



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

MÁSTER EN ANTROPOLOGÍA APLICADA, SALUD Y DESARROLLO

COMUNITARIO

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MUJERES MIGRANTES LATINAS EN EL SISTEMA SANITARIO

PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

LAS VOCES DE LAS MUJERES MIGRANTES Y LAS SANITARIAS.

Autora: M. Carmen López Gutiérrez

Tutores: Arsenio Dacosta Martínez y Raluca Cosmina Budian

Junio 2022

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MUJERES MIGRANTES LATINAS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. LAS VOCES DE LAS MUJERES MIGRANTES Y LAS SANITARIAS.

Junio 2022

Firma autora: M. Carmen López Gutiérrez

Firmas tutores: Arsenio Dacosta Martínez

Raluca Cosmina Budian

Visto bueno:

“- *¿Olvida usted algo?*

- *¡Ojalá!*”

Luis Felipe Lomelí (*El emigrante*)

“I long to speak out the intense inspiration that comes to me from the lives of strong women. They have made of their lives a great adventure...”

Ruth Benedict (*An Anthropologist at Work*)

AGRADECIMIENTOS

El primer agradecimiento quiero que sea para Raluca Cosmina y Arsenio Dacosta por su apoyo y dirección durante todo el proceso de este trabajo.

De manera especial doy las gracias a las mujeres migrantes y a las mujeres sanitarias que me han regalado sus relatos y experiencias, sin las que este estudio habría sido imposible.

A mi familia de migrantes que lleva varias generaciones haciendo el viaje de ida y vuelta de España a México, que han creado lazos y puentes y me han enseñado que estos viajes nos enriquecen y nos hacen mejores: sin vosotros no sería lo que soy.

Finalmente quiero agradecer la sonrisa de todas las mujeres valientes que dejaron sus hogares y a sus hijos para migrar y buscar una vida mejor, esas sonrisas brillan siempre dentro de mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUCCIÓN	10
2. OBJETIVOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS	12
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	13
3.1. ¿Extranjeras o migrantes?.....	15
3.2. Las cifras	16
3.3. Género y migración.....	21
3.4. Aspectos psicosociales del proceso migratorio.....	24
3.5. La aportación de las personas migrantes a la sociedad de acogida.....	28
3.6. La población migrante y los servicios sanitarios	30
3.7. Las mujeres migrantes latinas en las consultas.....	36
3.8. Comunicación y competencia cultural. Mediación intercultural.	40
3.9. ¿Desinformación o discriminación?	41
4. METODOLOGÍA	44
4.1. Técnicas de investigación	44
4.2. Selección de las informantes.....	45
4.3. Recogida de datos	46
4.4. Análisis de los datos.....	49
4.5. Limitaciones del estudio	52
4.6. Cautelas éticas.....	53
5. RESULTADOS	54
5.1. Datos sociodemográficos de las participantes	54
5.2. Las voces de las mujeres migrantes	56
5.3. Las voces de las mujeres sanitarias.....	68
6. DISCUSIÓN.....	77
6.1. El ámbito laboral de las migrantes.....	77
6.2. El proceso migratorio.....	78
6.3. El conocimiento de las sanitarias sobre la migración	81

6.4.	Migrantes latinas y sanitarias en las consultas.....	82
6.5.	Discriminación.....	89
7.	CONCLUSIONES	91
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
9.	ANEXOS.....	109
	ANEXO I. Guía de entrevista a mujeres migrantes.....	109
	ANEXO II. Guía de entrevista a mujeres sanitarias	112
	ANEXO III. Formato de consentimiento informado.....	114
	ANEXO IV. Códigos.....	115
	ANEXO V. Glosario.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Saldo migratorio y saldo vegetativo en España período 2010-2020.	18
Figura 2. Población extranjera por CCAA.....	19
Figura 3. Evolución población extranjera en la CAM	20
Figura 4. Regiones de procedencia de la población extranjera en la CAM	20
Figura 5. Nacionalidades mayoritarias en la CAM.....	21
Figura 6. Migraciones por región y sexo, 2020	22
Figura 7. Uso medio anual de servicios sanitarios y coste medio anual en medicamentos en población migrante (regular e irregular) y española	33
Figura 8. Enfermedades de los migrantes	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. PROCESO DE ACULTURACIÓN.....	26
Tabla 2. MUJERES MIGRANTES LATINAS. Datos sociodemográficos.....	55
Tabla 3. MUJERES SANITARIAS. Datos sociodemográficos.....	55

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es abordar los problemas de las mujeres migrantes procedentes de América Latina en el sistema sanitario español, así como realizar un acercamiento a su proceso migratorio y su integración en España. Para ello se ha diseñado un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a diez mujeres, cinco migrantes y cinco sanitarias de atención primaria en la Comunidad de Madrid. A partir de las voces de estas mujeres, y desde sus diferentes puntos de vista, se analizan aspectos relacionados con el proceso migratorio, con el sistema sanitario español y con la discriminación. Los resultados obtenidos concuerdan con otros trabajos en cuanto a la existencia de barreras como la falta de información, la saturación de las consultas, las listas de espera y la deficiente atención de los problemas psicológicos. Las migrantes reclaman un trato más educado y humano en los centros sanitarios. Las sanitarias manifiestan la necesidad de desarrollar su competencia cultural, así como de disponer de más tiempo en las consultas. Se necesita adoptar medidas que contribuyan a un modelo de atención integral con perspectiva biopsicosocial y culturalmente apropiado; algunas son sencillas, como mejorar la información aportada a las personas migrantes, y otras son más complejas, pero no deben postergarse, como acabar con la saturación de las consultas o mejorar la atención a los problemas de salud mental.

Palabras clave: Migración, América Latina, Proceso migratorio, Servicios sanitarios, Atención primaria, Comunicación, Discriminación.

ABSTRACT

The objective of this work is to address the problems of migrant women from Latin America in the Spanish Health System, as well as to approach their migration process and their integration in Spain. For this, a qualitative study has been designed based on semi-structured interviews with ten women, five migrants and five primary care health workers in the Community of Madrid. From the voices of these women, and from their different points of view, aspects related to the migratory process, the Spanish Health System and discrimination are analyzed. The results obtained agree with other works regarding the existence of barriers such as lack of information, saturation of consultations, waiting lists and poor attention to psychological problems. Migrants demand a more polite and humane treatment in health centers. The health workers express the need to develop their cultural competence, as well as to have more time in consultations. It is necessary to adopt measures that contribute to a comprehensive care model with a biopsychosocial and culturally appropriate perspective; some are simple, such as improving the information provided to migrants, and others are more complex, but should not be postponed, such as ending the saturation of consultations or improving care for mental health problems.

Keywords: Migration, Latin América, Migration process, Health services, Primary care, Communication, Discrimination

1. INTRODUCCIÓN

Soy médica. He trabajado durante más de 20 años en Atención Primaria en Madrid, y posteriormente en varias ONGDs con población migrante. Durante mi trayectoria profesional he asistido al crecimiento de la migración en los servicios sanitarios públicos y a la exclusión de las personas migrantes en situación administrativa irregular. Así mismo, he vivido cómo las y los profesionales sanitarios, con muy poca formación en comunicación y competencia cultural, nos hemos ido adaptando en las consultas para intentar proporcionar una atención adecuada a personas con códigos culturales diferentes a los nuestros. Desgraciadamente, también he sido testigo de comentarios y actuaciones discriminatorias hacia las personas migrantes, dentro y fuera del ámbito sanitario.

El colectivo de migrantes provenientes de América Latina constituye uno de los más numerosos de España, estando además muy feminizado. Aunque hablamos el mismo idioma, muchas veces me he cuestionado si la comunicación en las consultas es buena o no, si hay barreras más allá de las administrativas (como las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad o la manera de expresar las dolencias) que dificulten el acceso de estas personas migrantes a una adecuada atención sanitaria.

Por último, provengo de una familia que lleva muchos años migrando desde y hacia América Latina, lo que ha hecho que me sienta muy interesada en las diferencias culturales que nos enriquecen y nos unen, más que separarnos.

Por estos motivos he elegido estudiar a las mujeres migrantes latinas en el sistema sanitario, específicamente en la Atención Primaria, por ser ésta la puerta de entrada al sistema sanitario público en España. Para ello se ha analizado qué uso hacen de los servicios

sanitarios, cómo perciben la accesibilidad de estos y las barreras que han encontrado, más allá de las meramente administrativas. Por otra parte, se ha indagado acerca de la discriminación a la que el colectivo de mujeres migrantes procedentes de América Latina se ven expuestas en nuestro país, dentro del sistema sanitario y en otros ámbitos.

Aunque el objetivo inicial de este trabajo no era profundizar en el proceso migratorio, durante las entrevistas las mujeres migrantes centraron sus relatos en este aspecto y, de hecho, le dedicaron mucho más tiempo e interés que a comentar sus experiencias con el sistema sanitario español. Por ello se ha introducido este tema en el análisis.

El acercamiento a esta realidad se ha hecho desde los relatos de las propias mujeres migrantes y de las mujeres sanitarias que las atienden en las consultas, recogidos mediante entrevistas etnográficas.

Para mí el cambio importante ha sido enfocar este estudio desde una mirada antropológica, de que carecía hasta ahora.

2. OBJETIVOS PRINCIPALES Y SECUNDARIOS

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Identificar los problemas de las mujeres migrantes latinas en la Atención Primaria de salud de la Comunidad de Madrid, desde la perspectiva de mujeres migrantes y de mujeres sanitarias.
- Analizar el proceso migratorio y la integración en España de las mujeres migrantes latinas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer la accesibilidad de los servicios sanitarios para las mujeres migrantes latinas y la información que reciben al entrar en contacto con la Atención Primaria.
- Conocer los aspectos que puedan dificultar la comunicación entre las migrantes y las sanitarias en Atención Primaria.
- Realizar un acercamiento al proceso migratorio a través de las vivencias de las mujeres migrantes latinas.
- Estudiar la discriminación experimentada por estas mujeres.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la migración se ha asociado con el logro de algo mejor, con un avance social y económico de las personas, familias, comunidades y naciones. Pero esto, que ha sido así durante mucho tiempo, ha cambiado recientemente y parece que la migración internacional ya no es la fuente de oportunidades que era antes. Los datos actuales parecen indicar que las vías de migración internacional son ahora más estrechas para millones de personas de los países en desarrollo. “El hecho de que la migración ya no pueda ser considerada como una escalera de oportunidades tiene repercusiones en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 y en el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular” (OIM, 2021, p. 223).

Los movimientos migratorios han girado en torno a un desequilibrio en la distribución de la población, un reparto injusto de la riqueza y una desigual atribución de derechos, lo que ha originado desplazamientos de los países menos beneficiados hacia los más favorecidos. Sin embargo, recientemente se ha objetivado un efecto “polarizador”, ya que la actividad migratoria se ha ido asociando cada vez más con los países muy desarrollados. Como afirma la OIM esto nos ha de hacer reflexionar sobre “la aspiración de migrar de personas de países en desarrollo de todo el mundo, que quisieran aprovechar las nuevas oportunidades existentes en otros países, pero no pueden hacerlo por falta de vías legales para la migración internacional” (OIM, 2021, p. 15).

Mientras que cada vez se suprimen más las fronteras y aranceles para la circulación de mercancías y de capital, las personas sufren de una obstaculización a su libre circulación, que

se ha ido agravando en los últimos años con políticas migratorias cada vez más restrictivas, sobre todo para el sector más desfavorecido de la población migrante. Es lo que se conoce como la ‘paradoja aduanera’: “el control nacional del incentivado desplazamiento transnacional se traduce en la desigualdad entre la libre circulación de mercancías y capitales y la circulación selectiva, condicionada y obstaculizada de personas” (Granado Almena, 2012, p. 491).

En palabras del profesor de Derecho Constitucional Aparicio Wilhelmi (Aparicio Wilhelmi, 2017, p. 84) en el contexto actual de la Unión Europea, “se abren dos caminos: un mayor, si cabe, repliegue estatalista de corte excluyente y xenófobo; o bien un replanteamiento radical de nuestra cultura política y jurídica para avanzar hacia el reconocimiento efectivo del derecho a la libre movilidad humana”.

España se ha convertido desde hace años en un país receptor de migrantes, pero no deberíamos olvidarnos de dónde venimos (hasta hace bien poco fuimos un país de personas que se veían obligadas a emigrar) y de que hoy somos lo que somos gracias a una enriquecedora mezcla de personas y culturas, que han contribuido a nuestra prosperidad actual.

Las dificultades para regularizar la situación administrativa, los problemas con el empadronamiento y el tipo de trabajos (en muchas ocasiones sin contrato) que la población migrante (en especial las mujeres) se ve obligada a aceptar, generan graves dificultades para acceder al sistema de Seguridad Social y a la atención sanitaria. Pero las barreras no son sólo administrativas, hay aspectos culturales que pueden suponer importantes obstáculos para el acceso de los migrantes al sistema sanitario.

Debido a la situación creada en 2012 tras la aprobación del Real Decreto 16/2012, muchas personas, entre ellas aquellas personas migrantes en situación administrativa irregular, se vieron privadas de su derecho a acceder al Sistema Nacional de Salud en España. A pesar de que algunas Comunidades Autónomas intentaron poner en marcha mecanismos para solventar esta situación y de la reforma aprobada por el gobierno socialista en 2018, en estos momentos sigue sin haber una cobertura sanitaria universal en España y persiste una situación de discriminación que vulnera el derecho a la salud. Pero incluso las personas migrantes en situación administrativa regular se enfrentan a dificultades para acceder a servicios de salud. Entre las barreras que encuentran están las trabas administrativas, la falta de información y una serie de factores asociados a la relación con los proveedores de salud. Entre estos últimos factores nos encontramos no solamente con las barreras lingüísticas, sino con una serie de diferencias culturales (la forma de entender las enfermedades y las prácticas curativas) que pueden suponer dificultades adicionales en la comunicación. En algunos casos además todo esto se agrava debido a las actitudes discriminatorias por parte del personal sanitario. Esto afecta de forma especial a las mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva (Pérez Orozco et al., 2008).

3.1. ¿Extranjeras o migrantes?

El término ‘extranjero’ tiene una connotación político-jurídica, mientras que el término ‘inmigrante’ tiene una connotación más social: el extranjero es aquel que no posee la nacionalidad del país en el que reside y el inmigrante es aquel que ha llegado desde otro lugar, y así esta denominación hace referencia a su origen distintivo, tanto geográfica como social y culturalmente.

Algunos autores emplean intencionadamente el término ‘inmigrante’ para destacar la aportación del conjunto de quienes han llegado al país de acogida desde otros lugares del mundo, independientemente de cuál sea su nacionalidad (Lacomba Vázquez et al., 2020).

En este trabajo no vamos a hablar de inmigrantes ni emigrantes, sino de personas migrantes que van, vienen, se quedan o retornan, todas ellas ciudadanas de un mundo globalizado.

3.2. Las cifras

A la hora de consultar estadísticas hay que tener en cuenta que la mayoría de éstas se elaboran sobre la base de la diferenciación entre nacionales y extranjeros, y en muy pocos casos sobre la de la diferenciación entre inmigrantes y no inmigrantes. En el Glosario (Anexo V) se puede consultar la definición de los diferentes términos empleados.

En 2020 había **en el mundo** aproximadamente 281 millones de migrantes internacionales (128 millones más que en 1990), lo que equivale tan solo al 3,6% de la población mundial, ya que la gran mayoría de las personas que migran no cruzan fronteras internacionales, sino que permanecen dentro de sus países de origen. La proporción de migrantes mujeres se mantiene más o menos estable desde hace años. Aunque no es fácil de evaluar, se ha estimado que la pandemia por COVID-19 puede haber reducido el crecimiento de la población de migrantes internacionales en unos dos millones (OIM, 2021, p. 23).

Europa es el principal destino de las migraciones internacionales (recibe casi el 40% de las mismas) y uno de los territorios de la Unión Europea al que más migrantes llegan es España, por detrás de Alemania y Francia (OIM, 2021, pp. 25-26). La migración irregular es una característica importante de la Europa meridional u occidental, y es esta migración la que

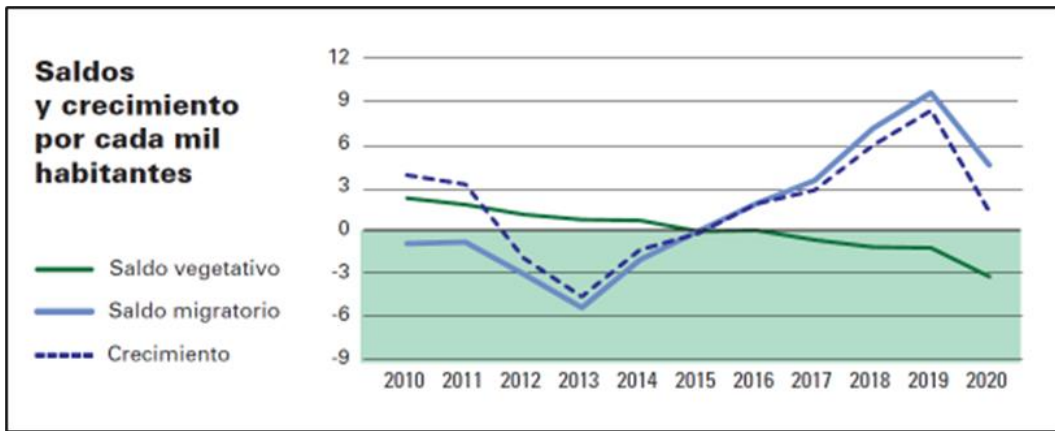
mayores riesgos afronta debido a las rutas migratorias, no ya inseguras sino claramente peligrosas, como las del Mediterráneo oriental y occidental. Las mujeres y niñas constituyen una proporción importante de los migrantes irregulares que llegan a Europa (el 20% de las personas que llegaron a Europa por tierra y mar entre 2018 y 2020) y además las trabajadoras migrantes deben enfrentar mayores problemas en el mercado laboral.

El número de migrantes procedentes de América Latina y el Caribe que viven en Europa se ha cuadruplicado desde 1990, destacando en los últimos años las personas procedentes de Venezuela (OIM, 2021, p. 101).

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en **España**, a 1 de enero de 2022, residían más de 5,5 millones de personas extranjeras, lo que supone un 11,6% de la población total. Los principales países de origen de la migración exterior no comunitaria son Marruecos, Colombia y Reino Unido. La población extranjera procedente de América del Sur es de 1.168.174, lo que representa el 21,2% del total de extranjeros (Instituto Nacional de Estadística, 2022b).

El saldo migratorio (inmigrantes menos emigrantes) bajó a 4,63 por cada 1.000 habitantes durante 2020, pero siguió la tendencia positiva iniciada en 2016; mientras que el saldo vegetativo (nacimientos menos defunciones) acentuó su caída, como puede observarse en la figura 1 (Instituto Nacional de Estadística, 2022a). Los saldos migratorios interautonómicos registraron los mayores descensos en la Comunidad de Madrid y Cataluña en 2020.

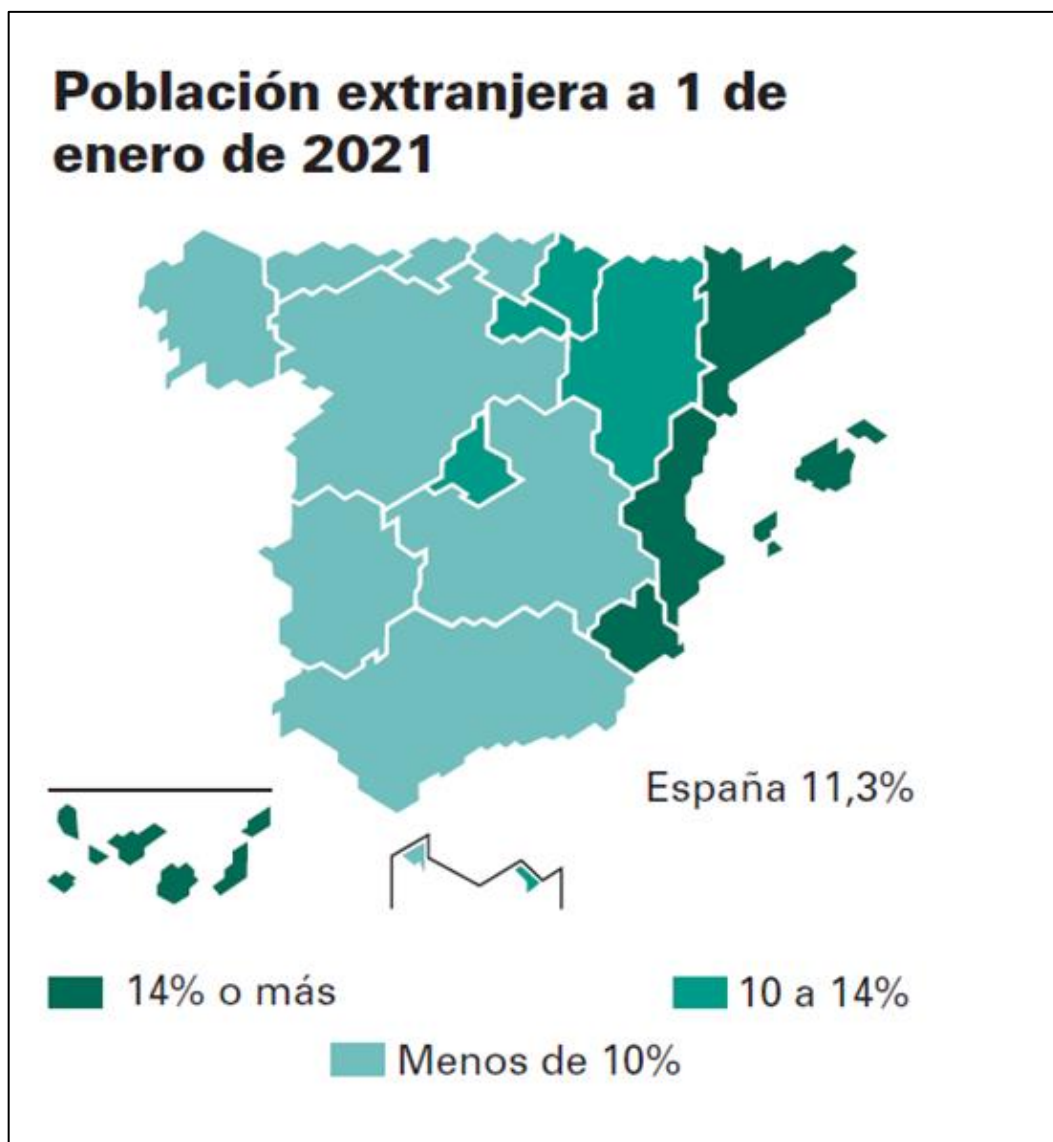
Figura 1. Saldo migratorio y saldo vegetativo en España período 2010-2020. Fuente INE 2022a.



En cuanto a la población procedente de América Latina, en España ha habido variaciones importantes en los últimos años. Las entradas de personas de Ecuador y Bolivia disminuyeron drásticamente a partir de la exigencia de visado. La crisis económica de 2009 provocó un descenso de las personas migrantes latinas que se prolongó hasta el año 2013, aumentando a partir de ese momento, pero de forma muy desigual, con Venezuela y Colombia como los países con mayor crecimiento (Lacomba Vázquez et al., 2020).

