o no.

Desde esta última perspectiva, en cambio, se aborda la línea de pensamiento etnocéntrica. El etnocentrismo se encarga de juzgar costumbres y tradiciones desde el punto de vista de la propia cultura. Desde esta perspectiva, la propia cultura alcanza siempre el valor de "cierta", "coherente" y "mejor". Por otro lado, el etnocentrismo, cuando es moderado, también alcanza importancia, aunque bien es cierto, que desde una perspectiva radicalmente opuesta a la anterior; es decir, desde el sentido de auto-preservación de la propia cultural, impidiendo que ciertas costumbres y tradiciones sean olvidadas al tomar contacto con otros pueblos o etnias.

Conviene establecer también la distinción entre las miradas "*etic*" y "*emic*" en nuestra investigación. Esta dualidad, se encuentra presente en la relación necesaria entre etnocentrismo y relativismo cultural, donde el antropólogo debe encontrar el equilibrio entre ambos. Las expresiones "*etic*" y "*emic*" fueron acuñadas por Pike<sup>101</sup> a mediados del siglo XX. Tienen que ver con una analogía con las expresiones "fonémica" y "fonética" y el análisis "estructural" y "no estructural", respectivamente<sup>102</sup>. En antropología, los términos adquieren otro significado, análogo, pero diferente. Así, la visión "*emic*" hace referencia a la explicación del antropólogo a partir de la perspectiva del propio nativo (en nuestro caso el sujeto migrante). Una visión que el indígena aceptaría como adecuada y significativa para la cual el antropólogo ha

---

<sup>101</sup> Pike, K.: Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior, I, Glendale: Summer Institute of Linguistics, 1954.

<sup>102</sup> Harris, M.: Antropología Cultural. Madrid: Alianza, 1996.

tenido que adquirir un conocimiento mínimo de las categorías y reglas de los propios nativos; es decir, una visión de la cultura desde “dentro”. Por otro lado, el significado de la perspectiva "etic" se fundamenta en un lenguaje, categorías y reglas derivadas de la propia ciencia (la teoría antropológica, estadísticas, demografía, economía, comparaciones) y en nuestro caso se correspondería con el posicionamiento del sujeto que analiza el proceso migratorio, aunque no tiene por qué ser excluyente de la perspectiva "emic". Es una visión técnica, científica, y, por lo tanto, extraña al nativo, una visión desde “fuera” de la cultura objeto de estudio.

La tarea del investigador, desde esta perspectiva etnográfica, radica en la habilidad (que también puede ser inversa), para observar lo exótico y lo familiar, de intentar mediar entre lo diferente y lo común. La búsqueda de esa mediación constituye el punto de convergencia entre el relativismo cultural y el etnocentrismo, que en definitiva serían la interpretación de las miradas "etic" y "emic".

### 3.2.1 EL MÉTODO ETNOGRÁFICO

Considerada como un proceso interpretativo, la investigación cualitativa se apoya en diversas técnicas, según el fenómeno que se analice: el estudio de casos, el trabajo de campo, la biografía, las historias de vida... En esta tesis nos hemos servido, dentro de la perspectiva de investigación cualitativa, del método etnográfico, un recurso que surge de la antropología cultural y de la sociología cualitativa.

Si nos ceñimos al punto de vista etimológico, el término “Etnografía” significa la descripción (*grafé*) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (*ethnos*). Por tanto, *ethnos*, que sería la unidad de análisis para el investigador, no solo podría ser una nación, un grupo lingüístico, una región o una comunidad, sino también cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por la

costumbre o por ciertos derechos y obligaciones recíprocos<sup>103</sup> algo que realmente ocurre con nuestro grupo de estudio generado por el flujo migratorio.

La Etnografía se encuentra estrechamente vinculada a la Antropología Cultural y a la Sociología Cualitativa: “Se habla de la investigación etnográfica o simplemente etnografía para aludir tanto al proceso de investigación por el que se aprende un modo de vida de algún grupo como al producto de esa investigación...”<sup>104</sup>. Por su parte, algunos autores afirman que la Etnografía tiene como principal propósito describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades<sup>105</sup>.

Aunque la etnografía se ha desarrollado principalmente durante el siglo XX, como es sabido, es la técnica más antigua utilizada, inclusive desde la época de Herodoto. En el último siglo, su evolución ha tenido lugar sobre todo en el campo de la antropología y sociología educativas. En este último, que es el que nos interesa, ha generado “un cuerpo de conocimientos y unos procedimientos para el estudio de contextos educativos y sociales, y emerge como un área propia de la indagación”<sup>106</sup>.

Entre las principales características de la Etnografía, podríamos destacar, a juicio de diferentes investigadores del campo de la etnografía, las siguientes:

- Tienen un carácter fenomenológico o *émico*<sup>107</sup>: se trata de interpretar los fenómenos sociales viendo “*desde dentro*”, es decir desde el

---

<sup>103</sup> Martínez Martínez, J. L.: Ciudadanía, migraciones y religión: un diálogo ético desde la fe cristiana. Madrid: San Pablo: Universidad Pontificia Comillas, 2007.

<sup>104</sup> Sandín Esteban, M. P.: Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones. Madrid: Ed. McGraw-Hill., 2003.

<sup>105</sup> Martínez, J. L.: Ciudadanía... 2007.

<sup>106</sup> Sandín Esteban, M. P.: Investigación....

<sup>107</sup> Una descripción *emic*, o *émica*, es una descripción en términos significativos (conscientes o inconscientes) de lo que piensan determinadas poblaciones. La preocupación central es saber si sus modelos representan la forma en que piensan las poblaciones estudiadas. Los enfoques interculturales argumentan que solo mediante el ejercicio de la interpretación, comprensión y empatía se puede lograr acercarse al pensamiento originario. Se antepone a una descripción *etic*. Es decir de aquella donde el observador está desprovisto de cualquier intento de descubrir el significado que los agentes involucrados le dan a un hecho/fenómenos de la realidad.

sentido/significado que las poblaciones estudiadas le dan a determinados fenómenos de la realidad.

- Tienen carácter *holista*. Describe los fenómenos de manera global en sus contextos naturales aceptando el escenario complejo y la totalidad de los elementos básicos.
- Supone una permanencia relativamente persistente dentro del grupo a estudiar con el fin de conseguir su aceptación y confianza. Por ello, está imbricada la característica de *naturalista* en cuanto que el etnógrafo estudia a las personas en su hábitat natural. Observa, escucha, habla, anota historias de vida y evita las formas controladas, lo que supone una permanencia temporal en los lugares de estudio.
- Usa la vía inductiva. Se apoya en las pruebas para sus concepciones y teorías y en la empatía y habilidad general del investigador para estudiar otras culturas.
- Libre de juicios de valor.
- Tiene carácter reflexivo. El investigador forma parte del mundo que estudia y es afectado por él. La influencia mutua y dinámica del etnógrafo y el campo de investigación sobre cada uno es referida como reflexibilidad.

Pero no olvidemos que el método etnográfico es la piedra angular para investigar en Antropología. Hasta tal punto que hasta no hace mucho tiempo, los términos "Etnografía" y "Antropología", se consideraban sinónimos. De hecho, esta situación ha sido causa de muchas confusiones e incertidumbres. Es cierto que tanto el trabajo de campo, y dentro de él, la observación participante, constituyen una parte central de las técnicas de investigación tanto en Antropología como en Etnografía. Así, para Velasco y Díaz de Rada<sup>108</sup>, el Trabajo de Campo, es "una situación metodológica y también en sí mismo un

---

La distinción emic/etic es similar a la existente entre nomotético/ipsativo, aunque ambas distinciones no coinciden exactamente. Pero sí existen dos tradiciones en las ciencias sociales: la objetivista y la subjetivista.

<sup>108</sup> Velasco, M. y Díaz de Rada, A.: La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Editorial Trotta, 1997.

proceso, una secuencia de acciones, de comportamientos y de acontecimientos, no todos controlados por el investigador”.

Hay que tener en cuenta, también, el carácter reflexivo de la investigación social. Como señalan Hammersley y Atkinson<sup>109</sup> la investigación social, como parte del propio mundo que estudia, es la mismo tiempo observada y observadora, reflejando que no existe una separación radical entre la ciencia social y su objeto.

Además del trabajo de campo, el método comparativo también es importante en el campo de la Antropología<sup>110</sup>. Así, la comparación es, según Evans-Pritchard<sup>111</sup>, “uno de los procedimientos esenciales de todas las ciencias, y uno de los procesos elementales del pensamiento humano”. En ese sentido, ambos autores también señalan que las comparaciones deben ocurrir entre unidades de comparación que sean posibles de ser comparadas. No se puede comparar cosas incomparables y en el campo de la antropología debemos hacer especial hincapié en esta situación, ya que son casi infinitas las unidades de comparación que puede el observador ver en el campo, o el investigador plantear en sus escritos.

Para interpretar los datos recogidos en el trabajo de campo, entre otros, utilizaremos principalmente, la perspectiva de Clifford Geertz<sup>112</sup>. Este autor señala que la perspectiva interpretativa consiste en decir “algo sobre algo” con apoyo, también de la analogía. Es decir, hay que buscar por relaciones entre los hechos, los discursos y las costumbres y transferir de uno a otro los juicios del investigador. La interpretación antropológica tiene que ofrecer una perspectiva de lo que ocurre en un contexto social, pero sin disociar la interpretación de los hechos reales. Buscaremos contemplar las tres principales características de la descripción etnográfica, que sea interpretativa, que interprete el flujo del

---

<sup>109</sup> Hammersley, M. y Atkinson, P.: *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1994.

<sup>110</sup> Velasco, M. y Díaz de Rada, A.: *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Editorial Trotta, 1997.

<sup>111</sup> Evans-Pritchard, E. E.: *Social Anthropology*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1951.

<sup>112</sup> Geertz, C.: *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 2003.

discurso social y que lo fije en el tiempo y conforme este discurso de una manera analizable e investigable<sup>113</sup>.

De esta forma, planteamos utilizar perspectivas, métodos y orientaciones teóricas mixtas para mejor atender al objetivo de la investigación. Sea en la dualidad etnocentrismo/relativismo cultural, *emic/etic* como también en mezclar técnicas de investigación como la investigación bibliográfica, la observación participante y la búsqueda documental.

El modelo de investigación etnográfico que proponemos, nos va a permitir comprender el significado del proceso migratorio en emigrantes que se encuentran residiendo en la ciudad de Salamanca facilitándonos la posibilidad de analizar las diferencias y similitudes que existen en el proceso migratorio de acuerdo a cada una de estas situaciones.

### 3.2.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN EMPLEADAS

A diferencia de lo que señalábamos más atrás respecto a la investigación cuantitativa y cualitativa, sí creemos necesario introducirnos aquí, a modo de síntesis, en la concreción de las técnicas de investigación que hemos utilizado. Unas técnicas de recogida de información que, en síntesis, podemos agrupar en las siguientes: “la entrevista en profundidad”, en la que nos apoyamos inicialmente, con el fin de comprender e interpretar el significado del proceso migratorio en cada uno de los emigrantes. Estas entrevistas se aplicaron a los 180 emigrantes, que constituyeron nuestra muestra de análisis. Además, en todo momento nos hemos servido de la “observación participante”. Las dos técnicas mencionadas permitieron la consolidación de una última técnica y herramienta, que no es otra que la “Historia de vida”. Su amplitud y extensión, no nos permitía considerarla en nuestra investigación, pero si nos ha permitido, en cambio, construirla como una nueva propuesta o línea de investigación futura.

---

<sup>113</sup> *ibid.*

### a) La observación participante

La encuesta que hemos aplicado no ha sido un mero “registro” de información, sino que nos ha servido para tener una convivencia entre el investigador y los participantes, basada en la interacción, lo que ha dado como resultado una construcción común. A este respecto, el investigador ha sido parte del debate, de las propuestas vertidas, del proceso mismo, lo que nos permite estar de acuerdo con Martínez cuando dice que durante el proceso de la entrevista la interacción se convierte en el principal instrumento (de la etnografía)<sup>114</sup>. No sería propio, por tanto, hablar de una simple “recogida de información”. Hablaremos más bien de construcción de significados a través de la interacción entre los participantes y el investigador en la construcción del proceso. Desde esta perspectiva, el trabajo ha consistido entonces en explorar, describir situaciones y contextos, registrar lo “dicho” para luego pasar a la tarea de significar e interpretar lo acontecido. Esta técnica ha sido la más importante, pero no la única. Durante los diversos periodos de entrevista y observación, el trabajo de campo de campo ha sido un valioso instrumento que ha permitido registrar situaciones, contextos, emociones, más allá de una grabación. El trabajo de campo ha sido una parte esencial para la interpretación por la riqueza de las anotaciones y las percepciones de los emigrantes y sus familias.

Desde esta perspectiva, el trabajo de campo ha consistido en explorar, describir situaciones y/o contextos, registrar lo *dicho* para luego pasar a la tarea de significar/interpretar lo acontecido.

Hemos llevado un registro pormenorizado y detallado, con el mayor rigor y precisión posibles. Dadas las circunstancias en las que nos encontrábamos y la invitación a participar en las propias viviendas de los emigrantes, nos vimos obligados, en numerosas ocasiones, a no tener que realizar un guion o esquema de trabajo previo, pues no éramos nosotros en este caso, los conductores o directores del proceso. Nuestro trabajo consistía en observar, no en dirigir. Por ello, en numerosas ocasiones, no establecimos

---

<sup>114</sup> Martínez Miguel, M.: La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico Práctico. México: Editorial Trillas, 2007, p. 62.

*ningún guion de antemano*, de todas las reuniones y discusiones llevadas a cabo durante el tiempo que duró la investigación. Esto no significa que no recogiéramos y sistematizáramos después toda la información que estábamos recibiendo.

Según Hernández, Fernández y Baptista<sup>115</sup>, la observación no es mera contemplación (“sentarse a ver el mundo y tomar notas”), sino que implica adentrarnos en profundidad en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Es estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

Desde esta perspectiva, hemos procurado siempre tener presente en nuestra investigación, los propósitos esenciales de la observación participante, que en síntesis, son los siguientes:

- explorar ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social.

- describir comunidades, contextos o ambientes; asimismo, las actividades que se desarrollan en estos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas.

- comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que se desarrollan, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas.

- identificar problemas.

- generar hipótesis para futuros estudios.

La observación participante fue una técnica muy importante en nuestra investigación, pues nos permitió recoger información, consolidar datos, ampliar apreciaciones y nutrir mucho más los resultados obtenidos durante las entrevistas y los grupos focales.

---

<sup>115</sup> Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. : Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: Mc Graw Hill, 2010.

## **b) La entrevista en profundidad**

Durante el proceso de investigación hemos entrevistado en profundidad a algunas de las personas inmigrantes que nosotros considerábamos de mayor interés para nuestra investigación y que acudieron a nuestra consulta. En todos los casos hemos hecho constancia explícita de esta situación y hemos contado con su consentimiento.

Esta es una de las técnicas más utilizadas en la recogida de datos en el campo de la investigación social, dado que permite recoger una gran cantidad de información, rica en contenido y significado, que es la expresión libre de la subjetividad de los entrevistados. Se encuentra relacionada con la observación participante y es complementaria de esta.

Las entrevistas en profundidad se definen como los encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes que están dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los primeros, respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan sus propias palabras. Aunque este tipo de técnicas tiene un alto nivel de validez y bajo nivel de confiabilidad, el investigador tiene la ventaja de la flexibilidad hacia el informante y la de hacer preguntas en una atmósfera más relajada (contrario a las entrevistas estructuradas) e informal, en la que pueda facilitarse la aparición de respuestas completas y genuinas.

Por naturaleza este tipo de entrevista debe consistir en hacer preguntas que no sean directas para que no se vea afectado o influido el discurso del informante. Además, se debe dar libertad al informante para que profundice todo lo que él quiera en los temas propuestos, sin importar cuanto tiempo se tome. Es preciso aclarar que aunque no se debe tener un marco de preguntas estructurado antes de realizar la entrevista, sí es importante tener una guía muy general acerca de los temas que se deben tratar en la entrevista.

Al iniciar la entrevista, se debe establecer un *rapport* por medio de preguntas relacionadas con la cotidianidad del informante (preguntas que sirvan para romper el hielo entre el entrevistador y el informante), que le

permitan al investigador aprender aquellas cosas que son importantes para el informante y que puedan servir más adelante en la investigación. A continuación, el entrevistador debe abordar los temas relacionados con la investigación (con el fin de recoger la información) por medio de cuestionamientos acerca del tema y el continuo aliento por parte del investigador para que el informante describa de manera detallada y utilizando sus propios términos (es decir la jerga que la persona utiliza en sus contextos sociales), las diferentes situaciones que involucran el tema investigado.

Para seleccionar las entrevistas en profundidad como técnica de recogida de información se tuvo en cuenta su pertinencia con respecto a lo que se buscaba con el presente estudio:

- los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente definidos.

- los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo: se da cuando se desea estudiar acontecimientos del pasado o acontecimientos donde no se puede tener acceso a un tipo de escenario particular o de personas.

- el investigador tiene limitaciones de tiempo: se da cuando el investigador no tiene el tiempo de estar inmerso en el contexto del informante, además permite tener datos ricos en significado en tiempos relativamente cortos.

- la investigación depende de una gran gama de escenarios o personas: cuando se quiere recolectar datos que sean ricos en significado y que sean amplios con la posibilidad de generalizar.

- el investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva: cuando los investigadores quieren recolectar datos acerca de la experiencia y la interpretación subjetiva de la realidad por parte de los informantes.

### **c) La historia de vida**

Es una forma de recogida de datos muy utilizada en la investigación cualitativa. Puede ser individual (un participante o una persona histórica), o colectiva (una familia, un grupo de personas que vivieron un periodo y compartieron rasgos y experiencias)<sup>116</sup>. Según Hernández, Fernández y Baptista<sup>117</sup>, las historias de vida se construyen atendiendo a los criterios siguientes:

- “la obtención de documentos, registros, materiales y artefactos.
- las entrevistas en las cuales se le pide a uno o varios participantes que narren sus experiencias, en términos generales o sobre uno o más aspectos específicos de su vida.
- El investigador debe obtener datos de cómo ven los individuos los acontecimientos generales o específicos de su vida.
- En las historias de vida es relevante tener fuentes múltiples de datos, desde diferentes actores involucrados en el aspecto evaluado.
- El entrevistador solicita detalles y circunstancia de la experiencia, para vincularlas con la vida del sujeto. Las influencias, interrelaciones con otras personas y el contexto de cada experiencia, ofrecen una gran riqueza de información.
- El investigador pone atención al lenguaje y estructura de cada historia y la analiza tanto de manera holística (como un todo) como por sus partes constitutivas.
- Igualmente se considera lo que permanece del pasado (secuelas y alcance actual de la historia).
- Si la historia se encuentra vinculada a un hecho específico (una guerra, una catástrofe, una pérdida, un triunfo, una vivencia) y cuanto más cerca haya

---

<sup>116</sup> Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. : Metodología...

<sup>117</sup> Íbid.

estado el participante de los eventos, entonces más información aportará sobre estos.

- Es importante describir los hechos que ocurrieron y entender a las personas que los vivieron, así como los contextos en que estuvieron inmersos.

- Este método requiere que el entrevistador sea un hábil conversador y que sepa llegar a los aspectos más profundos de las personas.

- El significado de cada vivencia o experiencia resulta central.

- La historia puede ser de vida o experiencia.

- Las historias las cuentan los participantes, pero la estructuración final le corresponde al investigador.

- La tarea final en la recolección de datos por medio de las historias y biografías consiste en “ensamblar” los datos provenientes de diferentes fuentes.

- Las biografías o historias de vida han probado ser un excelente método para comprender razones y analizar experiencias”.

Todas estas características son completamente afines con nuestra investigación.

Las tres técnicas mencionadas permitieron construir una propuesta acorde a las necesidades de los emigrantes, así como comprender el significado del proceso migratorio y cómo éste repercute en el ámbito sanitario.

### 3.4 TEMPORALIZACIÓN

Tras algunas conversaciones mantenidas con la Dra. Gutiérrez Rodilla en 2008 y 2009, a propósito de algunos trabajos suyos relacionados con la comunicación médico-paciente, nació la inquietud por mi parte de aplicar esos trabajos sobre la población inmigrante hispanoamericana. En ese periodo tomé contacto con el Dr. Aparicio Gervás, al que transmití mi inquietud sobre la necesidad de sensibilizar a los profesionales sanitarios de lo importante de la comunicación con el inmigrante. Conocedor de su experiencia en materia de educación e inmigración, le pedí ayuda para que este trabajo obtuviera una proyección intercultural de importancia para un mejor conocimiento acerca de cómo viven estas personas su enfermedad y cómo utilizan los recursos para poder mejorar la misma.

Asesorado por ambos, comencé ya en 2010 a introducirme en lo que sería la base teórica de este acercamiento al tema que me preocupa, centrándome en los puntos de la inmigración en España, las desigualdades de salud en la población inmigrante y consideraciones éticas en la atención sanitaria al inmigrante. Me fueron de mucha ayuda diversos trabajos desarrollados en Madrid y Barcelona, de los que he obtenido gran cantidad de información. Esa tarea culminó en la realización de un ensayo que se presentó el año 2012 como trabajo de Grado en la Universidad de Salamanca, que después me llevaría a seguir trabajando para elaborar la presente tesis doctoral.

## **4. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Con las diferentes variables que hemos utilizado en el análisis de datos hemos intentado abordar, no solo la edad, el sexo o la procedencia, sino también aspectos relacionados con la propia situación como emigrante, la importancia del conocimiento de la lengua del lugar de acogida y, sobre todo y muy especialmente, aquellos valores y contextos vinculados al sistema sanitario. Desde todas estas perspectivas, el análisis cuantitativo, se centró en la respuesta a cada una de las variables que a continuación señalamos, profundizando en otros interrogantes que, a modo de subvariables, respondían y permitían conocer con mayor profundidad, los resultados obtenidos.

Presentamos a continuación los resultados de la encuesta, recogida en el Anexo, primero desde el punto de vista cuantitativo y después cualitativo.

#### **4.1 DESDE LA PERSPECTIVA CUANTITATIVA**

Los resultados son los siguientes:

##### **1.- EDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ENCUESTADA:**

18/65 Años: 178

Menos de 18 años: 2

##### **2.- DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ENCUESTADA**

Mujeres: 100

Hombres: 80

### **3.- PAÍSES DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ENCUESTADA**

- Perú	48
- Bolivia	31
- Argentina	25
- Ecuador	24
- Colombia	23
- R. Dominicana	9
- Marruecos	5
-Venezuela	3
- Cuba	3
- Puerto Rico	2
- China	2
- EE.UU	2
- Brasil	1
- México	1
- Guatemala	1

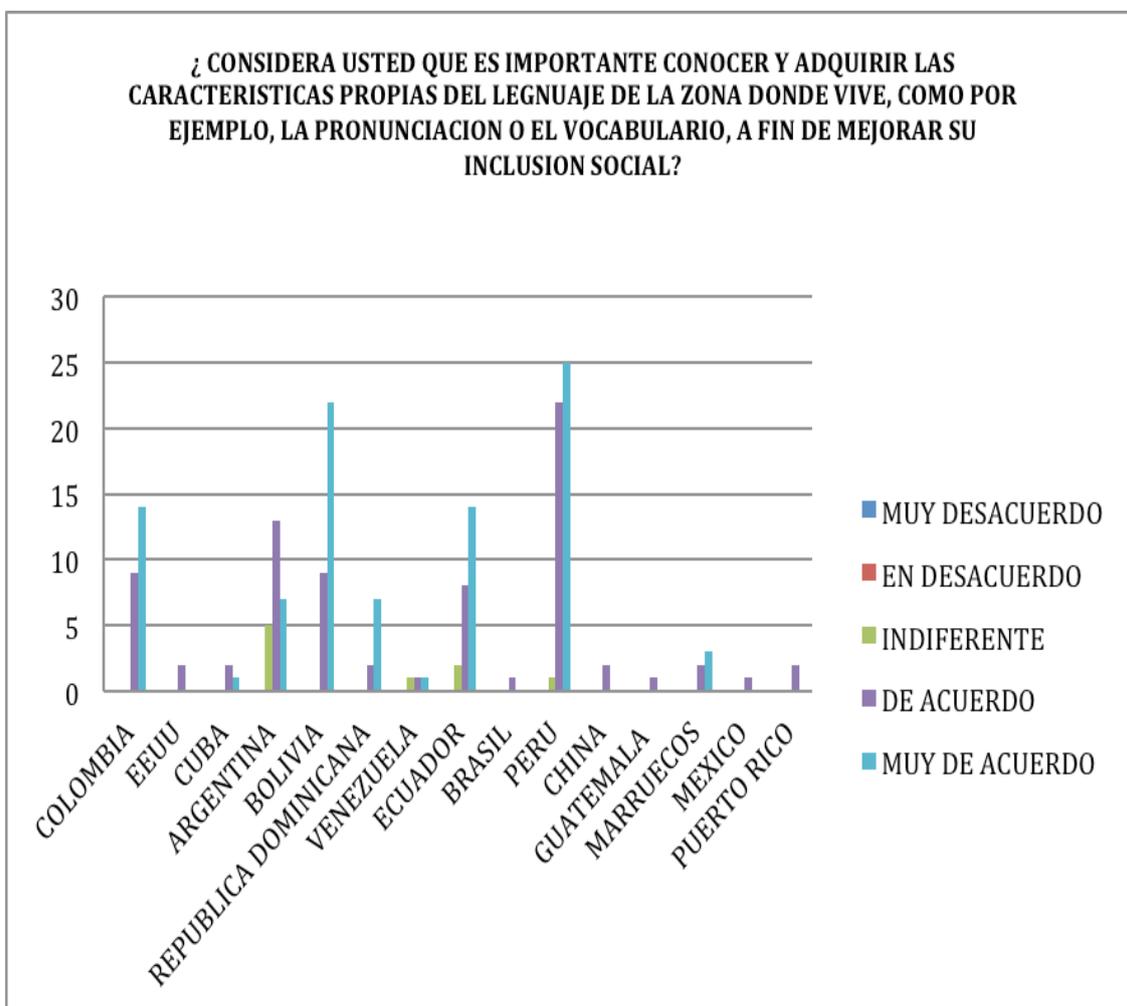
### **4.- NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS**

- Sin Instrucción	0.55%
- Estudios Primarios	9.44%
- Estudios Secundarios	29.44%

- Estudios Técnicos 27.22 %
- Estudios Superiores 33.33%

## 5.- NECESIDAD DE CONOCER EL CORRECTO USO DEL LENGUAJE

- Un 95 % de la población encuestada lo considera de importancia.
- Solo un 5% se muestra indiferente.