Según comunidades autónomas, la mayor proporción de población extranjera en 2021 se registraba en las islas Baleares, Canarias, Cataluña y la Comunidad Valenciana y la menor en Extremadura y Galicia, siendo la **Comunidad Autónoma de Madrid (CAM)** de las que tienen un porcentaje de población extranjera intermedio, como puede verse en la figura 2. Aunque la CAM aporta datos que difieren de los del INE y en su último Informe de Población Extranjera (CAM, Observatorio de Inmigración, 2021) afirma que la población extranjera en Madrid supone un 15% de la población total de la Comunidad. Esta población extranjera es fundamentalmente joven (82,2% entre 15 y 64 años frente a 65% de la población española de la misma edad) y además predominan las mujeres (con un 52%).

Figura 2. Población extranjera por CCAA. Fuente INE 2022a.



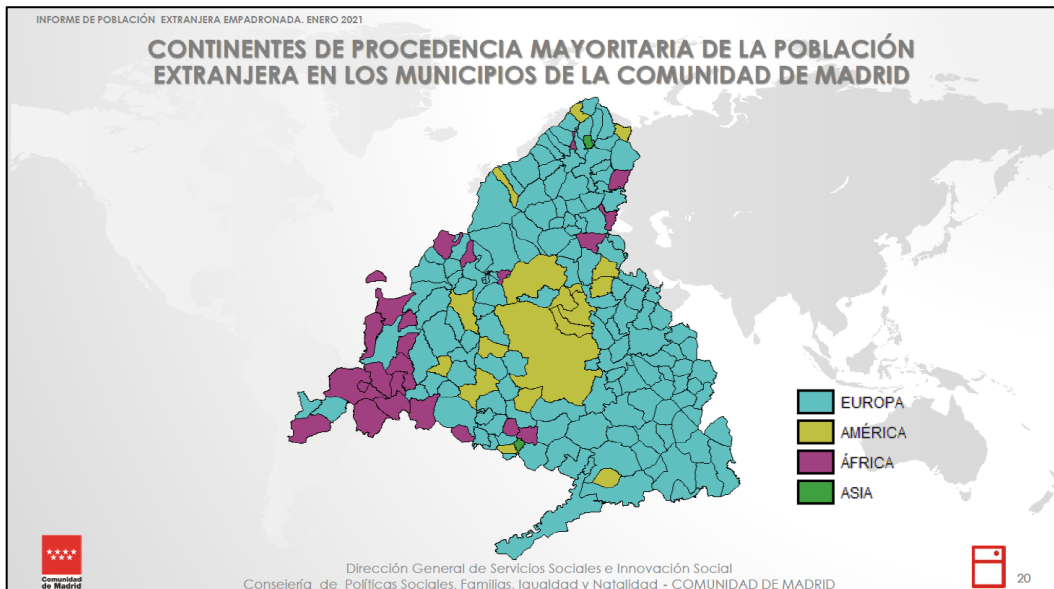
La figura 3 muestra la evolución de la población extranjera en la CAM desde 2008 a 2021.

Figura 3. Evolución población extranjera en la CAM. Fuente: Informe Población extranjera CAM, 2021.



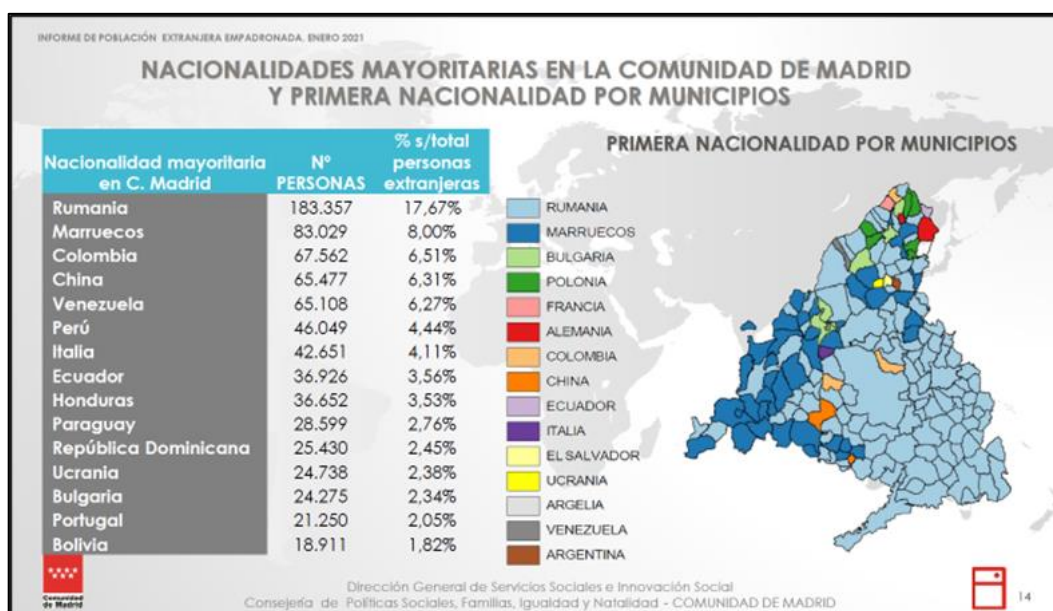
Por regiones, Europa es la que aporta mayor porcentaje de población extranjera empadronada en la CAM, seguida de América y África (figura 4).

Figura 4. Regiones de procedencia de la población extranjera en la CAM. Fuente: Informe Población extranjera CAM, 2021.



Al analizar la nacionalidad de las personas extranjeras residentes en la CAM (figura 5) observamos que los primeros lugares los ocupan Rumanía (con un 17,67% del total de personas extranjeras en la comunidad), Marruecos (8%) y Colombia (6,51%). Otros países de América Latina a destacar son Venezuela, Perú, Ecuador, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Bolivia.

Figura 5. Nacionalidades mayoritarias en la CAM. Fuente: Informe Población extranjera CAM, 2021.



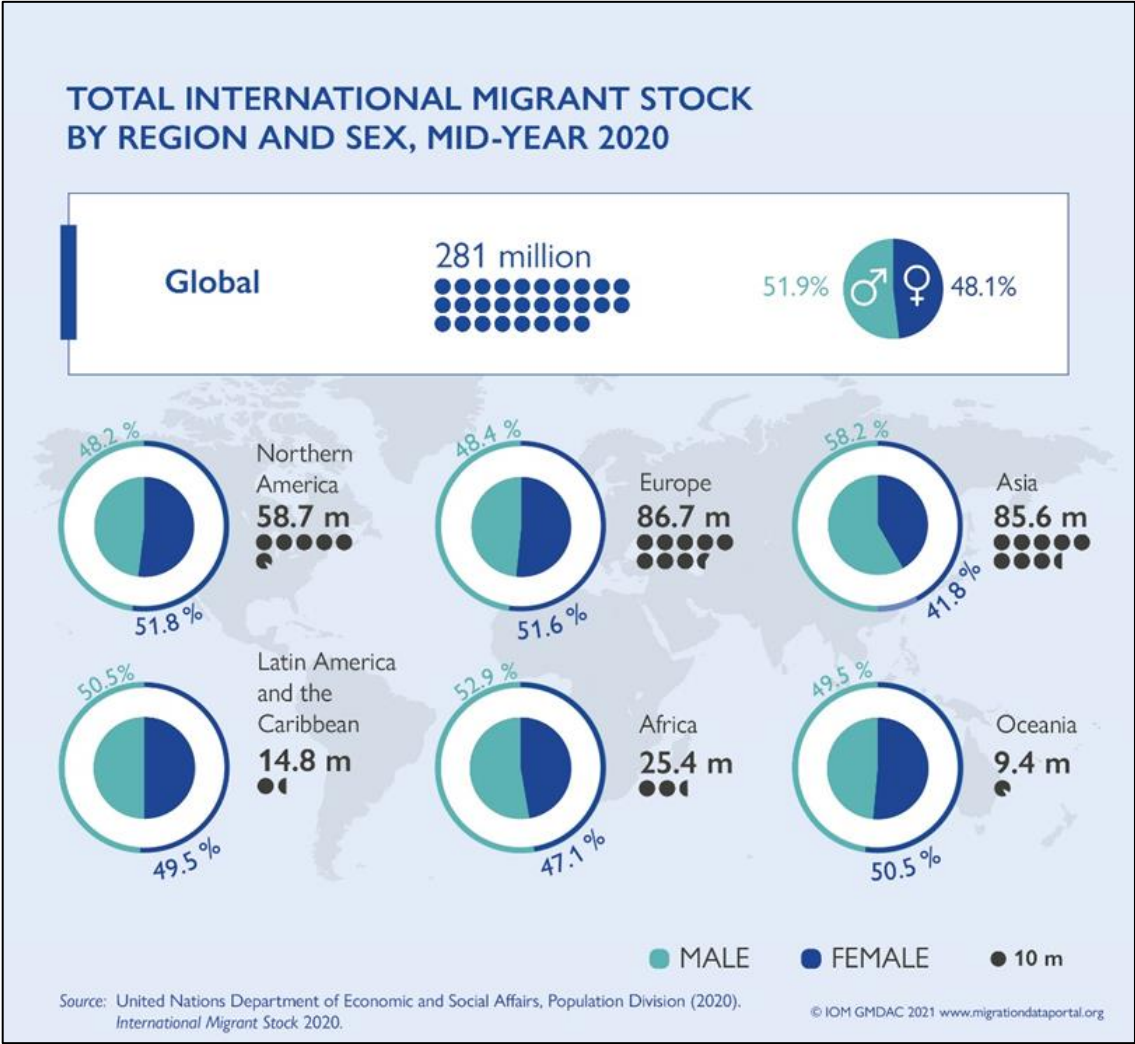
3.3. Género y migración

Aunque la migración de las mujeres no es un tema nuevo, en los últimos años ha aumentado el interés por los estudios sobre género y migración; se ha pasado de denunciar la invisibilidad de las mujeres migrantes a hablar de la feminización de las migraciones como uno de los rasgos que definen la era actual (Oso, 2008).

Según el Portal de datos sobre migración de la OIM (Portal de Datos Mundiales sobre Migración, s. f.) las mujeres representan el 48 % de los migrantes internacionales a nivel

mundial, siendo este porcentaje mayor en Europa, Norteamérica y Oceanía (figura 6). Aunque la proporción de mujeres migrantes no ha experimentado cambios significativos en los últimos 60 años, lo que sí es novedoso es que cada vez son más las mujeres que migran de forma independiente para trabajar, recibir educación o como cabezas de familia.

Figura 6. Migraciones por región y sexo, 2020. Fuente: Portal de Datos Mundiales sobre Migración, International Migrant Stock 2020.



El género constituye un factor importante en la experiencia migratoria que influye en las decisiones de cuándo, quién y dónde emigrar, en función de los roles y las

responsabilidades asociadas. Conceder el permiso para emigrar, facilitar recursos para ello y establecer expectativas de contribución al mantenimiento de la familia, están ligadas al género... A su vez, las migraciones influyen en las relaciones de género, ya sea afianzando las desigualdades y roles tradicionales, o bien desafiándolos (Moro Gutiérrez et al., 2018, pp. 138-139).

Hay diferentes factores estructurales que tienen que ver con el desarrollo de una economía global y que explican las “corrientes migratorias femeninas y el desarrollo de hogares transnacionales dirigidos por una mujer” (Oso, 2008, p. 3).

Las motivaciones de la mayoría de las mujeres para migrar son mejorar las condiciones de vida tanto de ellas mismas como de sus familias, especialmente sus hijos.

En España, las principales alternativas laborales accesibles para las mujeres migrantes son las tareas de limpieza, el empleo doméstico y el cuidado de niños pequeños, personas enfermas o ancianas. Muchos de estos trabajos se realizan sin contrato laboral, lo que genera dificultades importantes y puede suponer graves consecuencias.

La mayoría de estas mujeres se dedican a diferentes formas de cuidado, siendo éstas prácticas de evidente valor sanitario, pero “desarrolladas de manera informal —es decir, por fuera de los contextos institucionales o profesionales— y cuentan con escaso reconocimiento social” (Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020, p. 3).

Diversos trabajos han documentado que, a la hora de contratar a personal doméstico, hay una preferencia por las cuidadoras latinoamericanas respecto de otras nacionalidades (Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020; Moré, 2018).

Como indica el título de una tesis doctoral (Bolaños, 2021), desempeñar labores de trabajo doméstico “es lo que hay” para la mayoría de las migrantes latinoamericanas.

No debemos olvidar, tal como afirma la médica y política Carme Valls Llobet (2006), que se trata de mujeres doblemente invisibles, por ser mujeres y por ser migrantes. Y se podría añadir un tercer factor de invisibilidad al quedar relegadas a las tareas domésticas y de cuidados.

3.4. Aspectos psicosociales del proceso migratorio

El **impacto psicológico de la migración** ha sido abordado por diferentes autores (Achotegui, 2004; Achotegui et al., 2010; Fuertes y Martín Laso, 2006; Pérez-Sales, 2013; Sayed-Ahmad et al., 2008).

Como afirma el psiquiatra Pau Pérez-Sales, “la epidemiología esconde a personas...las circunstancias de la migración son tan diversas y complejas que la epidemiología puede ser tremendamente injusta” (Pérez-Sales, 2009, p. 134). No es lo mismo un proceso migratorio voluntario que uno forzado por la violencia, ni uno público que uno clandestino, ni uno en el que se cuenta con apoyo de redes de familiares y amigos que otro en aislamiento, etc. Podríamos decir que hay tantos procesos migratorios como migrantes y el riesgo de problemas emocionales o psicológicos no dependerá tanto de la migración en sí, como de la suma de factores de riesgo psicosocial (desempleo, hacinamiento, discriminación en la sociedad de acogida, etc).

Se sabe que en los colectivos de migrantes voluntarios que han encontrado una buena acogida en el país de destino, las tasas de enfermedades psicológicas son muy sensiblemente inferiores a las de la población local. Pau Pérez-Sales detalla varias razones para esto: los que emigran suelen ser personas con más capacidad de iniciativa, con confianza en sí mismos y

generalmente sanos, y que tienen una alta motivación para la supervivencia. Por el autor concluye que “ser inmigrante es una condición, no una patología” (Pérez-Sales, 2013, p. 89).

Aun así, la migración supone un cambio de vida de tal calibre que puede poner en riesgo la propia identidad de la persona migrante, de forma que algunos autores (Grinberg y Grinberg, 1996, como se citó en Moro, 2018) hablaban ya hace años de “**rupturas identitarias**”.

Desde el punto de vista antropológico, la **aculturación** se refiere a "aquellos fenómenos que resultan cuando grupos de individuos de culturas diferentes entran en contacto continuo y de primera mano, con cambios subsecuentes en los patrones culturales originales de uno o de ambos grupos" (Redfield et al., 1936).

Uno de los modelos del proceso de aculturación más conocidos desde la psicología intercultural ha sido propuesto por Berry (1998), mediante el cual se sugieren cuatro caminos de adaptación posibles de acuerdo con la intensidad en la identificación del migrante con la sociedad de acogida, por un lado, y con la sociedad de origen por otro.

Antes se hablaba de ‘choque cultural’ de las personas migrantes al llegar a la nueva sociedad, pero se ha sustituido este término por el de ‘estrés aculturativo’ para destacar que el grupo o la persona se encuentran en una situación nueva, ante la que desarrollan estrategias de adaptación (no son receptores pasivos de un ‘choque’), y así el proceso es una interacción entre dos culturas (Pérez-Sales, 2013, p. 89). El que haya una **buena integración** o aparezca **estrés aculturativo** depende fundamentalmente de dos variables: ¿considera el inmigrante importante mantener vínculos e integrarse en la sociedad de acogida? y ¿considera importante mantener su identidad y características de origen? Según la respuesta a estas preguntas aparecen 4 posibilidades (tabla 1) que son las propuestas por Berry (1998).

Tabla 1. PROCESO DE ACULTURACIÓN. Fuente: elaboración propia a partir de Pérez Sales, 2013

	Mantener la identidad	
Integrarse en la sociedad de acogida	SI	NO
SI	INTEGRACIÓN	ASIMILACIÓN
NO	SEGREGACIÓN/ SEPARACIÓN	MARGINALIZACIÓN

Se ha definido la integración como:

El proceso de adaptación mutua de dos segmentos socioculturales mediante el cual, la minoría se incorpora a la sociedad receptora en igualdad de condiciones, derechos, obligaciones y oportunidades con los ciudadanos autóctonos, sin que ello suponga la pérdida de sus culturas de origen (Malgesini y Giménez, 2000, como se citó en Fuertes y Martín Laso, 2006, p. 10).

Las condiciones necesarias para la integración son: que la sociedad receptora considere la multiculturalidad como un valor importante, que haya pocos prejuicios sociales, la ausencia de un rechazo étnico específico y el deseo de todos los miembros de contribuir al desarrollo de la comunidad en la que viven. La variable que mejor predice el bienestar psicológico de los inmigrantes (siempre que se den las condiciones anteriores en la sociedad de acogida) es “la propia voluntad de integración de estos, el que vean como un reto y busquen compartir los valores de la sociedad de llegada manteniendo su propia herencia cultural” (Pérez-Sales, 2013, p. 90).

La adaptación de las mujeres migrantes en el país de acogida no sólo depende de sus factores individuales de personalidad y de las diferencias culturales, sino de las condiciones de trabajo, del grado de apoyo social y de la posibilidad de poder conciliar sus papeles de madres y trabajadoras (Sayed-Ahmad et al., 2008, p. 28).

Aunque el **duelo migratorio** no es el tema de este trabajo, si conviene tener en cuenta que ha de entenderse no como un estado, si no como un proceso normal, dinámico y activo (González Calvo, 2005). Achotegui habla de los duelos básicos en siete áreas: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y los riesgos físicos (Achotegui, 2004).

Hay que tener en cuenta varios ángulos a la hora de reflexionar sobre los que supone la migración, **¿pérdida u oportunidad?**:

La reflexión en torno al derecho a migrar en la actualidad refleja la doble consideración que respecto de la migración y el exilio se ha adoptado desde la antigüedad: por una parte, el desplazamiento (exilio y migración) vivido como una pérdida por quien debe abandonar su lugar de origen; por otra, esta misma circunstancia representa para otros la posibilidad de un nuevo comienzo, los cuales viven esta experiencia no como pérdida del hogar sino como su apertura al mundo. Se oponen de esta forma dos modos de interpretar la vida: desde la instalación estable en un lugar concreto en el mundo, o desde el desplazamiento. Pero esa distinción tan aparentemente clara es más borrosa de lo que pudiera parecer si entendemos que aquellas personas que dejan su lugar de origen y se desplazan a otros lugares pueden no estar permanentemente en desplazamiento y pueden desear instalarse y hacer propio el nuevo lugar al que llegan (Granado Almena, 2012, pp. 489-490).

3.5. La aportación de las personas migrantes a la sociedad de acogida

Desde hace tiempo se ha reconocido que las migraciones, en términos generales, tienen un efecto positivo innegable para el desarrollo de las sociedades de recepción o acogida, como prefiero llamarlas. Este efecto positivo es fundamentalmente de tipo económico, pero no hay que desdeñar los efectos sociales, demográficos y culturales. Sin duda los beneficios son muy superiores a los costes. Hay que tener en cuenta que las personas migrantes aportan más de lo que reciben de los estados en los que se instalan, y contribuyen a mantener sectores de la economía que las sociedades receptoras son incapaces de sostener. Pero es igualmente importante el hecho de que rejuvenecen a las poblaciones envejecidas y aportan un capital social y cultural muy enriquecedor (IOM, 2005), (Naciones Unidas, 2012).

El Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020 (PNUD, 2019) incide en la necesidad de contrarrestar la desinformación y la ‘toxicidad’ de determinados discursos actuales en torno a la migración que llevan a la polarización social, e insta a fomentar la investigación sobre las contribuciones de los migrantes. De hecho, sostiene que las contribuciones de los migrantes (de tipo sociocultural, cívico-político y económico) no han sido estudiadas ni visibilizadas suficientemente y que esto en la actualidad se hace todavía más necesario ante la emergencia de discursos que vienen a cuestionar el valor de las migraciones.

En España la migración se ha convertido en uno de los principales factores de transformación de la estructura social y poblacional: “el aporte demográfico de la inmigración es un efecto a corto y medio plazo, pero, a largo plazo, este solo puede mantenerse si los flujos se renuevan constantemente con llegada de nuevos inmigrantes” (Lacomba Vázquez

et al., 2020, p. 127). Además, las personas migrantes contribuyen de distintas formas a la economía de los lugares donde residen: han sostenido sectores como la construcción, la agricultura o la hostelería; han creado negocios y empresas, generando empleo y han contribuido al consumo. El aspecto menos estudiado en España es el impacto sociocultural de la migración. Las aportaciones en este terreno van más allá de la música, la gastronomía, la literatura, las artes plásticas y escénicas o el deporte. Hay que destacar, por ejemplo, el nuevo tipo de relaciones de interculturalidad en el seno de la escuela o de otras instituciones y el impulso asociativo que han proporcionado a la sociedad civil española (Lacomba Vázquez et al., 2020). Sin duda todo esto supone un enriquecimiento para nuestra sociedad.

Las contribuciones de las personas migrantes se relacionan con sus características demográficas y socioeconómicas: “quienes eligen migrar suelen tener competencias, niveles de instrucción y oportunidades mayores, lo que finalmente se traduce también en una probabilidad más alta de que hagan contribuciones de diferentes clases en sus países de origen y de destino” (OIM, 2021, p. 321). Pero también dependen de los marcos jurídicos y las políticas existentes “como los que influyen en la posibilidad de los migrantes tanto regulares como irregulares de permanecer en un lugar, participar en actividades cívicas, trabajar legalmente y enviar remesas, y regresar a sus lugares de origen” (OIM, 2021, p. 321).

No se trata solo de las personas que residen en un momento determinado en un país, también de quienes lo hicieron alguna vez y retornaron a sus países de origen, o de las que reemigraron a otros lugares; todas ellas han dejado huella en las sociedades de acogida.

3.6. La población migrante y los servicios sanitarios

El conocido como ‘efecto del migrante sano’ hace referencia a que, de forma general, las personas migrantes tienen un mayor grado de salud que los nacionales del país al que llegan. A esto contribuyen varios factores: la autoselección de los migrantes (los que se van son los que se encuentran en mejores condiciones), su comportamiento saludable antes de la migración y, en menor medida, los exámenes médicos realizados por los países receptores.

Los determinantes de salud¹ de los migrantes derivan, una vez en el país de acogida, de la falta de acceso a un trabajo normalizado, de la situación administrativa irregular, del hecho de vivir en algunos casos en zonas de riesgo social elevado, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios y de los problemas de comunicación (por el idioma o por las diferencias culturales). Las personas migrantes por lo general no llegan enfermas al país de acogida, sino que “su vulnerabilidad empieza en el país receptor, por los hábitos y situaciones sociales adquiridas, las malas condiciones laborales y de vivienda y los pocos apoyos familiares y sociales” (Fuertes y Martín Laso, 2006, p. 12).

A pesar del hecho ampliamente reconocido de que los migrantes son en general personas sanas, se siguen oyendo comentarios por parte de la población general y, lo que es más preocupante, de algunos profesionales sanitarios, que afirman erróneamente lo contrario: “abusan de la sanidad porque es gratis”, “están todo el día en las consultas”, “se trata de turismo sanitario”, “consumen nuestros recursos”, etc.

Hay diversos estudios internacionales (Ku, 2009) y españoles (Regidor et al., 2009), (Blanco Moreno y Thuissard Vasallo, 2010), (Gimeno-Feliu et al., 2016), (Gimeno-Feliu

¹ Determinantes de salud: “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998)

et al., 2021) que avalan que la población migrante en general está más sana, consume menos **recursos sanitarios** y supone un **gasto** menor para la sanidad pública que la población autóctona.

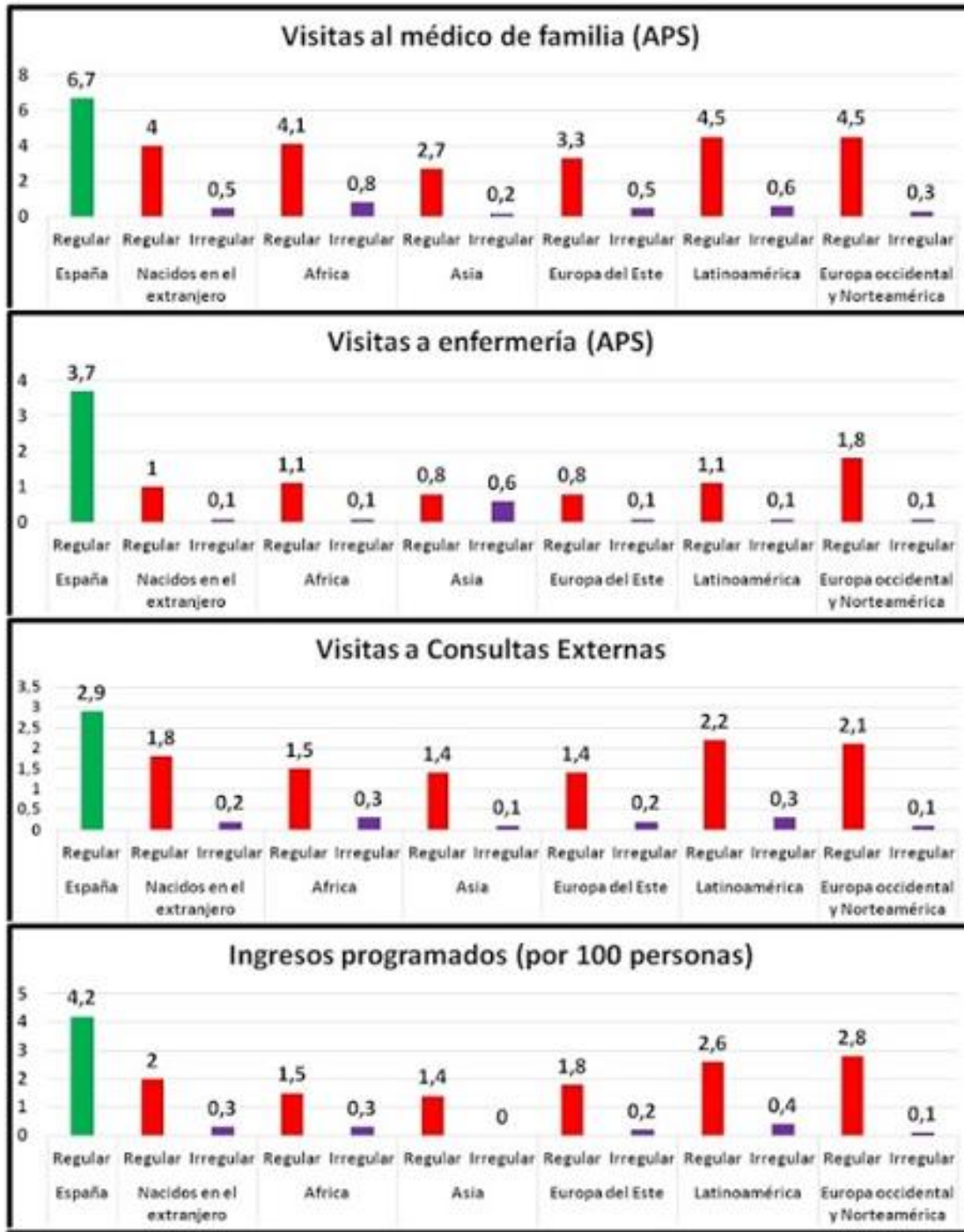
Como resume uno de los más antiguos llevados a cabo en España antes de la reforma sanitaria de 2012: “en líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios” (Regidor et al., 2009, p. 4). En esta investigación se objetiva que la consulta al médico general y la hospitalización son los servicios sanitarios en los que se han encontrado menores diferencias, mientras que la consulta al médico especialista y los servicios preventivos son aquellos en que se ha encontrado una diferencia mayor. Además, es muy interesante que los inmigrantes de países ricos muestren un comportamiento similar en la mayoría de los servicios sanitarios, en comparación con los migrantes procedentes de países pobres.

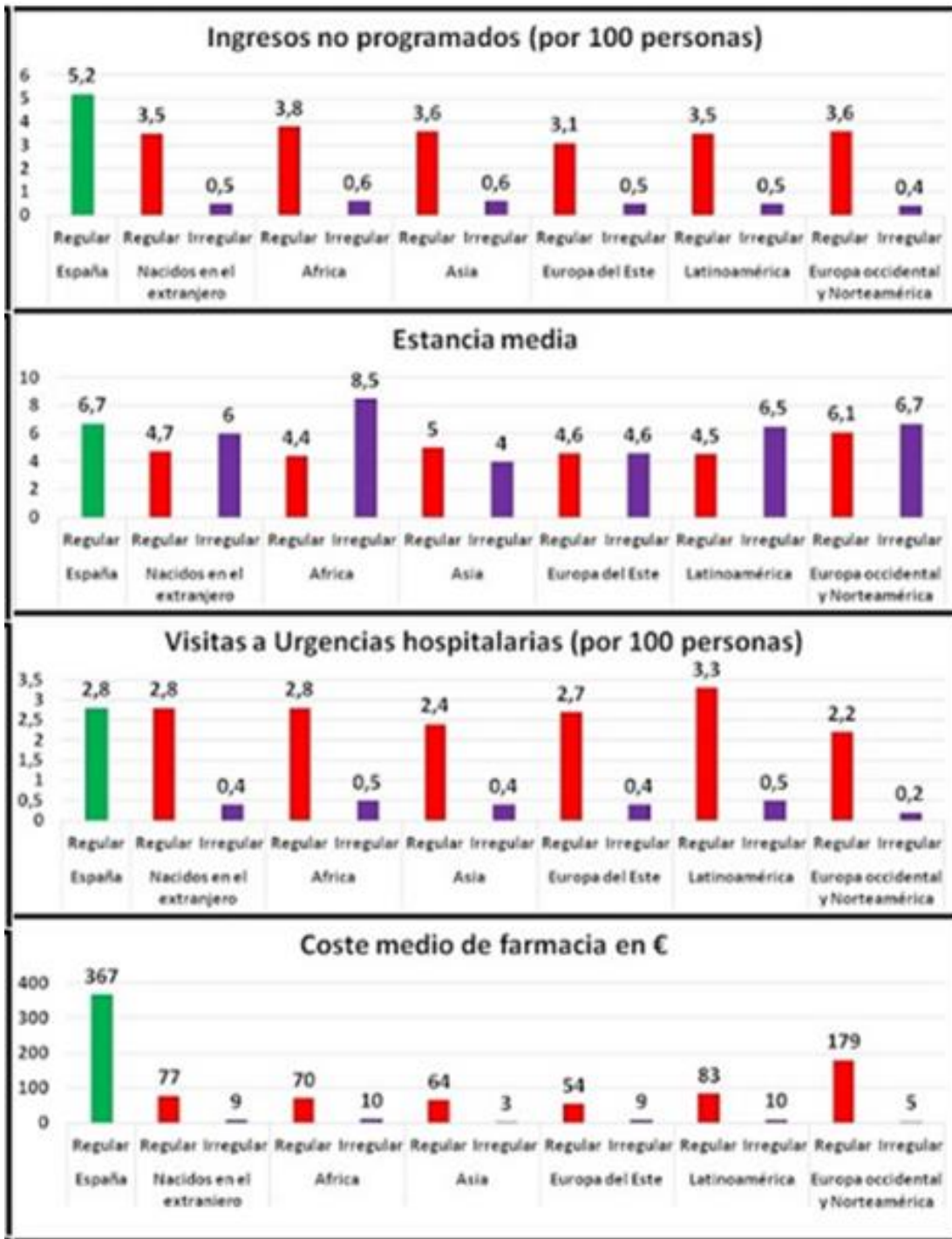
Uno de los trabajos más recientes y más completos llevado a cabo en Aragón (Gimeno-Feliu et al., 2021), tras analizar datos de 930.131 personas nacidas en España, 123.432 migrantes en situación administrativa regular y 17.152 migrantes en situación irregular, demuestra que el uso medio anual de los servicios sanitarios es menor para los migrantes en situación irregular que para los migrantes en situación regular y los nacionales españoles, y esto es así en todos los niveles de atención: atención primaria, consultas externas, ingresos hospitalarios y visitas a urgencias hospitalarias. Aunque hay diferencias por zonas de origen de los migrantes, sobre todo para las visitas a urgencias (los procedentes de América Latina acuden más a urgencias), la tendencia se mantiene, como se puede observar en la figura 7. En un estudio más antiguo (Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009) también se encontró

que las personas migrantes, sobre todo las procedentes de América Latina y África acudían con mayor frecuencia a los servicios de urgencias.

El gasto medio anual en medicamentos también es menor para los migrantes en situación irregular (9 euros) que para los migrantes regularizados (77 euros) y los nacionales españoles (367 euros) (Gimeno-Feliu et al., 2021).

Figura 7. Uso medio anual de servicios sanitarios y coste medio anual en medicamentos en población migrante (regular e irregular) y española. Fuente Gimeno-Feliu et al., 2021.





El estudio de Regidor et al. (2009) plantea hipótesis para explicar la menor utilización de los servicios sanitarios por la población migrante: los complejos trámites administrativos

para acceder a esos servicios, razones culturales, lingüísticas o religiosas y las extensas jornadas laborales como consecuencia de contratos laborales precarios. Pero hasta el momento, ninguna de estas hipótesis se ha podido contrastar. Así mismo el trabajo más reciente realizado en Aragón (Gimeno-Feliu et al., 2021) plantea como posibles explicaciones las dificultades de accesibilidad geográfica (por las mayores diferencias en zonas rurales), económica (los copagos en farmacia pueden llevar a un menor uso de fármacos), problemas para acudir a consultas debido a trabajos muy precarios (mayor uso de la urgencia hospitalaria en medio urbano), menor medicalización de la población extranjera y posibles diferencias de trato por parte de las y los profesionales sanitarios.

Los profesionales sanitarios atribuyen el mayor uso de urgencias y la poca continuidad asistencial a una serie de factores relacionados con la precariedad económica, como demuestra un estudio cualitativo realizado en hospitales y centros de Atención Primaria de Barcelona (Llosada Gistau et al., 2012).

Hay otras explicaciones a este hecho:

...ante la ausencia de garantías y, por supuesto, ante la falta de políticas de prevención en la sanidad pública del país, en muchos casos es habitual que los inmigrantes hayan tenido contacto con clínicas privadas, siempre en casos de urgencia (partos, cólicos, accidentes, etc.). Esto puede explicar -en cierta medida y sólo parcialmente- la costumbre de que el primer contacto con el sistema médico de nuestro país sea a través de las urgencias de los hospitales, ya que es preciso entender que, en términos generales, el hospital es el espacio de las urgencias y el hábito de ir al médico/a que tienen estos grupos tiende a estar muy asociado a casos de extrema necesidad (Comunidad de Madrid, 2004, p. 35).

3.7. Las mujeres migrantes latinas en las consultas

Ya se ha citado a Carme Valls-Llobet cuando habla de la invisibilidad de las mujeres en el sistema sanitario:

El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados, o no bien diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha basado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y mujeres (Valls-Llobet, 2006, p. 40)

¿Son aún más invisibles las mujeres migrantes latinas? Sin duda, sí; como veremos a continuación es complicado obtener datos, faltan estudios que contemplen a este colectivo.

Utilización de los servicios sanitarios

Por ejemplo, se sabe que utilizan los **servicios preventivos** con menos frecuencia que las españolas (Fuertes et al., 2010). En todos los lugares estudiados, la realización de mamografía y de citología vaginal es menos frecuente en las mujeres migrantes que en las autóctonas (Regidor et al., 2009).

Aspectos sobre la cultura sanitaria de las migrantes latinas

Hay que tener en cuenta una serie de aspectos sobre la cultura sanitaria de las migrantes, como son el diferente concepto de salud y enfermedad y sus prácticas de medicina tradicional.

La salud es para todos los migrantes, procedan de donde procedan, “un valor esencial y básico”, “vehículo necesario e imprescindible para poder trabajar” (Comunidad de Madrid, 2004, pp. 17-24); pero si hay diferencias en los significados que se atribuyen a síntomas o enfermedades y por ello hay que tener en cuenta que “lo peligroso y lo inofensivo están

colocados en cada cultura en diferentes niveles” (Comunidad de Madrid, 2004, p. 21). De esta forma, la migrante puede no consultar por síntomas que pueden indicar enfermedades importantes, pero que para ella no tienen importancia.

El hecho ya mencionado en varias ocasiones de que las migrantes acudan a la consulta con menos frecuencia que la población española en circunstancias parecidas, y que además lo hagan cuando los procesos se encuentran más avanzados, puede hacernos creer erróneamente que padecen problemas más severos (Fuertes y Martín Laso, 2006).

Como muestra el excelente trabajo de Lamarque y Moro Gutiérrez (2020), estas mujeres, en sus contextos culturales latinoamericanos, son las encargadas de iniciar la resolución de los problemas respecto del proceso salud/enfermedad/atención y suelen tener conocimientos de medicina casera adquiridos en sus países de origen. Según las autoras “el mantenimiento del legado terapéutico tradicional fue revestido de un valor positivo como ‘puente’ cultural, al mismo tiempo que implica ciertas formas de reivindicación identitaria”, además “su conservación puede contribuir, asimismo, en el desarrollo de estrategias y sentimientos de resiliencia, al reconocer que se cuenta con recursos para enfrentar posibles adversidades” (p. 9). ¿No estamos desde la atención sanitaria desprestigiando estos saberes y estas actividades? ¿Y con ello no estamos de algún modo degradando a estas mujeres?

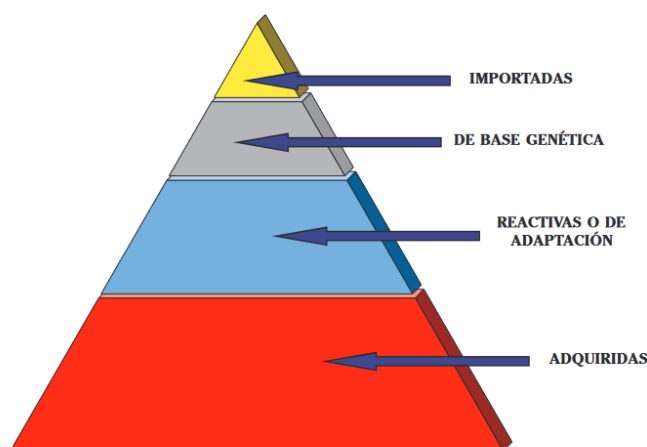
Los motivos de consulta

La medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es la medicina de hombres y mujeres que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De unos hombres y mujeres que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado y adquieren otra sin todavía comprenderla, de unos enfermos que esperan de nuestro mundo sanitario una tecnología carismática que los salve, pero que no aciertan a hacer

comprender sus problemas interiores a médicos y cuidadores (Colasanti, 1990, como se citó en Fuertes y Martín Laso, 2006)

Las patologías que con más frecuencia encontramos en atención primaria en las mujeres latinas son más mismas que en la población autóctona, no se suelen ver enfermedades “raras” importadas, sino enfermedades adquiridas en nuestro medio o patología reactiva (figura 8).

Figura 8. Enfermedades de los migrantes. Fuente (C. Fuertes y Martín Laso, 2006)



Hay que prestar especial atención a las patologías reactivas o de adaptación que se expresan fundamentalmente con somatizaciones y síntomas vagos y que pueden indicar una problemática relacional, de desarraigo, de falta de integración, de problemas de convivencia o de falta de recursos (Seguí Díaz, 2005).

A este respecto cabe citar la opinión de psicólogos que tratan con población migrante: “si los profesionales de la psicología apenas nos hemos visto confrontados a diferentes constelaciones culturales, ello no es casual, sino fruto de una invisibilización de las demandas de atención de estos colectivos” (Konrad Torralba y Santonja Pérez, 2003).

La medicalización de los malestares, uso y abuso de psicofármacos

Algunos trabajos han encontrado más problemas psicológicos entre la población femenina migrante procedente de América Latina (Bermúdez, 2004; Jurado et al., 2014). Sin

embrago, hay autores que opinan que no hay datos objetivos que avalen la existencia de diferencias significativas en el nivel de patología psiquiátrica o de malestar emocional agudo entre la población autóctona e inmigrante residente en España (Pérez-Sales, 2009). Sin duda se necesitarían estudios en salud mental que sean “culturalmente sensibles” como reclama el psiquiatra Pérez-Sales en el citado texto desde hace años (p.134).

¿Qué ocurre con la prescripción de psicofármacos?

Por cada diez personas que toman psicofármacos 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres.

¿Existe más depresión y ansiedad en España entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar la dureza de las discriminaciones y del papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos? (Valls-Llobet, 2010, p. 45).

Los psicofármacos se emplean más en mujeres que en hombres (Bacigalupe et al., 2020; Barrios y Mateos, 2020; Markez et al., 2004; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), no hay duda, pero ¿qué pasa con las mujeres migrantes? Pues no hay datos que nos aclaren este punto, pero si hay estudios que hablan del incremento de consumo de psicofármacos en mujeres con empleos precarios en limpieza y cuidados (Confederación Salud Mental España, 2021; Salas et al., 2020), y además muchos autores alertan de la sobremedicación de las mujeres migrantes (Ahotegui, 2017).

Podemos plantearnos que la escasez de tiempo en las consultas, la falta de diagnósticos adecuados y la carencia en competencia intercultural de los profesionales sanitarios puede conducir a sobrediagnosticar problemas de ansiedad y a medicalizar en exceso con psicofármacos a estas mujeres migrantes (Sayed-Ahmad et al., 2008).

3.8. Comunicación y competencia cultural. Mediación intercultural.

“Tratar a todo el mundo en condiciones de igualdad no significa tratar a todo el mundo igual” (Fuertes y Martín Laso, 2006, p. 17). El profesional sanitario debe atender a las personas teniendo en cuenta la diversidad y las diferencias culturales que influyen, entre otras cosas, en la forma de entender la salud y la enfermedad. Estas diferencias culturales van más allá de aspectos meramente lingüísticos. Una comunicación menos efectiva entre los sanitarios y los pacientes puede provocar malentendidos, errores diagnósticos y falta de adherencia al tratamiento, entre otros problemas. “El objetivo debe ser una atención médica culturalmente apropiada, eficiencia clínica culturalmente competente, respetuosa, flexible y sensible” (Fuertes y Martín Laso, 2006, p. 18).

La comunicación es un concepto amplio y no se limita al intercambio de información verbal, se trata más bien de una interacción social y cultural. Pero en el ámbito de la comunicación con los migrantes en el sistema sanitario, los avances que se han registrado se refieren casi exclusivamente a medidas que tratan de solventar los problemas lingüísticos, mediante el recurso a traductores e intérpretes (Martí y Martín, 2011).

Son muchos los autores que señalan la necesidad de formación de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, en comunicación intercultural y respeto a los valores de otras culturas (Fuertes y Martín Laso, 2006). La cuestión es cómo plantear esa formación en competencia cultural; hay especialistas que opinan que la formación en este ámbito consiste básicamente en el trabajo con uno mismo, pues consideran que se trata más bien de una cuestión “de sentimientos y de actitudes” (Melero Valdés, 2010, p. 341).

También hay consenso en la importancia de potenciar la figura del mediador cultural. Se trata de una persona miembro del colectivo con el que ha de mediar, que conoce no sólo el

idioma, sino la cultura de su país y del de acogida, que además ha de ser respetado en su comunidad y tener capacidad de negociación (Fuertes y Martín Laso, 2006, p. 22).

No debemos confundir mediación con interpretación. Carlos Giménez definió la mediación intercultural hace más de dos décadas como:

una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del Otro y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados (Giménez, 1997, p.142)

El autor la entiende como una modalidad más de mediación, pero en situaciones y contextos de lo que él llama “multiculturalidad significativa”, es decir “aquellas situaciones en las que la distintividad sociocultural de los actores sociales se convierte, por el motivo que sea, en claramente relevante y central o, al menos, especialmente influyente” (p. 133). Uno de estos contextos es la consulta sanitaria.

3.9. ¿Desinformación o discriminación?

Ambas: la desinformación conduce a la discriminación y la discriminación genera, muchas veces intencionadamente, mayor desinformación.

La polarización del discurso público sobre la migración ha ido en aumento, con una disminución del espacio para análisis equilibrados, rigurosos y basados en datos contrastados a lo largo del tiempo. Aunque la naturaleza del discurso público ha variado con el tiempo, es un hecho que la “toxicidad” del debate sobre la migración se ha

intensificado en los últimos años, y que la política del miedo y la división marca cada vez más los debates (OIM, 2021, p. 319).

Se tiende a presentar el fenómeno migratorio como un peligro de una magnitud que nada tiene que ver con la realidad, así se habla de “invasión”, “oleadas”, etc. cuando, como hemos visto, el porcentaje de migrantes internacionales apenas es un 3,5% de la población mundial.

Por otra parte, desde el “discurso tóxico” se insiste en los efectos negativos de la inmigración para las sociedades receptoras, aduciendo un supuesto aumento del gasto público, un abuso de recursos por parte de los migrantes, un aumento de la conflictividad social...y un largo etcétera de mentiras. Según el Barómetro de la Desinformación y los discursos de odio frente al migrante de 2021 (Intermón Oxfam, s. f.) la desinformación ha incrementado sustantivamente la exposición a narrativas de odio y así por ejemplo el 82% de los españoles encuestados ha oído alguna vez que los migrantes tienen más probabilidad de participar en atracos, delitos sexuales y violencia y el 27% afirma que lo anterior es verdad.

Ya se han analizado los beneficios que las migraciones reportan a las sociedades de acogida y se han aportado datos que desmienten el abuso y el exceso de gasto en la sanidad pública. Pero este es el momento de desmentir que la migración se asocie con el aumento de delitos y de conflictividad social. Para ello citaremos como ejemplo sólo algunos datos oficiales que año tras año muestran como los delitos en general (Instituto Nacional de Estadística, s. f.) y los específicos contra la libertad sexual en España son cometidos en su inmensa mayoría por españoles y no por extranjeros (Ministerio del Interior, 2019)

Afortunadamente no todas las visiones sobre la migración son negativas y hay movimientos sociales que reivindican un enfoque positivo.

La pandemia por COVID-19 ha tenido importantes consecuencias para la migración y la movilidad en Europa, afectando no sólo a la movilidad laboral, sino a los derechos humanos de los migrantes. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de las personas migrantes trabajaran en los sectores esenciales de muchas economías durante la pandemia (trabajadores mal remunerados que estuvieron en la “primera línea” de la exposición al virus) parece haber modificado algunas actitudes públicas hacia ellas, particularmente en países en que los sentimientos de hostilidad hacia los migrantes habían ido en aumento, como demuestran encuestas realizadas en Reino Unido o Suiza (OIM, 2021, p. 99). Pero estos datos, desgraciadamente, no se dan a conocer.

La desinformación sobre la migración tiene muchas facetas y es un problema de difícil abordaje, sobre todo actualmente con la disminución de los niveles de confianza y el aumento de la polarización. La desinformación, los bulos, las mentiras, que siempre han existido, ahora se propagan rápidamente y llegan más lejos que antes. Los principales retos que se plantean en la lucha contra este problema tienen que ver con el contenido de las campañas de desinformación y con la regulación de las plataformas digitales, entre otros. Pero, como afirma la propia OIM: “en muchos sentidos, los esfuerzos en curso por combatir la desinformación en línea parecen fragmentados y descoordinados” (OIM, 2021, p. 240).