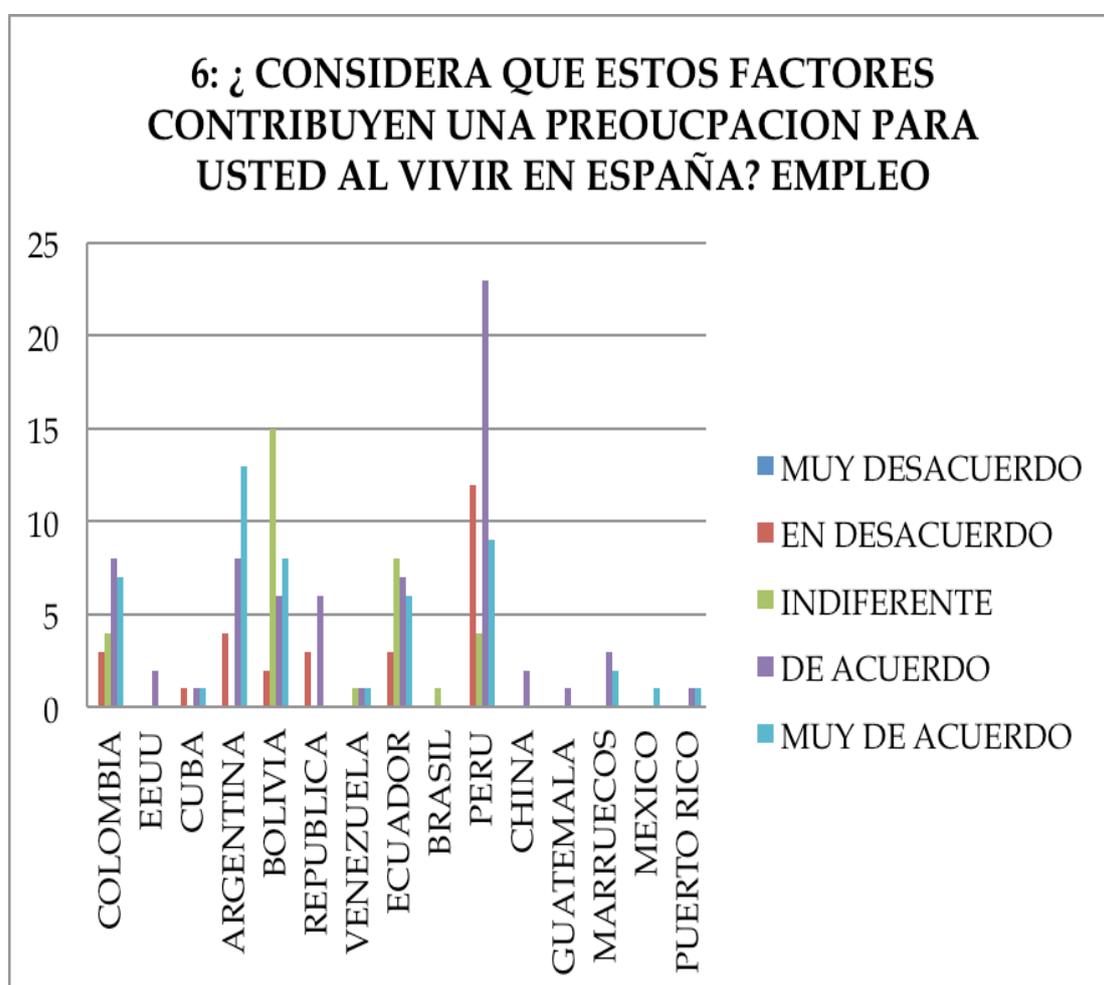
- Destacan por manifestar su interés en este apartado el colectivo boliviano, peruano y colombiano por la alta proporción de personas que cree que es necesario conocer y adquirir las características propias del lenguaje de la zona donde viven.

- Por su parte, el colectivo argentino es el que menos interés muestra en estos asuntos.

## 6.- PRINCIPALES PREOCUPACIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

### - EMPLEO

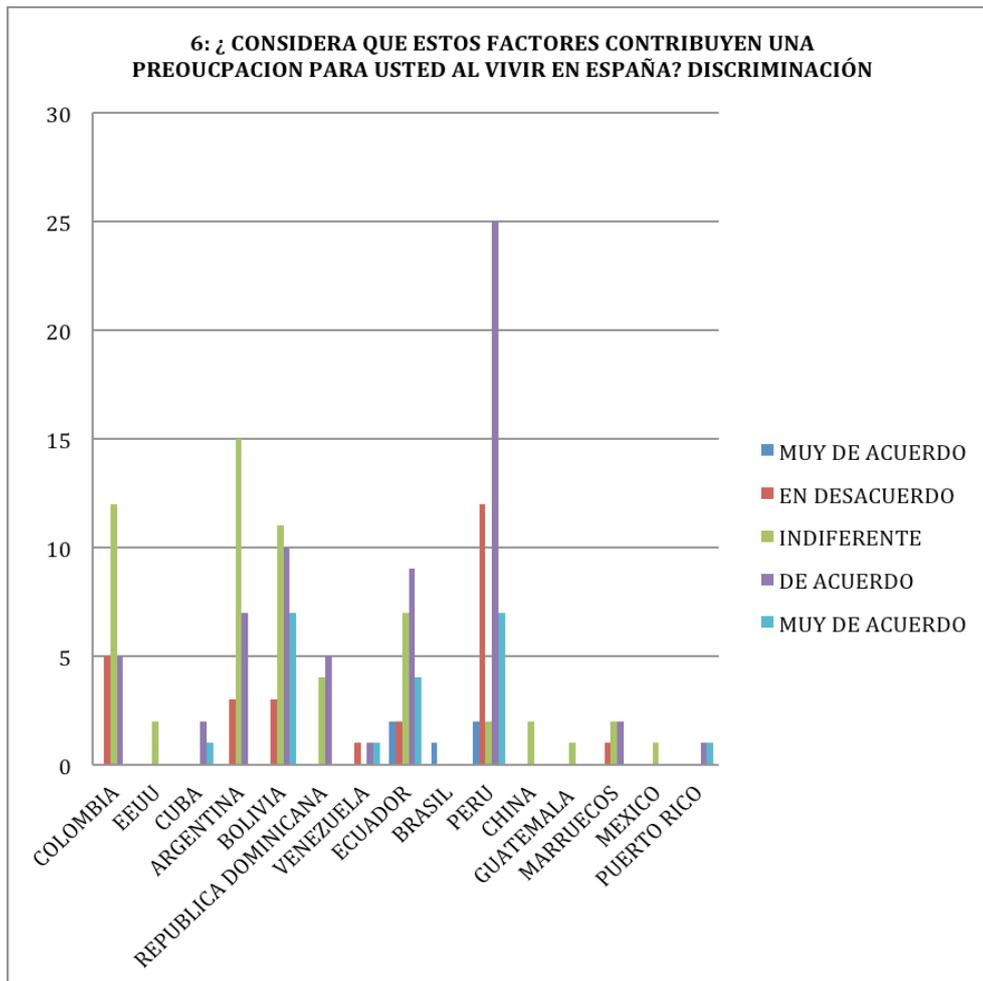
- Para un 59.99% es una preocupación importante el tener empleo.
- A un 38.88% le resulta indiferente o no le preocupa.



- De la gráfica por procedencia de países se desprende que es a los peruanos a los que más les preocupa mientras que para los bolivianos no es un tema prioritario

## - DISCRIMINACIÓN

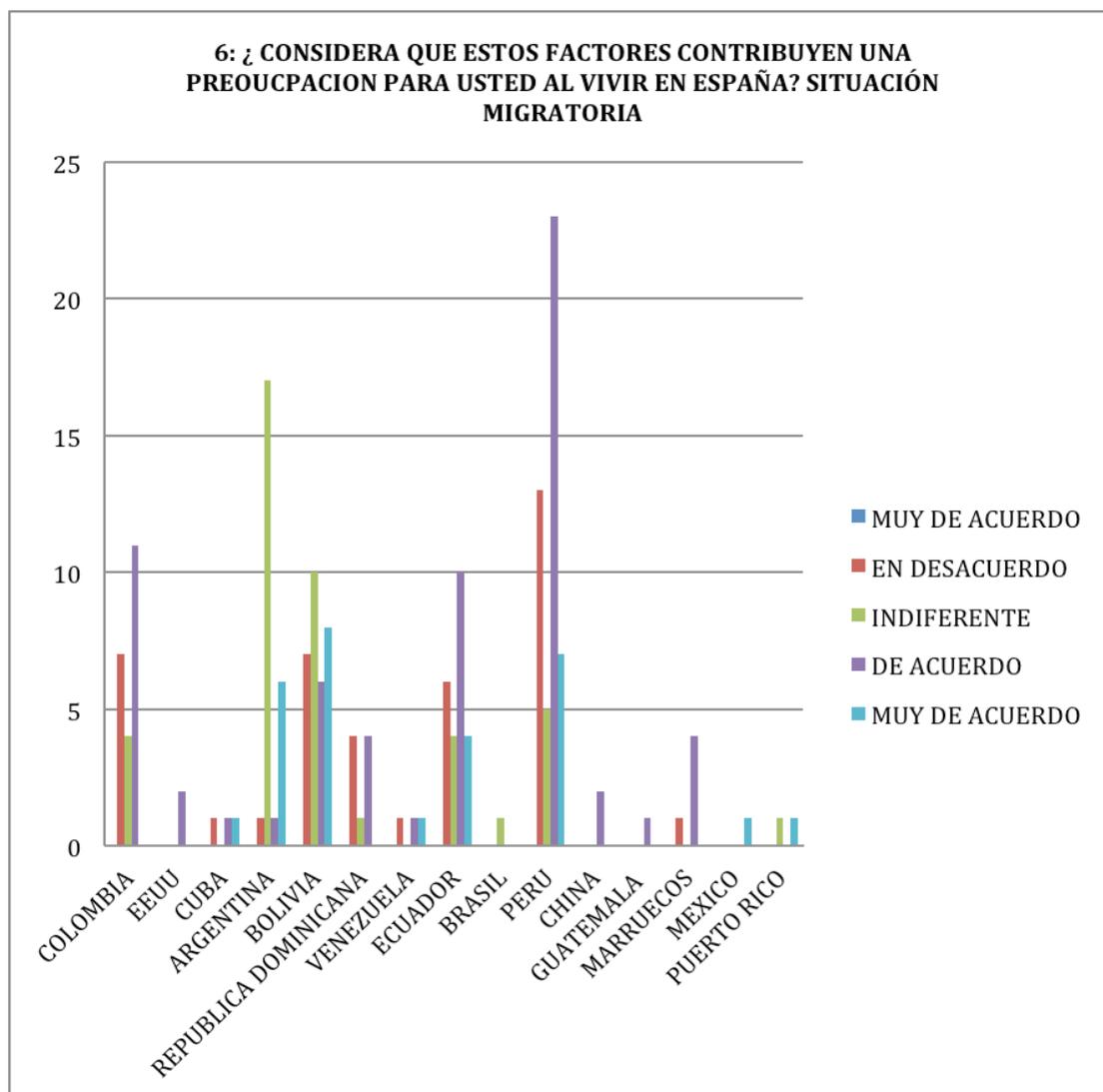
- Un 17% no se siente discriminado.
- A un 32% el tema le resulta indiferente.
- Un 48% siente que existe discriminación.



- El colectivo de peruanos destaca por sentirse más discriminado mientras que el argentino es el que se siente menos.

## - SITUACIÓN MIGRATORIA

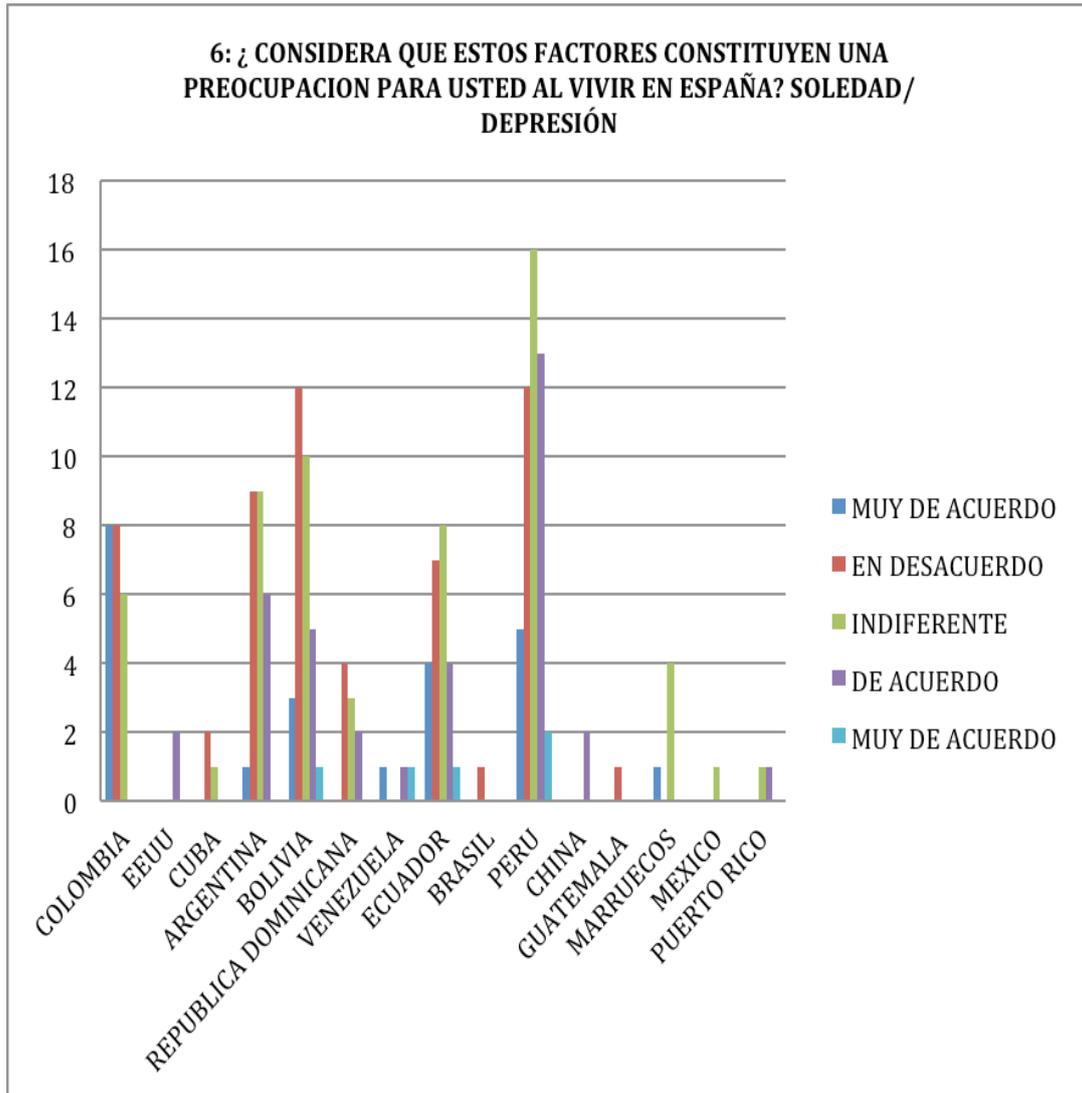
- Para el 32.77% de los encuestados no supone un problema.
- Para un 23.88% es indiferente.
- Un 47.22% considera que la situación migratoria es importante para su desarrollo personal y profesional en el país de acogida.



- En este aspecto destacan los peruanos, colombianos y ecuatorianos, mientras que los argentinos sorprenden por no darle excesiva importancia.

**- SOLEDAD/DEPRESIÓN**

- Un 43.88% no padece estas sensaciones.
- A un 32.77% le es indiferente.
- Un 22.77% reconoce haber pasado por momentos de soledad e, incluso, depresión.

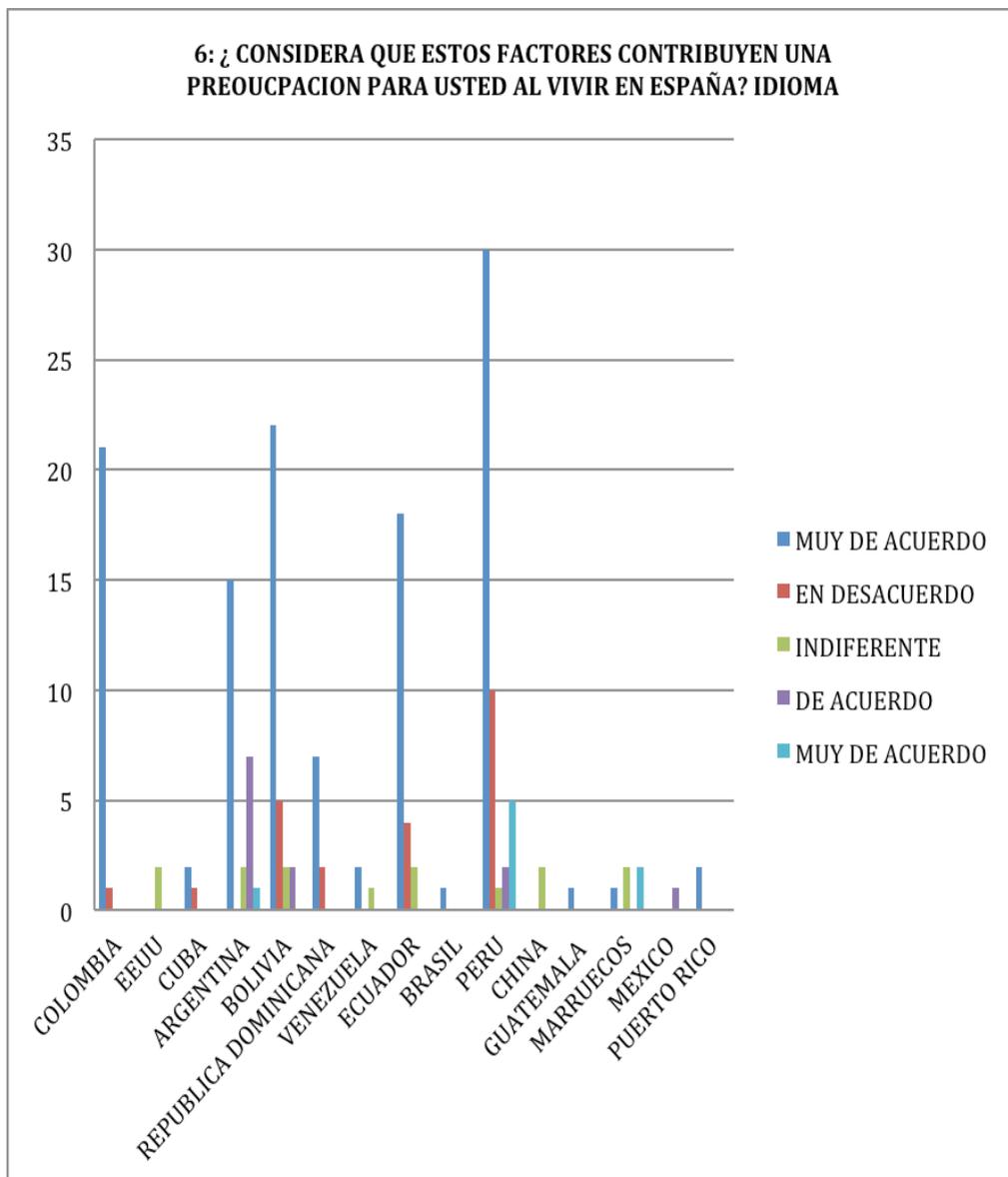


- Los colombianos, argentinos y bolivianos son lo que refieren menor tendencia a padecer estas sensaciones.

**- IDIOMA**

- Casi para el 70% (el 69.99%) el idioma no es motivo de preocupación y se muestra en desacuerdo o muy en desacuerdo con este ítem.

- Para el 7.77% es algo indiferente, mientras que el 11.11% sí lo tiene como motivo de preocupación, sí lo considera un problema. De hecho, como vemos en la gráfica por países el idioma solo se plantea como preocupación en las comunidades no hispanohablantes.

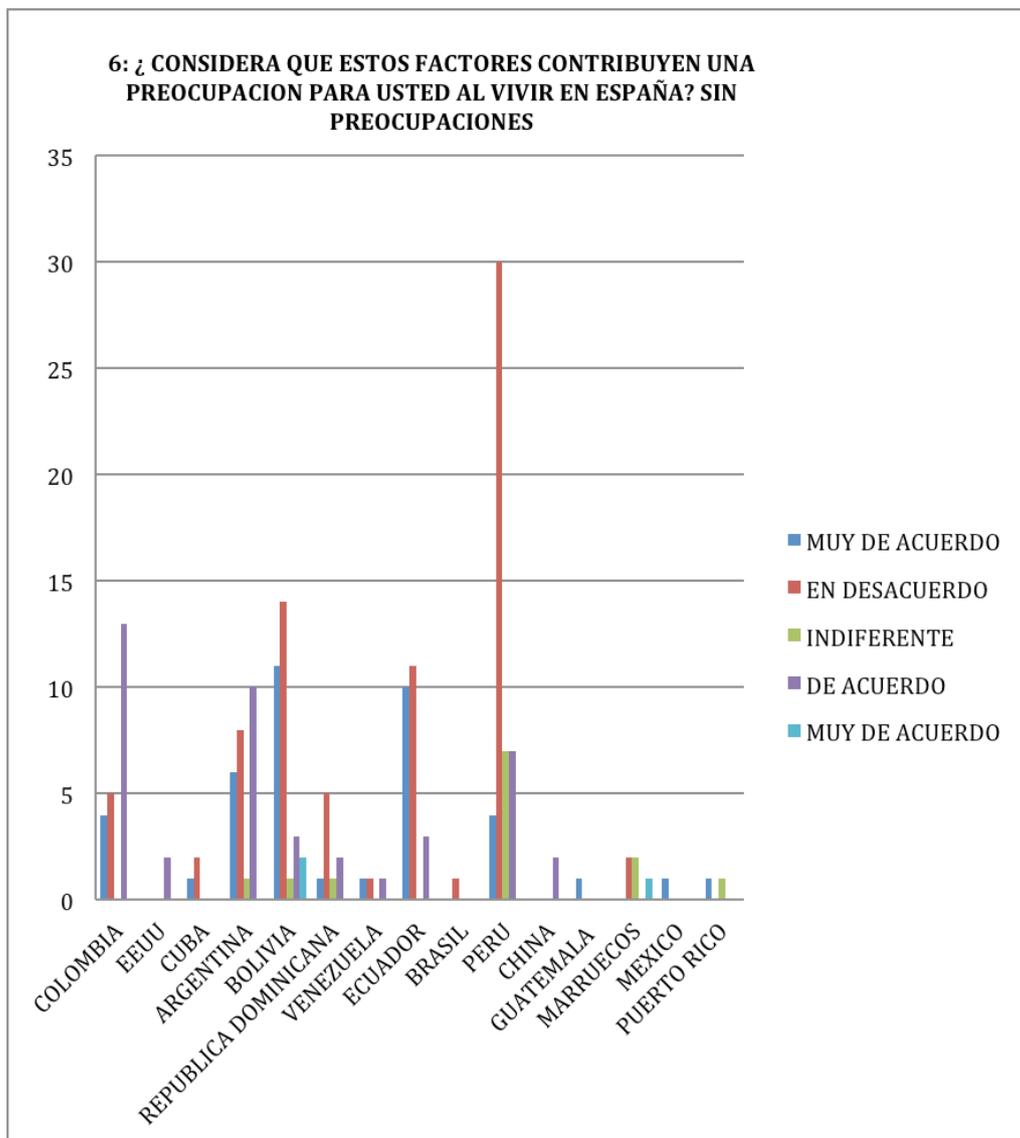


**- SIN PREOCUPACIONES RELATIVAS A SU ADAPTACIÓN**

- El 61,68% reconoce tener preocupaciones en lo que se refiere a su adaptación en España.