Buena parte de los discursos que cuestionan el papel de la inmigración en la sociedad española obedecen más a reacciones de base identitaria –y a sentimientos de inseguridad que, de no existir la inmigración, se estarían quizás proyectando en otros ámbitos–, que a una base real que justifique su consolidación (Lacomba Vázquez et al., 2020, p. 222).

4. METODOLOGÍA

La investigación llevada a cabo se ha visto condicionada por el contexto de la pandemia y así la elección de las herramientas ha estado marcada por el sentido de la investigación y la adaptación de la estrategia a las condiciones y acceso al campo.

Partiendo de un enfoque *emic*, siguiendo un método inductivo y con triangulación de las informantes, se trata de que esta investigación cualitativa tenga una aplicación para resolver los problemas prácticos de la relación de las mujeres migrantes con el sistema sanitario.

4.1. Técnicas de investigación

La presente investigación emplea metodología cualitativa basada en la realización de entrevistas etnográficas. Mediante esta estrategia se ha intentado “hacer ver” aquello se ha observado.

La etnografía, como actividad inductiva y cualitativa, se basa en la observación. La descripción etnográfica no consiste solo en «ver», sino también en «hacer ver»; esto es, en escribir lo que vemos. La estrategia metodológica, por lo tanto, debe tratar de «hacer ver» aquello que se observa (Márquez y Pérez, 2018, p. 134).

En un primer momento la idea era realizar el trabajo de campo en un Centro de Salud de Madrid capital (el centro sanitario en el que la autora tiene plaza, encontrándose actualmente en excedencia), entrevistando para ello a mujeres migrantes latinas de las consultas y a mujeres sanitarias trabajadoras de dicho centro de salud. Pero el área sanitaria se demoró en conceder el permiso necesario, que había sido solicitado en diciembre de 2021,

debido a la situación creada por la pandemia por COVID-19 y a las limitaciones de acceso a los centros sanitarios en ese momento. El permiso fue denegado en febrero de 2022, por lo que hubo que modificar la estrategia de investigación.

Finalmente se realizó trabajo de campo etnográfico mediante entrevistas individuales semiestructuradas en la Comunidad Autónoma de Madrid entre los meses de marzo y abril de 2022. Para ello se seleccionaron como informantes 10 mujeres en total: 5 mujeres migrantes latinas y 5 mujeres sanitarias españolas (médicas y enfermeras de Atención Primaria).

4.2. Selección de las informantes

Se ha recurrido a la triangulación de informantes para obtener una perspectiva más amplia, para “comprobar las inferencias extraídas a partir de una fuente de información mediante el recurso a otra fuente de información” (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 249).

Ante la imposibilidad de seleccionar a las **mujeres migrantes latinas** de los cupos de las consultas del Centro de Salud por las trabas administrativas antes mencionadas, se seleccionaron mediante la técnica de muestreo “en bola de nieve” (Bernard, 1995, p. 68; Hammersley y Atkinson, 1994, p. 152), es decir, habiendo identificado a dos mujeres migrantes procedentes de América Latina conocidas de la autora, ellas mismas proporcionaron los contactos de las otras informantes. Todas ellas proceden de Ecuador, Bolivia y Colombia; a pesar de que son diferentes países y esto aumenta la variabilidad, podemos asumir que los tres presentan características socioculturales similares. Las mujeres tienen edades comprendidas entre los 41 y los 65 años. Un requisito para seleccionarlas fue que estuvieran en situación administrativa regular con tarjeta sanitaria individual desde al menos 2 años.

Las **mujeres sanitarias** se seleccionaron entre las conocidas de la autora, enfermeras y médicas trabajadoras en el Centro de Salud de la CAM (Centro de Salud Doctor Cirajas en la ciudad de Madrid). Las sanitarias tienen edades comprendidas entre los 49 y los 62, un rango similar al de las mujeres migrantes. Todas ellas llevan años trabajando en atención primaria.

4.3. Recogida de datos

La técnica de recolección de datos fue la realización de **entrevistas etnográficas individuales semiestructuradas**, según las propuestas de Russell Bernard (1995):

En situaciones cuando no hay más que una ocasión para entrevistar a alguien, lo mejor es realizar una *entrevista semiestructurada*. Conserva mucho la calidad despreocupada de la entrevista no estructurada, y requiere las mismas habilidades, pero la entrevista semiestructurada está basada en el uso de una *guía de entrevista*. Esta consiste en un listado de preguntas y temas que deben ser tratados en un orden particular (p. 148)

Se han realizado 10 entrevistas, 5 a mujeres latinas migrantes de la Comunidad de Madrid y 5 a mujeres españolas sanitarias trabajadoras de un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid (3 enfermeras y 2 médicas), durante los meses de marzo y abril de 2022.

La mayoría de las entrevistas (8) se hicieron de forma presencial en la vivienda de las informantes o en espacios públicos (a elección de la informante), el resto (2) fueron por videoconferencia. Se obtuvo el consentimiento informado para grabar todas las entrevistas, que posteriormente se transcribieron textualmente.

En todos los casos se estableció una buena relación con las entrevistadas, una relación de confianza (*rapport*) (Angrosino, 2012, p. 82).

Para elaborar los **guiones de las entrevistas** se partió de bloques de preguntas o dominios, como veremos a continuación.

Para las MUJERES LATINAS MIGRANTES se registraron datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos, nivel educativo, ocupación en su país, ocupación actual y años de estancia en España) que se resumen en la tabla 2. Además de estos datos se recogieron los relatos de las mujeres acerca de cómo actuaban en su país cuando necesitaban asistencia sanitaria, cómo fue su proceso migratorio, la llegada a España, los primeros contactos con el sistema sanitario, si alguien les explicó en esos primeros momentos cómo funciona en España la sanidad pública, sus experiencias en las consultas, su satisfacción general, etc. Para ello se confeccionó un guion orientativo de preguntas para las entrevistas (Anexo I), basado en las siguientes categorías:

- Características del proceso migratorio personal,
- Acceso a la sanidad en el país de origen y experiencias,
- Acceso a la sanidad pública en España,
- Información recibida sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en España y concretamente en la CAM (cómo acceder al médico, cuándo y cómo acudir a urgencias, las revisiones ginecológicas y pediátricas, etc),
- Experiencias en el Centro de Salud y en los hospitales, si las hubiera,
- Comunicación con el personal sanitario,
- Opinión sobre la Atención Primaria pública en la CAM, accesibilidad de los centros de salud y posibles barreras de acceso,
- Experiencias personales o percepción de discriminación.

Para las MUJERES SANITARIAS se registraron también datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos, nivel educativo, años de trabajo en Atención Primaria) que se resumen en la tabla 3. Todas ellas llevan años trabajando en Atención Primaria y en el mismo Centro de Salud. Por otra parte, se registraron sus relatos acerca de las experiencias con las mujeres latinas en la consulta y se les preguntó específicamente si en los primeros contactos les explicaban o no el funcionamiento de la sanidad pública en España. Para ello se confeccionó un guion orientativo de preguntas para las entrevistas, basado en las siguientes categorías (Anexo II):

- Conocimientos acerca de la sanidad en países de Latinoamérica,
- Conocimientos acerca de cómo es el acceso a la sanidad en España para las personas migrantes,
- Pregunta específica acerca de si en los primeros contactos con estas pacientes les informan sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en España y concretamente en la CAM,
- Percepciones sobre las mujeres migrantes latinas en las consultas de Atención Primaria (frecuentación, motivos de consulta, experiencias, etc),
- Problemas de comunicación por diferentes códigos culturales,
- Percepción acerca de la discriminación de migrantes latinas.

Intentando seguir el consejo de Russell Bernard cuando dice “atraiga al informante al tema que le interesa y hágase a un lado” (Bernard, 1995, p. 149), durante la realización de las entrevistas aparecieron temas que claramente centraban la atención de las informantes (sobre todo de las mujeres migrantes) y que en un primer momento no eran el objetivo de la investigación, pero que han quedado finalmente incorporados al análisis.

Se han extraído algunos fragmentos textuales de las entrevistas que se han incorporado a este texto en los resultados; en ellos el nombre de las informantes se ha sustituido por otro para guardar la confidencialidad de sus datos personales.

4.4. Análisis de los datos

Asumiendo la propia subjetividad a la hora de analizar la información obtenida, he intentado una representación de los datos, como dice Chiara Cerri “lo más objetiva posible, para evitar que mi subjetividad tuviese un predominio total” (Cerri, 2010, p. 21). Es decir, no se trata de obviar la subjetividad, sino de ser consciente de ella, aprovecharla y evitar que distorsione demasiado el resultado final.

Como afirma Michael Angrosino:

Los mismos investigadores son una parte importante del proceso de investigación, bien desde el punto de vista de su propia presencia personal como investigadores, bien desde el de sus experiencias en el campo y con la reflexividad que aportan al rol que desempeñan, pues son miembros del campo que es objeto de estudio (Angrosino, 2012, p. 29).

De esta forma en esta investigación se ha intentado “tejer puentes” como se aconseja en textos sobre la enseñanza y aprendizaje de la Etnografía (Márquez y Pérez, 2018):

Investigadora e investigador intervienen activamente con su reflexividad y puntos de vista ... no solo trabajan y escriben sobre los sujetos de estudio, sino también sobre sí mismos. La escritura etnográfica debe vérselas con estas dimensiones y ser capaz de tejer puentes en esta experiencia de alteridad entre mundos distantes (p. 135).

Para el análisis cualitativo se valoró utilizar el software ATLAS.ti, pero finalmente se descartó por tratarse de un número pequeño de entrevistas. La información cualitativa

obtenida en el trabajo de campo se ha sistematizado mediante **análisis temático** (Barrera et al., 2012) y para ello se han generado categorías o códigos iniciales, para posteriormente definir los temas en los que se dividirá el análisis de los resultados.

Las **categorías de análisis** se generaron de manera mixta: las creadas inicialmente para el guion de las entrevistas, algunas de las cuales se agruparon posteriormente, y aquellas que surgieron del análisis de los datos a partir de los relatos espontáneos de las mujeres.

MUJERES MIGRANTES LATINAS:

- *Motivos para migrar*: Las causas que motivaron salir de su país, cómo fue el tiempo anterior a la salida, la elección de migrar a España.
- *Llegada a España y acogida*: Cómo llegaron, red de apoyo inicial, cómo fueron los primeros momentos, experiencias.
- *Estrés aculturativo o integración*: Qué aspectos culturales les impactaron más y porqué, qué echan de menos de sus países y qué les gusta o les disgusta de España. Opinión acerca de si están o no integradas. Cuáles son sus sentimientos actuales respecto a su país, su cultura de origen. Ideas respecto a un posible regreso a su país de origen.
- *Hijos*: Número de hijos, dónde viven, en el caso de que se quedaran en sus países en un primer momento a cargo de quien, sentimientos y expectativas.
- *Asistencia sanitaria en país de origen*: Cómo era el acceso a la atención sanitaria en su país, sistema público o privado, experiencias.
- *Información recibida acerca del sistema sanitario*: Información recibida inicialmente por el sistema sanitario público acerca de su funcionamiento, contenidos y quién transmitía dicha información.

- *Accesibilidad de los Centros de Salud:* Opinión acerca de los centros de salud en España (en este caso concreto en Madrid): accesibilidad en cuanto a distancia (el centro está cerca), horarios (los horarios son amplios) y otros aspectos que puedan limitar el acceso.
- *Experiencias en el sistema sanitario español:* Cómo fueron los primeros contactos con el sistema sanitario: centro de salud, urgencias, hospital. Experiencias posteriores.
- *Comunicación con el personal sanitario:* Cómo es la comunicación con los sanitarios en los centros de salud, posibles barreras detectadas y cómo las superan.
- *Discriminación:* sensación de haber sido tratada de diferente manera por el hecho de ser migrante, de no ser española, en el sistema sanitario y en otros ámbitos.

MUJERES SANITARIAS ESPAÑOLAS:

- *Conocimientos sobre las migrantes y el proceso migratorio:* qué saben acerca de otros sistemas sanitarios, específicamente en América Latina, qué saben acerca del proceso que siguen hasta obtener la tarjeta sanitaria que permite el acceso al sistema sanitario español, formación o intereses en multiculturalidad.
- *Información aportada acerca del sistema sanitario:* si en el centro de salud a las personas migrantes se les informa de cómo funciona el sistema sanitario, si ella específicamente lo hace y cómo.
- *Accesibilidad de los Centros de Salud:* sus opiniones acerca de las barreras administrativas y de otro tipo que pueden dificultar el acceso de las migrantes a los centros de salud.

- *Experiencias con mujeres migrantes latinas en las consultas:* Frecuentación y motivos de consulta de las mujeres latinas (opiniones y experiencias), experiencias concretas en las consultas.
- *Comunicación con las mujeres migrantes latinas.* Cómo perciben la comunicación con las mujeres latinas en las consultas, posibles barreras y forma de superarlas.
- *Discriminación:* opiniones y experiencias acerca de si las personas migrantes, y específicamente las mujeres latinas, sufren discriminación en el sistema sanitario y en otros ámbitos.

La lista de códigos empleados aparece en el Anexo IV.

Algunas categorías son específicas de cada grupo de informantes; sin embargo, para otras categorías en los resultados se han comparado las respuestas de las migrantes y las sanitarias (información recibida y aportada acerca del funcionamiento del sistema sanitario, accesibilidad de los centros de salud, comunicación en las consultas, discriminación).

4.5. Limitaciones del estudio

Al no haber podido acceder a las informantes en el Centro de Salud de Madrid con el que se había contactado en un inicio, por haberse denegado el permiso debido a las condiciones ocasionadas en los centros de salud por la pandemia COVID-19, el número de mujeres entrevistadas ha sido menor del planeado en un principio y se ha contado con menos tiempo para llevar a cabo la investigación. Además, este hecho ha ocasionado que las mujeres migrantes no pertenezcan todas al mismo centro de salud, sino a diferentes centros de Madrid. Las sanitarias, por el contrario, si trabajan todas en el mismo centro sanitario.

Por otra parte, otra posible limitación es la falta de experiencia de la autora en trabajos con metodología cualitativa.

4.6. Cautelas éticas

Para garantizar el bienestar, seguridad y protección de las personas involucradas en la investigación, así como para asegurar un enfoque horizontal e inclusivo, se han seguido el código deontológico para la práctica profesional de la antropología, establecido por la Asociación de Antropología del Estado Español (ASAE, s. f.). Para ello:

- Se ha informado a las participantes de los objetivos de la investigación, con claridad y adaptando la información al contexto de cada una.
- Todas las informantes han dado su consentimiento informado a participar en el estudio previamente al inicio de este, tanto aquellas a las que se entrevistó presencialmente, que lo firmaron, como aquellas a las que se entrevistó mediante videoconferencia, que dieron su consentimiento oral. El modelo de consentimiento informado aparece en el Anexo III.
- Hay un compromiso explícito de guardar la confidencialidad sobre los datos personales de las participantes. Los datos se han anonimizado, de forma que no puedan asociarse las identidades con los resultados.
- Se garantiza que esta información sea accesible a las participantes durante todo el trabajo antropológico.
- Se garantiza la apropiada custodia de la información, las entrevistas y las notas.
- La autora no tiene conflictos de interés.

5. RESULTADOS

5.1. Datos sociodemográficos de las participantes

Como puede observarse en la tabla 2, las **mujeres migrantes** están en un rango de edad entre los 41 y los 65 años; tres de ellas proceden de Ecuador, una de Bolivia y otra de Colombia. En cuanto a los estudios, dos tienen estudios primarios y tres el bachillerato. Todas ellas tienen hijos.

Las cinco informantes viven en España desde hace más de 17 años y todas tienen acceso a la sanidad pública a través de la TIS (Tarjeta Individual Sanitaria) obtenida hace al menos 10 años.

En cuanto a su actividad laboral en España sólo una trabaja en hostelería, mientras que el resto se dedican al servicio doméstico, la limpieza y el cuidado de niños o personas mayores. Llama la atención que estos trabajos son en general bastante diferentes de los que desarrollaban en sus países de origen antes de migrar.

En cuanto a las **mujeres sanitarias** entrevistadas, tienen un rango de edad similar al de las mujeres migrantes (de 49 a 62 años). Tres de ellas son enfermeras y dos médicas en un centro de salud de Madrid y todas llevan más de 16 años trabajando en atención primaria (tabla 3).

Tabla 2. MUJERES MIGRANTES LATINAS. Datos sociodemográficos. Fuente: elaboración propia.

	EDAD	PAIS ORIGEN	NIVEL ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	HIJOS	AÑOS ESTANCIA EN ESPAÑA	AÑOS CON TIS	TRABAJO EN PAÍS DE ORIGEN	TRABAJO EN ESPAÑA
M-1	41	Colombia	Bachillerato	Soltera	1	17	17	NO	Hostelería (Camarera)
M-2	50	Ecuador	Primaria	Viuda	2	22	18	Comerciante	Servicio doméstico
M-3	48	Bolivia	Bachillerato	Soltera	2	17	17	Servicio doméstico	Cuidadora de ancianos
M-4	65	Ecuador	Bachillerato	Divorciada	4	23	10	Empresaria (negocio propio)	Cuidadora de ancianos
M-5	45	Ecuador	Primaria	Casada	4	23	19	Trabajadora en una empresa de transportes	Servicio doméstico, y limpieza en empresas

Tabla 3. MUJERES SANITARIAS. Datos sociodemográficos. Fuente: elaboración propia.

	EDAD	PAIS ORIGEN	NIVEL ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	HIJOS	TRABAJO	AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA
S-1	61	España	Universitaria	Casada	2	Enfermera	16
S-2	62	España	Universitaria	Casada	2	Enfermera	25
S-3	62	España	Universitaria	Casada	1	Enfermera	29
S-4	60	España	Universitaria	Soltera	0	Médica	30
S-5	49	España	Universitaria	Divorciada	1	Médica	21

5.2. Las voces de las mujeres migrantes

Los resultados obtenidos tras analizar los relatos de las mujeres migrantes latinas se dividen en tres grandes temas: lo que tiene que ver con el proceso migratorio, lo que tiene que ver con sus experiencias con la sanidad (en su país, en España, concretamente en la Comunidad de Madrid, las diferencias entre ambos, sus experiencias y opiniones) y lo referente a la discriminación en el sistema sanitario y en otros ámbitos.

5.2.1. PROCESO MIGRATORIO

Como ya se ha indicado anteriormente, el motivo de incluir en el análisis los relatos de las mujeres migrantes acerca de su proceso migratorio (la salida del país de origen, la llegada a España, el choque cultural y la adaptación, los hijos...) es que durante las entrevistas ellas le daban más importancia a este tema que a sus experiencias en el sistema sanitario español. Les preocupaba más “lo que dejaron allá y lo que se encontraron acá” que los problemas con la sanidad española.

Motivos para migrar

Todas las mujeres migradas entrevistadas para este trabajo, excepto una, salieron de sus países (Ecuador y Bolivia) como consecuencia de una difícil situación económica, aquí se transcriben algunos fragmentos de sus relatos:

“Estaba la situación económica tremenda, antes era el sucre la moneda nuestra y cuando ya se dolarizó todo subió, todo lo redondeaban a un dólar y los negocios comenzaron a caer, fue cuando hubo muchísima inmigración. Decidí venir y pensando también mis hijos, pues que uno piensa en ellos, en un futuro mejor para ellos, pues que no sean como uno, que no sigan el trabajo de uno...” (Catalina)

“Por la crisis en Ecuador, cuando todo el mundo se vino” (Yadira)

“Por la situación económica, que estaba mal, claro” (Ramona)

“Teníamos una empresa de reservorios de camarones, sembrábamos piscinas de camarones y vendíamos ... Hubo un sinnúmero de cosas que nos pasó, hubo como un microbio que les metió al camarón, se llamó la ‘mancha blanca’, eso fue terrible acabó con gente que tenía muchos camarones. Nosotros aparte que siempre dábamos dinero adelantado ... pero esa cantidad la debíamos también a la empresa con la que trabajábamos. Y también vino esto de la dolarización. Bueno nos cogió un poco de todo. Fue el momento en el que muchísima gente de Ecuador se vino para acá, nosotros lo pasamos fatal” (Juana)

Ramona, además de las dificultades económicas, aduce otro motivo: “...me ofrecieron esto de venirme para acá a España y por ellos (los hijos) y además también por alejarme de una relación que no era buena”.

La única excepción es la de Sonia, la más joven, que no salió empujada por dificultades económicas, sino “...por cambiar un poco, mi hermana me había dicho pues que si quería venir unos días y al final pues me terminé quedando”.

Y es que la mayoría de las veces la migración es un hecho al que se ven forzadas las personas, no una elección libre, como dice Juana: “es que nadie se quiere ir de su país, de tu tierra no te quieres ir, ni porque te ofrezcan oro; por el idioma, las costumbres, son mil cosas”.

Llegada a España y acogida

De nuevo al hablar sobre cómo fue su llegada a España todas, excepto Sonia (“de verdad te lo digo que yo lo tuve muy fácil”), relatan una situación cargada de dificultades; la

mayoría vinieron solas, aunque conocían aquí a alguien (una hermana, una hija, una prima, unos amigos que habían venido antes) que les facilitó en un primer momento un alojamiento (“venimos aquí a ver una nueva vida, lo que sea, llegamos así a una casa de alguien que conocíamos, nos apretujamos todos en una casa”). Pero también hubo quien se encontró sola en el aeropuerto sin conocer a nadie. Así relata Catalina su experiencia:

“Tenía una amiga, una vecina, y contacté con ella para venirme aquí. Al principio por teléfono, todo bonito, la que me recogía en el aeropuerto era ella. En ese tiempo nosotros veníamos con la dichosa ‘bolsa’ que dicen, la ‘bolsa’ me la daba la señora de la agencia. La ‘bolsa’ es un dinero x que hay que traer para que si inmigración te pregunta con qué dinero vienes, tú dices que vienes con x dinero, creo que eran 2.000 dólares; eso aparte de lo que cuesta el boleto claro. Por eso uno dejaba en señal las casas, el terreno; yo dejé hipotecada mi casa. Y aquí no conocía nada. Cuando ya llegué al aeropuerto me estaba esperando el hijo de la dueña de la agencia porque el dinero que yo traía (la ‘bolsa’) lo recibía el hijo y lo enviaba otra vez para que otro viniera con ese mismo dinero. Busqué a mi amiga y nada, llamándola por teléfono y el teléfono no sonaba. Así que me recogió el hijo de la dueña de la agencia y lo único que le dije a él fue que yo no tenía a nadie aquí, que no conocía a nadie. Me tocó decirle a él: por favor no me deje, dígame o lléveme donde alguien que conozca porque si no ¿dónde voy? La amiga con la había contactado apareció después como a la semana”.

Y después de esos momentos iniciales empezaba la búsqueda de trabajo, sin tiempo que perder “porque quedó hipotecada mi casa, que tenía que pagar mensual y mensual mandar dinero para mis hijos”. A la mayoría los conocidos que tenían aquí les ayudaron a encontrar

los primeros trabajos ocasionales y mal pagados, pero también hubo casos en los que sintieron que se aprovechaban de ellas, “ahí ya entre paisanos les dije pues ayúdeme a buscar, claro y para ayudarte a buscar te cobran, no había favores, entre paisanos lo peor” (Catalina).

Todas las mujeres entrevistadas refieren haberse sentido bien acogidas por los españoles en un primer momento “yo me he sentido bien acogida, la verdad, no me he quejado” (Yadira).

Estrés aculturativo o integración

En cuanto a las diferencias socioculturales y a su proceso de adaptación a España, las mujeres entrevistadas consideran como una característica positiva de la cultura de los españoles el “ser muy directos” y expresarse “sin rodeos” (“... yo ahora ya lo veo tan normal, porque tengo tantos años aquí y a mí me encanta como es el español, es muy directo” dice Juana). Pero casi todas refieren como algo negativo el trato grosero que observan de muchos españoles hacia ellas (“...oímos ‘¡Oye!’ en vez de ‘Señora, por favor’, claro entonces yo al principio si me molestaba” o “te chocaba el trato, porque la gente como que para mí era muy déspota”) y hacia otros españoles, sobre todo hacia las personas mayores (“nosotros tenemos otra forma, sobre todo de tratar con respeto a los mayores, y eso nos chocaba mucho”). Como concluye Juana: “...me gusta, me gusta cómo son los españoles, yo he aprendido mucho, lo que pasa es que como le digo a mi hijo, no aprendamos sus malas costumbres”.

También les llama la atención que los españoles “se quejan más incluso de su país...tienen muchas cosas interesantes que a veces ni ellos mismos saben que las tienen” y “hay gente que habría que sacarles más provecho, en este país hay gente fantástica y se la viven quejándose de ellos”.

Algunas mujeres relatan situaciones que califican como falta de empatía por parte de los españoles hacia los migrantes. Es el caso de Juana que trabajó un tiempo vendiendo casas:

“Cuando yo vendía casas y les decía a los bancos: es que unos compatriotas, peruanos o chilenos o lo que sea, quieren una casa, y me decían: ¿y por qué me traes cinco nóminas? Porque no pueden pagarla y esta es la garantía, es que no le podemos traer la garantía de una casa que tengan...si usted quiere un coche no se lo puedo plantar aquí; le traigo nóminas, lo real, con lo que van ellos a poder pagar. Entonces eso es lo que a veces la gente no entiende, porque uno se cambia de muchas casas, porque consigue trabajo lejos y hay que tener la casa más cerca, porque todo cuesta. La inmigración hay que vivirla para entenderla, es totalmente así”.

Las mujeres entrevistadas después de años de vivir en España se sienten arraigadas en este país, con mayores o menores dificultades se han ido haciendo su sitio. Cuando se cuestionan el posible regreso definitivo a sus países de origen, ninguna lo ve como una alternativa próxima: “yo no me imagino volviendo...ya no tengo tanta gente allí. No es lo mismo si te jubilas y te vas allí, pero no veo lo de ir a buscar allá trabajo y empezar otra vez” (Sonia).

Algunas ya lo han desestimado porque sus hijos “ya están hechos acá”, otras piensan que no es posible porque “cuando yo fui a mi país, miré mucho alrededor y digo: mis hijos dependen de mí” (Ramona).

Los hijos

“Lo único que me he dedicado es a que sigan estudiando y que no les falte”

Los hijos son un tema central en el proceso migratorio de las mujeres, en la mayoría de los casos se marchan de sus países por ellos, por ellos aceptan trabajos precarios, por ellos

siguen trabajando sin parar ni concederse un descanso e incluso por ellos algunas tienen que regresar.

En los relatos de las mujeres entrevistadas los hijos ocupan un lugar principal, “se cuelean” a cada rato, hablen de lo que hablen. La mayoría tuvo que dejarlos en sus países de origen al cuidado de familiares, principalmente mujeres (abuelas, tías, primas) y así se han ido creando un tipo peculiar de familias. En estas familias transnacionales los miembros se encuentran separados en dos, o incluso más países y las relaciones entre madres e hijos se vuelven más complejas. Aparece así lo que algunos autores (López Montaña, 2012) han llamado “la construcción social de la maternidad compartida”, en la que intervienen varias mujeres de la familia y donde a las cuidadoras ‘de allá’ les corresponde la crianza mientras que la madre ‘desde aquí’ se encarga de proveer los recursos económicos que garantizan no solo el sustento, sino la educación de sus hijos. Como afirma Ramona:

“mis hijos están con su abuela, su abuela claro tiene sus hijos, pero al fin y al cabo todos dependen de mí, de lo que yo mando. Porque yo he visto que con lo que yo mando se paga la luz, se paga el agua, se paga todo y si yo no estuviera acá mis hijos no estudiarían”.

Reagrupar a la familia se convierte en un objetivo primordial como dice Juana: “a los 6 meses traje al resto de mi familia, eso sí, yo dije si no traigo a mis hijos yo me regreso, esa era mi meta, y así lo hicimos, a los 6 meses todos aquí”. Sin embargo, Ramona después de 17 años en España sigue separada de sus hijos “es lo único que les voy a dejar, viven en la casa de su abuela, porque el dinero no se lo mando solo para la universidad, también para la comida, la luz...gracias a eso están ellos saliendo adelante”.

Casi todas han logrado la reagrupación en España después de algunos años, aunque para algunas no fue tarea fácil:

“Mis dos hijos quedaron con mi mami; luego quise traerme a los dos, pero se me opuso mi mami por lo del dinero mensual que se le mandaba de aquí... traje a la niña...pero claro mi corazón quedó partido porque el otro quedaba en Ecuador” (Catalina).

Una vez con los hijos aquí “ya es diferente... sé que la familia está allá, los padres y todo eso, pero creo que los hijos es lo que uno más quiere. Yo mientras estaba viéndolos, era otra cosa”. En general ellos se han adaptado, con mayores o menores dificultades, que dependen sobre todo de la edad a la que llegaron a España, los más mayores presentaron más dificultades.

Aunque a ninguna de las entrevistadas les ha ocurrido, si conocen casos de niños que no se han adaptado a vivir en España, “yo conozco chicas que traen a sus hijos y se tienen que ir otra vez porque dicen que ellos no se adaptan” (Sonia).

5.2.2. LAS MIGRANTES LATINAS Y LA ASISTENCIA SANITARIA

Asistencia sanitaria en país de origen

Al relatar cómo era ir al médico cuando se encontraban enfermas en su país, todas las mujeres coinciden en que iban muy pocas veces, únicamente para el control del embarazo, los partos y para la anticoncepción (“cuidarse”) o para llevar a sus hijos al pediatra.

Todas acudían a médicos privados, excepto Yadira que tenía un seguro social por el trabajo. Las demás opinan: “siempre me gustaba pagar, ir a un privado, porque los hospitales públicos no me gustaban”, “para mí y para mis hijos siempre pagaba fuera, iba a un médico

privado” (Catalina), “siempre íbamos a médico privado, bueno generalmente para mis hijos porque yo casi nunca iba al médico” (Juana).

Es importante tener en cuenta que el hecho de ir a servicios sanitarios privados (“allí pagado es muy diferente del público, porque en el público vas a hacer las colas y todo eso, en cambio cuando es pagado pues escoges tu médico, si tienes tu niño pues te vas a tu pediatra y eso”) y, en general, no haber hecho uso de la asistencia pública en su país, hace que estén habituadas a ser atendidas sin demoras y a visitar directamente a los médicos especialistas sin pasar por el filtro de la atención primaria.

Información recibida acerca del sistema sanitario

Todas las mujeres entrevistadas coinciden en que en sus primeros contactos con el sistema público español no recibieron información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios: “no te dicen nada, si te duele algo pues a qué vienes nada más” (Catalina), “no me explicó nadie, yo recuerdo que no, pedías cita y solo te decían donde tenías que ir” (Yadira), “hace tanto tiempo de eso...pero yo creo que no” (Juana).

Accesibilidad de los Centros de Salud

Todas las mujeres entrevistadas opinan que sus centros de salud son accesibles en cuanto a distancia (están cerca de sus domicilios) y en cuanto a los horarios (hay atención de mañana y tarde), pero señalan como barreras la saturación de las consultas (“ellos están saturados y eso lo entiendo, pero ¿por qué no ponen más médicos? eso es una cosa tremenda, no importa qué tan lejos esté porque uno va...”, “creo que debería en los centros primarios no haber tanta saturación, más médicos”) y las listas de espera para las pruebas y los especialistas (“sobre todo, el tiempo que tardan, eso de la cantidad de tiempo... a los 3 meses uno se puede haber muerto”).

Experiencias en el sistema sanitario español

Entre las mujeres entrevistadas sólo Juana ha mencionado la sanidad como un derecho: “aquí aprendí esas cosas, que uno tiene que servirse de la Seguridad Social...es un derecho, yo lo entendí así”.

Los primeros contactos de las informantes con el sistema sanitario fueron todos en el centro de salud, excepto Sonia, que acudió a urgencias del hospital. Aunque, como dice Ramona “todo es diferente, es un cambio”, en general no hay quejas, salvo por el carácter de algún médico que “era un poco cascarrabias...pero de ahí siempre he tenido suerte” (Juana).

A partir de ese primer momento siguen valorando positivamente la atención recibida en los centros de salud, las frases más repetidas son “me han atendido bien” y “no he tenido nunca ningún problema”. Sin embargo, con frecuencia conocen a otras personas que se han sentido maltratadas (“lo que sí se oyen muchas quejas, yo jamás pongo en duda, si alguien se queja...”, “he escuchado muchas cosas, pero no a mí necesariamente, no me han pasado a mí cosas”).

A pesar de lo dicho antes, la mayoría si hacen referencias al trato poco amable, incluso grosero, tanto del personal administrativo como del sanitario:

“A veces él estaba como de mala leche y ya una vez estuvo un poco grosero, que yo dije madre mía, si me toca otra vez con él no voy” (Catalina, refiriéndose a un médico).

“Alguna que otra vez tienen a las que están en la entrada atendiendo y están fastidiadas, yo entiendo que esa mujer está quemada, todo el día ahí” (Juana, refiriéndose a las administrativas).

“Cuando vas a la ventanilla a pedir cita, las señoras que están allí son groseras generalmente, tú estás esperando y no te atienden, a veces están al teléfono, es verdad, pero luego otras están conversando entre ellas” (Yadira, refiriéndose a las administrativas).

Cuando sienten que un profesional sanitario les profesa un trato inadecuado, solicitan cambio de médico hasta encontrar a alguien con quien se sienten a gusto: “a veces hay doctores de cabecera que yo de mi parte si no estoy a gusto me cambio ¿sabes? si no estoy a gusto, si veo que me trata mal o sin respeto” (Yadira).

Un aspecto que parece preocuparles, ya que tres de ellas lo ha mencionado, es la atención a los problemas psicológicos:

“Una persona necesita ser atendida, así sea que le vaya con una milonga, simplemente quiere ser escuchada en ese momento...es la psicología que le falta a muchísima gente, a las personas que se sienten solas, que se sienten con problemas mentales...” (Juana)

“Como que esa parte del tratamiento de salud mental está más descuidada” (Catalina)

“La psicología me parece una base fundamental que haya más psicólogos, que haya más para la salud mental, eso es fundamental, yo creo que nos enfermaríamos menos si hubiera más atención para salud mental” (Juana)

Comunicación con el personal sanitario

Sin duda el hecho de que estudiemos a mujeres procedentes de América Latina hace que el lenguaje, en principio, no sea una barrera para la comunicación con las profesionales sanitarias. Así ninguna de las mujeres entrevistadas refiere haber tenido problemas, salvo

ocasiones puntuales en las que han tenido que explicar o pedir explicaciones por alguna palabra que no se entendía: “porque a veces nos expresamos de manera diferente”, “yo creo que alguna palabrita, pero la verdad que sí me enteraba y ellos me entendían” o “me he dado siempre a entender”.

Aunque partimos de la idea de que la distinta concepción que posee cada cultura de la salud y la enfermedad, y los significados que se les asignan, puede ocasionar problemas de comunicación en las consultas entre la persona migrante y los sanitarios, lo cierto es que en este estudio las mujeres no han relatado problemas de este tipo.

5.2.3. LA DISCRIMINACIÓN

En esta investigación ninguna de las mujeres entrevistadas refiere haberse sentido discriminada en la sanidad pública por ser migrante. Catalina opina que “a veces van deprisa o a veces tardan, yo creo que tardan igual para todos” y Yadira afirma que “a veces veo que estoy esperando que me atiendan y tratan a todos mal, a mí me choca cuando veo el trato a una persona mayor, porque a un anciano hay que tratarle con respeto”.

Sin embargo, sí relatan experiencias fuera del ámbito sanitario en las que se han sentido discriminadas respecto a las personas autóctonas:

“Yo vivo en una plaza y había un vecino que una vez porque aparcamos en la acera un momento porque los niños eran pequeños entonces, y nos dijo ‘pero tu gilipollas ¿por qué dejas el coche ahí?’, ‘vete a tu puto país, sudaca de mierda’. Y otra vez su mujer me dijo ‘tu vienes aquí por las ayudas, vete a tu puto país’, yo le dije ‘yo no le estoy pidiendo para comer, yo vengo a trabajar’. Pero bueno, hay de todo. Como ya

vamos conociendo a la gente, pues ya pasamos ¿sabe?, pero al principio si te choca mucho, hay cosas que te chocan bastante, pero hay que aguantar” (Yadira).

“A mi hija la mayor le costó, le costó bastante, incluso cuando ella estaba en 2º de la ESO le pegaron, le quisieron hacer bullying, sí entonces sí que también lo pasé mal y todo; pero luego la hemos cambiado de colegio y mejor. Pero le costó porque la niña entró en ansiedad y todo. Ella si lo pasó mal, me decía ¿qué les pasa a los niños de aquí? ¿por qué son tan groseros y me hacen a un lado?” (Yadira).

“En algún momento sí puede ocurrir, por ejemplo, me han contado y yo me he sentido indignada a veces. Pero le cuento que no sé si es discriminación con cierta parte de la gente que estamos aquí en España o será que son así, no sé a qué atribuirlo. Pero si he escuchado a gente de mi sitio, de mi pueblo, de mi América Latina, como le digo yo, que si se han sentido discriminados” (Juana).

Aunque lo más frecuente es que cuenten que han oído que eso les pasa a otras personas, pero no a ellas: “yo hasta la vez he tenido suerte...no puedo decir...porque yo sí escucho o me han contado que las tratan mal o que las explotan y todo eso”, “hay gente que cuenta que se ha sentido maltratada por ser de otro país, no en la sanidad...yo no he pasado nada de eso”.

5.3. Las voces de las mujeres sanitarias

Los resultados obtenidos tras analizar los relatos de las mujeres sanitarias españolas se dividen también en tres grandes temas: lo que tiene que ver con el conocimiento que las profesionales sanitarias tienen de la migración y el acceso a la atención sanitaria, lo que tiene que ver con sus experiencias con migrantes latinas en las consultas y finalmente sus opiniones acerca de la discriminación.

5.3.1. CONOCIMIENTOS SOBRE LA MIGRACIÓN Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las mujeres sanitarias entrevistadas tienen escasos conocimientos de cómo funcionan los sistemas sanitarios en otros países: “no tengo ni idea”, “no, la verdad que no”, “supongo que van a los hospitales o a los servicios médicos de la zona, que son más o menos justitos, según donde sea el medio en el que estén”. Las tres enfermeras comentan como algo positivo lo bien que se lleva la vacunación en los países de América Latina.

Por otra parte, tampoco están bien informadas de cómo es el proceso que ha de seguir una persona migrante en España para obtener la tarjeta sanitaria que le permite el acceso al sistema sanitario. Todas saben que se les exige el empadronamiento, pero poco más. Elena, enfermera, hace la siguiente reflexión: “yo sé que cuando vienen les piden que tienen que estar empadronadas y no sé si necesitan algo más, pero los trámites así la verdad que no lo sé, igual debería saberlo, sí trabajo aquí...”.

5.3.2. LAS PROFESIONALES SANITARIAS EN LA CONSULTA CON MUJERES

MIGRANTES LATINAS

Información aportada acerca del sistema sanitario

Todas las sanitarias reconocen que cuando llega por primera vez una migrante al centro de salud ni el personal administrativo ni el sanitario les dan información sobre cómo es el funcionamiento del sistema sanitario.

“Sólo me presento y cuando he acabado de hablar, de entrevistarla, de hacer el protocolo que tenemos de la primera visita, luego ya al final les digo ‘bueno entonces si necesitas cualquier cosa, de cuidados y tal, te citas conmigo y si no, con el médico si es que estás mala’. Pero no les explico nada más” (Pilar, enfermera).

“Yo creo que en general no lo explicamos y lo que sí que es verdad que es que ellos no saben tampoco cómo está nuestro sistema” (Pilar, enfermera).

“A la que viene citada a lo mejor no se lo explico, a la que viene sin cita a lo mejor si le explico ‘usted tiene que pedir cita’, pero no mucho más” (Emilia, médica).

“Es verdad que sería una buena manera, pero es que no se hace ni a inmigrantes ni a los que son españoles, de explicarles un poquito el funcionamiento del centro, no se hace a nadie” (Ana, enfermera).

Así que lo poco que se les dice es que no vayan a urgencias si el caso no es grave, pero no se les informa de lo que es la atención primaria, de que es la puerta para acceder a los especialistas, de cómo son las consultas y cómo acudir a ellas para un mejor funcionamiento, de los programas de salud y las actividades preventivas, etc. Pero al mismo tiempo las sanitarias reconocen que esa falta de información puede ser la causa de algunos problemas que luego ellas mismas detectan en la consulta:

“Yo creo que muchas veces de ahí pueden venir los líos, porque tampoco les decimos que la urgencia es sólo para algunas cosas. Yo siempre les digo, mira acuérdate hay que venir siempre con cita y esas cosas” (Pilar).

Accesibilidad de los Centros de Salud

Las profesionales sanitarias entrevistadas opinan que los centros de salud son accesibles en cuanto a distancia y horarios, aunque reconocen que determinadas personas con horarios laborales muy extensos (sean o no migrantes) pueden tener dificultades para acudir a las consultas programadas: “no por el hecho de ser migrantes, sino por el hecho de los horarios o de que tengan que trabajar muchísimas horas para sacar un sueldo decente” (Pilar). En general las sanitarias intentan “adaptarse” a esas personas que tienen problemas de horarios, migrantes o autóctonas.

Experiencias con mujeres migrantes latinas en las consultas

Desde que comenzamos a atender a migrantes en las consultas se empezó a oír que son muy “frecuentadores” y “abusan” del sistema sanitario, a pesar de que esto no se corresponda con la realidad, como se ha visto en el marco teórico. Las informantes sanitarias corroboran que se siguen oyendo esos comentarios, aunque ellas no opinan que las mujeres latinas acudan más a las consultas:

“A veces los comentarios que oyes son que son pesadas, que son hiperfrecuentadoras, que vienen por tonterías...” (Guadalupe, médica).

“Son comentarios de los pacientes españoles y de los profesionales: que los latinos o las latinas acuden más al médico y que consumen los recursos...eso es un mito y se sabe desde hace años... al revés, cuando se lo explicas para nada vienen más, vienen menos” (Emilia, médica).

“No es abuso...pero si vienen más, probablemente por las condiciones en las que viven que a lo mejor les generan estrés y ellas en su país tenían una forma de solventarlo y aquí no, y entonces van al médico” (Pilar)

También comentan que está muy extendida la idea de que no respetan los horarios de las citas ni mantienen la continuidad en los procesos de atención: “si, tienen fama de que vienen a la hora que quieren, las mujeres, los hombres, todos” (Pilar)

En cuanto a los motivos de consulta, todas las entrevistadas para esta investigación opinan que las mujeres migrantes latinas consultan más que las autóctonas por temas relacionados con la salud reproductiva y sexual (revisiones ginecológicas, realización de exudados vaginales por vaginitis, planificación familiar), “si consultan más por sexualidad y cuidado específico de la mujer, seguimiento del embarazo, etc.” (Emilia, médica). Aunque puntualizan que posiblemente esto pueda ser un sesgo por la edad, ya que en sus cupos las mujeres latinas son más jóvenes que las españolas: “lo que pasa es que si son más jóvenes serán más activas y acuden más por temas ginecológicos, y a lo mejor por eso nos damos más cuenta, y las españolas son menos activas o son más mayores” (Ana, enfermera).

En el tema de la planificación familiar las informantes aprecian algunas diferencias con las mujeres autóctonas y con migrantes procedentes de otras zonas:

“Las mujeres latinas tienen más cultura del implante, a nivel de anticonceptivos, que es una cosa que aquí no es muy frecuente, pero eso no ocasiona problemas...También el no uso de preservativos, argumentando que ellos no quieren usarlos” (Emilia, médica).

También se ha mencionado el tema de la salud mental y los problemas de ansiedad que presentan este colectivo de mujeres: “más patología psiquiátrica, pero en el sentido de ansiedad y estrés postraumático” (Emilia, médica).

Una ‘queja’ repetida desde hace años en la atención primaria es que las mujeres latinas demandan “hacerse chequeos” y las enfermeras informantes comparten esa idea (“vienen mucho a hacerse un chequeo”), aunque matizan “vienen a que ‘me haga un chequeo’... ellas van demandando lo que han visto y vivido en su tierra, en su casa y no es lo nuestro, por eso te choca” (Pilar, enfermera). Es decir, reconocen que demandan aquello a lo que estaban acostumbradas, perpetuando los patrones de uso de los servicios sanitarios en sus países de origen. Una médica puntualiza que esto tiene que ver con el tiempo en España:

“Yo creo que no hay mucha diferencia, tendrías que distinguir un poquito entre los que llevan mucho tiempo y los nuevos. En los que llevan poco tiempo seguimos con aquello de ‘vengo a que me mire, que nunca me he hecho nada, a hacerme el chequeo’, pero esto no es así en las que llevan más tiempo” (Emilia, médica).

Ninguna de las sanitarias entrevistadas ha tenido experiencias negativas en la consulta con mujeres de América Latina, sino todo lo contrario: “realmente no he tenido ningún problema en mi consulta y ha habido buena relación”, “yo con las mujeres de la consulta me llevo bien”.

Comunicación con las mujeres migrantes latinas

En este apartado los resultados obtenidos con las sanitarias son algo diferentes a los de las migrantes, aunque no parece haber problemas de comunicación importantes, si parece que el tema les preocupa más, sobre todo a las médicas:

“Aunque hablamos la misma lengua, no hablamos el mismo idioma a veces...te das cuenta a veces cuando vienen después y ya enlazas otras consultas y dices: pues es que efectivamente a lo mejor ella me quería decir esto y yo no la entendí o no le di el espacio de confianza para que me lo dijera...” (Guadalupe, médica).

“Se expresan los malestares, las dolencias o las enfermedades diferente” (Guadalupe, médica).

“A veces pienso que no me entienden bien, es cómo que llevas el ritmo de la consulta rápido y sí que les explicas, pero a veces te das cuenta de que no se están enterando y paras y si lo haces más despacio o les preguntas. Pero yo creo que a veces no te preguntan como por vergüenza y pueden volver a venir porque no te han entendido bien. Yo creo que esto puede ser por la rapidez en la consulta y también puede ser porque es un sistema diferente al que ellas han tenido y puede que les des mucha información y no les expliques lo suficiente” (Guadalupe, médica).

“Yo creo que a veces puede ser solo la rapidez de la consulta, que estás como contando el tiempo y a lo mejor no le dejas expresarse lo que necesita” (Emilia, médica).

Sin embargo, las enfermeras insisten en que son situaciones muy puntuales, generalmente relacionadas con síntomas o enfermedades que se nombran con diferentes palabras y que solventan fácilmente:

“Tampoco tengo yo la percepción de que nos entendamos mal o de que yo las entienda mal, o sea hay cosas que sí, pero son puntuales y relacionadas con el lenguaje, porque en el fondo yo creo que sus demandas son como las nuestras” (Pilar, enfermera).

“Si me cuesta trabajo, me cuesta trabajo, hay frases... pero ya voy entendiendo porque pregunto, porque es que no sé qué es esto y entonces ya te cuentan” (Ana, enfermera).