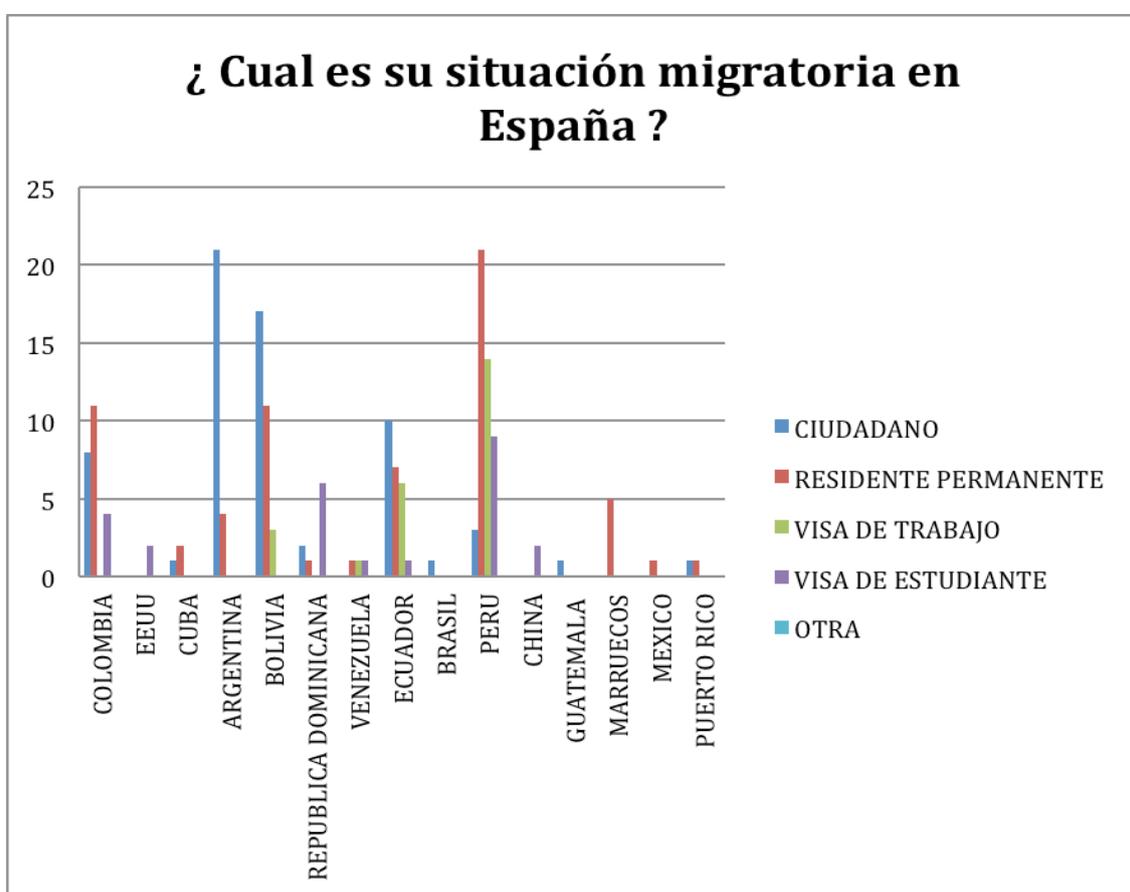
- Al 8.44% este tema le resulta indiferente.

- El 29.87% refiere no tener preocupación para su adaptación.



## 7.- SITUACIÓN MIGRATORIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ENCUESTADA

- Ciudadanos 36.11%
- Residentes 36.11%
- Visa de Trabajo 13.33%
- Visa de Estudiante 13.88%

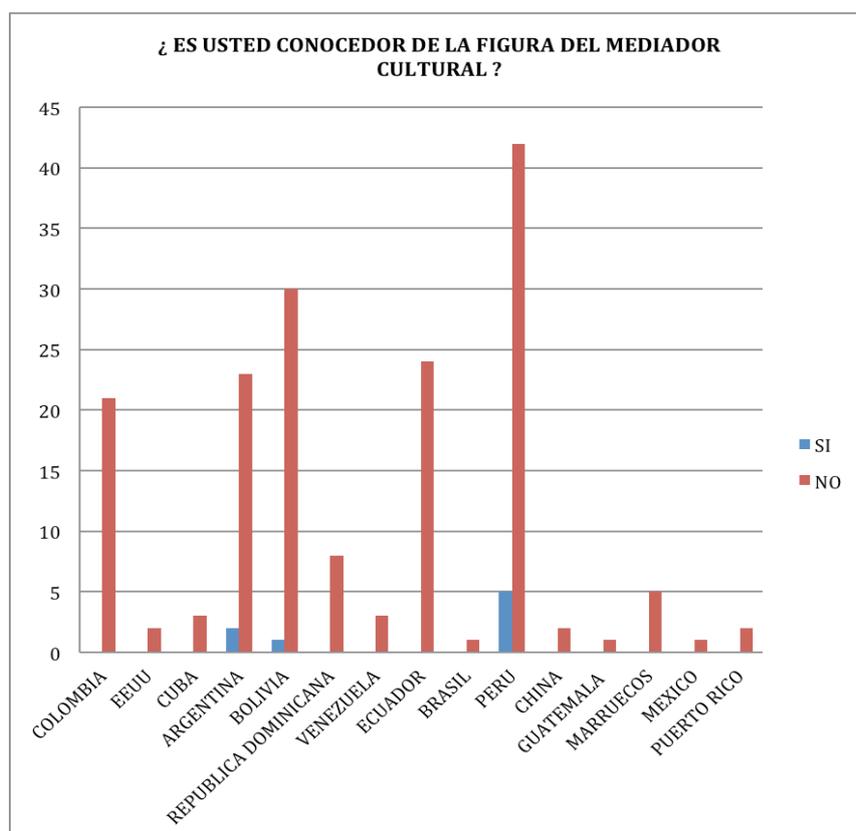


- Los argentinos, bolivianos y ecuatorianos son los que han conseguido en mayor proporción la ciudadanía.

- En general, los peruanos y colombianos mantienen una situación de residencia permanente.

## 8.- CONOCIMIENTO DE LA FIGURA DEL MEDIADOR CULTURAL

- Solo un 4.44% conoce esta figura frente al 95.56% que no la conoce. Llama la atención este desconocimiento por parte de la práctica totalidad de los inmigrantes de la existencia del mediador cultural.



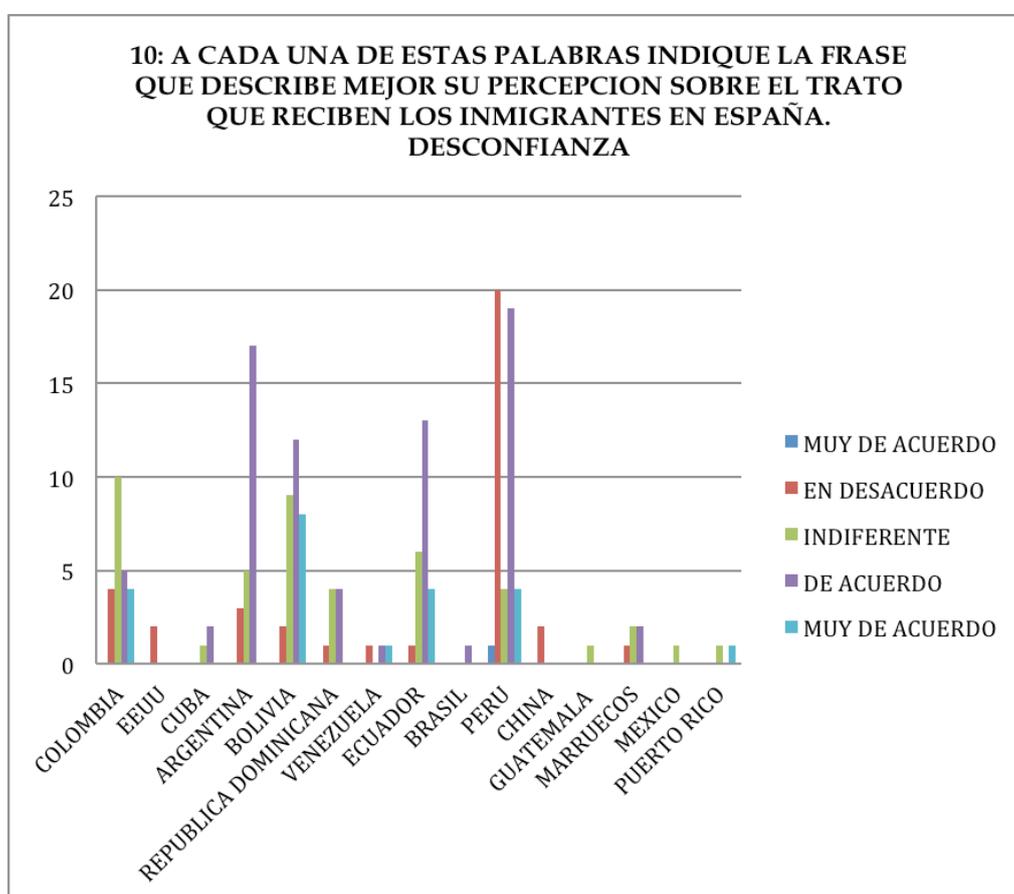
## 9. CREEN QUE ESTA FIGURA ES NECESARIA

A continuación se les preguntó si creen que esta figura es necesaria en los servicios biosanitarios: el 92% se abstuvo y solamente un 8% contestó la pregunta diciendo que sí es necesaria esta figura, siendo peruanos, argentinos y colombianos los que manifestaron mayor interés por la presencia del mediador cultural.

## 10.- CÓMO CREEN QUE PERCIBEN LOS ESPAÑOLES LA INMIGRACIÓN

### - DESCONFIANZA

- No existe desconfianza 21.11%
- Indiferente 24.44%
- Existe desconfianza 54.44%



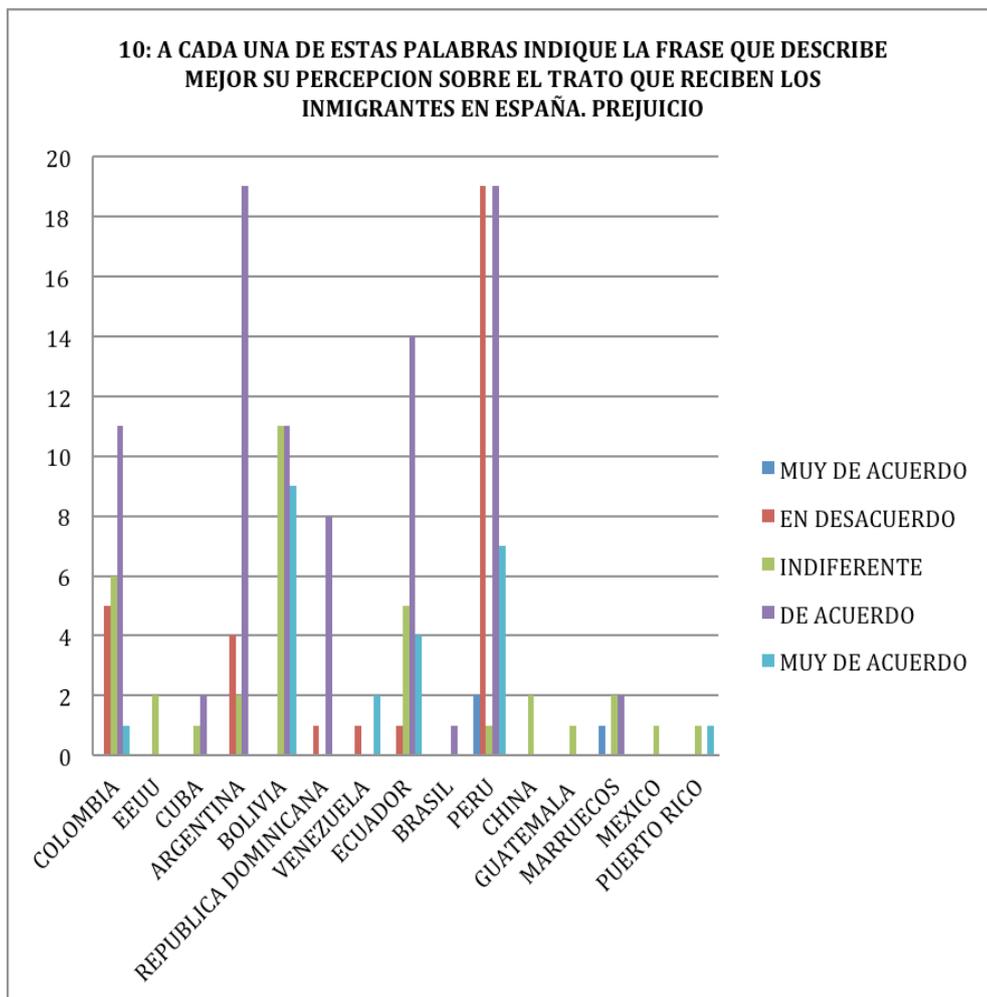
- Se confirma que existe desconfianza por parte de la población española, percibida de forma prevalente en los argentinos, peruanos, bolivianos y ecuatorianos.

## - PREJUICIOS

- El 18.88% refiere que no existen prejuicios hacia ellos por parte de los españoles.

- El 19.44 % se mostró indiferente.

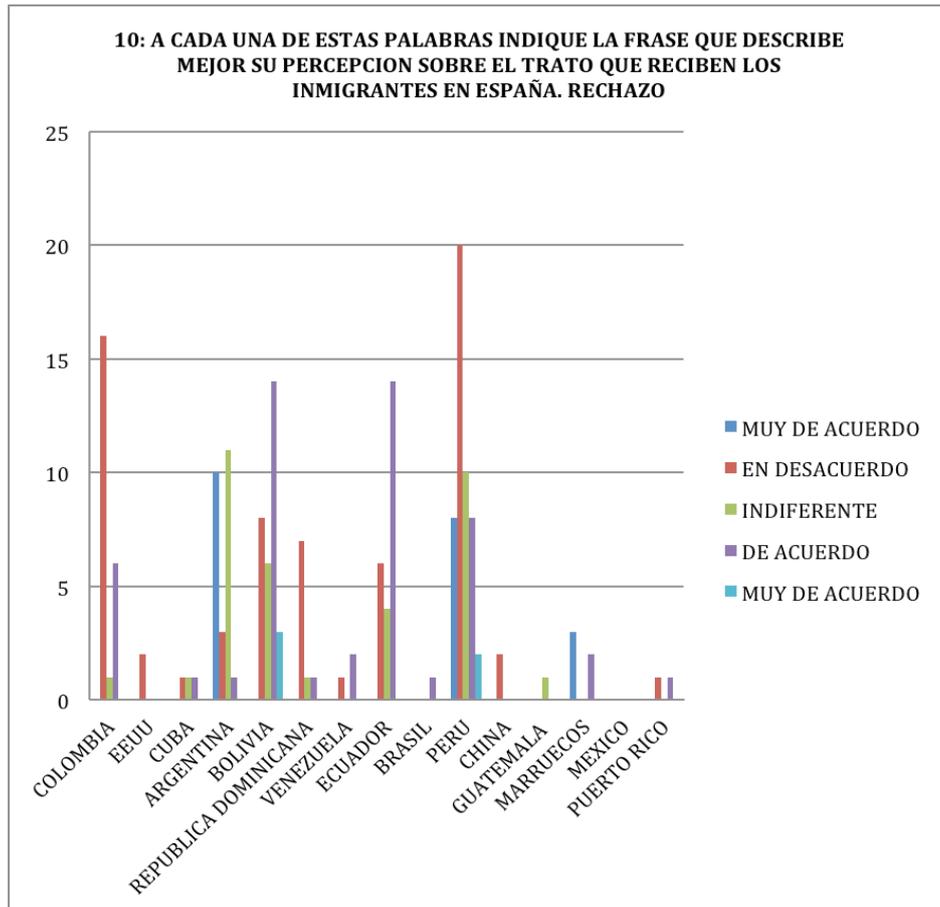
- El 61.66% reconoce que existen prejuicios hacia ellos.



Quienes más perciben esa situación son argentinos, peruanos, colombianos, ecuatorianos y bolivianos.

**- RECHAZO**

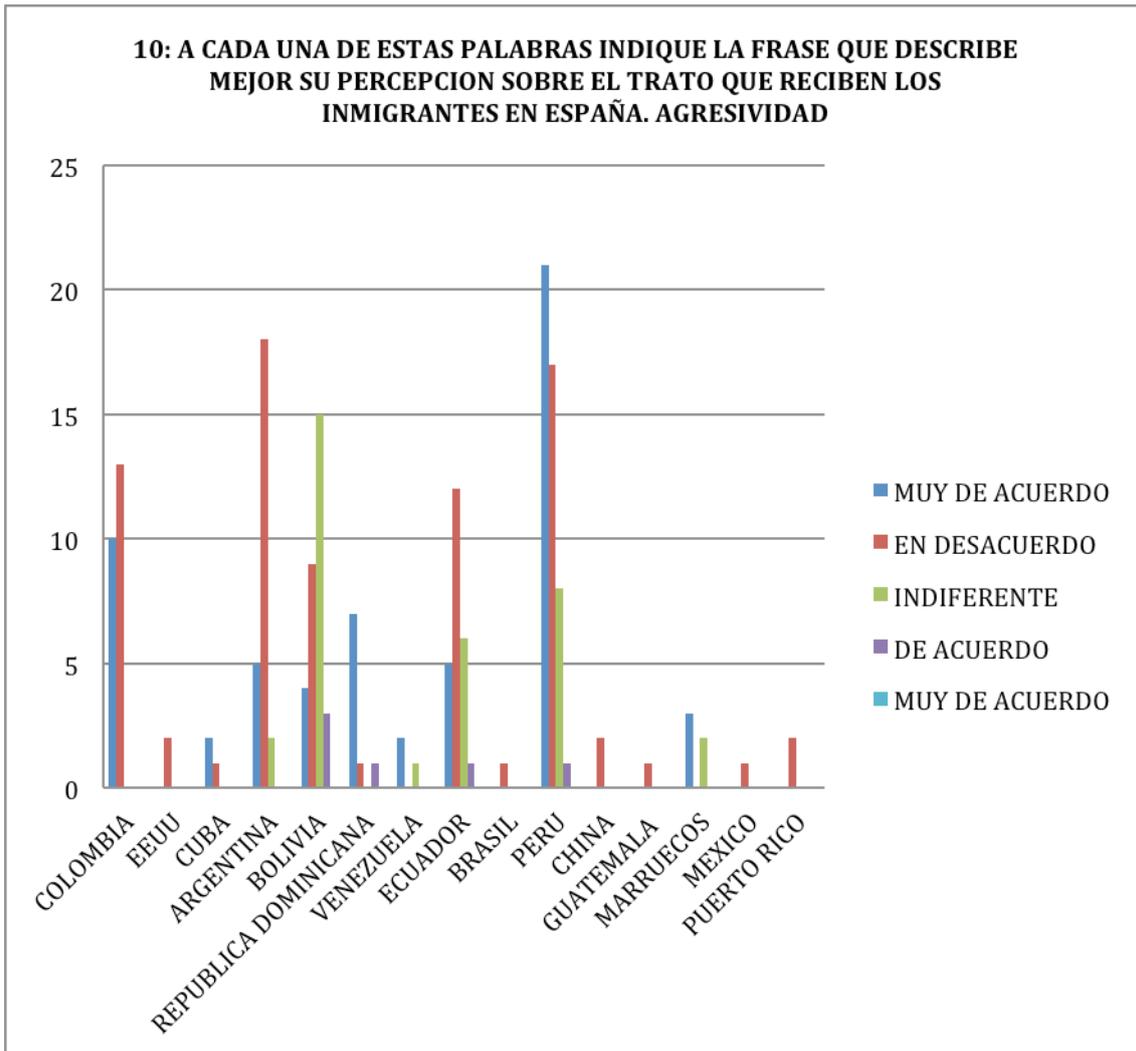
- No rechazo            48%
- Indiferente            19.44%
- Sí rechazo              32.5%



- Se objetiva que existe una sensación de rechazo en un tercio de los encuestados, siendo las comunidades que más lo perciben la ecuatoriana y la boliviana.

**- AGRESIVIDAD**

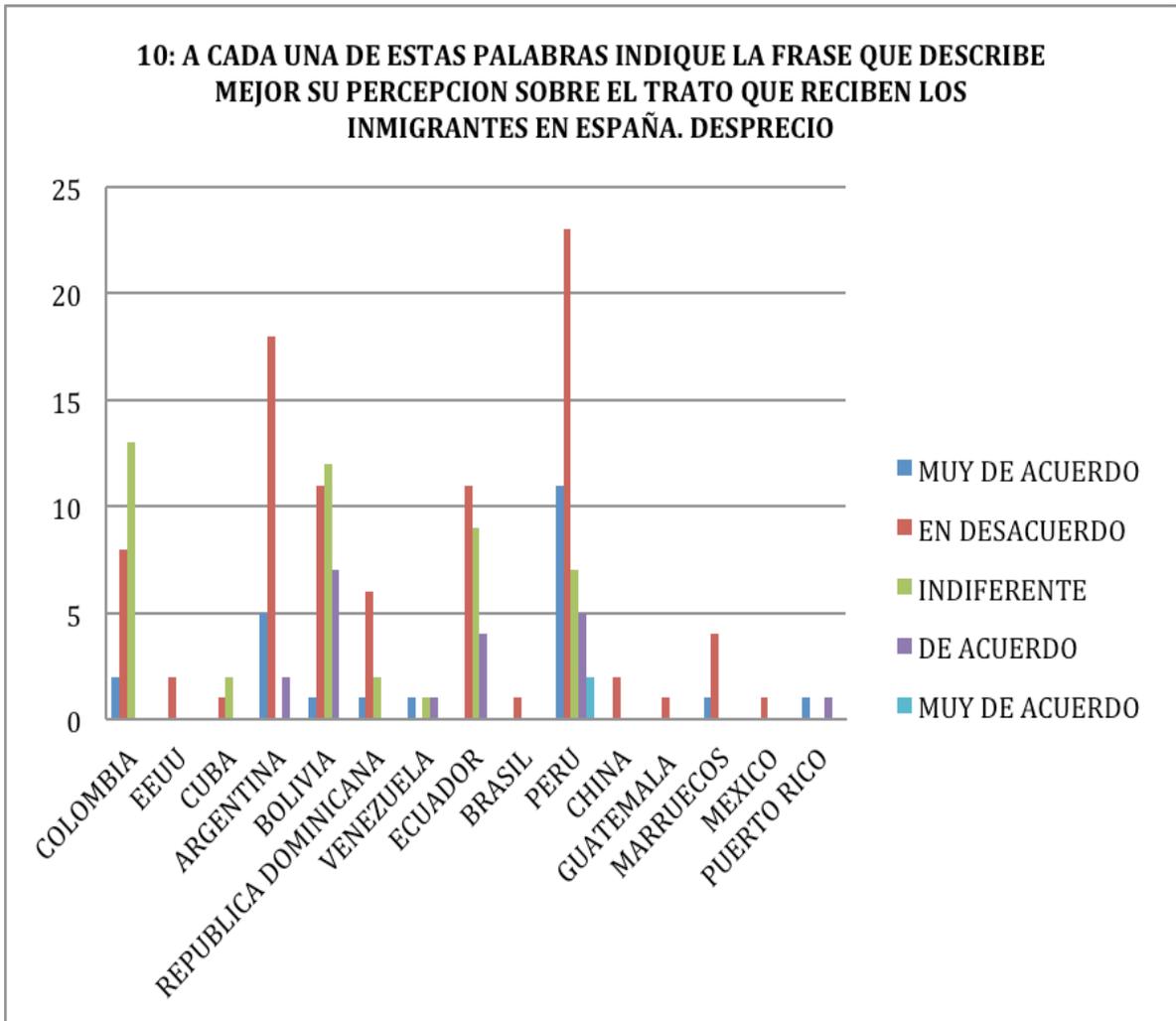
- No agresividad 73.68%
- Indiferente 22,36%
- Sí agresividad 3.94%



- Se comprueba que en general no hay actitudes agresivas por parte de la población española hacia ninguna de las comunidades presentes en la encuesta.

**- DESPRECIO**

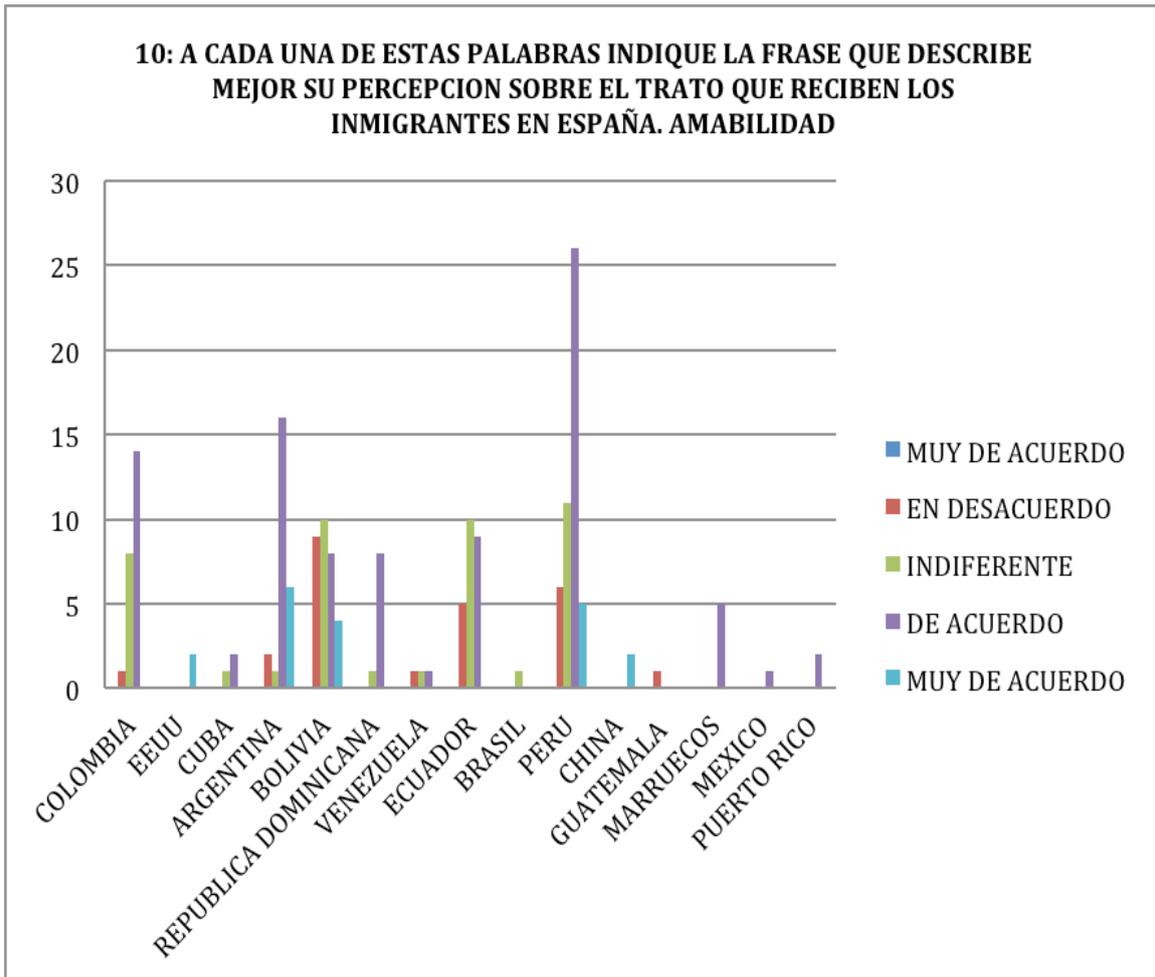
- No desprecio 62.22%
- Indiferente 25.55%
- Sí desprecio 12.22%



- En principio no parece haber situaciones de desprecio, aunque peruanos y bolivianos sí noten algo.

**- AMABILIDAD**

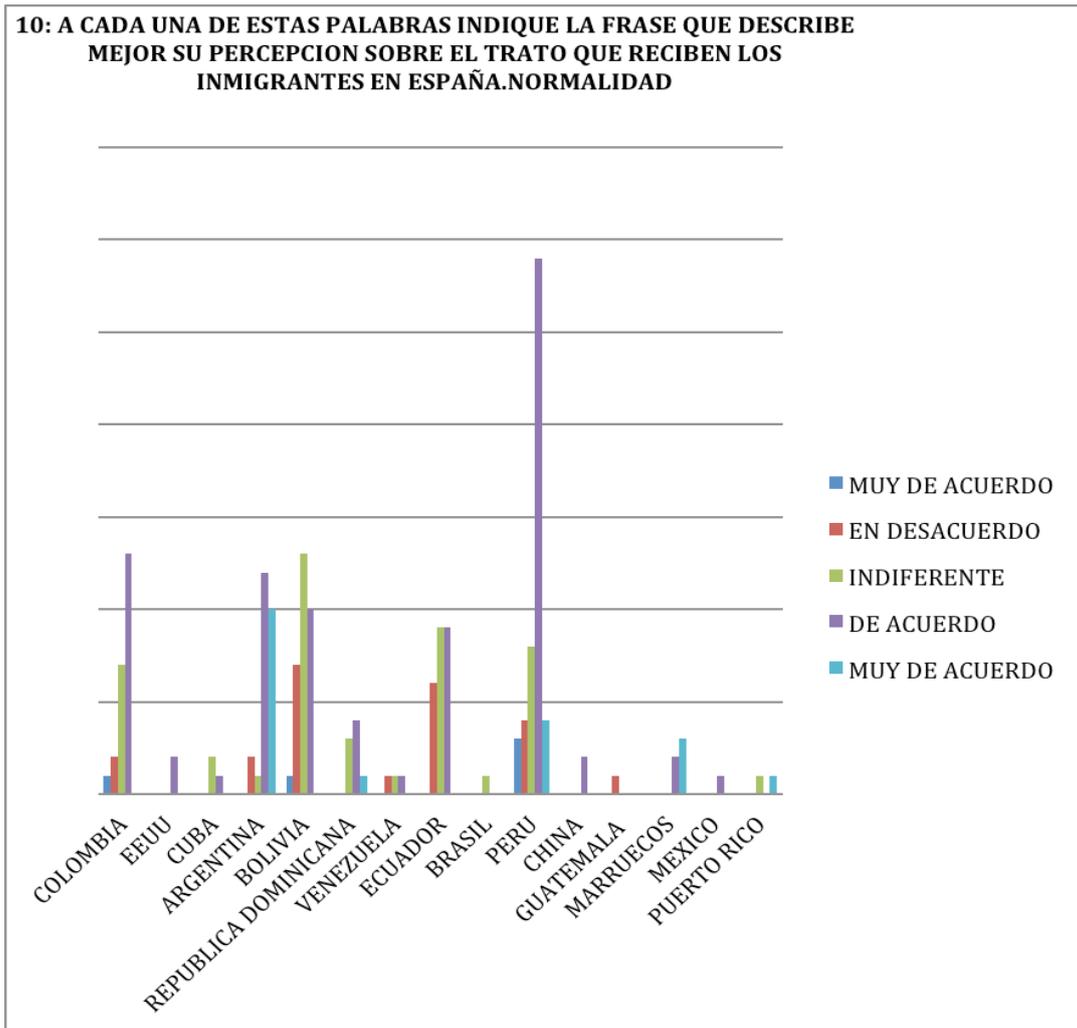
- No amabilidad 16.33%
- Indiferente 22.87%
- Sí amabilidad 60.78%



- Se confirma que el trato recibido por parte de los españoles es cordial, percibido muy positivamente sobre todo por peruanos, argentinos y colombianos.

**- NORMALIDAD**

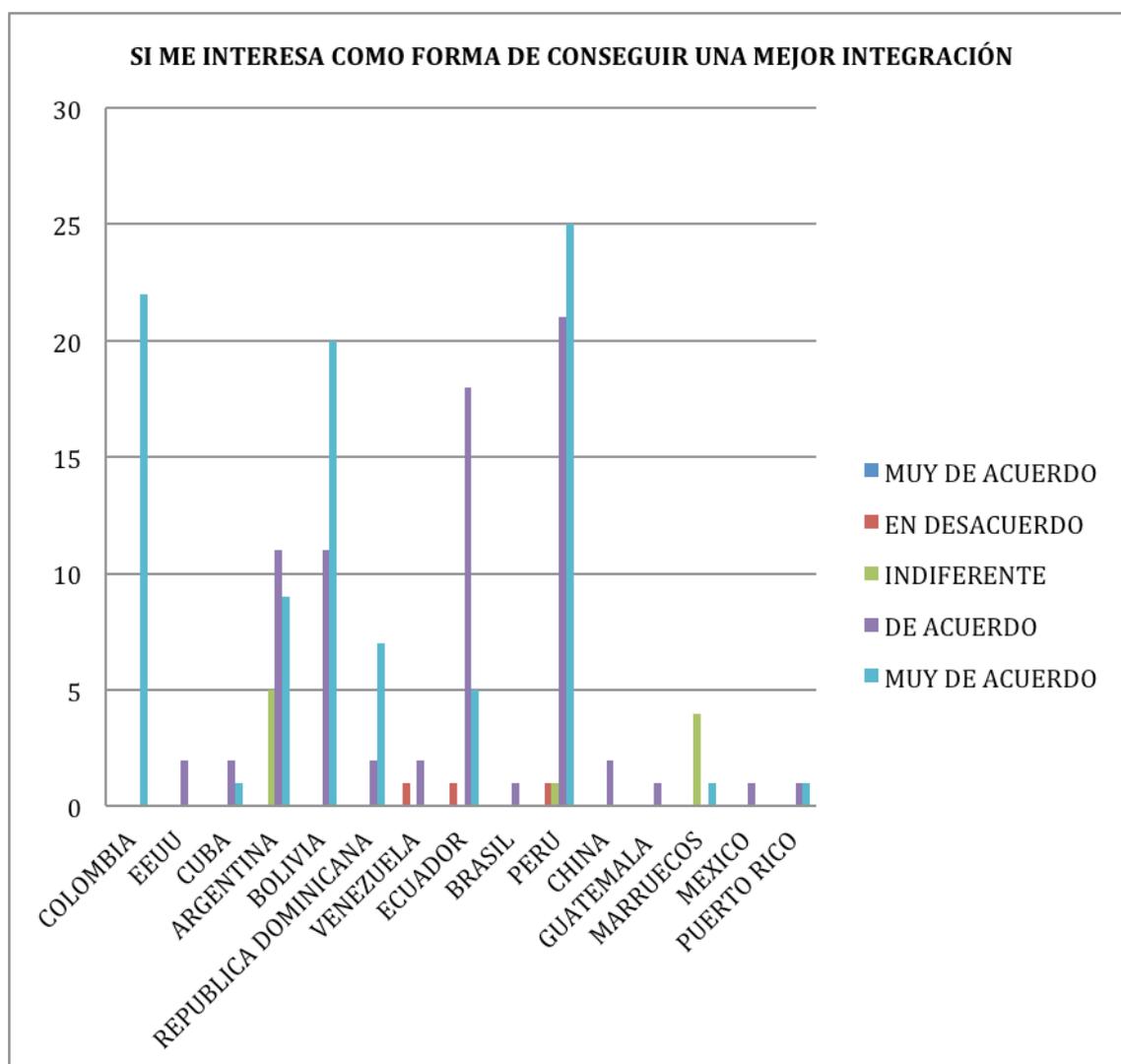
- No trato normal 19.39%
- Indiferente 28.57%
- Sí trato normal 52.03%



- Si bien, en general, se consideran tratados con normalidad, algunos ecuatorianos y bolivianos sobre todo manifiestan que no se les trata con igualdad.

## 11.- NECESIDAD DE CONOCER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA DEL PAÍS RECEPTOR

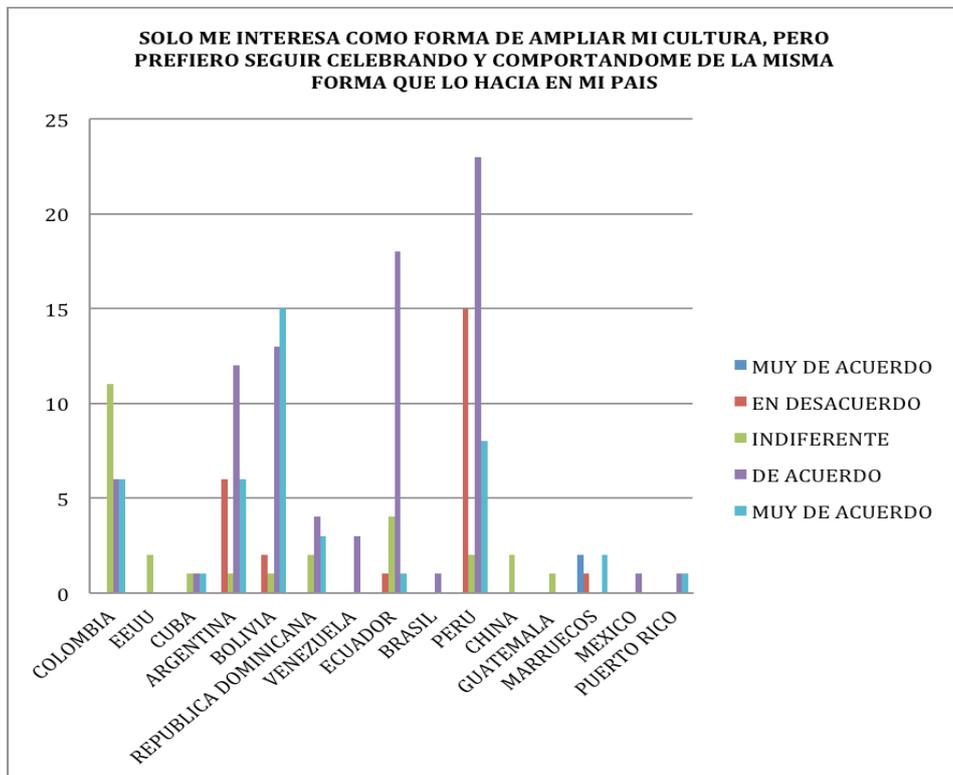
La inmensa mayoría de los encuestados (un 81%) está de acuerdo o muy de acuerdo en que para su inclusión social es importante adquirir desde el principio los estilos de vida y culturales propios del lugar de residencia, así como relacionarse con los españoles.



A pesar de ello, son muchos también aquellos a los que conocer las costumbres del país de llegada solo les interesa como mecanismo, como estrategia para integrarse, pero prefieren seguir celebrando y comportándose de la misma forma que lo hacían en sus países de origen.

En concreto,

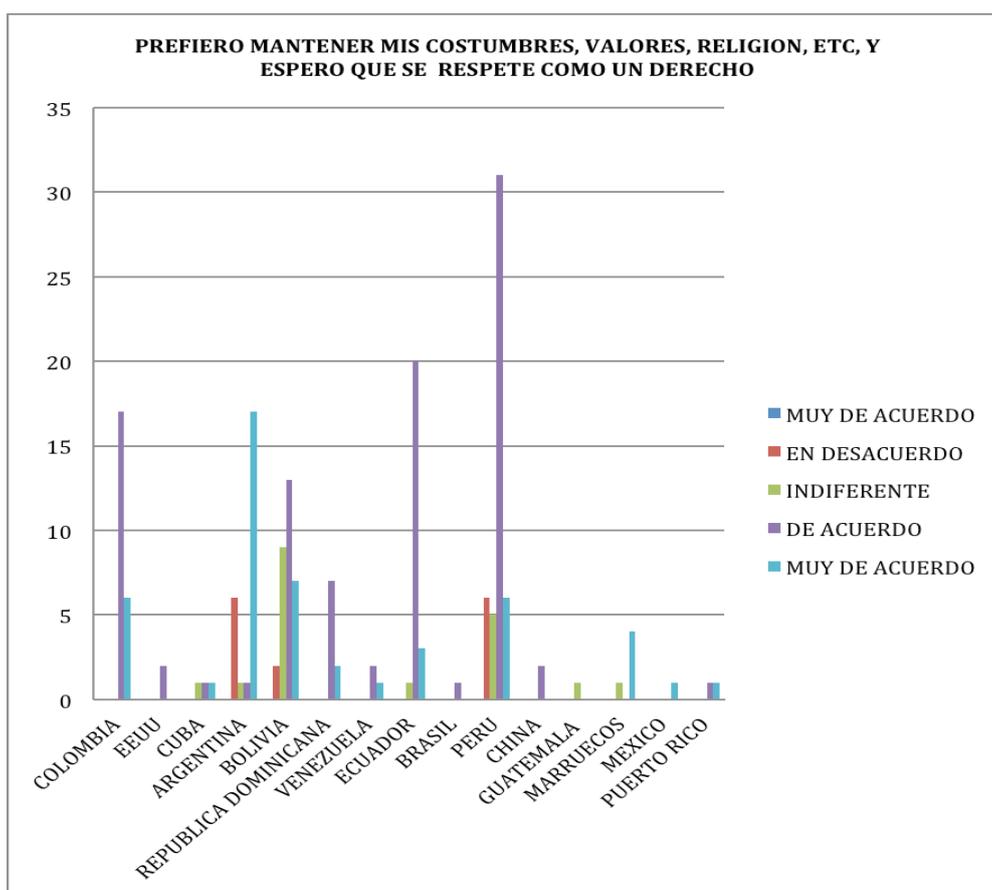
- Un 19% manifiesta que no se deben mantener los mismos comportamientos que en su país.
- Un 10% no entiende la pregunta o le es indiferente.
- Un 71% desea mantener sus patrones de conducta de origen, aunque la desarrolle en un entorno cultural nuevo y pueda haber interferencias con él. De entre ellos, una tercera parte solo admite su propia cultura, sin importar le el contexto cultural en que se encuentra.



- En la gráfica se observa que son los países con un pasado cultural más importante, como los andinos (peruanos, bolivianos, ecuatorianos) y aztecas (méxico), donde los posicionamientos son más extremos.

A la pregunta de si prefieren mantener sus costumbres, valores, religión, etc. y si esperan que esto se respete como un derecho,

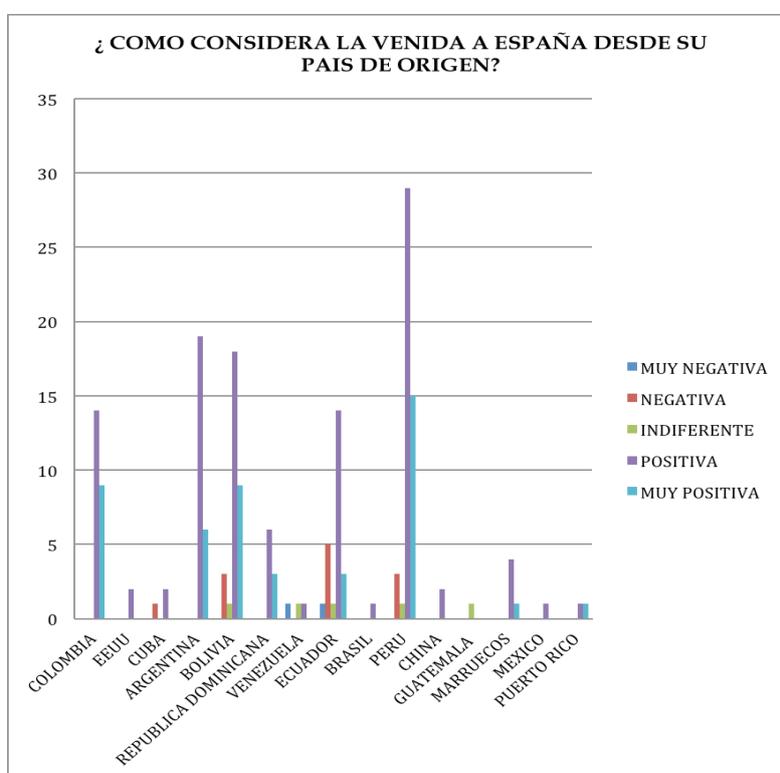
- Un 7.77% manifiesta que no es necesario
- A un 10% le da lo mismo
- El 82,32% lo consideran necesario o, incluso, muy necesario



- Lo anterior está especialmente arraigado en el sentimiento de peruanos, ecuatorianos y colombianos.

## 12.- VALORACIÓN DE SU VENIDA A ESPAÑA

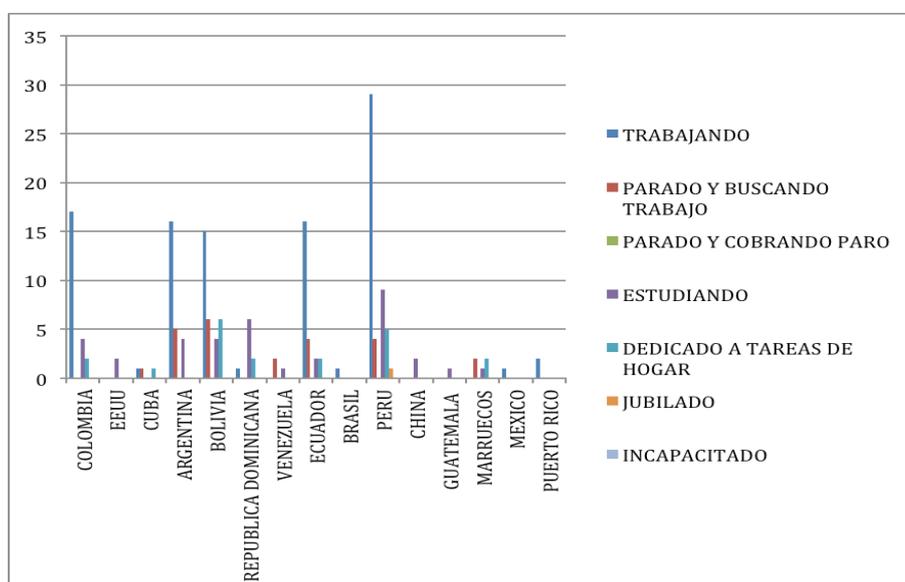
- Muy negativa 1.11%
- Negativa 6.66%
- Indiferente 2.32%
- Positiva 63.33%
- Muy positiva 26.11%



- Considerando que alrededor del 90% considera su decisión de emigrar como positiva o muy positiva, observamos que esta es más valorada entre peruanos, argentinos, bolivianos, colombianos y ecuatorianos, aunque entre estos últimos también se dan valores más patentes de negatividad.

### 13 y 14.- SITUACIÓN LABORAL EN ESPAÑA Y CÓMO LA CONSIDERA DE SATISFACTORIA

- Trabajando 50%
- Parado buscando trabajo 14.81%
- Estudiando 22.22%
- Sus labores 12.34%
- Jubilado 0.61 %



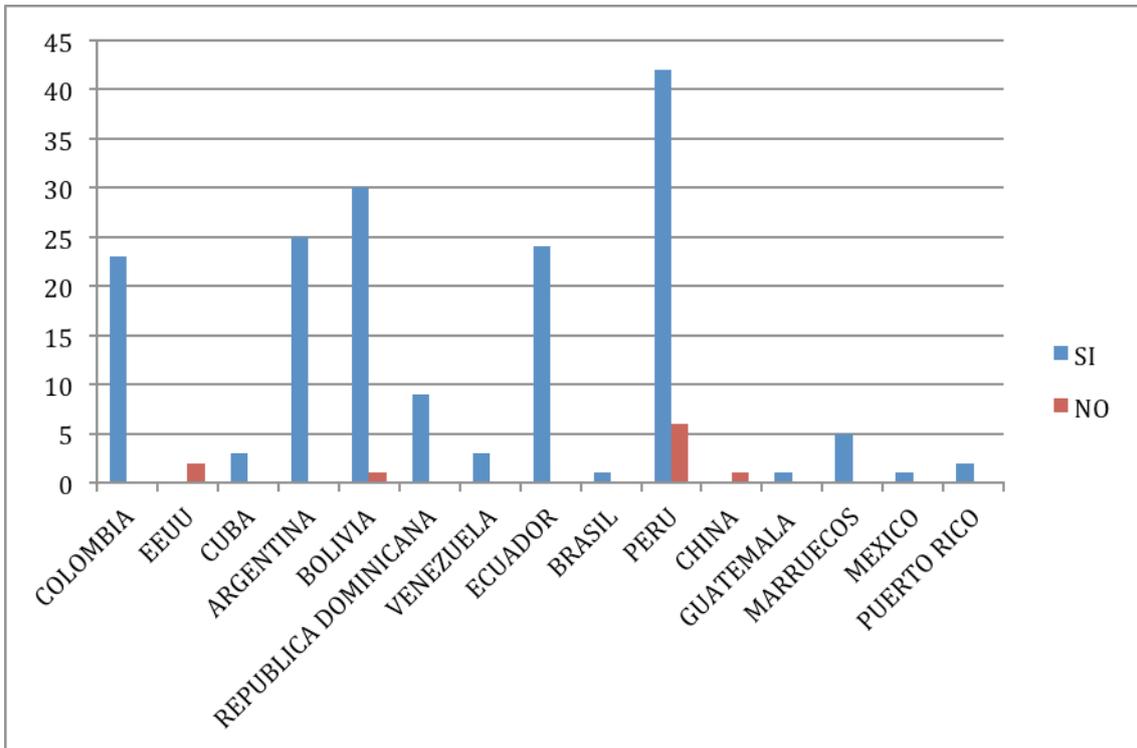
- Los datos nos muestran que la mitad de los emigrantes encuestados está en activo. Además, alrededor de la cuarta parte de este grupo está constituido por una población en formación con un buen índice de estudiantes.

- Ninguno de los miembros encuestados está cobrando prestación por paro ni por incapacidad.

- Tanto los que están trabajando como estudiando muestran su satisfacción por la situación que tienen. Como es lógico, los que están buscando empleo no se sienten tan satisfechos. El índice de paro es más acentuado entre los bolivianos y los argentinos.