Aunque no perciben un gran problema con las mujeres migrantes latinas, las dos médicas que han participado en este trabajo subrayan que no se sienten preparadas para abordar las diferencias culturales en la consulta: “nosotros los profesionales no tenemos mucha idea de cómo abordar esto”.

5.3.3. LA DISCRIMINACIÓN

Cuando se pregunta a las sanitarias si creen que hay discriminación contra mujeres migrantes latinas en la sanidad las opiniones son diversas, pero si opinan que se las trata de forma distinta, a diferencia de lo que opinan las propias mujeres latinas:

“Yo creo que sí, porque son de otra raza, vienen de otro país, yo creo que sí. Mas que otros migrantes no sé, pero yo creo que si se las discrimina” (Elena, enfermera).

“Creo que en general los sanitarios no hacen el esfuerzo de entenderles, porque tienen asumido, no es que no se lo merezcan, pero es como si fueran un poco ‘de segunda’, ‘unos pesados’...” (Emilia, médica).

“Al final se les atiende igual, pero a lo mejor pues se les tiene menos paciencia, pero no por el hecho de que sean migrantes. Aunque creo que habrá gente que efectivamente no tenga ninguna empatía con gente extranjera, en este caso con estas mujeres latinas, pero yo no creo que haya un maltrato por parte de los sanitarios” (Guadalupe, médica).

Hablando de los programas de atención a migrantes que se pusieron en marcha en la sanidad pública hace años Emilia, médica, comenta lo siguiente:

“Incluso los profesionales creo que lo cogimos con muchas ganas ... y hubo como mucho interés y muchos programitas, pero luego todo eso se nos olvida, y al final se queda en las preguntas de dónde vienen y ya”.

Sí perciben, en las consultas, diferencias con migrantes procedentes de otros países:

“Yo creo que hay una aceptación mayor de ellas (las latinoamericanas) que por ejemplo de marroquíes, musulmanes en general, por desconocimiento o por lo que sea” (Pilar, enfermera).

“Yo sigo pensando que se mira de otra manera a los latinos...que a los de países del este. Además, las mujeres de países del este es como si prosperaran antes y más, pero no sé si es por ellas o por el nivel cultural, porque las del este tienen más formación en general y eso marca las posibilidades de prosperar” (Emilia, médica).

Fuera ya del ámbito sanitario también las profesionales perciben trato discriminatorio hacia las migrantes y creen que la situación ha empeorado en los últimos años:

“Creo que durante los primeros años de la inmigración fue una época dura, luego hubo un momento dulce cuando la gente se había adaptado, quiero decir, los de aquí y los de allí y se convivía, y ahora ha habido un repunte de xenofobia y discriminación en los últimos años” (Emilia, médica).

“Yo creo que sí, que se oyen los comentarios de ‘este panchito’ y ‘¿por qué vienen?’ y tal, y gente que los mira a veces en el metro incluso si van sentados y ellos van de pie, eso se nota...” (Guadalupe, médica).

También aquí parecen percibir diferencias entre migrantes según su origen:

“Yo creo que se mira peor a las latinas por ser ‘más oscuritas’, se identifican más fácilmente que a las del este de Europa. Cuando hay algún comentario negativo sobre inmigrantes son más sobre mujeres latinas que sobre mujeres rubias del este”
(Emilia, médica).

En el ámbito laboral, Ana (enfermera) y Emilia (médica) relatan que han conocido a mujeres migrantes que trabajan cuidando personas mayores y que éstos no les permiten salir para acudir al médico: “muchas internas, aunque vivan al lado del centro, yo creo que no pueden acudir con facilidad y, es más, a algunas no las dejan salir”.

Llama la atención el siguiente comentario de Emilia, una de las médicas:

“...a veces las mujeres latinas ni saben que tienen derechos, por ejemplo, derecho a ir al médico. Y como la mayoría son empleadas del hogar y cuidadoras, se les trata peor”.

6. DISCUSIÓN

En el proceso migratorio de una mujer existen innumerables fronteras. Algunas son visibles, como el idioma o las que delimitan el tránsito entre dos Estados, y son relativamente sencillas de cruzar en comparación con aquellas otras invisibles, pero reales que pueden llegar a erigirse como auténticas murallas...la cultura, la ley, las creencias religiosas, la nostalgia de los seres queridos, las costumbres, los hábitos sociales y alimenticios o los estereotipos (Bravo Sáenz y Caparrós Civera, 2015, p. 229).

6.1. El ámbito laboral de las migrantes

Al igual que en nuestro trabajo, en otras investigaciones (Bolaños, 2021; Moro Gutiérrez et al., 2018) se objetiva que la mayoría de las mujeres latinas migrantes en España trabajan como cuidadoras de personas mayores y niños o como empleadas del hogar, ejerciendo casi todas labores distintas a las que llevaban a cabo en sus países. Aunque no es el caso de las mujeres de nuestro estudio (todas están dadas de alta en la seguridad Social), en muchos de estos puestos de trabajo no se tramita permiso de trabajo ni alta en la Seguridad Social, lo que condena a muchas mujeres a una situación administrativa que les priva de poder ejercer sus derechos, como el derecho a la sanidad (Bravo Sáenz y Caparrós Civera, 2015).

Generalmente estas mujeres tienen dificultades para acceder a ofertas laborales más cualificadas por problemas burocráticos para que sus estudios sean reconocidos en España (Moro Gutiérrez et al., 2018). En nuestra investigación ninguna de las mujeres entrevistadas tiene estudios superiores, así que no han tenido este tipo de problemas.

6.2. El proceso migratorio

Como ya se ha mencionado, el introducir este aspecto en el análisis se debe a la importancia que las mujeres migrantes entrevistadas le daban en sus relatos, mucho mayor que al tema de la sanidad.

Hay diversos estudios (Calvo Buezas, 2018; Mahé y Casas, 2020; Ramos et al., 2001; Seguí Díaz, 2005), que avalan que la atención sanitaria no ocupa un lugar primordial entre las **preocupaciones de las personas migrantes**. En un exhaustivo trabajo (Calvo Buezas, 2018), en el que se recoge la propia voz de los migrantes a partir de 1.300 historias de vida recopiladas entre 1997 y 2007 y de más de 2.000 encuestas realizadas en 2016 a migrantes residentes en España, se destaca que entre sus problemas más importantes no está la atención médica, sino los problemas económicos, el trabajo precario, el paro, la discriminación y la mala vivienda, ocupando la mala atención médica el sexto lugar. Aunque resulta llamativo que en el segundo período analizado (2016) la preocupación por la mala atención médica había aumentado de manera considerable, reflejando sin duda las consecuencias de las medidas sanitarias adoptadas en España en el año 2012 (p. 74-75). Estos datos coinciden con los resultados de la investigación llevada a cabo para nuestro trabajo, en los que queda patente que la atención sanitaria no es una preocupación principal entre las mujeres entrevistadas: aunque tal vez habría que hacer la salvedad de que todas ellas tienen tarjeta sanitaria y tienen asegurada la atención en el momento en que la necesiten, a diferencia de lo que ocurre con las personas migrantes en situación administrativa irregular.

Como es sabido y señala un trabajo realizado en Cantabria hace ya más de una década “la primera cuestión de fondo en cuanto a impacto sobre su salud y condiciones de vida a la que hacen referencia continua las personas inmigrantes es el proceso migratorio” (Cabria

et al., 2010, p. 203). Sin embargo, los profesionales de la salud no consideran éste como un problema que requiera atención sanitaria; sin duda esta discordancia ha de tener consecuencias.

Los motivos para migrar

Estudios con mujeres ecuatorianas (Martín Díaz, 2012) y colombianas (Bolaños, 2021) muestran cómo la mayoría de ellas migraron debido a la situación económica y a la falta de oportunidades en su país, al igual que las mujeres entrevistadas para nuestro trabajo. Sin embargo, algunos autores (Moro Gutiérrez et al., 2018) encuentran como una de las causas principales de la migración la seguridad física, ya que muchas de las mujeres latinoamericanas estudiadas habían sufrido en sus países de origen experiencias de violencia, algo que ninguna de las entrevistadas para nuestro trabajo ha relatado.

La llegada a España

La mayoría de las mujeres entrevistadas para nuestro estudio al llegar a España recibió ayuda de familiares o conocidos que ya estaban aquí; como es habitual y queda reflejado en otros trabajos (Moro Gutiérrez et al., 2018).

La integración

Las mujeres entrevistadas viven en España desde hace años y refieren sentirse integradas, aunque todas han pasado momentos complicados al principio.

En el proceso de integración, la interacción entre dos culturas se refleja, entre otros aspectos, en la opinión que las migrantes tienen de los españoles. Todas las mujeres de nuestro estudio opinan que, en general, el español es muy directo en su forma de expresarse y eso lo consideran como algo positivo, pero se quejan del trato que se les dispensa, que

describen como grosero. Opiniones muy similares se han encontrado en otros trabajos realizados con mujeres colombianas residentes en España (Bolaños, 2021, p. 23).

Para algunos autores “la adaptación se complica cuando, de entrada, la forma de ser de los españoles resulta chocante o no se está de acuerdo con ella” (Pereda et al., 2010, p. 53). La asimilación de las normas y costumbres españolas precisa un tiempo, a veces una generación, como relata alguna de nuestras entrevistadas cuando habla de que sus hijos “ya están hechos acá”.

Según algunos autores (Pérez-Sales, 2013), muchas personas que migran encuentran esta experiencia enriquecedora, la mayoría se adaptarán sin problemas a la sociedad de acogida y no precisarán más apoyo que sus propios recursos personales y la red de familiares y amigos, como es el caso de las migrantes entrevistadas para nuestro trabajo.

Aunque los resultados de nuestra investigación muestran que las mujeres entrevistadas se sienten adaptadas e integradas en España, esto no es así para otras mujeres migrantes (Moro Gutiérrez et al., 2018; Pereda et al., 2010), sobre todo para aquellas con nivel educativo bajo y trabajos poco cualificados, que no tienen sentimiento de integración y mantienen mayor arraigo a su cultura de origen. En un estudio realizado con mujeres latinoamericanas residentes en Salamanca se relata cómo las expectativas previas al viaje eran más positivas de lo que encontraron al llegar. A pesar de ello, y al igual que en nuestra investigación, la mayoría de las mujeres tienen intención de permanecer en España ya que regresar supondría un fracaso y una decepción para ellas y para sus familiares.

Los hijos

La desestructuración familiar que supone la migración marca todo el proceso migratorio y la separación de los hijos es el mayor motivo de tristeza para las mujeres, que siempre

tienen en mente la reagrupación familiar. Muchas veces se sienten criticadas cuando dejan a sus hijos en la sociedad de origen y también cuando intentan reagrupar a la familia, ya que en ocasiones los hijos tienen dificultades en la sociedad de acogida (Lagomarsino, 2014). Varios trabajos señalan, por otra parte, la satisfacción al saber que su esfuerzo se compensa con las remesas que envían a sus países y así las mujeres migrantes “se sienten orgullosas de su capacidad de sacrificio” (Oso, 2008, p. 9). Este sentimiento es evidente en varios de los relatos de las mujeres entrevistadas para nuestro trabajo.

6.3. El conocimiento de las sanitarias sobre la migración

Según los resultados de nuestro estudio las profesionales sanitarias de atención primaria no tienen buena información ni sobre los sistemas sanitarios de los países de origen de las migrantes ni sobre las condiciones que se les exigen para poder acceder a los servicios sanitarios públicos.

En cuanto al desconocimiento por parte de los profesionales de salud sobre las características de los sistemas sanitarios de los países de origen de los distintos colectivos de migrantes, nuestros resultados son similares a los de otros trabajos realizados en España:

En ausencia de conocimiento, lo que se hace...es proyectar sobre el sistema de salud de cada país el conjunto de estereotipos, más o menos prejuiciosos, que pueden existir acerca del propio país y, sobre todo, acerca de la distancia del sistema de cada país con el sistema español (Cabria et al., 2010, p. 191).

Por otra parte, el desconocimiento sobre las exigencias para acceder al sistema sanitario también queda patente en otros trabajos, en los que los profesionales de salud manifiestan que “esta carencia de información...dificulta el trabajo del personal del sistema de salud,

pudiendo incidir negativamente en la atención a las personas inmigrantes” (Cabria et al., 2010, p. 175).

6.4. Migrantes latinas y sanitarias en las consultas

La valoración del sistema sanitario del país de origen y de España

Las migrantes entrevistadas para nuestro estudio manifiestan que en sus países de origen acudían a médicos privados y los servicios sanitarios públicos eran muy deficitarios. Hay trabajos que corroboran esta idea de que “la atención sanitaria pública del país de origen se asociará siempre a sistemas muy desestructurados, de escasa calidad e incluso integrados en la red mercantilista” (Comunidad de Madrid, 2004, p. 34).

Nuestras informantes valoran positivamente la Sanidad Pública española y esto coincide con encuestas realizadas a migrantes en toda España: “la Sanidad Pública es aquello que más le gusta a la mayoría de los encuestados en 2016 (52,7%)”, siendo las mujeres las que más la aprecian, “a diferencia de los varones, que valoran más la educación pública, las ciudades y el paisaje español” (Calvo Buezas, 2018, pp. 54-84). Esta opinión también se confirmó en anteriores trabajos que emplearon metodología cualitativa (Solé y Flaquer, 2005).

Información recibida por las migrantes y aportada por las sanitarias

En cuanto a la información recibida, los resultados obtenidos coinciden con los de otros trabajos realizados con personas migrantes en España (Burón Pust, 2012; Cabria et al., 2010; Comunidad de Madrid, 2004), que señalan como una de las principales barreras de acceso la insuficiente provisión de información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios.

En el estudio realizado con migrantes en la Comunidad de Madrid (2004) se concluye que formar e informar “ayudaría a la integración en el sistema sanitario y, por lo tanto, se conseguiría que se hiciera un uso racional de sus recursos y tendría una repercusión sanitaria y social importante, dado que reforzaría comportamientos preventivos” (p. 64).

Accesibilidad de los centros de salud

En nuestro estudio tanto las migrantes como las sanitarias opinan que los centros son accesibles, salvo para aquellas personas con jornadas laborales muy extensas, sean o no migrantes. Las mujeres migrantes mencionan las excesivamente largas listas de espera como una barrera.

En uno de los trabajos mencionados con anterioridad llevado a cabo con migrantes en Cataluña (Burón Pust, 2012), aunque la mayoría de éstos opinaba que el acceso a la atención sanitaria es fácil, consideraban que los horarios restringidos de los centros de atención primaria constituyen una barrera, así como los tiempos de espera excesivos. Además, para la mujer migrante hay otras barreras de acceso específicas vinculadas a su rol social y familiar, en relación con su menor autonomía, su responsabilidad de cuidado de los hijos y a las características de su actividad laboral (cuidadoras y empleadas del hogar) con dificultades para ausentarse del trabajo. Hay otros estudios realizados en Cataluña (Terraza-Núñez et al., 2010) y Madrid (Comunidad de Madrid, 2004) en los que los migrantes perciben como barreras de acceso deficiencias estructurales como las listas de espera o los horarios restringidos de consulta.

Estudios basados en entrevistas a profesionales de la salud concluyen que, según éstos, los pacientes migrantes, en general, no encuentran barreras que les dificulten el acceso a los servicios sanitarios (Cabria et al., 2010, p. 175; Llosada Gistau et al., 2012, p. 82). Pero, a

pesar de ello, algunos profesionales manifiestan que el tiempo para la consulta resulta insuficiente para la asistencia a este colectivo, debido a las dificultades comunicativas (Cabria et al., 2010; Vázquez Navarrete et al., 2009).

Utilización de los servicios sanitarios

Algunas de las prácticas de uso de los servicios sanitarios de las mujeres migrantes cuando llegan a España se entienden porque tienden a replicar los patrones de utilización de los servicios sanitarios del país de origen, como la costumbre de acudir a clínicas privadas buscando un especialista o la demanda de algunos servicios que nuestro sistema no cubre pero que sí lo hace el del país de referencia, como la odontología (Comunidad de Madrid, 2004, p. 33).

Por ejemplo, en nuestro trabajo no podemos sacar conclusiones acerca de la utilización de los servicios sanitarios, pero si sabemos, como se ha dicho anteriormente, que en general las personas migrantes hacen menor uso de los servicios sanitarios que las autóctonas. Ahora bien, también sabemos que los migrantes procedentes de América Central y del Sur utilizan los servicios de urgencia con mayor frecuencia que la población española. Este hecho posiblemente tenga que ver con los patrones de utilización de sus países de origen, con la falta de información recibida y con sus largas jornadas laborales, como han apuntado otros autores (Gimeno-Feliu et al., 2021; Regidor et al., 2009).

En nuestro trabajo las sanitarias entrevistadas no opinan que las mujeres latinas utilicen más los servicios sanitarios que las autóctonas, pero si refieren haber oído ese tipo de comentarios de otros profesionales, sobre todo refiriéndose a las urgencias. La mayoría de los profesionales sanitarios entrevistados en el estudio cualitativo antes mencionado (Llosada Gistau et al., 2012) opina que el servicio de urgencias es la principal puerta de acceso para los

migrantes y que muchos de ellos “no cumplen” con la continuidad asistencial, afirmando que hay diferencias según el país de origen. Los profesionales creen que el mayor uso de urgencias se debe a “la tardanza en acceder a los servicios sanitarios y la poca continuidad asistencial a una serie de factores relacionados con la precariedad económica y con la inclusión social” (Llosada Gistau et al., 2012; p. 82).

Hay otros estudios que ponen de manifiesto la opinión de muchos profesionales sanitarios de que la población migrante procedente de América Latina demanda en exceso “chequeos, análisis y radiografías”. Algunos profesionales achacan esto “al contraste entre la pobreza y la riqueza de los respectivos sistemas sanitarios de los países de origen y de España”. Parecería según ellos que los migrantes “al conocer las prestaciones que ofrece el sistema de salud español y la gratuidad de estas quisieran desquitarse de las carencias de los respectivos países de origen” (Cabria et al., 2010, p. 195-196). Es interesante la siguiente hipótesis acerca de la demanda de analíticas por parte de la población latina:

Para el colectivo de latinos... ‘la sangre’ posee un valor simbólico muy potente, en la medida en que aparece como lugar de intersección entre los dos conceptos de medicina que manejan en su país de origen, tal cual es la ‘medicina científica’ y ‘la medicina de curanderos’. El análisis de sangre, pues, se concibe como reflejo del estado general o como herramienta ‘tecnológica’ capaz de detectar lo que aún no se ha convertido en patología. La constante demanda de análisis de sangre, atribuida por los/las médicos/as al colectivo latino, se podría explicar, de alguna manera desde esta idea (Comunidad de Madrid, 2004, p. 23).

Parece haber una opinión muy extendida entre los sanitarios españoles acerca de “la falta de puntualidad como uno de los comportamientos más generalizados de la población

migrante” (Cabria et al., 2010, p. 194). En nuestro estudio alguna profesional sanitaria ha hecho mención a este hecho, aunque sin darle demasiada importancia.

Las experiencias en las consultas

Las **mujeres migrantes** entrevistadas en general hacen una valoración positiva de sus experiencias en el sistema sanitario, concretamente en las consultas de atención primaria, salvo cuestiones puntuales con algunos profesionales. Pero la mayoría sí hablan de que el trato personal es distante, poco amable y muchas veces grosero. Esto coincide con los resultados de otras investigaciones (Comunidad de Madrid, 2004; Larrauri Cantero, 2013).

Un aspecto que preocupa a nuestras informantes migrantes es la atención a los problemas psicológicos, consideran que este aspecto está descuidado en el sistema sanitario español, por lo que demandan más tiempo para hablar de sus malestares y más personal para atender estos problemas. En un estudio ya mencionado las mujeres migrantes consideran la salud mental como uno de sus principales problemas de salud, priorizando la necesidad de una mayor cobertura sanitaria al respecto (Cabria et al., 2010).

En nuestra investigación, las migrantes hacen varias referencias a las listas de espera excesivas, lo que coincide con otros estudios (Ruiz-Azarola et al., 2020). Suelen ser las mujeres, más que los hombres, quienes demandan mejoras en el sistema, como la reducción de las listas de espera (Comunidad de Madrid, 2004).

Ninguna de las **profesionales sanitarias** entrevistadas refiere haber tenido malas experiencias en las consultas con las mujeres procedentes de América Latina y en general declaran tener buena relación con ellas.

En la literatura aparece con frecuencia la preocupación de los profesionales sanitarios por la falta de continuidad en la atención a los pacientes migrantes, lo que dificulta su

seguimiento (Llosada Gistau et al., 2012; Ramos et al., 2001), aspecto que no ha quedado reflejado en nuestro estudio.

Los motivos de consulta de las migrantes latinas

Las profesionales sanitarias de nuestro estudio opinan que las migrantes latinoamericanas consultan más por problemas banales. Esto mismo se ha destacado en otros trabajos en los que profesionales de atención primaria opinan que el colectivo de latinoamericanos serían los más “quejicas, expresando, una sintomatología más excesiva, incrementando y escenificando la existencia de patologías más o menos banales” (Cabria et al., 2010, p. 160).

Las sanitarias entrevistadas para este trabajo mencionan que muchas veces los motivos de consulta de las mujeres latinas tienen que ver con sus hijos, como también aparece en otras investigaciones (Comunidad de Madrid, 2004).

Por otra parte, la opinión de las sanitarias de que consultan más que las autóctonas por temas relacionados con la salud reproductiva y sexual (las revisiones ginecológicas, la realización de exudados vaginales por vaginitis y la planificación familiar) se correlaciona con otros trabajos (Fuertes et al., 2010). Esto contrasta con los estudios que demuestran que las mujeres migrantes utilizan los servicios preventivos y realizan actividades preventivas (mamografías y citologías) con menor frecuencia que las españolas (Regidor et al., 2009).

La comunicación

Aunque en otros estudios se habla de la barrera que suponen los diferentes códigos culturales para la comunicación, más allá del idioma, en nuestra investigación no se han objetivado problemas importantes de comunicación en las consultas. Este tema parece preocuparles menos a las migrantes que a las sanitarias, y dentro éstas a las médicas les

preocupa más no entender el contenido de las demandas, mientras que las enfermeras se refieren sólo a palabras concretas cuyo significado no conocen.

Hay trabajos realizados con profesionales sanitarios que obtienen resultados similares:

El hecho de utilizar el castellano, incluso como lenguaje materno, no es garantía de una buena comunicación y comprensión entre el profesional sanitario y el usuario inmigrante, ya que el universo de significados de las mismas palabras alude a universos semánticos y simbólicos muy diferentes (Cabria et al., 2010, p. 185).

Muchos profesionales sanitarios se quejan de que la población procedente de América Latina tiende a hacer un relato dando muchos rodeos sobre lo que les pasa (Fuertes et al., 2010), algo que también han mencionado algunas sanitarias en nuestro estudio.

Las sanitarias y la interculturalidad

“Las diferencias culturales aparecen más como una dificultad de atención para el profesional sanitario, vinculado a la diferente percepción y expresión de síntomas, que como un factor que obstaculice el acceso del inmigrante a los servicios de salud” (Burón Pust, 2012, p. 75).

Las dos médicas que han participado en este trabajo subrayan que no se sienten preparadas para abordar las diferencias culturales en la consulta y esto coincide con otras investigaciones en las que los profesionales sanitarios se refieren a la falta de formación en interculturalidad como uno de los principales problemas para ofrecer una atención adecuada (Ramos et al., 2001; Vázquez Navarrete et al., 2009).