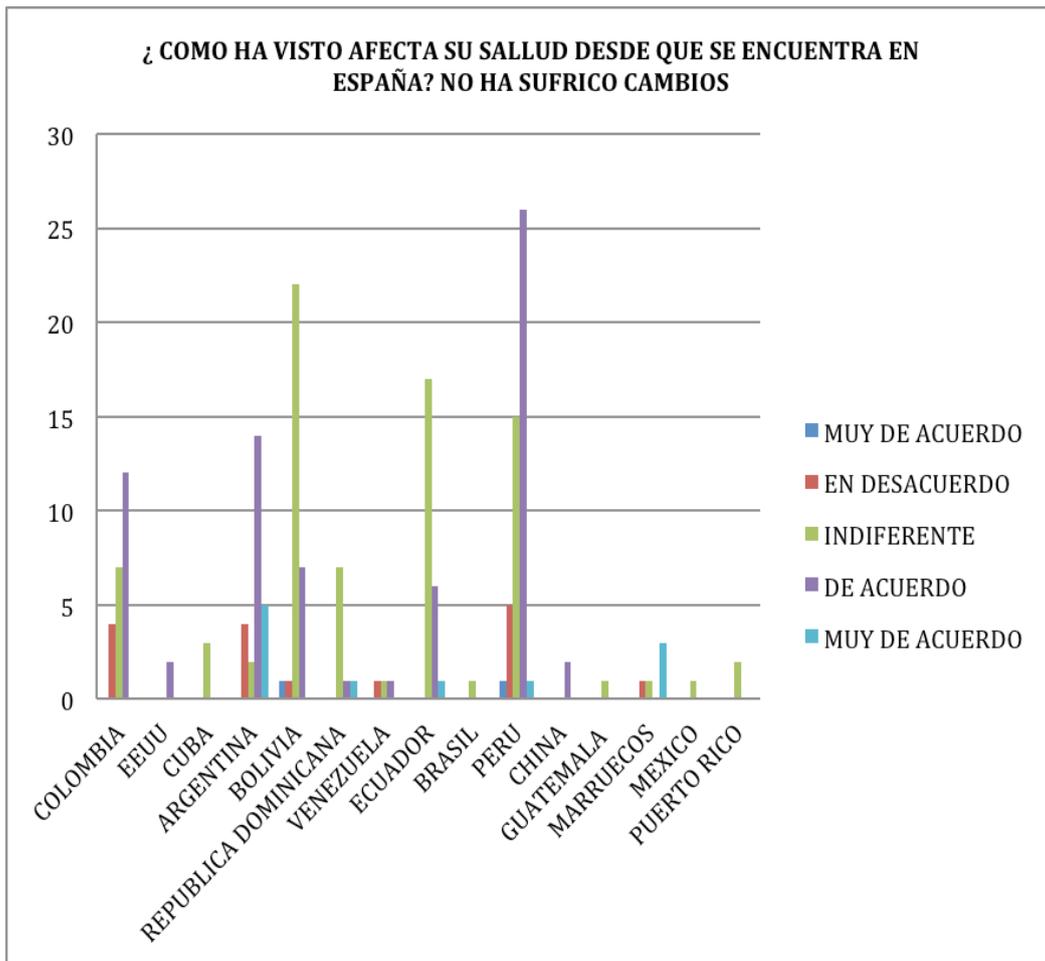
## 15.- VALORACIÓN DEL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

- Si : 95 % de los encuestados ha accedido al sistema sanitario
- No: 5 % no ha accedido



## 16.- VALORACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD DESDE SU LLEGADA A ESPAÑA

- El 9.9% no cree haber tenido ningún cambio importante
- Para el 44.55% es indiferente
- El 39.44% reconoce cambios en positivo
- El 6.11% reconoce mejoras importantes en su salud



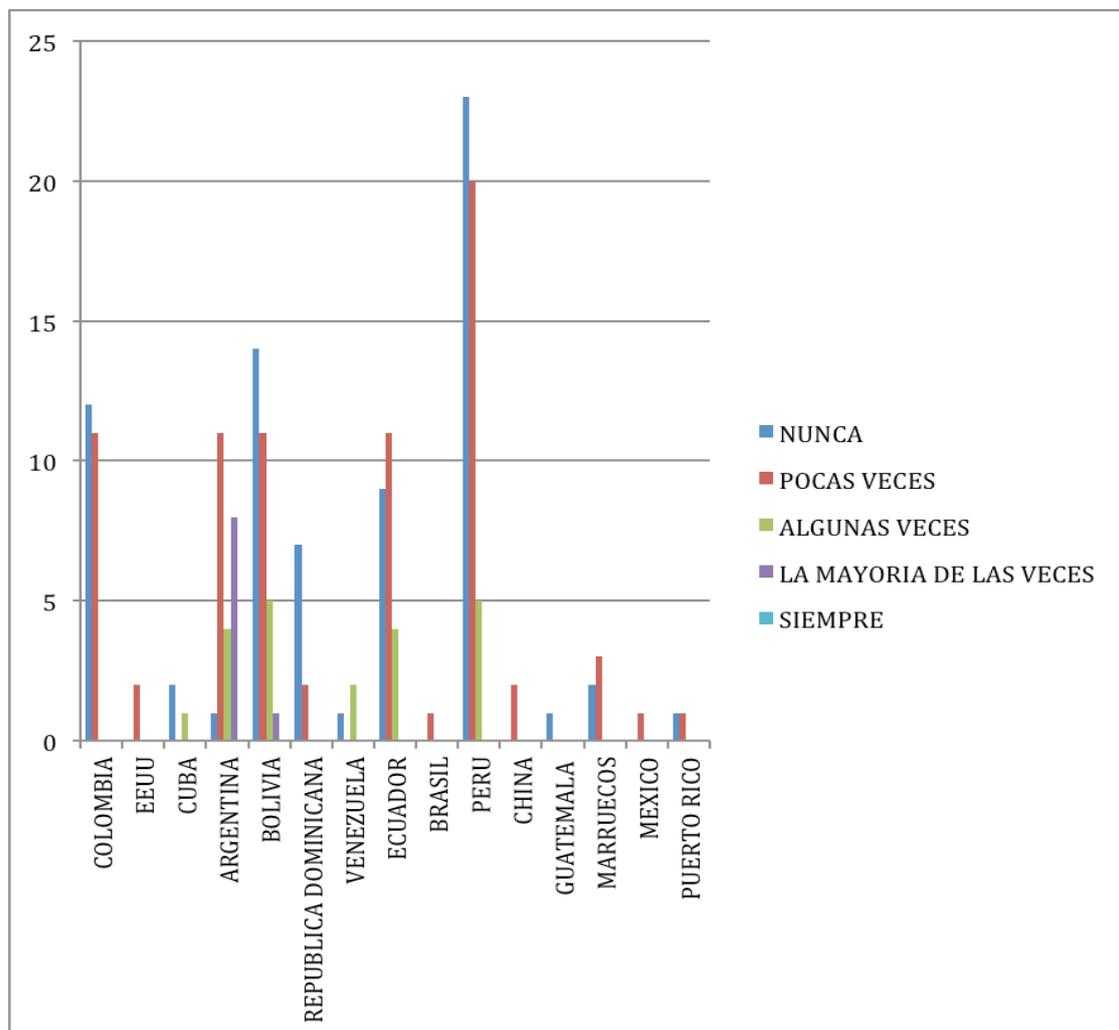
- Dentro de aquellos que reconocen haber tenido cambios en positivo destacan los colombianos, los argentinos y los peruanos.

## 17.- FORMAS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD

### - ACUDIENDO A URGENCIAS

- Nunca 39.55%
- Pocas veces 42.22%
- Alguna vez 13.21%
- Casi siempre 5%

- Siempre 0%



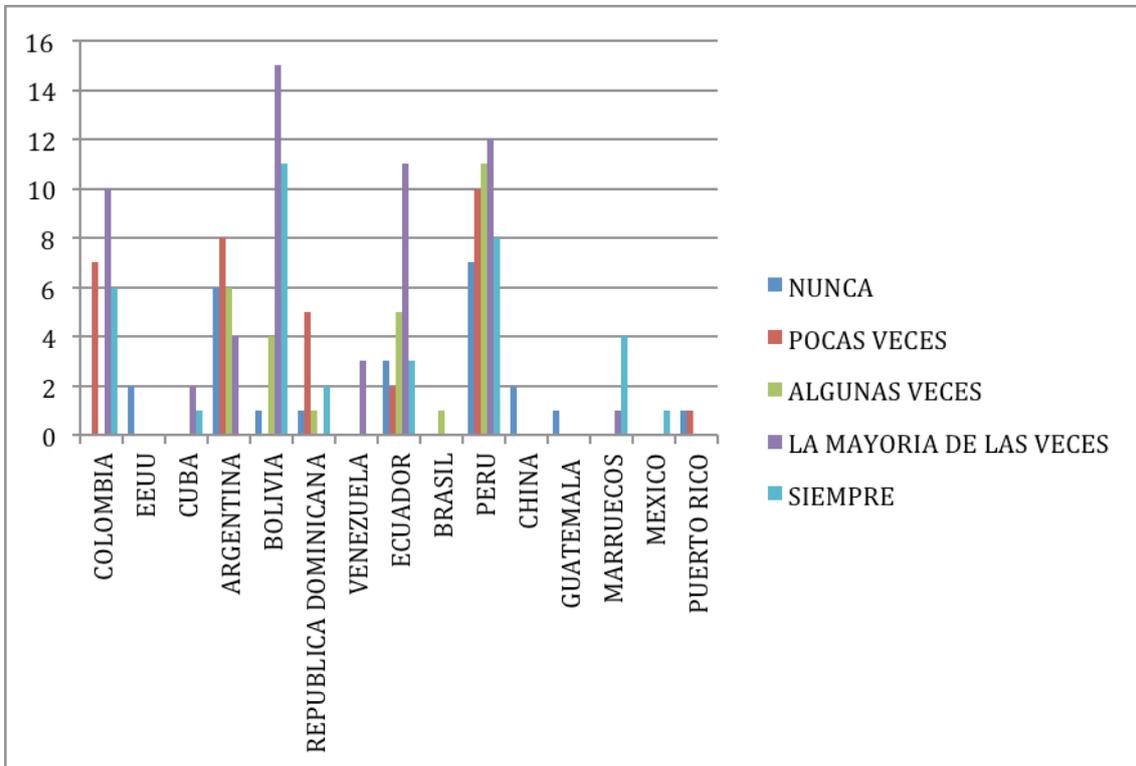
- A la vista de los datos no parece que sea un colectivo especialmente dado a acudir a urgencias ante un problema de salud.

#### - MÉDICO DE CABECERA

- Nunca 8%
- Pocas veces 8.3%
- Algunas veces 23.11%

- Casi siempre 32.22%

- Siempre 28%



- En principio, el primer contacto con el sistema de salud de los miembros de estos colectivos es a través de la atención primaria, pues el 60% acude, como primera medida ante un problema de salud al médico de cabecera. No deja de llamar la atención, sin embargo, que un 16% no va nunca o casi nunca al médico de cabecera ante un problema de salud.

#### - FARMACIA

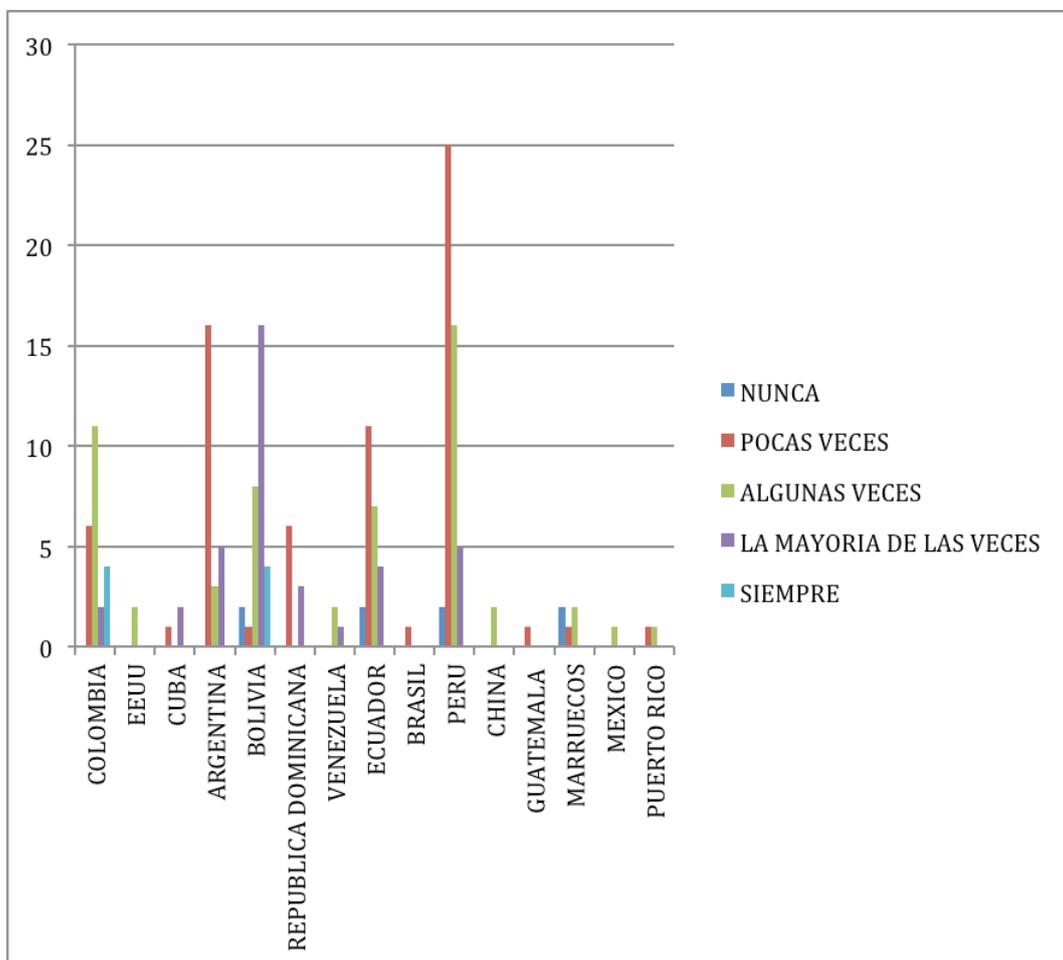
- Nunca 4.4%

- Pocas veces 40.55%

- Algunas veces 21.11%

- Siempre 4.44%

Al parecer, no son partidarios del uso de este tipo de ayuda en primera instancia.



- Mientras que para peruanos, ecuatorianos o argentinos es una medida que se emplea pocas veces para los bolivianos es la que se usa la mayoría de las veces.

#### - AUTOMEDICACIÓN

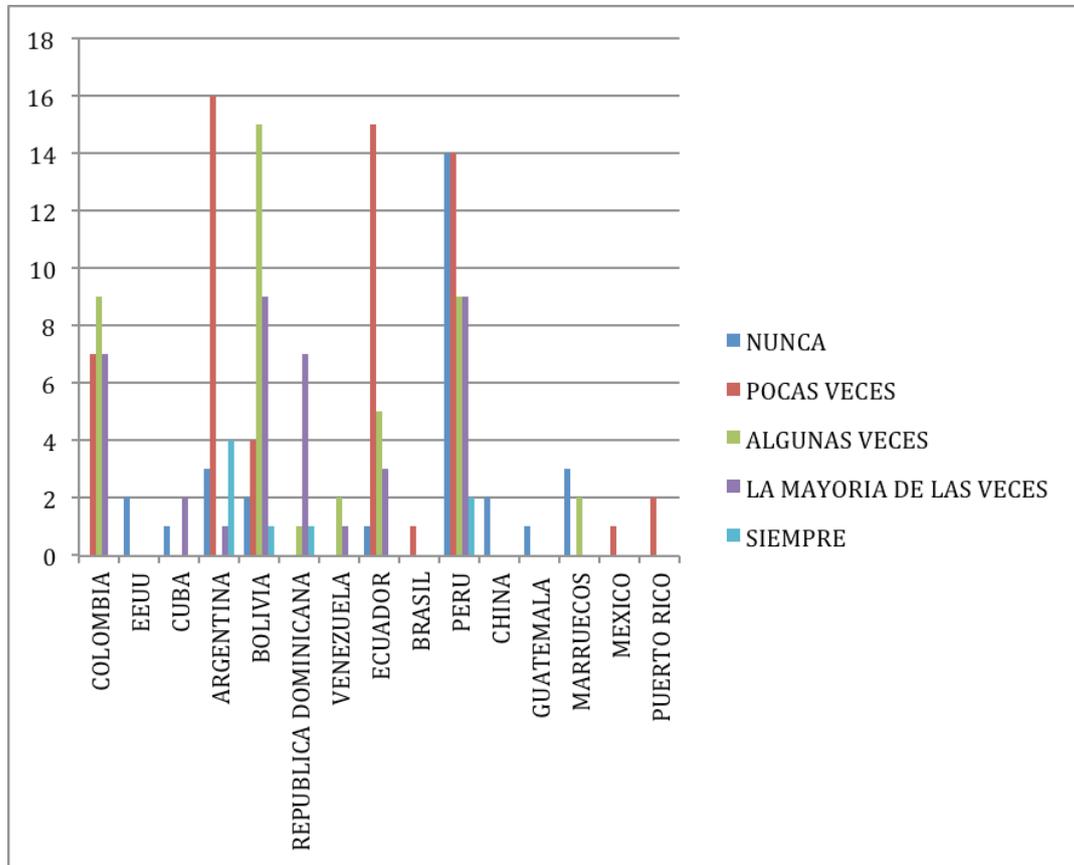
- Nunca 16.11%

- Pocas veces 27.77%

- Algunas veces 23.88%

- Casi siempre 21.66%

- Siempre 4.44%



- Una cuarta parte recurre de forma habitual a la automedicación. Los valores más altos para esta conducta son los de peruanos, colombianos y bolivianos.

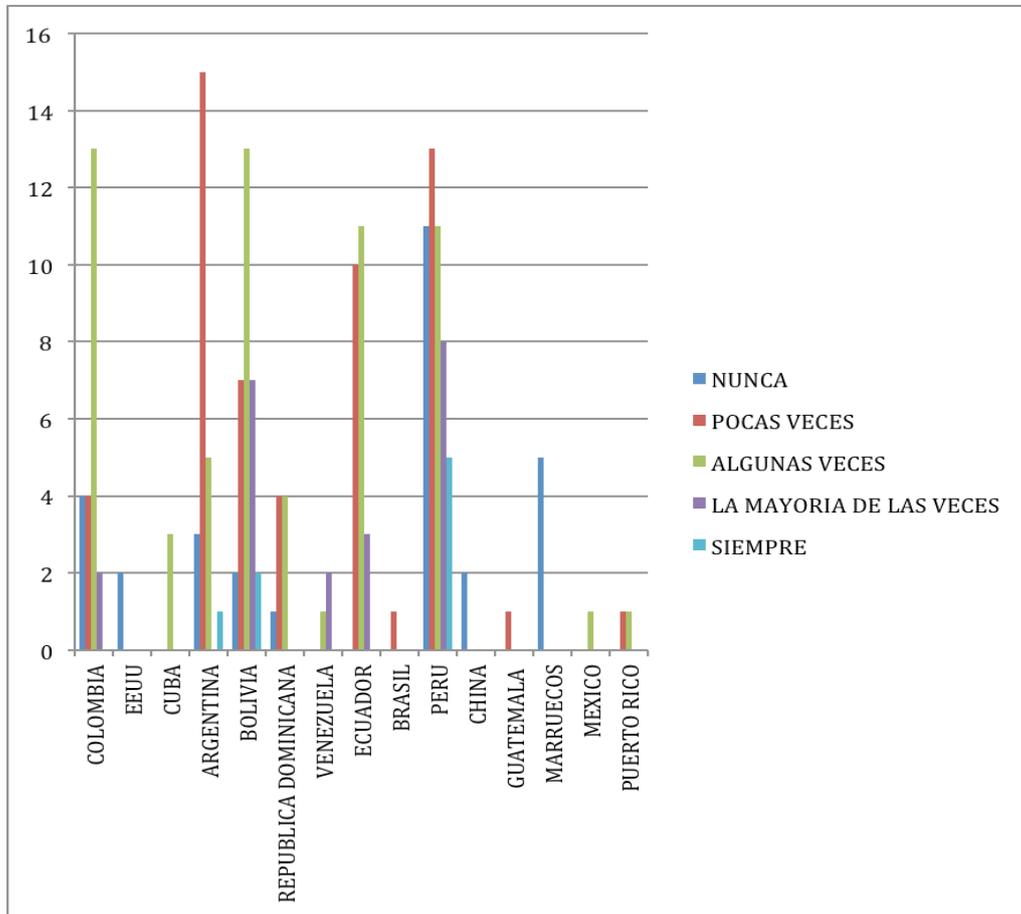
#### - FAMILIARES Y AMIGOS

- Nunca 16.66%

- Pocas Veces 31.11%

- Algunas veces 35%

- Casi siempre 12.22%
- Siempre 4.44%

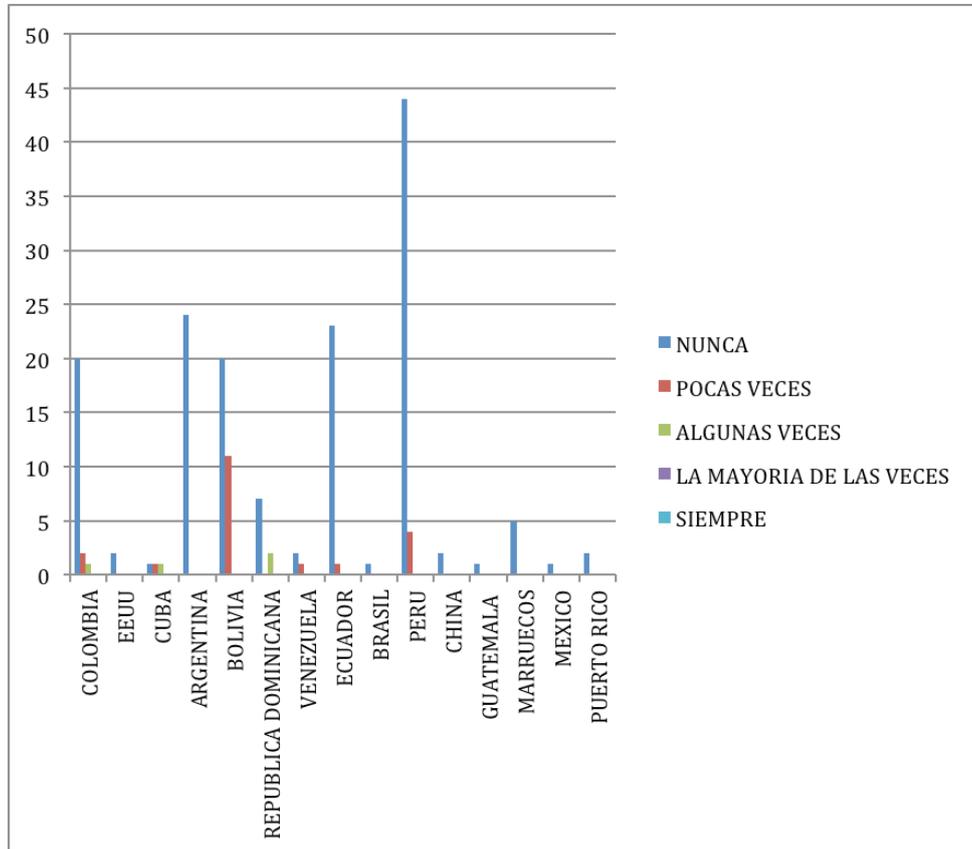


**- OTROS: SANADORES, CURANDEROS, ETC.**

- Nunca 86%
- Pocas veces 11.11%
- Alguna vez 2.22%

De lo anterior se deduce que, aunque en sus países de origen pueda ser frecuente recurrir a estas prácticas, aquí no utilizan este tipo de servicios.

Aunque tal vez a esta pregunta no se responda la verdad por no decirle al profesional sanitario que se utilizan estos servicios.



## 18.- CAUSAS DE NO ACUDIR AL MÉDICO

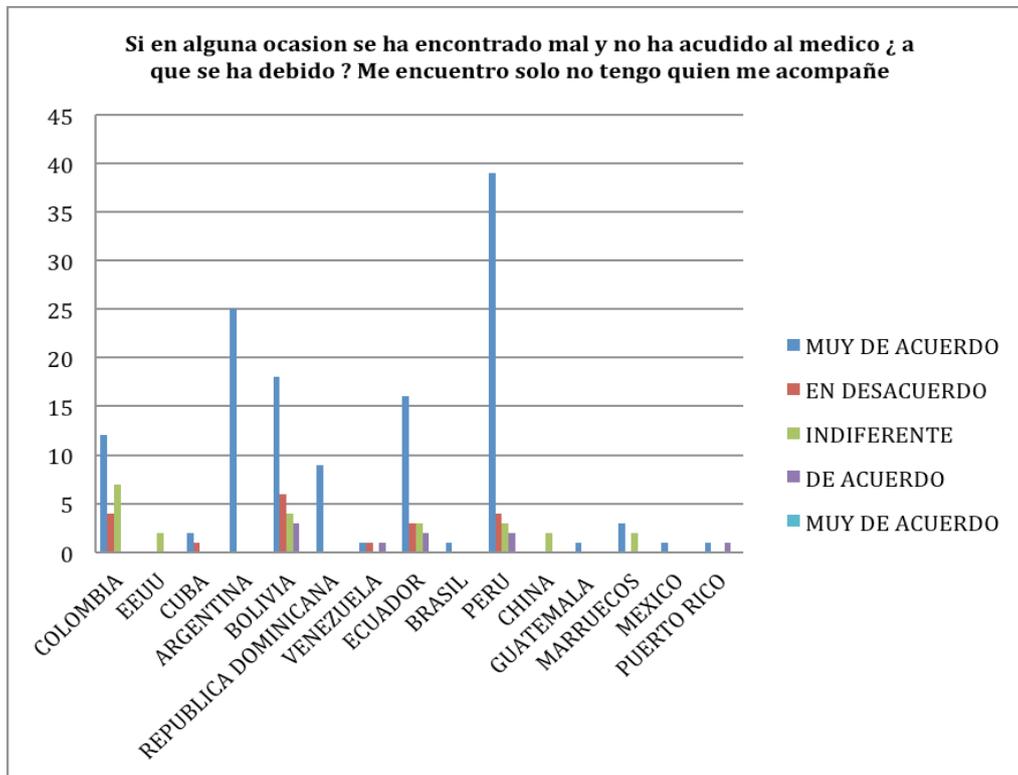
- ME ENCUENTRO SOLO, NO TENGO QUIÉN ME ACOMPAÑE

- No es cierto 71.11%

- Indiferente 15.44%

- Sí es cierto 4.44%

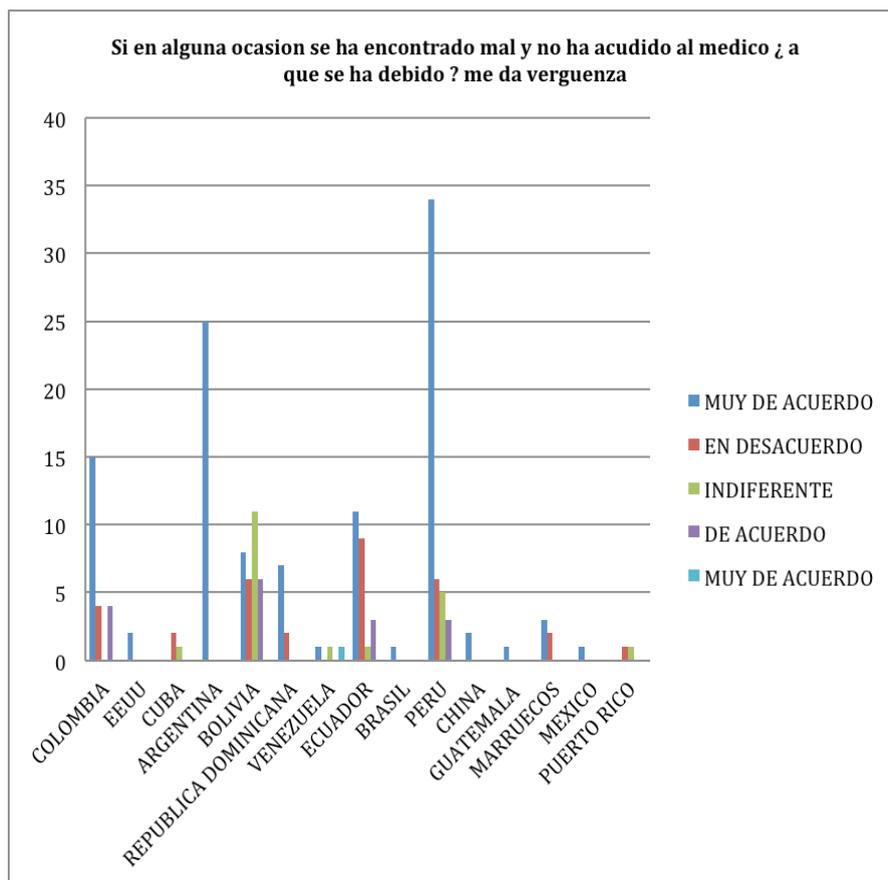
Como se ve, no consideran que esta sea una causa importante para no ir al médico.



**- ME DA VERGÜENZA**

- No 79.43%
- Indiferente 11.11%
- Sí 9.4%

En principio, la vergüenza no es un factor que les impida ir al médico.



- Manifiestan de manera intensa su negativa : colombianos, peruanos y argentinos.

- Si hay tendencia por parte de los bolivianos.

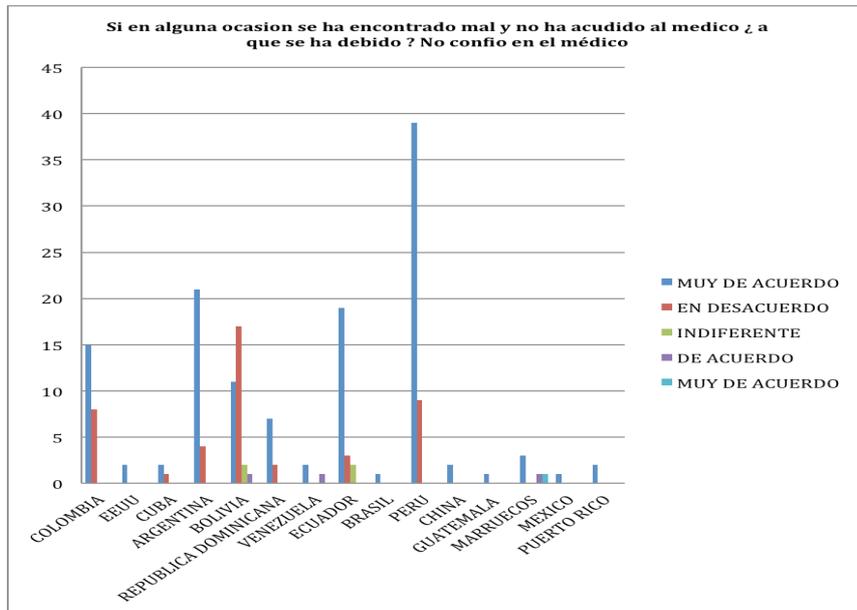
**- NO CONFÍO EN EL MÉDICO**

- Confianza en el Médico 95.55%

- Indiferente 2.22%

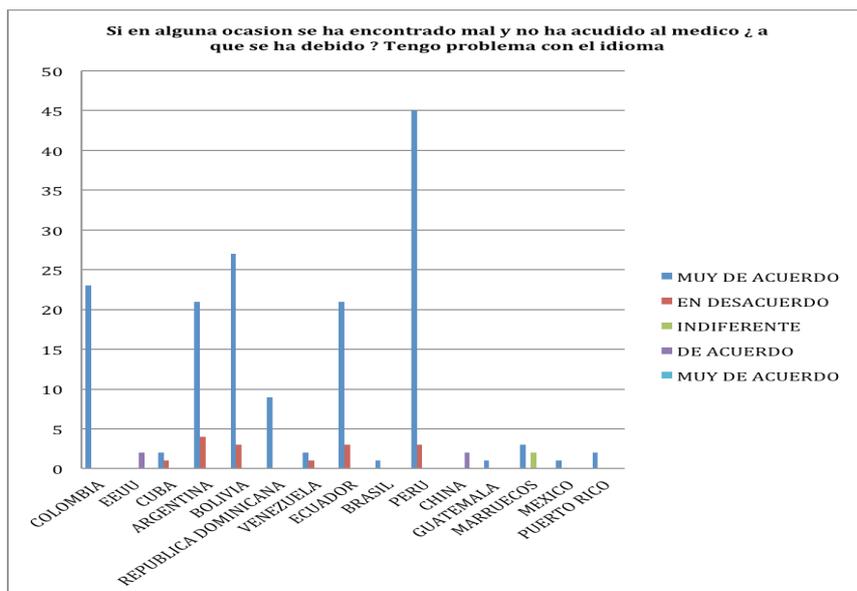
- Desconfianza 2.22 %

Como se deduce de estos datos, hay gran confianza en el médico por parte de los inmigrantes encuestados.



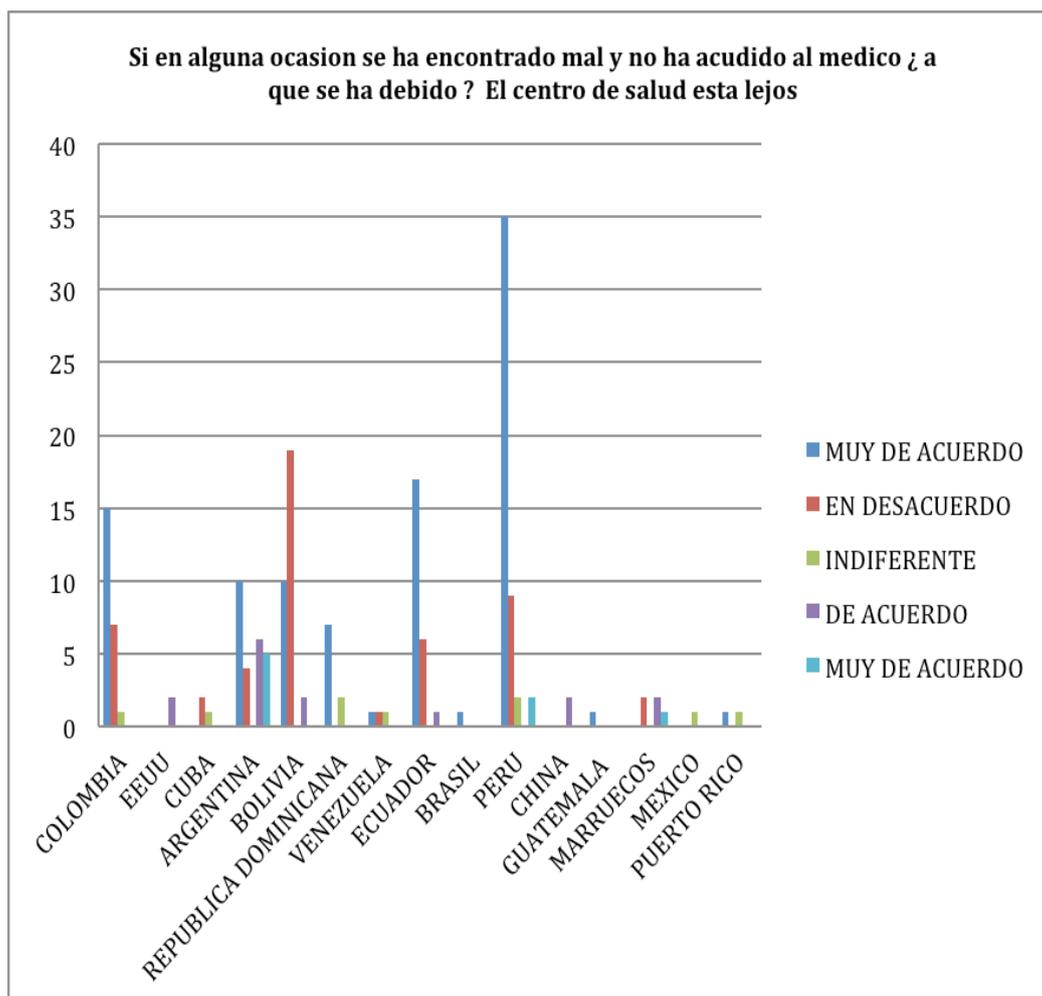
**- TENGO PROBLEMA CON EL IDIOMA**

- Para el 96% esto no constituye un obstáculo para ir a la consulta. En este grupo se encuentra todo el colectivo hispanohablante. Sí muestran, en cambio, un impedimento al respecto los procedentes de China y los EE.UU.



## - EL CENTRO DE SALUD ESTÁ MUY LEJOS

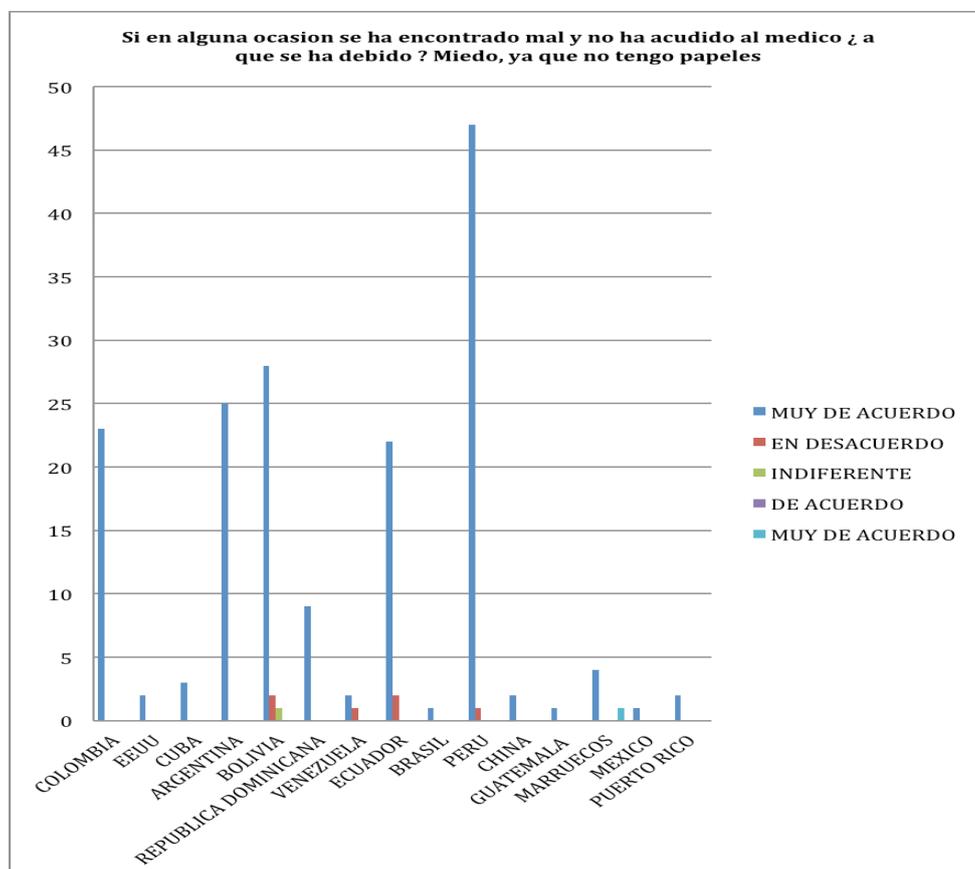
No: para el 82% la distancia al centro de salud tampoco supone un obstáculo.



## - MIEDO, PORQUE NO TENGO "PAPELES"

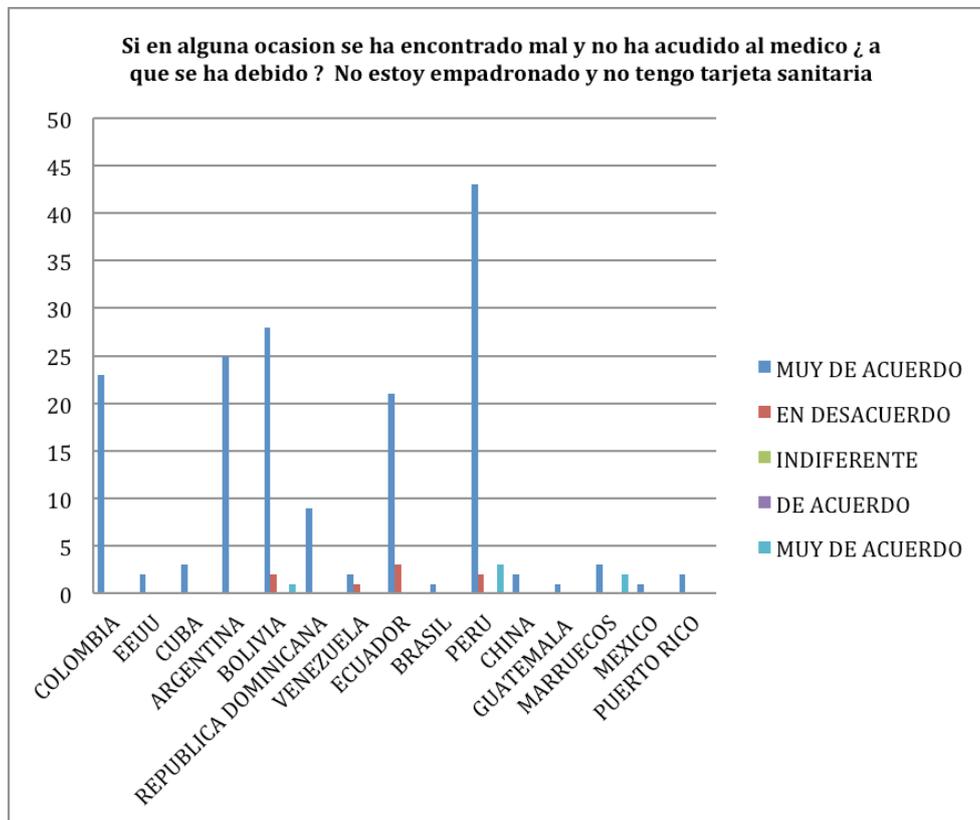
- Al menos entre nuestros encuestados, esto no supone ningún problema. Por un lado, porque la práctica totalidad de ellos se encuentra en situación regular. Pero, además, al hablar con ellos dicen que aunque no fuera así, ante

un problema de salud intentarían ir al médico. Esta actitud se confirma en la pregunta siguiente.



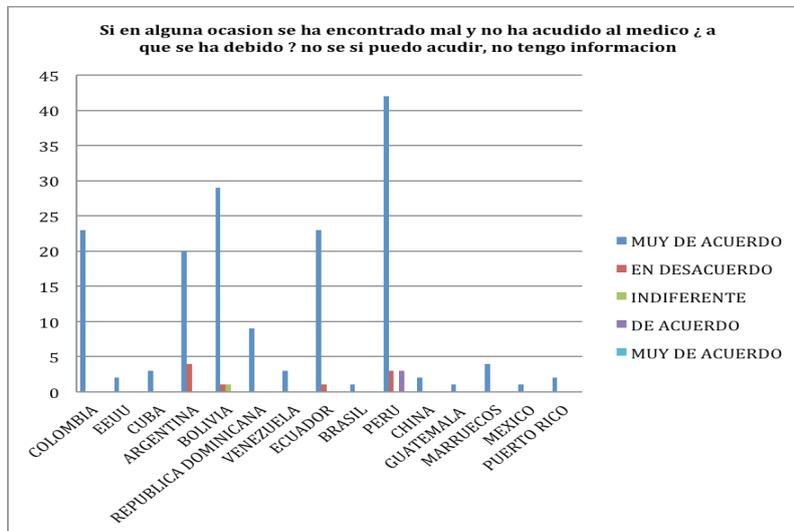
**- NO ESTOY EMPADRONADO Y NO TENGO TARJETA SANITARIA**

- Tampoco la ausencia de empadronamiento o de tarjeta es obstáculo, como se observa en los resultados. Así lo manifiesta el 91% de los encuestados.



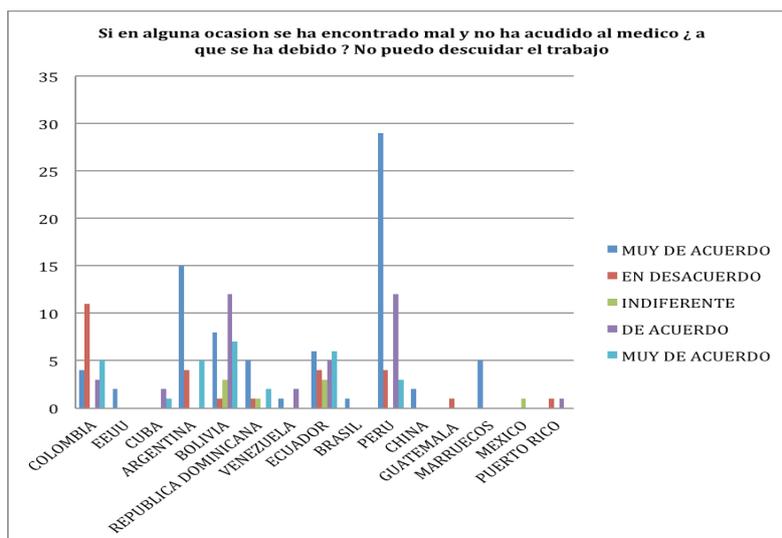
**- NO SÉ SI PUEDO ACUDIR A LOS CENTROS DE SALUD, NO TENGO INFORMACIÓN**

- Tampoco esto parece ser una causa importante: el 81% se considera bien informado.



**- NO PUEDO DESCUIDAR EL TRABAJO**

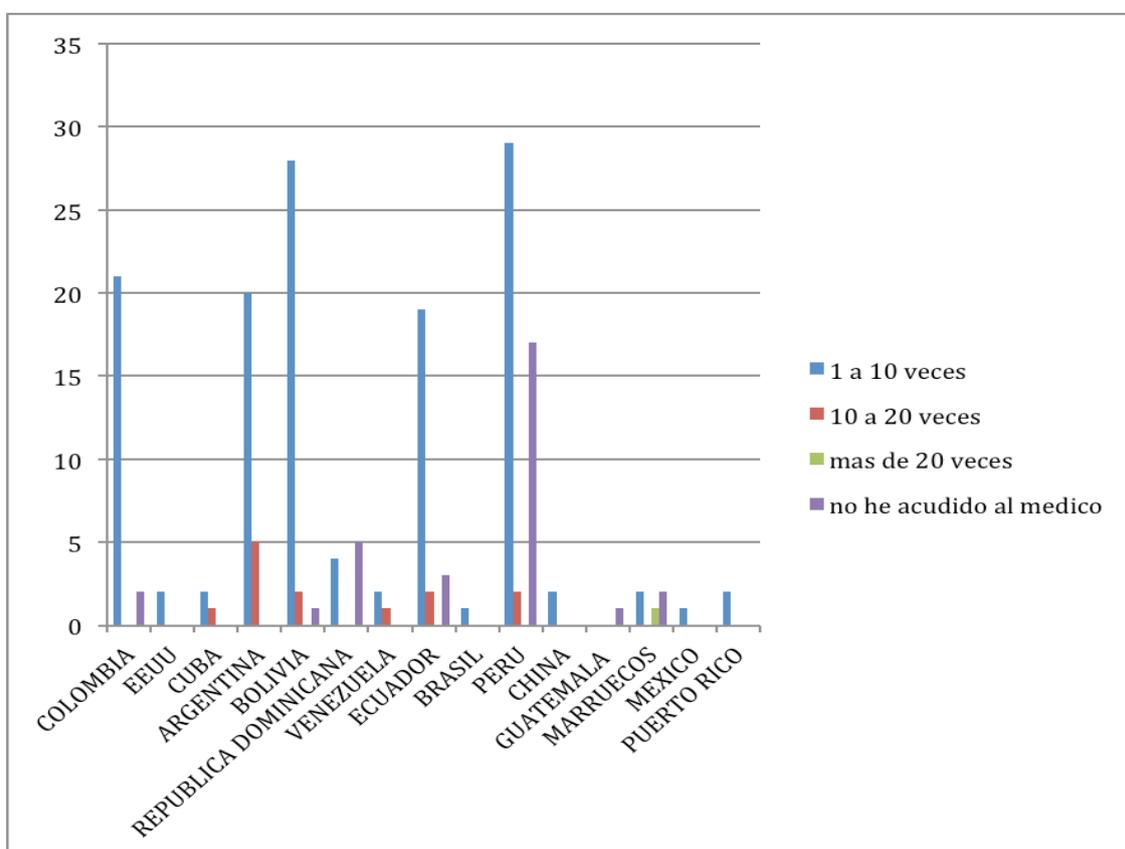
-El 58.33% dejaría su trabajo para acudir al médico. Un 38.33% no lo haría. Mientras que para un 3.34% esto le resulta indiferente.



## 19.- FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- De 1-10 veces                      75%
- De 10-20 veces                    7.2%
- Mas de 20 veces                    0.55%
- No ha ido al médico            17.22%

Se observa que es una población que no van demasiado a la consulta médica. De entre ellos, son los bolivianos y los peruanos los que menos frecuentan.