Es clara la importancia de desarrollar competencias culturales a la hora de atender a personas migrantes en las consultas. Hay varios trabajos publicados hace ya años en los que los profesionales sanitarios recalcan la necesidad de recibir formación para la atención a pacientes con diversidad cultural (Fuertes et al., 2010; Vázquez Navarrete et al., 2009).

La figura del mediador o mediadora intercultural garantizaría los conocimientos técnicos del idioma y del sistema de salud, así como la comunicación entre las culturas de las personas migrantes y de los profesionales del sistema de salud (Cabria et al., 2010). Se trataría de buscar un “intérprete cultural” (Comunidad de Madrid, 2004, p.63)

6.5. Discriminación

La infra denuncia de las actitudes discriminatorias y xenófobas es el principal obstáculo para conocer la realidad de un fenómeno que va a en aumento. Tan sólo un 38% de los migrantes encuestadas por ACCEM (Asociación Comisión Católica Española de Migración) expresan que han sufrido en algún momento trato no igualitario y/o discriminatorio y de estos, solo un 15,8% lo ha denunciado (Mahé y Casas, 2020).

En nuestro trabajo la opinión de las sanitarias contrasta con la de las migrantes, ya que éstas no refieren haberse sentido discriminadas en el ámbito sanitario y aquellas opinan que si hay actitudes discriminatorias hacia ellas. Fuera del ámbito sanitario ambos grupos de mujeres opinan que si hay discriminación contra las migrantes.

En general en otros trabajos las personas migrantes perciben que son discriminadas en el ámbito sanitario:

...en comparación con las personas autóctonas tienen mayores dificultades en la tramitación de la tarjeta sanitaria, se les niega la asistencia por impuntualidad en la cita, han de soportar esperas más prolongadas, reciben un trato inapropiado por parte del profesional motivado por el desconocimiento del idioma y su condición de inmigrante, y la calidad técnica de la atención que reciben es peor que la que reciben los autóctonos (Burón Pust, 2012, p. 12).

Es importante señalar que en nuestro trabajo las migrantes critican el trato “poco humano”, frío, o grosero de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) que las atienden en los centros de salud, pero no lo perciben como una discriminación hacia ellas por ser migrantes, de hecho, se refieren a que tratan así a todo el mundo, incluidas las personas mayores, hecho este que les disgusta especialmente.

En el amplio estudio realizado en la CAM los migrantes perciben en los agentes sanitarios “un comportamiento hacia ellos basado en prejuicios o, al menos, que dista mucho de ser semejante al que se le otorga a los españoles” (Comunidad de Madrid, 2004, p. 52). En este mismo estudio se sugiere que las diferencias culturales pueden ser percibidas por los migrantes como actitudes xenófobas por parte del personal de los centros sanitarios.

La discriminación por el hecho de ser extranjero es preocupante en España y parece estar en aumento. Según el trabajo de Calvo Buezas (2018) el 66,8% de las personas migrantes encuestadas entre 1997 y 2007 relataba haber sufrido algún episodio de racismo o xenofobia, y este porcentaje aumentó al 71,4% en 2016 (p. 57). Aunque los hechos considerados graves fueron muy pocos, la mayoría de las situaciones racistas o xenófobas se produjeron en la búsqueda de trabajo y en el ámbito laboral, seguidas por aquellas producidas en la búsqueda de vivienda. Un hecho a destacar de este trabajo es que los insultos en la calle se duplicaron de la primera a la segunda etapa estudiadas.

En el ámbito laboral las mujeres latinoamericanas sufren experiencias discriminatorias (diferencias en los salarios, comentarios xenófobos entre compañeros y ofertas laborales dirigidas exclusivamente a mujeres españolas), como revelan algunos estudios (Moro Gutiérrez et al., 2018).

7. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio cualitativo basado en entrevistas a mujeres migrantes procedentes de América Latina y a mujeres sanitarias que trabajan en Atención Primaria ponen de manifiesto algunas de las dificultades a las que las mujeres migrantes se enfrentan, tanto en el proceso migratorio como en el acceso al sistema sanitario, y describen sus experiencias y percepciones de discriminación en España.

La inmensa mayoría de las mujeres latinas migrantes trabajan en España dedicándose a **tareas de limpieza y al cuidado de niños, ancianos y enfermos**; en general se trata de trabajos peor cualificados que los llevados a cabo en sus países de origen y en muchas ocasiones sin regularizar administrativamente, aunque no sea el caso de las mujeres entrevistadas para esta investigación.

Migran obligadas por situaciones socioeconómicas difíciles y los hijos, que habitualmente quedan en el país de origen en un primer momento, ocupan el centro de sus relatos y sus esfuerzos. El **proceso migratorio** en general se desarrolla de forma satisfactoria para las mujeres, pero no deja de estar cargado de retos y dificultades que ellas suelen resolver con sus propios medios o con el apoyo de familiares y amigos. En ocasiones necesitan la ayuda de los profesionales sanitarios, ayuda que ha de empezar por abrir un espacio de confianza, escucha y comprensión. En muy pocos casos, cuando esto no sea suficiente, se requerirá la intervención de profesionales de salud mental, algo que hoy día es muy difícil de conseguir por la saturación de los servicios de salud mental y la ausencia de psicólogos integrados en atención primaria. La mayoría de los profesionales sanitarios conceden poca importancia a este proceso vital de las personas migrantes, cuando es sabido

que es uno de los factores que, junto con las condiciones de vida, más impacta sobre su salud. Saber si la causa de esto es el desinterés, el desconocimiento o la falta de tiempo en las consultas de atención primaria excede los propósitos de este trabajo, pero sin duda es una cuestión que hay que abordar.

Las mujeres latinas entrevistadas para esta investigación no relatan haber sufrido, ni ellas ni sus familiares, graves dificultades para su **integración** en España, más allá de situaciones puntuales en los primeros momentos. Es tan repetitiva la queja de que la mayoría de los españoles les damos un trato grosero que deberíamos, como personas pertenecientes a esta sociedad, hacer una reflexión acerca de ello. Igualmente, las migrantes reclaman un trato más amable y mayor educación por parte del personal de los centros de salud, tanto administrativo como sanitario; esto también exige una reflexión previa a tomar medidas desde la sanidad pública.

El **sistema sanitario español**, que las mujeres entrevistadas valoran positivamente, es percibido (siempre que se trate de personas en situación administrativa regular) como bastante accesible en cuanto a la distancia de los centros de salud y a los horarios de atención; pero hay otras barreras como la saturación de las consultas de atención primaria y las listas de espera que dificultan el acceso y empeoran la calidad de la atención, especialmente para las personas que, como las mujeres migrantes latinas, viven situaciones laborales y personales más precarias. Aunque en esta investigación se ha entrevistado sólo a mujeres en situación regular, no debemos olvidar que gran parte de las y los migrantes no pueden regularizar su situación, quedando así excluidos del sistema sanitario.

Sin duda una barrera importante es la **falta de información**; el desconocimiento por parte de las migrantes del funcionamiento del sistema sanitario hace no sólo que se pierda

mucho tiempo, sino que se acuda más a las urgencias hospitalarias, algo que luego es criticado por parte de los profesionales que no han aportado esa necesaria información. Esto debe solventarse para lograr una correcta integración y un uso más racional de los recursos.

En cuanto a la **utilización de los servicios sanitarios**, es bien sabido desde hace tiempo que las personas migrantes hacen un menor uso y suponen un menor coste que las personas autóctonas, salvo los migrantes procedentes de América Latina que acuden con mayor frecuencia a las urgencias. Este hecho se solventaría en gran parte tomando medidas como aportar una correcta información y conseguir que las consultas de atención primaria no estén tan saturadas ni haya listas de espera excesivas. Por otra parte, los profesionales sanitarios han de conocer la realidad de esta situación y no contribuir a que se perpetúen los discursos falsos que generan actitudes discriminatorias contra estas personas.

Las experiencias de las migrantes y las sanitarias en las consultas son buenas en general, sobre todo a medida que va pasando el tiempo en España. Más allá de situaciones puntuales y del trato poco humano o grosero que hemos mencionado antes, en esta investigación no se han desvelado problemas importantes de relación, y cuando estos han surgido las mujeres cambian de profesional hasta que consiguen dar con alguien que las trata mejor.

Los **motivos de consulta** de las mujeres migrantes latinas no difieren mucho de los de las autóctonas en igualdad de condiciones demográficas. Aunque muchos profesionales sanitarios se quejan de que demandan en exceso “chequeos” o pruebas diagnósticas, hay que tener en cuenta que posiblemente, y en ausencia de información, estén reproduciendo los patrones de uso de los servicios sanitarios en sus países de origen. Son más frecuentes en esta

población los problemas de salud reactivos o de adaptación, que exigen no tanto una atención especializada como una dedicación adecuada en tiempo y forma.

La **comunicación**, más allá de que se comparta la misma lengua, puede suponer una barrera. Las médicas entrevistadas argumentan que la falta de tiempo en las consultas dificulta una comunicación eficaz que abarque los diferentes códigos culturales de las personas migrantes. Así se resalta la falta de **competencia cultural** de los profesionales y la necesidad de crear un sistema competente culturalmente, que proporcione los servicios apropiados a cada persona. En cuanto a la competencia cultural, si bien el conocimiento (entender el contexto y las formas de interpretación) es importante, no es suficiente, ya que se requieren también habilidades (conectar con el otro) y actitudes (la actitud hacia la diferencia y la voluntad de implicación).

La **discriminación** de las personas migrantes no es algo nuevo en nuestro país, pero si es preocupante que esté aumentando. Los profesionales sanitarios tienen una labor importante para limitar esto en el ámbito sanitario, no solo con su propia actitud, sino desmintiendo los discursos tóxicos sobre la migración, de los que desgraciadamente, a veces participan.

Necesitamos, frente al modelo biomédico imperante, construir **un modelo de atención integral desde una perspectiva biopsicosocial**, lo que redundaría en una mejor atención a toda la población. Dentro de ese modelo es importante contribuir a la autonomía y al empoderamiento de las y los pacientes, reconociendo, respetando y dando espacio a sus capacidades para iniciar y mantener los autocuidados y para solventar determinados problemas de salud. Esto es algo que no suele tenerse en cuenta, sobre todo en el colectivo de mujeres latinas migrantes, cuyos conocimientos curativos suponen además una forma de distinción y empoderamiento, como señalan trabajos previos.

Para finalizar se detallan algunas **recomendaciones** a tener en cuenta desde la Atención Primaria de salud para lograr una atención integral no sólo a las mujeres migrantes latinoamericanas, sino a toda la población.

Es imprescindible mejorar la información que se ofrece a la población migrante respecto al marco legal del sistema sanitario, a su estructura y funcionamiento en general, y al de la Atención Primaria en particular, con las competencias y espacios de intervención de los distintos agentes sanitarios. Esta medida, además de ser fácil de implementar, redundaría en claros beneficios para los pacientes, para los profesionales y para el propio sistema sanitario, ya que se reducirían las innecesarias visitas a urgencias por motivos que pueden (y deben) resolverse en las consultas de los centros de salud.

Todos los profesionales de los centros de salud, sanitarios y no sanitarios, han de estar bien informados de las condiciones y los requisitos exigidos a las personas migrantes para el acceso sanitario. Esto también es sencillo de llevar a cabo y evitaría muchas dudas, incertidumbres y pérdidas de tiempo.

Conviene que las y los profesionales reflexionen sobre la queja repetida del trato poco amable o incluso grosero que dispensan a sus pacientes. Todos sabemos que las condiciones de trabajo no son las idóneas, pero determinadas actitudes no solucionan los problemas laborales y empeoran claramente el día a día en las consultas para todas las personas.

Un aspecto fundamental a plantearse desde las gerencias y desde los propios equipos de los centros de salud es la necesidad de mejorar la formación del personal para hacer frente a los problemas de comunicación, así como la importancia de desarrollar las competencias culturales precisas para una atención idónea. En este punto cabe señalar que no hay formación externa ni curso alguno que supla el interés del propio profesional por hacer mejor su trabajo

y cumplir así con su obligación, pero siempre se puede motivar a los profesionales de diversas maneras. Esto redundaría en una mejora de la calidad de la asistencia y en una reducción de la discriminación en el ámbito sanitario. Pero no sólo en este ámbito, ya que de alguna manera los profesionales también tienen influencia como agentes sociales para contribuir a erradicar las actitudes racistas y xenófobas que están aumentando en la sociedad española.

La saturación de las consultas y las listas de espera afectan tanto a la población migrante como a la autóctona, es claro que empeoran la calidad de la atención sanitaria y generan insatisfacción en pacientes y profesionales. La solución de este problema, aunque más compleja que la del anterior, no puede seguir postergándose y debemos exigir que se empiecen a tomar medidas.

La desatención crónica de los problemas relacionados con la salud mental es un grave problema que, en el caso de la población migrante, y específicamente en las mujeres migrantes, tiene consecuencias que pueden llegar a ser graves. Es necesario que los médicos tengan más tiempo en las consultas para abordar estos problemas, así como incorporar psicólogos en la atención primaria que puedan atender de forma ágil a quien lo necesite, migrantes o no.

Gran parte de estas recomendaciones se resumen en la necesidad de lograr una atención sanitaria culturalmente apropiada, respetuosa, flexible y “más humana”.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 5(21), 39-52.
- Achotegui, J. (2017). Acerca de la psiquiatrización y el sobre diagnóstico de los traumas en los inmigrantes y refugiados. *Temas de Psicoanálisis*, 13, 1-14.
- Achotegui, J., Suárez-Varela, M. M. M., Boada, P. C., Bauset, C. Q., Fuster, J. V. P., Clemente, N. G., González, A. L., Lorenzo, J. M., Cantero, A. M. T., y Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de Salud Mental*, 8(37), 23-30.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Aparicio Wilhelmi, M. (2017). Unión Europea y «crisis» de refugiados. La libre movilidad como derecho humano. *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, 10, 67-84. <https://doi.org/10.1344/oxi.2017.i10.19049>
- Asociación de Antropología del Estado Español (ASAE). (s. f.). *Orientaciones Deontológicas*. Recuperado 18 de mayo de 2022, de <https://asaee-antropologia.org/asaee/orientaciones-deontologicas/>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

- Barrera, M. D. M., Tonon, G., y Salgado, S. V. A. (2012). Investigación cualitativa: El análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195-225.
- Barrios, A., y Mateos, R. (2020). Patrón epidemiológico del uso de benzodiazepinas. *FarmaJournal*, 5(2), 7-14. <https://doi.org/10.14201/fj202052714>
- Bermúdez, E. (2004). Imágenes de la salud y enfermedad de las mujeres colombianas inmigrantes en España. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3(7), 78-100.
- Bernard, H. R. (1995). *Métodos de investigación en Antropología. Abordajes cualitativos y cuantitativos* (2. ed., 6. [print.]). AltaMira Press.
- Berry, J. W. (1998). Acculturation and health: Theory and research. En *Cultural clinical psychology: Theory, research, and practice* (pp. 39-57). Oxford University Press.
- Blanco Moreno, Á., y Thuissard Vasallo, I. (2010). Gasto sanitario e inmigración: Una mirada en clave de integración. *Presupuesto y Gasto Público*, 4(61), 93-132.
- Bolaños, K. (2021). “¡Es lo que hay!” *Memorias de presencia y ausencia de mujeres colombianas inmigrantes trabajadoras del hogar y de los cuidados* [Trabajo Fin de Máster en Globalización y Desarrollo. Curso 2020/2021, Hegoa. Universidad del País Vasco]. <https://publicaciones.hegoa.ehu.eus/es/publications/516>
- Bravo Sáenz, L., y Caparrós Civera, N. (2015). Café y palabras. Las voces de las mujeres que cruzan fronteras. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(2), 225-234. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n2.45523

- Burón Pust, A. (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya [Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/96528>
- Cabria, A., Pérez, A., Prieto, D., y Pérez, O. (2010). *Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria—2007-2009*. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. <https://ospc.es/proyectos/9-estudio-sobre-determinantes-de-la-salud-y-acceso-a-servicios-sanitarios-de-la-poblacion-inmigrante-en-cantabria>
- Calvo Buezas, T. (2018). *Voces de Inmigrantes*. OBERAXE. https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/es/publicaciones/documentos/documento_0113.htm
- CAM, Observatorio de Inmigración. (2021). *Informe de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2021_0.pdf
- Cerri, C. (2010). La importancia de la metodología etnográfica para la investigación antropológica. El caso de las relaciones de valores en un espacio asociativo juvenil. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, 13(2), 4. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.549>
- Comunidad de Madrid, I. de S. P. (2004). *Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante* (Nº 91). Documentos técnicos de Salud Pública. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009154.pdf>

- Confederación Salud Mental España. (2021). *Salud mental y COVID-19 Un año de pandemia*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
- Fuertes, C., y Martín Laso, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 9-25.
- Fuertes, M. C., Elizalde, L., Andrés, M. R. de, García Castellano, P., Urmeneta, S., Uribe, J. M., y Bustince, P. (2010). Atención al paciente inmigrante: Realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 179-190.
- Giménez, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones. Publicación Del Instituto Universitario de Estudios Sobre Migraciones*, 2, 125-159.
- Gimeno-Feliu, L. A., Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R., y Prados-Torres, A. (2016). Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*, 16(1), 450. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5>
- Gimeno-Feliu, L. A., Pastor-Sanz, M., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Díaz, E., y Prados-Torres, A. (2021). Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01373-3>
- González Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, 7, 77-97.
- Granado Almena, V. (2012). ¿Derecho de fuga? Derecho de migración y nacionalidad cosmopolita. *Arbor*, 188(755), 489-502. <https://doi.org/10.3989/arbor.2012.755n3003>

Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. (2ª ed).

Paidós Básica. https://www.academia.edu/35136183/Etnografia_Hammersley

Hernández-Quevedo, C., y Jiménez-Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and

health care utilization patterns between foreigners and the national population in

Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science &*

Medicine, 69(3), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.005>

Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Delitos según nacionalidad(26014)*. INE.

Recuperado 29 de mayo de 2022, de

<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=26014#!tabs-tabla>

Instituto Nacional de Estadística. (2022a). *España en cifras 2022*. INE.

http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras

Instituto Nacional de Estadística. (2022b). *Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1*

de enero de 2022 Datos provisionales. https://www.ine.es/prensa/pad_2022_p.pdf

Intermón Oxfam. (s. f.). *Barómetro de la desinformación y los discursos de odio frente al*

migrante. Recuperado 29 de mayo de 2022, de

<https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/barometro-desinformacion-odio>

IOM. (2005). *World Migration Report 2005: Costs and Benefits of International Migration*

(IOM Publications). [https://publications.iom.int/es/books/world-migration-report-](https://publications.iom.int/es/books/world-migration-report-2005-costs-and-benefits-international-migration)

[2005-costs-and-benefits-international-migration](https://publications.iom.int/es/books/world-migration-report-2005-costs-and-benefits-international-migration)

Jurado, D., Mendieta-Marichal, Y., Martínez-Ortega, J. M., Agrela, M., Ariza, C., Gutiérrez-

Rojas, L., Araya, R., Lewis, G., y Gurpegui, M. (2014). World Region of Origin and

- Common Mental Disorders Among Migrant Women in Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1111-1120. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9927-0>
- Konrad Torralba, M., y Santonja Pérez, V. (2003). Sin fin aparente: Psicología de las motivaciones y los proyectos migratorios. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, 82, 49-53.
- Ku, L. (2009). Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1322-1328. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144733>
- Lacomba Vázquez, J., Benlloch Doménech, C., Cloquell Lozano, A., y Veira Ramos, A. (2020). *La aportación de la inmigración a la sociedad española*. Observatorio Permanente de la Inmigración. Gobierno de España. https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/Observatorio_permanente_inmigracion/publicaciones/fichas/Aportacion_inmigracion_vacc.pdf
- Lagomarsino, F. (2014). Familias en movimiento: Más allá de los estereotipos de la paternidad y maternidad transnacional. *Papeles del CEIC*, 2(108). <https://doi.org/10.1387/pceic.13002>
- Lamarque, M., y Moro Gutiérrez, L. (2020). Curando dentro, cuidando fuera: Mujeres latinoamericanas y prácticas terapéuticas en el contexto migratorio transnacional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300222>
- Larrauri Cantero, S. (2013). *La población inmigrante frente a las barreras de acceso al sistema sanitario* [Trabajo Fin de grado departamento Enfermería, Universidad de Cantabria].

<https://repositorio.unican.es/xmlui/browse?value=Larrauri%20Cantero,%20Sandra&type=author>

Llosada Gistau, J., Vallverdú Duch, I., Miró Orpinell, M., Pijem Serra, C., y Guarga Rojas,

À. (2012). Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: La voz de los profesionales. *Atención Primaria*, 44(2), 82-88.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.014>

López Montaña, L. M. (2012). El cuidado de las hijas y los hijos durante la migración internacional de los padres y las madres. *Ánfora*, 19(32), 117-136.

Mahé, I. G., y Casas, J. G. (2020). *Estudio sobre las necesidades de la población inmigrante en España: Tendencias y retos para la inclusión social. Informe ejecutivo* (p. 46).

ACCEM. <https://www.accem.es/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-EJECUTIVO-Estudio-Estatal-Sistemas.pdf>

Malgesini, G., y Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Catarata. https://www.catarata.org/libro/guia-de-conceptos-sobre-migraciones-racismo-e-interculturalidad_45997/, https://www.catarata.org/libro/guia-de-conceptos-sobre-migraciones-racismo-e-interculturalidad_45997/

Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 37-61.

Márquez, F., y Pérez, M. (2018). Capítulo VI: La tesis y el relato etnográfico. En *De aula y campo: Reflexiones en torno a la enseñanza y aprendizaje de la etnografía*.

https://www.academia.edu/39778077/Capi_tulo_VI_La_tesis_y_el_relato_etnogra_fico

Martí, I. A., y Martín, A. (2011). La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. *Actas del I congreso internacional sobre migraciones en Andalucía, 1521-1534*. Instituto de Migraciones.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>

Martín Díaz, E. (2012). Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas en Sevilla: Acumulación de capital social en tiempos de crisis. *Migraciones internacionales*, 6(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-89062012000400004&script=sci_arttext

Melero Valdés, L. (2010). *La persona más allá de la migración: Manual de intervención psicosocial con personas migrantes*. Fundación CeImigra.

Ministerio del Interior. (2019). *Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España 2019* (p. 66).

Moré, P. (2018). Los límites del cuidado. Organización de la asistencia a domicilio para personas mayores en Madrid y París. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e086-e086. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.25>

Moro Gutiérrez, L., Pena Castro, M. J., y Fiol Ruiz, M. (2018). Inmigrantes latinoamericanas en Salamanca: Estudio de experiencias y casos. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 15, 137-157. <https://doi.org/10.5944/comunitania.15.7>

- Naciones Unidas, A. G. (2012). *Migración Internacional y Desarrollo. Informe del Secretario General*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9734.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (p. 97). Ministerio de Sanidad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf#analytics-noticia:contenido-enlace
- OIM. (s. f.). *Términos fundamentales sobre migración*. International Organization for Migration. Recuperado 6 de junio de 2022, de <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
- OIM. (2020). *Glosario de la OIM sobre Migración*. Derecho Internacional sobre migración N°34. <https://publications.iom.int/books/derecho-internacional-sobre-migracion-ndeg34-glosario-de-la-oim-sobre-migracion>
- OIM. (2021). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*.
<https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Oso, L. (2008). Migración, género y hogares transnacionales. En *La inmigración en la sociedad española: Una radiografía multidisciplinar* (pp. 561-586). Bellaterra.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3032882>
- Pereda, C., Prada, M. Á., Actis, W., y Ortí, M. (2010). *Discursos de la población migrante en torno a su instalación en España: Exploración cualitativa*. CIS.
- Pérez Orozco, A., Paiewonsky, D., y García Domínguez, M. (2008). *Cruzando fronteras II: Migración y desarrollo desde una perspectiva de género*. (UN-INSTRAW).

https://biblioteca.hegoa.ehu.es/downloads/17693/%2Fsystem%2Fpdf%2F1824%2FCruzando_fronteras_II.pdf

Pérez-Sales, P. (2013). *Psicología y psiquiatría transcultural*. Desclée De Brouwer.

Pérez-Sales, P. (2009). Patología Psiquiátrica en Población Inmigrante. En *Manual de atención al inmigrante*. Ergon. <http://www.pauperez.cat/tematico/capitulos/patologia-psiquiatrica-en-poblacion-inmigrante/>

PNUD. (2019). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*. Ediciones del PNUD.

<https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>

Portal de Datos Mundiales sobre Migración. (s. f.). *Género y migración*. Portal de Datos sobre Migración. Recuperado 25 de mayo de 2022, de

<https://www.migrationdataportal.org/es/themes/genero-y-migracion>

Ramos, M., García, R., Prieto, M. A., y March, J. C. (2001). Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 320-326. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71575-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71575-0)

Redfield, R., Linton, R., y Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the Study of Acculturation. *American Anthropologist*, 38(1), 149-152.

Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E., y Díaz Olalla, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23, 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.010>

Ruiz-Azarola, A., Escudero Carretero, M., López-Fernández, L. A., Gil García, E., March Cerdà, J. C., López Jaramillo, D., Ruiz-Azarola, A., Escudero Carretero, M., López-Fernández, L. A., Gil García, E., March Cerdà, J. C., y López Jaramillo, D. (2020). La

perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 261-267.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>

Salas, S., Llorens, A., Navarro, A., y Moncada, S. (2020). *Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: Un estudio en población asalariada*. UAB, ISTAS-CCOO. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO

Sayed-Ahmad, N., García Galán, R., y González Rojo, E. (2008). *Salud mental en la inmigración* (Escuela Andaluza de Salud Pública).

https://www.academia.edu/7367994/Salud_mental_en_la_inmigracion

Seguí Díaz, M. (2005). El inmigrante en la consulta del médico de cabecera. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 31(11), 505-507. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72980-4](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72980-4)

Solé, C., y Flaquer, L. (2005). *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Instituto de la Mujer.

Terraza-Núñez, R., Toledo, D., Vargas, I., y Vázquez, M. L. (2010). Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *International Journal of Public Health*, 55(5), 381-390.
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0180-1>

Valls-Llobet, C. (2006). *MUJERES INVISIBLES*. Debolsillo.

Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 38-45.

Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., y Lizana Alcazo, T.
(2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población
inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.10.008>

9. ANEXOS

ANEXO I. Guía de entrevista a mujeres migrantes

Datos sociodemográficos

1. Edad
2. País de procedencia
3. Nivel de estudios
4. Estado civil
5. Hijos

Situación actual en España.

1. Años de estancia en España
2. Situación administrativa en España (residente, irregular, solicitante de asilo..)
3. ¿Cuántos años hace que tiene médico asignado en España (tarjeta sanitaria)?
4. Comunidad Autónoma y población de residencia (es una ciudad o un pueblo pequeño) donde tiene el médico de cabecera asignado.
5. ¿Con quién vive actualmente? ¿Vive con su familia? ¿su familia se quedó en su país?
6. ¿Tiene trabajo actualmente?, si es así, ¿en que trabaja?

Características del proceso migratorio personal.

1. ¿Trabajaba usted en su país?, si es así, ¿a qué se dedicaba?
2. ¿Cuál fue el motivo de salir de su país y venir a España?
3. ¿Quiere contar algo acerca de cómo fue su viaje y sus primeros momentos en España?
4. ¿Tuvo problemas administrativos o legales?

5. Muchas personas tienen dificultades al cambiar de país, ¿Se ha sentido acogida en España? ¿tuvo al principio alguna vivencia negativa? ¿quiere contarnos alguna experiencia? ¿cómo se siente ahora?

Acceso a la sanidad en su país

1. En su país ¿hay algún tipo de seguridad social u otro tipo de aseguramiento o los médicos son privados y hay que pagarles cada vez que se acude a la consulta?
2. ¿Podía acudir al médico sin problemas cuando enfermaba usted o su familia?
3. Por favor, explique cómo se accede al médico en su país cuando uno se encuentra enfermo y qué dificultades encuentra para ello, ¿tarda mucho en darle cita?, ¿puede acudir a cualquier médico o especialista?, si tiene que pagar las consultas, ¿son caras? Cuéntenos por favor todo lo que se le ocurra al respecto.
4. Cuando iba al médico, ¿sentía que le comprendía?
5. ¿Tuvo alguna vez algún problema con los médicos en su país? ¿quiere contárnoslo?

Acceso a la sanidad e España

1. ¿Tardó mucho tiempo en obtener la Tarjeta Sanitaria y tener médico asignado? Durante ese tiempo ¿qué hacía si se encontraba enferma?
2. Cuando ya tuvo médico y fue al centro de salud ¿alguien le explicó cómo funciona en España la sanidad pública?, ¿cómo pedir cita?, ¿qué es un centro de salud y que consultas se atienden allí y cuales en el hospital?,¿cómo poder ir a la consulta de un especialista?, ¿cuándo conviene y cuando no acudir a urgencias?, ¿cómo se obtiene la medicación que el médico le receta? Relátenos cómo fue ese primer contacto con el sistema público de salud.
3. ¿El centro de salud queda cerca de su casa?, ¿y el hospital?, ¿cómo tiene que ir cuando necesita ser atendida y cuánto tarda?

4. ¿Cree que los horarios de los centros de salud son lo suficientemente amplios como para que pueda acudir sin problemas?
5. La primera vez que fue al médico de cabecera, ¿Qué le pareció? ¿se sintió bien tratada o no?, ¿el médico le explicó cómo funcionan aquí las consultas, cuando debe pedir cita, cómo acceder a los especialistas si fuera necesario? Relátenos cómo fue esa primera visita en el centro de salud.
6. Ahora, ¿cómo se siente cuando tiene que ir al médico o a la enfermera?, ¿cree que la escuchan y entienden lo que usted les explica?, cuéntenos por favor lo que se le ocurra al respecto
7. ¿En general, diría que los sanitarios (médico y enfermera) la atienden bien cuando va al centro de salud?
8. Algunas personas tienen problemas cuando van al centro de salud, a las urgencias o al hospital, ¿a usted le ha pasado?, ¿podría relatarnos alguno en concreto?
9. Cuando sale usted de la consulta de enfermería o de medicina, ¿siente que ha entendido bien lo que le han indicado o le quedan dudas? Si es así, ¿puede pedir más aclaraciones o no?
10. ¿Ha acudido alguna vez a algún médico privado en España? Si es así, ¿cómo ha sido su experiencia?

Problemas de discriminación o racismo

Viendo cómo se trata a otras personas, ¿usted se ha sentido alguna vez tratada de manera diferente?, ¿Por qué? ¿le gustaría contarnos alguna experiencia?

ANEXO II. Guía de entrevista a mujeres sanitarias

Datos sociodemográficos

6. Edad
7. País de procedencia
8. Profesión
9. Años trabajando en atención primaria

Acceso a la sanidad en otros países

1. ¿Conoce algo acerca de cómo es el sistema sanitario en países de Latinoamérica?, ¿sabe cómo suele ser el acceso de las personas al médico o la enfermera?

Acceso a la sanidad e España de mujeres migrantes latinas

1. ¿Sabe cómo es el proceso que han de pasar las personas migrantes para obtener la Tarjeta Sanitaria que les permite acudir al Centro de Salud?
2. ¿Cree que cuando las migrantes acuden al centro de salud alguien les ha explicado cómo funcionan aquí las cosas?: cómo pedir cita, acudir a urgencias o al centro, etc
3. ¿Cuándo atiende en la consulta por primera vez a una persona migrante, usted le explica antes de nada como funcionan aquí las consultas, cuando hay que acudir al centro y cuando a urgencias?
4. ¿Cree que el centro de salud queda en general cerca de los domicilios de las personas que atiende?, ¿y el hospital?, ¿cree que algunas personas tienen dificultades para acudir por la distancia o las comunicaciones?
5. ¿Cree que los horarios de los centros de salud son lo suficientemente amplios como para que cualquiera pueda acudir sin problemas?

6. ¿Cuándo atiende a mujeres latinas migrantes siente que comprende lo que le quieren decir?
¿quiere contarnos algo al respecto?
7. ¿En general, diría que los sanitarios (médico y enfermera) atienden bien a estas mujeres cuando van al centro de salud?
8. Algunas veces hay problemas entre las sanitarias y las migrantes en el centro de salud, ¿le ha ocurrido alguna vez? ¿podría relatarnos alguno en concreto?
9. Cuando la mujer migrante sale de su consulta, ¿siente que ha entendido bien lo que le ha indicado o siente que le han quedado dudas?
10. ¿Opina que las personas migrantes (y en concreto las mujeres latinas) abusan de nuestro sistema sanitario? ¿por qué?

Problemas de discriminación o racismo

¿Cree que en general las personas migrantes se pueden encontrar con algún problema de racismo en las consultas de los centros de salud? ¿por qué? ¿puede contarnos alguna experiencia concreta?

ANEXO III. Formato de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado de que mi participación en esta Investigación es voluntaria. He sido informado de que el investigador adquiere el compromiso de responder a cualquier pregunta que se le haga sobre los procedimientos una vez concluida la investigación. He sido informado de que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

Doy mi consentimiento informado para participar en la Investigación: “MUJERES MIGRANTES LATINAS Y ACCESIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA”. Consiento la grabación en audio de entrevista personal y la publicación de los resultados del estudio, siempre que la información sea anónima o se muestre de manera agregada de modo que no pueda llevarse a cabo una clara asociación entre mi identidad y los resultados. Entiendo que, aunque se guardará un registro de mi participación en el estudio, el investigador adquiere el compromiso de que todos los datos de mi conducta recogidos de mi participación sólo serán identificados por un número y en ningún caso se mostrarán asociados a mi identidad.

Responsables de la investigación Prof. Arsenio Dacosta, Prof. Raluca Cosmina y D^a M^a Carmen López Gutiérrez, Universidad de Salamanca.

Madrid, _____ de _____ de 2022

Fdo.:D/D^a _____

DNI: _____

Contacto: Carmen López Gutiérrez
Teléfono: +34 650680288
Correo electrónico: peritomoreno8@gmail.com

ANEXO IV. Códigos

MUJERES MIGRANTES

- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

M01-Edad

M02-País de origen

M03-Estudios

M04-Trabajo en país de origen

M05-Trabajo en España

M06-Tiempo en España

M07-Tiempo con TIS

- EL PROCESO MIGRATORIO

M08-Motivos para migrar

M09-Llegada y acogida en España

M10-Estrés aculturativo/Integración

M11-Los hijos

- LA ASISTENCIA SANITARIA

M12-Asistencia sanitaria en país de origen

M13-Información recibida en España

M14-Accesibilidad Centros de Salud

M15-Experiencias y opiniones acerca del sistema sanitario

M16-Comunicación con sanitarios

- LA DISCRIMINACIÓN

M17-Discriminación

MUJERES SANITARIAS

- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

S01-Edad

S02-Estudios

S03-Profesión

S04-Tiempo de trabajo en Atención Primaria

- CONOCIMIENTOS SOBRE MIGRACIÓN

S05-Conocimiento de otros sistemas sanitarios

S06-Conocimiento del proceso para obtener TIS

S07-Formación en multiculturalidad

- LA ASISTENCIA SANITARIA

S08-Información aportada a las migrantes

S09-Accesibilidad Centros de Salud

S10-Experiencias y opiniones acerca de las migrantes latinas (Frecuentación, Motivos consulta, Experiencias)

S11-Comunicación con migrantes latinas

- LA DISCRIMINACIÓN

S12-Discriminación

ANEXO V. Glosario

- **Apátrida:** persona no considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación (OIM, 2020, p. 23).
- **Asilo:** otorgamiento por parte de un Estado de protección en su territorio a personas que se encuentran fuera del país de su nacionalidad o residencia habitual, quienes huyen de la persecución, daños graves o por otras razones (OIM, 2020, p. 26).
- **Asimilación:** enfoque normativo unidireccional de la integración que propugna la adopción por un grupo étnico o social –normalmente minoritario– de las prácticas culturales de otro –habitualmente mayoritario. La asimilación supone la interiorización del idioma, las tradiciones, los valores, las costumbres y el comportamiento que, por lo general, lleva a la parte asimilada a ser socialmente menos distinguible de otros miembros de la comunidad receptora (OIM, 2020, p. 27).
- **Ciclo migratorio:** etapas del proceso migratorio que comprenden la partida, en algunos casos el tránsito a través de uno o varios países, la inmigración en el país de destino y el retorno (OIM, 2020, p. 34).
- **Ciudadanía:** Véase **Nacionalidad**
- **Ciudadano:** Véase **Nacional**
- **Comunidad de acogida:** comunidad nacional o local en la que residen temporalmente los desplazados (OIM, 2020, p. 38).
- **Comunidad de origen:** en el contexto de la migración, comunidad nacional o local de una persona o de un grupo de personas que ha migrado, ya sea en el interior del país o a través de las fronteras internacionales (OIM, 2020, p. 38).

- **Crisis migratoria:** flujos migratorios complejos y, generalmente a gran escala, así como patrones de movilidad ocasionados por una crisis que suelen traer consigo considerables vulnerabilidades para las personas y comunidades afectadas y plantear serios retos de gestión de la migración a más largo plazo. Una crisis migratoria puede ser repentina o paulatina, puede ser por causas naturales u ocasionada por el hombre, y puede tener lugar internamente o a través de las fronteras (OIM, 2020, p. 43).
- **Derecho a salir de cualquier país:** elemento del derecho a la libertad de circulación por el que se prescribe que toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluido el propio (OIM, 2020, p. 50).
- **Derecho al retorno:** elemento del derecho a la libertad de circulación por el que se prescribe que toda persona tiene derecho a regresar a su país (OIM, 2020, p. 50).
- **Derechos civiles y políticos:** derechos y libertades que protegen la integridad física y mental de las personas, así como su participación ciudadana y política, contra cualquier interferencia arbitraria (OIM, 2020, p. 55).
- **Derechos económicos, sociales y culturales:** derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación (OIM, 2020, p. 56).
- **Derechos humanos:** garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana (OIM, 2020, p. 56).
- **Desplazados:** personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como

resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos (OIM, 2020, p. 60).

- **Diáspora:** conjunto de migrantes o descendientes de migrantes cuya identidad y sentimiento de pertenencia, sean reales o simbólicos, dimanen de su experiencia y sus antecedentes migratorios. Los miembros de la diáspora mantienen vínculos con su país de origen y entre ellos, a partir de una historia y una identidad compartidas o de experiencias comunes en el país de destino (OIM, 2020, p. 69).
- **Discriminación:** toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (OIM, 2020, p. 70).
- **Diversidad cultural:** diversidad de manifestaciones culturales en una sociedad compuesta por grupos de personas de muy diversos orígenes y costumbres (OIM, 2020, p. 71).
- **Efecto del migrante sano:** término que alude a la observación de que, en promedio, los inmigrantes gozan de un mayor grado de salud que los nacionales del país, posiblemente debido a los exámenes médicos realizados por los países receptores, su comportamiento saludable antes de la migración y la autoselección de los inmigrantes (OIM, 2020, p. 74)
- **Emigración:** desde la perspectiva del país de salida, movimiento que realiza una persona desde el país de nacionalidad o de residencia habitual hacia otro país, de modo que el

país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual (OIM, 2020, p. 74).

- **Emigrante:** desde la perspectiva del país de salida, persona que se traslada desde el país de nacionalidad o de residencia habitual a otro país, de modo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual (OIM, 2020, p. 74).
- **Expatriado:** persona que renuncia voluntariamente a su nacionalidad (OIM, 2020, p. 83).
- **Explotación sexual:** todo abuso cometido o amenaza de abuso en una situación de vulnerabilidad, de relación de fuerza desigual o de confianza, con propósitos sexuales, a los efectos, aunque sin estar exclusivamente limitado a ellos, de aprovecharse material, social o políticamente de la explotación sexual de otra persona (OIM, 2020, p. 84).
- **Extranjero, persona extranjera:** persona física que no tiene la nacionalidad del Estado en cuyo territorio se encuentra. El término “extranjero”, si bien suele utilizarse en contextos jurídicos nacionales, tiende a tener una connotación negativa en otros contextos al establecer una distancia artificial y entrañar un sentido de alteridad (OIM, 2020, p. 87).
- **Feminización de la migración:** fenómeno caracterizado por la naturaleza cambiante de la migración de las mujeres, que refleja el hecho de que cada vez hay más mujeres que migran de manera independiente, en lugar de hacerlo como miembros de un hogar, y participan activamente en el mundo laboral (OIM, 2020, p. 91).

- **Flujo migratorio internacional:** número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico (OIM, 2020, p. 92).
- **Género:** roles y relaciones, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores y poder e influencia relativos construidos socialmente de manera diferenciada, que la sociedad atribuye a hombres y mujeres. El género es relacional y no se refiere exclusivamente a las mujeres o a los hombres, sino a las relaciones entre ambos (ONU-Mujeres, 2014, pág. 46).
- **Grupo vulnerable:** según el contexto, cualquier grupo o sector de la sociedad (menores; ancianos; personas con discapacidad; minorías étnicas o religiosas; migrantes, en particular los que están en situación irregular; o personas de sexo, orientación sexual e identidad de género diversos) que corren mayor riesgo de ser objeto de prácticas discriminatorias, violencia, desventajas sociales o dificultades económicas en comparación con otros grupos dentro de un Estado. Estos grupos también corren mayor peligro en periodos de conflicto, crisis o desastre (OIM, 2020, p. 105).
- **Inclusión social:** proceso consistente en mejorar la habilidad, las oportunidades y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su identidad, para que puedan participar en la sociedad (OIM, 2020, p. 107).
- **Inmigración:** desde la perspectiva del país de llegada, acto de trasladarse a un país distinto del país de nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual (OIM, 2020, p. 109).

- **Inmigrante:** desde la perspectiva del país de llegada, persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual (OIM, 2020, p. 109).
- **Integración:** proceso bidireccional de adaptación mutua entre los migrantes y las sociedades en las que viven, por el cual los migrantes se incorporan a la vida social, económica, cultural y política de la comunidad receptora. Ello conlleva una serie de responsabilidades conjuntas para los migrantes y las comunidades, y comprende otras nociones conexas como la inclusión y la cohesión social (OIM, 2020, p. 111).
- **Lugar de residencia habitual:** lugar de un país en el que reside una persona, es decir, el lugar donde tiene una vivienda en la que normalmente pasa los periodos diarios de descanso (OIM, 2020, p. 119).
- **Migración** el proceso de trasladarse de un lugar a otro, ya sea de una zona rural a una ciudad, de un distrito o provincia de un determinado país a otro del mismo país, o de un país a otro (OIM, 2021, p. 29).
- **Migrante:** término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones (OIM, 2020, p. 132).

Migrante internacional: toda persona que cambia de país de residencia habitual, distinguiéndose entre los **migrantes por breve plazo** (que cambian de país de residencia habitual por períodos de al menos tres meses, pero inferiores a un año) y los **migrantes por largo plazo** (que se trasladan por períodos de al menos un año) (OIM, s. f.).

Migrantes de segunda o tercera generación: personas que nunca han migrado, como los hijos de padres nacidos en el extranjero (OIM, 2021, p. 29).

Migrante indocumentado, irregular, “ilegal”: los migrantes que no tienen la documentación o autorización legal requerida para entrar y/o residir en un territorio determinado.

- **Multiculturalismo:** modelo de políticas de integración que fomenta la preservación, la expresión y a veces incluso la celebración de la diversidad cultural. Este enfoque alienta a los migrantes a convertirse en miembros de pleno derecho de la sociedad, al tiempo que conservan su identidad cultural. Combina el reconocimiento de diversos orígenes, tradiciones y maneras de ver el mundo con algunos valores universalistas, como el estado de derecho o la igualdad de género, que prevalecen sobre las diferencias culturales y garantizan los mismos derechos para todos. La imagen que mejor refleja la relación de integración es la de un mosaico que permite a los grupos étnicos minoritarios convivir con la mayoría de la población (OIM, 2020, p. 145).
- **Nacional:** persona que tiene un vínculo jurídico con un Estado (OIM, 2020, p. 147).
- **Nacionalidad:** Vínculo jurídico entre un individuo y un Estado (OIM, 2020, p. 148).

Adquisición de nacionalidad: cualquier forma de obtención de la nacionalidad, al nacer o en cualquier momento después del nacimiento, que se realiza de manera automática o no automática, ya sea por atribución, declaración, elección o solicitud (OIM, 2020, p. 20).

- **Racismo:** cualquier teoría, doctrina, ideología o conjunto de ideas que enuncian un vínculo causal entre las características fenotípicas o genotípicas de individuos o grupos y

sus rasgos intelectuales, culturales y de personalidad, incluido el falso concepto de la superioridad racial (OIM, 2020, p. 185).

- **Reinserción:** forma de asistencia transitoria para ayudar a cubrir las necesidades básicas de los migrantes, otros grupos específicos (como desplazados y excombatientes) y sus familias (OIM, 2020, p. 196)
- **Remesas (migrantes):** transferencias monetarias de carácter privado que los migrantes realizan, ya sea a través de las fronteras o dentro de un mismo país, a particulares o comunidades con los que mantienen vínculos (OIM, 2020, p. 199).
- **Retorno:** en el contexto de la migración internacional, movimiento de personas que regresan a su país de origen después de haberse marchado de su lugar de residencia habitual y haber cruzado una frontera internacional. En el contexto de la migración interna, movimiento de personas que regresan a su lugar de residencia habitual después de haberse marchado de él (OIM, 2020, p. 125).
- **Salud:** estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948).
- **Trabajador migrante:** toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional. Puede ser **irregular, indocumentado** (no autorizado a entrar, a permanecer ni a ejercer una actividad remunerada en el Estado de empleo) o **regular, documentado** (autorizado a ingresar, a permanecer y a ejercer una actividad remunerada en el Estado de empleo) (OIM, 2020, pp. 229-231).
- **Tráfico de migrantes:** facilitación de la entrada irregular de una persona en un Estado del cual dicha persona no es nacional ni residente permanente con el fin de obtener,

directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material (OIM, 2020, p. 235).

- **Trata de personas:** captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluye, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (OIM, 2020, p. 239).
- **Turista:** persona que no reside en el país de llegada, admitida temporalmente en ese país con un visado de turista (si fuere necesario) con fines de esparcimiento, recreo, vacaciones, visitas a parientes o amigos, tratamiento médico o peregrinación religiosa. Debe pasar al menos una noche en un alojamiento colectivo o privado en el país receptor y su estancia no debe sobrepasar los 12 meses (OIM, 2020, p. 242).
- **Violencia de género:** término general que designa todo acto lesivo perpetrado contra la voluntad de una persona y que está basado en diferencias de carácter social (género) entre hombres y mujeres. Comprende los actos que tienen como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la denegación de recursos, oportunidades o servicios, el matrimonio forzado y otras formas de privación de libertad. Tales actos pueden cometerse en público o en privado (OIM, 2020, pp. 250-251).

- **Xenofobia:** si bien no existe una definición internacionalmente aceptada de “xenofobia”, esta puede definirse como el conjunto de actitudes, prejuicios y comportamientos que entrañan el rechazo, la exclusión y, a menudo, la denigración de personas por ser percibidas como extranjeras o ajenas a la comunidad, a la sociedad o a la identidad nacional (OIM, 2020, p. 256).