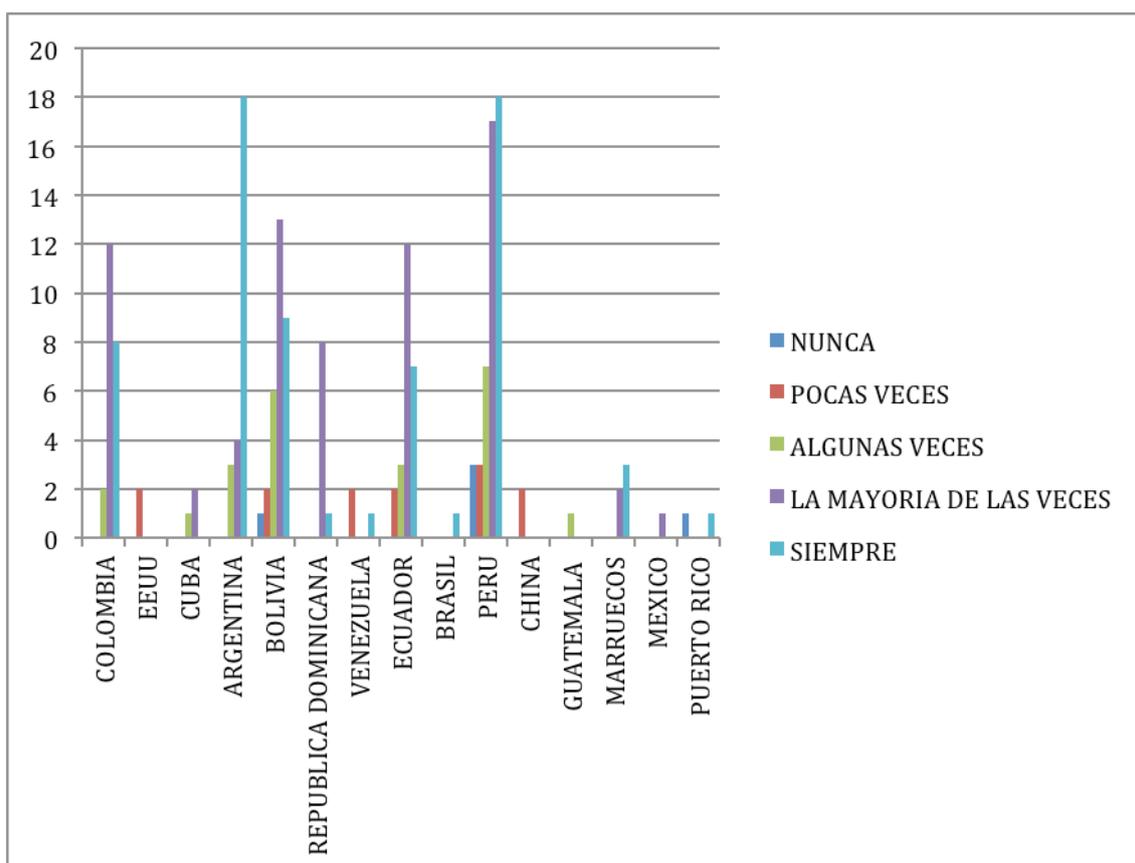
## 20.- PERCEPCIÓN SOBRE LA IGUALDAD DE CONDICIONES CON QUE SE SIENTE TRATADO AL UTILIZAR EL SISTEMA SANITARIO FRENTE AL CIUDADANO ESPAÑOL

A la pregunta “¿Se siente usted en igualdad de condiciones respecto a un español en el acceso al sistema sanitario?”

- Un 22% responde “nunca” y “pocas veces”, es decir, manifiesta no sentirse tratado en igualdad de condiciones.

- Un 76.66% responde “siempre” y “la mayoría de las veces”, es decir, se siente tratado en igualdad de condiciones.

- Un 1.34% se muestra indiferente.

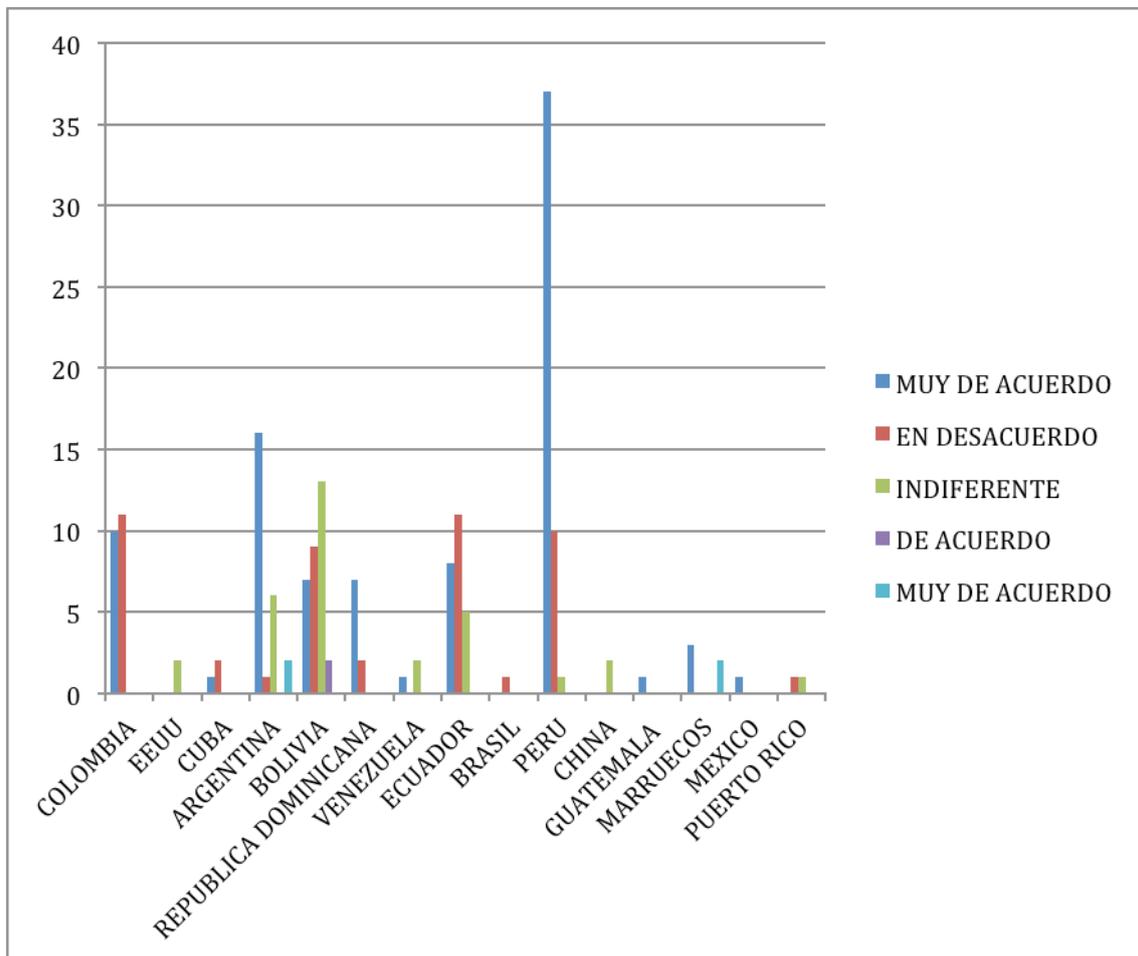


- Los peruanos y bolivianos se sienten algo discriminados.

## 21.- DE CONSIDERARSE MAL ATENDIDO

### - PORQUE NO ENTENDÍA AL MÉDICO LO QUE LE QUERÍA DECIR

- Un 77.77% refiere entender lo que el médico le dice, pero es preocupante el 22.23% que sí refieren dificultades en comprender lo que le dice.



- No quisieron señalar ninguna otra causa de haberse sentido mal atendidos, como comentaremos en el apartado siguiente.

## 2.- DESDE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA

Tras recoger los datos meramente cuantitativos nuestro segundo cometido consistía en corroborar de forma cualitativa los resultados que habíamos obtenido. En este sentido, cabe destacar (ítems 1, 2, 3 y 4) que la población que acude a nuestra consulta es mayoritariamente femenina, procedente sobre todo de Perú y Bolivia, seguidas por Argentina, Ecuador y Colombia, lo que refleja la realidad social con la que nos encontramos. Respecto a su perfil educativo, a pesar de que presagiábamos un nivel de estudios muy básico, nos hemos encontrado con que una parte importante de la población inmigrante ha cursado estudios de Educación Superior, Bachillerato Superior y, en ocasiones, también una Educación de carácter técnico.

La mayoría de la población encuestada considera de gran interés (podríamos señalar incluso prioritario), el correcto uso del lenguaje del país de residencia y su variante regional, caso de existir (ítem 5). Este es, sin duda, uno de los elementos que mejor y más rápidamente favorece la inclusión social y la convivencia. Y uno de los que a nosotros más nos interesa. Hay que destacar la importancia del conocimiento de la lengua del país de residencia porque, no lo olvidemos, la población latinoamericana es plurilingüe. Es decir, aunque la lengua oficial sea el español, en América Latina se hablan numerosas lenguas autóctonas. Así, si tomamos como ejemplo Perú, Ecuador y Bolivia –ejemplo que puede extrapolarse a países latinoamericanos con amplia población indígena-, observamos que solamente un 40% de la población es monolingüe española (en los núcleos centrales de las principales ciudades y en amplias regiones del norte, oriente y sudeste del país). Además, se hablan más de 100 lenguas (37 de ellas, son oficiales), siendo la quechua, aymara y guaraní, las más numerosas. A esta contextualización lingüística debemos añadir que cada grupo social sigue muy unido a su cultura ancestral. No olvidemos tampoco que son muchas las investigaciones recientes que relacionan las ventajas de aquellas personas que dominan dos o más lenguas frente a las monolingües. Ventajas que van desde los avances en sanidad, provocando el retraso y mejora en la aparición de enfermedades tan graves como el Alzheimer, hasta mejoras

en el enriquecimiento social de la persona, pues el conocimiento de otras lenguas genera actitudes positivas y de respeto hacia el "otro". En definitiva, el plurilingüismo favorece la adquisición de competencias interculturales, tratando de "hacer comprender" la heterogeneidad del otro. En este sentido, América Latina es pluriétnica, multicultural y plurilingüe, y conserva aún la herencia profunda de las culturas originarias, lo que provoca una mayor influencia de costumbres y tradiciones muy diferentes a las de los países de occidente. Como lo señala Aparicio Gervás<sup>118</sup>, si bien es cierto que el idioma más hablado en América Latina es el español, muchos sectores de la población aún lo desconocen o comparten su uso con otras lenguas nativas existentes. Esta situación es más frecuente en contextos sociales humildes y sobre todo, en núcleos de población indígena. Nos encontramos, de este modo, con grupos humanos, cuya situación económica y social tiene unos condicionantes y características que a veces van en paralelo con la marginalidad, ocasionando importantes carencias y provocando la difícil decisión de tener que emigrar. Se trata por tanto de migraciones forzadas, que bien pudiéramos catalogar de supervivencia. Y es en ese momento cuando el desconocimiento de una lengua extensa con muchos millones de hablantes en el mundo -como es el caso de la lengua española-, origina importantes carencias de integración y de convivencia por parte de la población indígena, que se ve obligada a emigrar a otros países y otros continentes, particularmente hacia Europa y, en concreto, hacia España, buscando una posible respuesta a sus múltiples necesidades vitales, amparándose, en principio, en su vinculación histórica, cultural y, sobre todo, lingüística.

Esa pretendida vinculación lingüística, que no siempre existe como acabamos de señalar, es donde reside uno de los problemas que deberá tratarse con mayor profundidad en el país de acogida. Así lo demuestran algunos estudios recientes realizados sobre mujeres inmigrantes residentes en Castilla y

---

<sup>118</sup> Aparicio Gervás, J. M.: Nuevos movimientos y respuestas socioeducativas en América Latina y su repercusión en el campo de la Educación Intercultural y la Antropología. En: León Guerrero, M. M. Didáctica de las Ciencias Sociales: cuatro casos prácticos. Valladolid: Seminario Iberoamericano de Descubrimientos y Cartografía, 2012.

León (España),<sup>119</sup>. En este sentido, cada vez cobra mayor importancia en la implantación de los nuevos planes de estudio europeos, una adecuada y coherente educación intercultural bilingüe, como un proyecto educativo no solo necesario, sino imprescindible en dos sociedades culturalmente heterogéneas, como son la europea y la latinoamericana. A este respecto, la educación intercultural bilingüe se propone, entre uno de sus objetivos prioritarios, el rescatar todos los valores de las culturas, conocerlos, respetarlos y compartirlos, fortaleciendo al mismo tiempo, competencias lingüísticas en castellano y en la lengua materna.

En el proceso de integración de la población inmigrante latinoamericana hay tres problemas relevantes que se deben tener en cuenta (ítem 6): la preocupación laboral, la situación migratoria y la discriminación, que actúan como agentes estresores externos que predisponen a los miembros de estos grupos a padecer el conocido como síndrome de Ulises. Nuestra encuesta nos ha permitido observar claramente cómo la estabilidad laboral es un estresor condicionante en el proceso de integración social. Todas las personas a las que accedimos sentían esta inquietud. Igualmente algunas manifestaron sentir en sus propias carnes el estrés crónico y múltiple o síndrome de Ulises<sup>120</sup>, cuyas causas y consecuencias son múltiples y variadas. A modo de síntesis, podríamos resumirlas en las cuatro siguientes<sup>121</sup>:

- La soledad que acompaña al inmigrante. En numerosas ocasiones, el hecho de no poder convivir con sus familiares más queridos y ni tan siquiera tener la posibilidad de visitarlos hasta pasado mucho tiempo provoca

---

<sup>119</sup> Aparicio Gervás, J. M.: Igualdad de trato y oportunidades de las mujeres inmigrantes en Castilla y León: El marco de referencia intercultural. En: Aparicio, J. M, Rueda, J. M., Fernández, J. C., Marbán, J. M., Negro, A., Nieto, M., Ramos, G., Serrano, N. y Torrego, L.: Elementos y mecanismos de discriminación que sufren las mujeres inmigrantes en el proceso de inserción social y laboral. Informe de Estructura y Oportunidades de la Mujer Inmigrante en Castilla y León. Valladolid: Cruz Roja Castilla y León, 2010.

<sup>120</sup> Llamado así porque los sentimientos que le suceden a Ulises, narrados por Homero en su obra "La Odisea", guardan una estrecha relación con los que siente el propio inmigrante, que recuerda amargamente a los seres queridos que ha dejado en su país de procedencia o siente la indiferencia de los habitantes de su lugar de residencia.

<sup>121</sup> Aparicio Gervás, J. M y Delgado Burgos, M. A.: La Educación intercultural en el Espacio Europeo de Educación Superior. Segovia: ITAMUT-FIFIED, 2011.

sensaciones de nostalgia y, sobre todo, de soledad. Estas sensaciones, manifestadas por gran parte de la población inmigrante, suelen experimentarse, generalmente, cuando uno se encuentra en casa, solo, y por lo general, durante la noche. Los hijos notan esta tristeza de sus padres, repercutiendo enormemente en su rendimiento académico. Muchos de estos niños, añoran a sus hermanos, primos y familiares, por no poder verlos durante mucho tiempo.

- La necesidad de sobrevivir y tener cubiertas las necesidades más básicas. Muchos de estos inmigrantes, no tienen la posibilidad de comer o de tener un lugar donde cobijarse o pasar la noche. Si a esta situación se añade el desconocimiento de la lengua del país de acogida o la diferencia del color de su piel, la situación es aún más complicada, llegando, incluso, a tener serios problemas de supervivencia. Todo esto es causa de absentismo escolar entre los hijos, falta de disponibilidad a la hora de realizar sus tareas educativas cotidianas...

- El peso que supone la sensación continua de fracaso. El desconocimiento y diferencia de las leyes, del idioma, de las costumbres o de la religión del país de residencia, condiciona la posibilidad de acceder al mercado laboral, provocando en la persona la sensación de “no servir para nada”, limitando, por tanto, su autoestima. Este fracaso impide en numerosas ocasiones el regreso al país de origen, que podría ser una solución de emergencia. Al igual que ocurría anteriormente, esta sensación de fracaso se refleja claramente en la actitud de sus hijos en la escuela.

- El miedo y terror por las situaciones pasadas. Provocado por las dificultades de entrada al país. En numerosas ocasiones, el inmigrante ha tenido que sufrir humillaciones, situaciones de presión, de angustia, que incluso han puesto en peligro su propia existencia. Estas situaciones quedan muy grabadas en cada persona. Son daños dobles, porque además de los sufridos en la propia piel, los traumas generados condicionan la relación con los hijos y van a ser estos niños, también, los que sufran las consecuencias.

En general, no conocen la figura del "Mediador Cultural". Cuando se les explica, algunos coinciden en que sería importante incorporarla, pero la mayoría no parece acabar de entender la importancia que podría tener el mediador, una persona que actúa tanto como integradora como incorporadora de usos, modos y costumbres distintos, lo que lógicamente redundaría en un mejor entendimiento por parte de ellos, pero también de los profesionales sanitarios (Ítems 8 y 9). Sin embargo, el "Mediador Cultural" no es una figura nueva en España. Así, en concreto y aunque denominándose de forma diferente, hace tiempo que se viene utilizando en el campo socioeducativo<sup>122</sup>. En este sentido, cabe destacar sus acciones al abordar las aulas con alumnado inmigrante en la etapa de Educación Secundaria. Nosotros creemos, sin embargo, muy importante y necesaria la introducción de esta figura en el ámbito sanitario, que podrían desarrollar, entre otras, las funciones siguientes<sup>123</sup>: ayudar en la acogida y orientación en el Centro Sanitario y explicar los protocolos de atención sanitaria para favorecer y estimular la integración. Estos "embajadores" preferiblemente deberían ser del mismo país que el inmigrante, lo que no solo favorecería un mejor entendimiento y comprensión, sino que también reforzaría el que el inmigrante observe que hay otros compatriotas que han superado con éxito esta situación problemática.

La entrevista cualitativa realizada nos permite reconocer que el inmigrante cree que la percepción del ciudadano español hacia él es de desconfianza y con bastantes prejuicios, aunque admiten que la convivencia, en general, se desarrolla en un ambiente de normalidad y amabilidad. No se perciben, salvo excepciones, situaciones graves de rechazo o de violencia (ítem 10).

Debe destacarse también (ítem 11) que buena parte de la población encuestada confirma que no le importa mejorar y ampliar su cultura con el fin de favorecer la integración, pero siempre que no tengan que renunciar a sus

---

<sup>122</sup> Véase las Aulas "ALISO" que existen en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en: Junta de Castilla y León. Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad para Castilla y León. Acuerdo de 18 de Diciembre de 2003.

<sup>123</sup> Aparicio Gervás, J.M. y Delgado Burgos, M.A. Educación Intercultural..., Ibidem.

propios valores culturales, que consideran como un derecho. Se muestran partidarios de incorporar lo que pueda haber en común entre ambas realidades culturales y de buscar acercamientos en la diferencia, con la intención de “minimizar” en lo posible el choque cultural.

Sienten, por otro lado, la necesidad de quedarse en el país de acogida. Reconocen como positiva su llegada y residencia en España (ítem 12). Es evidente que estos mecanismos de acción favorecen muy positivamente la convivencia y, en consecuencia, su grado de inserción social.

La mayor parte de los emigrantes con que hemos tratado se encuentra en situación regular, la mitad de ellos trabajando –y contentos con lo que hacen-, un tercio formándose, estudiando y hay menos demandantes de empleo (ítems 13 y 14). Lo anterior parece indicar que el fenómeno migratorio se consolida y perpetua, lo que nos llevará a segundas y terceras generaciones de hijos de inmigrantes nacidos en España. Cabe destacar que no hay miembros de este colectivo que estén cobrando prestaciones ni por desempleo ni por invalidez. Esto ayuda a desmontar algunos de los tópicos extendidos entre los españoles sobre la población inmigrante a que nos referíamos en el apartado 2.4.1.

En lo relativo a la salud y el acceso al sistema sanitario (ítems 15 al 20), su percepción es positiva, aunque con ciertos matices. Aunque reconocen que son tratados del mismo modo que los españoles, los miembros de algunas nacionalidades perciben cierto trato vejatorio. Algo a lo que se debería prestar atención para evitar conflictos mayores en el futuro.

Ante un problema de salud su acceso al Sistema sanitario es con frecuencia a través de la atención primaria. En general son poco demandadores y dan prioridad a su salud sobre lo laboral, cosa que ha cambiado respecto a lo que sucedía en periodos anteriores. Reconocen que su salud se ha visto mejorada debido a las prestaciones que ofrece el sistema público de salud, sobre todo en lo relativo a la prevención y en materia de salud laboral que se encuentran a mucha distancia de lo que ocurre en sus países de origen. Si su situación administrativa fuera ilegal no tendrían reparo en utilizar los servicios

de salud. A este respecto, se comprueba que en estos últimos flujos migratorios las personas vienen mas informadas sobre el país de acogida y sus derechos a la hora de acceder a ciertas prestaciones.

En cuanto a si han tenido algún problema cuando han acudido a un centro sanitario, se muestran bastante reacios a responder (ítem 21), a pesar de que sabían que la encuesta era anónima. Se percibe cierto recelo y una gran reserva a la hora de hacer una crítica, quizás por el sentido de distancia jerárquica propia de su cultura, donde el médico es una autoridad que poco o nada se debe cuestionar.

## **5. CONCLUSIONES**

El fenómeno de la inmigración, considerado como un problema social que se debe resolver, es uno de los retos más importantes que plantea la construcción de un nuevo Espacio Europeo. Espacio Europeo donde las relaciones interculturales van a ser por tanto los pilares sobre los que se sustente la convivencia de estas culturas heterogéneas en espacios comunes de coexistencia, amparados bajo el paraguas de la democracia y los derechos humanos.

Aún hoy continuamos provocando errores socioeducativos, psicosociales y sanitarios, a la hora de intentar aplicar "modelos de actuación intercultural" entre la población inmigrante, pues seguimos apoyándonos únicamente en el conocimiento de las tradiciones y costumbres propias de sus países de procedencia. Otro error que cometemos asimismo con cierta frecuencia, consiste en afirmar que toda persona inmigrante procedente de Latinoamérica tiene necesariamente adquiridas todas las competencias lingüísticas básicas en lengua española. En ambos casos, debemos corregir estos estereotipos, que en nada nos permiten avanzar en el campo de la educación intercultural y sanitaria. Aspectos básicos para una mejor adaptación de este nuevo colectivo de personas.

Como lo hemos visto, la realidad intercultural de la población inmigrante es muy compleja y variada. A los diferentes "estresores comunes" que condicionan sus relaciones interculturales -lengua, religión, costumbres, tradiciones, economía, trabajo, salud, etc.-, se añaden otros de más difícil diagnóstico -"estresores límite"-, que dificultan y limitan de una manera muy especial, sus posibilidades de integración social y educativa, que son los propios de la sociedad de acogida.

Al menos en lo que se refiere a España, parece que la mayoría de los inmigrantes emigran por necesidad, no por deseos de formar parte de otro colectivo social. Sin embargo, nos encontramos ya con una segunda generación que nos lleva a la perpetuación de la inmigración. Esta situación provoca mayores dificultades para alcanzar un adecuado proceso de convivencia. Una posible solución a este problema consistiría en desarrollar programas de

actuación social tanto en los países receptores de población inmigrante como en los países generadores. Esto nos lleva a la necesidad prioritaria de generar programas que "produzcan" Mediadores Culturales, también para el ámbito sanitario, pero igualmente la creación de programas de capacitación de la población en los países generadores de emigrantes: si estos programas capacitan a la población autóctona, difícilmente esta emigrará. Esto último nos llevaría a otra etapa dirigida hacia el campo de la Cooperación al Desarrollo, del que nos ocuparemos en futuras investigaciones.

A modo de síntesis, nos parece conveniente destacar las CONCLUSIONES a las que hemos llegado en los análisis de nuestra investigación. Conclusiones que, a nuestro juicio, ofrecen una adecuada respuesta a las preguntas iniciales que nos planteábamos en nuestra investigación:

1.- El lenguaje, aunque mayoritariamente sea el español, puede actuar como barrera de comunicación, si bien no como barrera infranqueable ni que dificulte la comunicación por completo. Sí parece comprobarse que en un porcentaje no desdeñable los pacientes no entienden lo que les dicen los médicos, lo que debería hacer reflexionar a estos. Unos médicos que, además necesitan a veces una mayor sensibilización ante la diversidad cultural de la persona inmigrante, por lo que deberían profundizar en el concepto de Interculturalidad y su aplicación en el Sistema Sanitario.

2.- Nos encontramos ante un colectivo abierto a incorporarse a los usos y costumbres del país receptor, pero sin perder su identidad cultural de origen lo que justifica la importancia de la figura del Mediador Cultural para consensuar lo que puede haber de común y buscar salida a las diferencias existentes.

3.- La satisfacción del inmigrante por la asistencia sanitaria recibida es valorada de forma muy positiva e, incluso, su salud en muchos casos ha mejorado, gracias sobre todo a programas de prevención, que son deficitarios en su país de origen.

4.- El análisis cuantitativo y cualitativo que hemos realizado ha puesto de manifiesto dos conceptos relevantes, que debemos tener en cuenta a la hora de tratar con esta población: son los estresores internos de la propia población inmigrante a los que se unen los externos debidos a la población de acogida, lo que genera choque cultural. A veces esto deriva en la aparición de nuevos procesos patológicos, como el "Síndrome de Ulises", experimentado por varios de los encuestados. Un proceso que se agrava, además, al no encontrar una respuesta adecuada por parte del personal facultativo para la resolución del mismo.

5.- Cuando se utiliza el sistema sanitario es por estrictos criterios de necesidad. No es frecuentado desde una perspectiva de "mal uso" como consideran algunas personas del grupo de población mayoritario. Además, los miembros del colectivo emigrante tienen en general una percepción muy buena del sistema sanitario.

6.- Hay que destacar que la población inmigrante, sea cual fuere su país de procedencia, colabora a través de sus impuestos -directos e indirectos-, al sostenimiento del propio sistema sanitario. Su buen funcionamiento se fundamenta también en las aportaciones de los emigrantes y gracias a ellos podemos afirmar que no solo el grupo analizado tiene unas sensaciones positivas y favorables hacia el sistema sanitario y sus profesionales, sino el resto de personas que comparte el grupo de población de la ciudad de Salamanca. Afortunadamente también y a través de la información recibida en otros contextos de la geografía nacional, podemos afirmar que esta satisfacción es consensuada por la mayor parte de la población residente en España. Por todo ello, es necesario y de justicia que los miembros del colectivo emigrante, que requieren ayuda para poder ejercer su derecho a utilizar el sistema sanitario, puedan utilizarlo de igual manera que cualquier otro ciudadano residente en nuestro país.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

- Achotegui, J.: La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
  
- Ackerrknecht, E. H.: Medical practices. Handbook of South American Indians, 1947; 5: 621-643.
  
- Aerny, N.: El acceso al sistema público de salud en la Comunidad de Madrid: ¿por qué carecen de ello algunos extranjeros? (Tesis) Madrid: Master en Inmigración de la Universidad Pontificia de Comillas; 2006.
  
- Agencia de Salud Pública de Barcelona: La salut de la població immigrant de Barcelona. 2008.  
[[http://www.aspb.es/quefem/docs/salut\\_immigrants\\_BCN.pdf](http://www.aspb.es/quefem/docs/salut_immigrants_BCN.pdf)].
  
- Altisent Trota, R., Martín Espíldora, M. N. y Serrat Moré, D.: Ética y Medicina de Familia. En: Martín Zurro, A., Cano y Pérez, J. F., Gené Badia, J. (eds.): Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia, 7ª Edición: Elsevier, Student consult, 2015.
  
- Antze, G.: Metallarbeiten aus dem nordlichen Peru. Beitrag zur kennits ihrer Formen. Mitteilungen aus den Museumfur Völkerkunde in Hamburg, 1930; 15: 1-70.
  
- Aparicio Gervás, J. M.: Nuevos movimientos y respuestas socioeducativas en América Latina y su repercusión en el campo de la Educación Intercultural y la Antropología. En: León Guerrero, M. M.: Didáctica de las Ciencias Sociales: cuatro casos prácticos. Valladolid: Seminario Iberoamericano de Descubrimientos y Cartografía, 2012.
  
- Aparicio Gervás, J. M. (dir.): Interculturalidad, Educación y Plurilingüismo en América Latina. Madrid: Pirámide, 2011.

- Aparicio Gervás, J. M.: Igualdad de trato y oportunidades de las mujeres inmigrantes en Castilla y León: El marco de referencia intercultural. En: Aparicio, J. M.; Rueda, J. M.; Fernández, J. C.; Marbán, J. M.; Negro, A.; Nieto, M.; Ramos, G.; Serrano, N. y Torrego, L.: Elementos y mecanismos de discriminación que sufren las mujeres inmigrantes en el proceso de inserción social y laboral. Informe de Estructura y Oportunidades de la Mujer Inmigrante en Castilla y León. Valladolid: Cruz Roja Castilla y León, 2010.

- Aparicio Gervás, J. M., Carbonero Martín, M. A., Carro Sancristóbal, L., García Moro, J. A., Alonso Ramos, M. F., Romero Biosca, R. y Gutiérrez Sebastián, J. F.: Población inmigrante en Tierra de Campos: Situación y análisis. Madrid: Pirámide, 2006.

- Aparicio Gervás, J. M. y Delgado Burgos, M. A.: La Educación intercultural en el Espacio Europeo de Educación Superior. Segovia: ITAMUT-FIFIED, 2011.

- Aveny, A. F.: Observadores del cielo en México, Mexico Edit. FCE, 1974.

- Ballesteros Gaibrois, M.; Bravo Guerreira, C., y otros: Cultura y religión de la América prehispánica. Madrid, La Editorial Católica, 1985.

- Beauchamp T. L., Childress J. F.: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999.

- Berra, S., Elorza, J. M, Bartomeu, N., Asuman, S., Serra-Sutton, V., Rajmil, L.: Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña, Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2004.

- Bingham, H.: The lost city of the Incas. The story of Macchu Picchu and its builders. Nueva York, Duell, Sloan and Pearce, 1948.

- Calvo Buezas, T.: El crimen racista de Aravaca. Crónica de una muerte anunciada. Madrid: Editorial Popular, 1993. (Reeditado con introducción nueva y prólogo de E. Ibarra, Madrid: Ed. Movimiento contra la Intolerancia, 2012).
  
- Caso, A.: El paraíso terrenal de Teotihuacan. Cuadernos Americanos, 1942; 1 (6): 127-136.
  
- Caylá J. A. y otros: AIDS and tuberculosis of migrating populations in Barcelona. Regional European Meeting of the International Epidemiological Association. Jerusalem; 1993.
  
- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Junio de 2008, Resultados. [<http://www.cis.es/cis/opencms/ES/>].
  
- Checa, F.: Las migraciones a debate. De las teorías a las prácticas sociales. Barcelona: Icaria. Institut Català d'Antropologia, 2002.
  
- Colectivo IOE.: Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería. Madrid: Observatorio permanente de la Inmigración. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 1999.
  
- Comisión Andina de Juristas. Grupos en situación de especial protección en la región andina: Lima: Comisión Andina de Juristas, 2008.
  
- Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas. Informe sobre la población mundial 2006. [<http://www.un.org/spanish/esa/population/>].
  
- Díaz Olalla, J. M.: Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud. En: Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords.): Guía de atención al inmigrante, Madrid: ERGON, 2003: 9-24.

- Díaz Olalla J. M., Esteban M., González M. J., Martín A., Villasevil E.: Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Madrid, Instituto Municipal de Salud Pública, 2008. [<http://www.madridsalud.es/publicaciones/escm.htm>].
  
- Díaz Ortiz, J. E.: EIDENAR, 2008; 7  
[<http://revistaeidenar.univalle.edu.co/revista/ejemplares/7/j.htm>].
  
- Díaz Trigo, A.: La medicina en las grandes civilizaciones indígenas de Hispanoamérica. Buenos Aires, Ediciones Galiar, 1962.
  
- Drane J.: Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108 (5-6): 202-14.
  
- El País. Inmigración en España. [<http://www.elpais.es/temas/inmigración>].
  
- Esteban y Peña M. M.: Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes “sin papeles” en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). At Prim 2001; 27(1): 25-8.
  
- Estébanez P.: Salud y grupos excluidos: la inmigración. En: Estébanez, P. (ed.): Exclusión social y salud. Barcelona: Icaria; 2002; 99-112.
  
- Evans-Pritchard, E. E.: Social Anthropology. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1951.
  
- Feachem R. G. A.: Pobreza e inequidad, un enfoque necesario para el nuevo siglo. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(1): 1-2.
  
- Geertz, C.: La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa, 2003.

- Giménez Romero, C.: ¿Qué es la inmigración? ¿problema u oportunidad?, ¿cómo lograr la integración de los inmigrantes?, ¿multiculturalismo o interculturalidad?, Barcelona: RBA, 2003.
  
- Glass, J. B. y Robertson, D.: A Census of Native Middle American pictorial manuscripts. Handbook of Middle American Indians, 1975; 14: 81-252.
  
- González, F.: Investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos. México: Ediciones paraninfo, S.A, 2000.
  
- Gracia D.: ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1990; 108 (5-6): 187-201.
  
- Grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia. 2012.  
[<http://www.aebioetica.org/docrecien/semfyc%20atencion%20inmigrantes.pdf>].
  
- Guerra, F.: Maya Medicine, Medical History, 1964; 8: 31-43.
  
- Guerra, F.: La Medicina Precolombina. Madrid: Ediciones de Cultura Hispánica, 1990.
  
- Gwatkin D. R.: Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿qué sabemos al respecto?, ¿qué podemos hacer? Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (1): 3-18.
  
- Hammersley, M. y Atkinson, P.: Etnografía, métodos de investigación. Barcelona: Paidós, 1994.

- Harris, M.: Antropología Cultural. Madrid: Alianza, 1996.
  
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. : Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: Mc Graw Hill, 2010.
  
- Hofstede, G.: Cultures and Organizations. Londres: Mc- Graw Hill, 1991.
  
- Hrdlicka, A.: Anthropological work in Peru in 1913, with notes on the pathology of the ancient peruvians. Washington D.C., Smithsonian Institution, 1914.
  
- Informe Raxem: Crisis Económica, Xenofobia y Neofascismo en España. Especial 2009.  
[<http://www.movimientocontralaintolerancia.com/html/raxen/raxen.asp>].
  
- Inkeles, A. y Levinson, D. J.: National character: the study of modal personality and sociocultural systems. En: Lindzey, G. y Aronson, E. (comps.): The Handbook of Social psychology, 2.<sup>a</sup> ed., vol. 4, California: Addison-Wesley, 1969.
  
- Instituto de Salud Pública: Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante., Madrid: Consejería de Sanidad, Alimentación y Consumo. Comunidad de Madrid, 2004.
  
- Instituto de Salud Pública: Informe sobre población inmigrante. Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, 2005.  
[<http://www.madridsalud.es/publicaciones/inmigrantes%20economicos.pdf>].
  
- Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa de 9 de Febrero de 2005.  
[<http://www.ine.es>].

- Instituto Nacional de Estadística. Boletín Estadístico del año 2007. [<http://www.ine.es>].
  
- Instituto Nacional de Estadística. Avance del Padrón Municipal a 1 de enero de 2008. Nota de prensa de 20 de Junio de 2008. [<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>].
  
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Inmigrantes. Avance de resultados. Nota de prensa de 22 de Mayo de 2008. [<http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>].
  
- Jansá J. M., Montellá N., Valero C., Villalbi J. R.: La salut dels immigrants estrangers. Aportacions de l'anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona. Barcelona Societat 1994; 3: 131-138.
  
- Junta de Castilla y León: La inmigración en Castilla y León tras los procesos de regularización. Consejo Económico y Social de Castilla y León [<http://www.cescyl.es>].
  
- Junta de Castilla y León: Aulas "ALISO" que existen en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. En: Plan Marco de Atención Educativa a la Diversidad para Castilla y León. Acuerdo de 18 de Diciembre de 2003. [[http://www.stecyl.es/borralex/Bases\\_Plan\\_Marco\\_Atencion\\_Diversidad\\_CyL.pdf](http://www.stecyl.es/borralex/Bases_Plan_Marco_Atencion_Diversidad_CyL.pdf)].
  
- Lacalle Rodríguez-Labajo M., Gil Juberías G., Sagardui Villamor J. K. y otros Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. Atención Primaria 2000; 25 (9): 634-8.
  
- Larco Hoyle, R.: Checan. Essay on erotic elements in Peruvian Art. Genève, Nagel Publishers, 1965.

- Lastres, J. B. y Cabieses, F.: La Trepanación del Cráneo en el Antiguo Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1959; 42 (3): 258-320.
  
- Lehmann Nitsche, R.: Patología en la alfarería peruana. *Revista del Museo de la Plata*, 1904; 11: 28-36.
  
- Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *BOE* 22-12-2000, nº 307, p. 45508 y ss.
  
- Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, de reforma de la Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *BOE* 21-11-2003, nº 279, p. 41193 y ss.
  
- López Vélez R. Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). *FMC* 1996; 3: 222-3.
  
- MacCurdy, G. G.: Human skeletal remains from the highlands of Peru. *American Journal of Physical Anthropology*, 1923; 6: 217-329.
  
- Markham, C. R.: *Narratives of the rites and laws of the Yncas*. Londres, Hakluyt Society, 1873.
  
- Martínez Durán, C.: La pathologie dans l'art Maya. *Scalpel*, 1959; 112: 349-350.
  
- Martínez Durán, C.: La Patología en el arte pre-hispánico. Universidad de San Carlos, 1960; 52: 7-50.
  
- Martínez Martínez, J. L.: *Ciudadanía, migraciones y religión: un diálogo ético desde la fe cristiana*. Madrid: San Pablo: Universidad Pontificia Comillas, 2007.

- Martínez Miguel, M.: La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico Práctico. México: Editorial Trillas, 2007.
  
- Martínez-Veiga, U.: El Ejido. Discriminación, exclusión social y racismo. Madrid : Los libros de la Catarata, 2001.
  
- Matos Moctezuma, E.: La parálisis facial prehispánica. México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1970.
  
- Matos Moctezuma, E. y Vargas, L. A.: Anomalías del pie en murales y códices prehispánicos. Anales de Antropología, 1972; 9: 95-104.
  
- Médicos del Mundo. Informe de Exclusión Social, 2000. [<http://www.medicosdelmundo.org>].
  
- Médicos sin Fronteras. Informe: Mejora en el acceso a los servicios públicos de salud de los inmigrantes indocumentados en el Área Sanitaria 11 de la comunidad de Madrid 2005. [[http://www.msf.es/images/InformeMadrid\\_tcm3-6019.pdf](http://www.msf.es/images/InformeMadrid_tcm3-6019.pdf)].
  
- Méndez Lago, M.: Actitudes de los españoles ante la inmigración: una mirada desde las encuestas. En Aja, E., y Arango, J. (eds.): La inmigración en España en 2006. Anuario de Inmigración y Políticas de inmigración. Barcelona, Cidob Edicions, 2007.
  
- Meñaca, A.: Los inmigrantes frente al proceso de medicalización. En: Esteban, M. L. y Pallerès, J. (coords.): La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización. Sevilla: Actas del X Congreso de Antropología, 2005.
  
- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración: Anuario estadístico de extranjería 1996-1999.

[<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/anuarios-y-estadisticas/anuarios-estadisticos-antteriores/anuario-estadistico-de-1999>].

- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Encuesta Nacional de Salud de España del año 2006.

[<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>].

- Morley, S. G.: Chichen Itzá, an ancient American Mecca. National Geographic Magazine, 1925; 42: 63-95.

- Naciones Unidas, Asamblea General: Migración internacional y desarrollo. Informe del Secretario General. [65 período de sesiones, Tema 22 c) del programa provisional Globalización e interdependencia. A/65/203]. 2010.

[[https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/65/A\\_65\\_203\\_S.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/65/A_65_203_S.pdf)].

- Naranjo, P.: Plantas alimenticias del Ecuador precolombino. Interciencia, 1985; 10: 227-235.

- Oberg, K.: Cultural shock: adjustment to a new cultural involvement. Practical Anthropology, 1960; 66.

- Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y emigración: Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración. N° 15, Enero 2008.

[<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionEstadistica/Boletines/Archivos/boletin-num-15-Web.pdf>].

- Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración: Anuario Estadístico de Inmigración 2007. [[http://www.migrarconderechos.es/bibliografia/Anuarios\\_estadisticas\\_OPI](http://www.migrarconderechos.es/bibliografia/Anuarios_estadisticas_OPI)].
  
- Olivos Aguayo, X.: Variables psicosociales y salud mental en la inmigración (tesis). Instituto Latinoamericano de Investigación y Salud Mental; 1999.
  
- Otero, L., Blasco, T. y Sanz, B.: Inmigración y discurso científico en los artículos de investigación sobre enfermedades infecciosas. *Enfermedades Emergentes*, 2006; 8 (2).
  
- Pajares M. Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2007. Documento nº 14 del Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado para la Inmigración y la Emigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007. [<http://www.mtas.es>].
  
- Palma, R.: Huacos antropomorfos, mutilados del Perú. *Proceeding of the XVIIIth International Congress of Americanists*, Londres, 1912; 2: 276-279.
  
- Pardal R.: *Medicina aborigen americana*. Buenos Aires, José Anesi, 1937.
  
- Percy, Th. y Dickson, M.: *Ralph's World Civilizations*, W. W. Norton Publishing, 1996. [<http://www.wwnorton.com/college/history/ralph/resource/americas.htm>].
  
- Pike, K.: *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior, I*, Glendale: Summer Institute of Linguistics, 1954.
  
- Pineault P., Daveluy C.: El objeto de la planificación. En: *La Planificación Sanitaria*. Barcelona: Masson, 1987, 1-6.

- Portal de Inmigración: Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. [<http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/>].
  
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano del año 2000. Madrid: Mundi-Prensa. 2000. [<http://hdr.undp.org/en/espanol/>].
  
- Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). Informe de Desarrollo Humano 2007/2008. Barcelona: Mundi-Prensa. 2007.
  
- Real Decreto 1088/89 de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE 9-9-1989, nº 216 pp. 28657 y ss.
  
- Real Decreto 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 24-4-2012, nº 98, p. 31278 y ss.
  
- Regidor E., Díaz Olalla J. M., Lostao L., Pascual C., Sánchez E., Sanz B.: Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Fundación Ciencias de la Salud. 2008. [[http://www.fcs.es/fcs/pdf/inmigracion\\_web.pdf](http://www.fcs.es/fcs/pdf/inmigracion_web.pdf)].
  
- Rosado Ojeda, V.: Enfermos y monstruos en el Arte prehispánico. Sinopsis, 1953; 3: 21-28.
  
- Rumí C.: Secretaría de Estado para la Inmigración y la Emigración, IV Encuentro Iberoamericano sobre Remesas. [<http://www.elmundo.es/mundodinero/2008/02/08/economia/1202474451.html>].

- Sandín Esteban, M. P.: Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones. Madrid: Ed. McGraw-Hill., 2003.
  
- Sanz B., Schumacher R., Torres A.: ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud? OFRIM Suplementos, Junio 1998 (Consejería de Servicios Sociales, CAM). 1998: 13-24.
  
- Sen, A.: Discurso pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de Mayo de 1999. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77 (8): 619-23.
  
- Smith, P. B. y Bond, M. H.: Social Psychology across Cultures. Nueva York: Harvester, 1993.
  
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos nº 17. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2002.  
[<http://www.semfyc.es/www/semfyc/es/tienda/documentos-semfyc/ficha37.html>].
  
- Thompson, J. E. S.: Symbols, glyphs and divinatory almanacs for diseases in the Maya Dresden and Madrid Codices, America Antiquity, 1958; 23: 297-308.
  
- Tizón J. La migración como factor de riesgo para la salud (I). Gaceta Sanitaria 1986; 5 (28): 149-55.
  
- Vaillant , G. C.: Aztecs of Mexico: Origins, Rise and Fall of the Aztec Nation, 1941.
  
- Velasco, M. y Díaz de Rada, A.: La lógica de la investigación etnográfica. Madrid: Editorial Trotta, 1997.

- Vélez López, L. R.: Las mutilaciones en los vasos antropomorfos del Antiguo Perú. Proceedings of the XVIIIth International Congress of Americanist, Londres, 1912; 2: 267-275.

- Vélez López, L. R.: El clíster en el Antiguo Perú. Proceeding of the XXIIIth sesión of the International Congress of Americanists, Nueva York, 1930, 1: 296-297.

- Wassen, S. H.: A medicine-man's implements and plants in a Tiahuanacoid Tomb in Highland Bolivia, *Etnologiska Studier*, 1972; 32: 8-114.



## ANEXO



## ENCUESTA

1. ¿Cuál es su edad? ----- años

2. Sexo       Masculino       Femenino

3. ¿En qué país ha nacido?-----

4. ¿Cuál es el grado de instrucción que usted alcanzó?

- Sin instrucción-----
- Primaria-----
- Secundaria-----
- Superior no Universitaria-----
- Superior Universitaria-----
- Post grado-----

5. Marque con un círculo el número de la fila que más se adecúe con su opinión

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
¿Considera usted que es importante conocer y adquirir las características propias del lenguaje de la zona donde vive, como por ejemplo, la pronunciación o el vocabulario, a fin de mejorar su inclusión social?	1	2	3	4	5

6. ¿Considera que estos factores constituyen una preocupación para usted al vivir en España? Marque con un círculo el número de la fila del enunciado que más se adecúe a su opinión

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Empleo	1	2	3	4	5
Discriminación	1	2	3	4	5
Situación migratoria	1	2	3	4	5
Soledad/Depresión	1	2	3	4	5
Idioma	1	2	3	4	5
No tengo preocupaciones	1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su situación migratoria en España?

- Ciudadano-----
- Residente permanente-----
- Visa de trabajo vigente-----
- Visa de estudiante-----
- Visa de turista vigente-----
- Otra (especifique) -----

8. ¿Conoce usted la figura del mediador cultural?

- Si-----
- No-----

9. Marque con un círculo el número de la fila que más se adecúe a su opinión

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
De contestar sí a la pregunta anterior, ¿considera que es necesaria esta figura en los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5

10. A cada una de las siguientes palabras indique usted, marcando con un círculo en el número de la fila correspondiente, la frase que describe mejor su percepción sobre el trato que reciben los inmigrantes en España

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Desconfianza	1	2	3	4	5
Prejuicio	1	2	3	4	5
Rechazo	1	2	3	4	5
Agresividad	1	2	3	4	5
Desprecio	1	2	3	4	5
Amabilidad	1	2	3	4	5
Normalidad	1	2	3	4	5

11. ¿Considera que para su inclusión social es importante adquirir desde el principio los estilos de vida y/o la cultura propia del lugar, así como relacionarse con los españoles?

Marque con un círculo el número de la fila que más se adecúe a su opinión según el enunciado

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Sí me interesa como forma de conseguir una mejor integración	1	2	3	4	5
Sólo me interesa como forma de ampliar mi cultura, pero prefiero seguir celebrando y comportándome de la misma forma en que lo hacía en mi país	1	2	3	4	5
Prefiero mantener mis costumbres, valores, religión, etc., y espero que se me respete como un derecho	1	2	3	4	5
Sólo me interesa para no sentirme discriminado/a o rechazado/a por los españoles	1	2	3	4	5

12. Marque con un círculo el número de la fila que más se adecue con su opinión

	MUY NEGATIVA	NEGATIVA	INDIFERENTE	POSITIVA	MUY POSITIVA
¿Cómo considera la venida a España desde su país de origen?	1	2	3	4	5

13. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- Trabajando-----
- Parado/a y buscando trabajo-----
- Parado/a y cobrando la prestación por desempleo-----
- Estudiando-----
- Dedicado/a a las tareas del hogar-----
- Jubilado/a-----

Incapacitado/a-----

14. Marque con un círculo el número de la fila que más se adecue con su opinión

	NADA SATISFACTOR	POCO SATISFACTOR	INDIFERENTE	BASTANTE SATISFACTOR	MUY SATISFACTOR
¿Cómo considera su actual situación laboral?	1	2	3	4	5

15. ¿Tiene acceso al sistema sanitario en España?

Si -----

No -----

16. ¿Cómo ha visto afectada su salud desde que se encuentra en España? Marque con un círculo el número de la fila que más se ajuste a su opinión por cada enunciado

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Positivamente, ha mejorado	1	2	3	4	5
Negativamente, ha empeorado	1	2	3	4	5
No ha sufrido cambios	1	2	3	4	5

17. Ante un problema de salud, ¿dónde suele acudir con más frecuencia? Marque con un círculo uno de los números de cada fila según en enunciado que mejor se adecúe a usted

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
Urgencias	1	2	3	4	5
Médico de cabecera	1	2	3	4	5
Farmacia	1	2	3	4	5
Automedicación	1	2	3	4	5
Familiares o amigos	1	2	3	4	5
Otros: sanadores, curanderos, etc.	1	2	3	4	5

18. Si en alguna ocasión se ha encontrado mal y no ha acudido al médico, ¿a qué se ha debido? Marque con un círculo el número de la fila con la frase que se ajuste más a su opinión por cada enunciado

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
Me encuentro solo/a; no tengo quién me acompañe	1	2	3	4	5
Me da vergüenza	1	2	3	4	5
No confío en el médico	1	2	3	4	5
Tengo problemas de idioma	1	2	3	4	5
El centro de salud está muy lejos	1	2	3	4	5
Miedo, ya que no tengo papeles	1	2	3	4	5
No estoy empadronado/a y no tengo tarjeta sanitaria	1	2	3	4	5
No sé si puedo acudir, no tengo información	1	2	3	4	5

No puedo descuidar el trabajo	1	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

19. ¿Con qué frecuencia ha acudido a una consulta médica (incluido el Servicio de Urgencias) en el último año? Marque una alternativa

De 1 a 10 veces-----

De 10 a 20 veces-----

Más de 20 veces-----

No he acudido al médico-----

20. Responda a estas dos preguntas según su parecer, marcando en un círculo el número de la fila correspondiente

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
¿Se siente usted en igualdad de condiciones respecto a un español en el acceso al sistema sanitario?	1	2	3	4	5
¿Cuándo ha acudido a algún centro sanitario se ha sentido mal atendido o no comprendido por parte del personal?	1	2	3	4	5

21. Si en alguna ocasión se ha sentido mal atendido o no comprendido en un centro sanitario (Centro de Salud, Urgencias, consultas de hospital, etc.), ¿cuál es su parecer con cada una de estas razones? Marque con un círculo el número correspondiente a cada fila

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDIFERENTE	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
No le entendía al médico lo que me quería decir	1	2	3	4	5

El médico no me entendía a mí lo que le quería decir	1	2	3	4	5
No me gustaba el tratamiento que me pusieron	1	2	3	4	5
Me sentí violento/a cuando me exploraron	1	2	3	4	5
El trato fue demasiado seco	1	2	3	4	5