

Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria

La inmigración de personas de otros países a Cantabria, aún estando lejos de las cifras de otras Comunidades Autónomas, se ha incrementado de forma notable en la última década. Las diferentes características culturales, religiosas, étnicas y sociales en general de las personas que llegan, hacen que tengamos necesidad de información de su situación y sus necesidades en salud, además de los conocimientos y percepción que tienen autoridades y el conjunto de los profesionales sanitarios.

El presente *“Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a los servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria”*, aporta una importante información para mejorar la respuesta a estas necesidades, en el objetivo de garantizar el derecho universal a la salud y la equidad en el acceso a servicios de calidad para toda la población.

Estudio que ha sido realizado por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria en coordinación con la Dirección General de salud Pública y el Servicio Cántabro de Salud, contando con la colaboración de otros organismos de la Administración Pública, personas inmigrantes, entidades sociales y profesionales del servicio de salud.

La suma de recomendaciones aportadas por los distintos colectivos que han participado en el estudio, son producto de una reflexión desde visiones diferentes y complementarias, reflejando las diferentes necesidades de unos y otros para la consecución de un fin común: la mejora de la atención de salud de las personas inmigrantes en Cantabria.

A cada uno de estos colectivos y personas que han participado, asesorado y contribuido en este estudio, mi más profundo agradecimiento.

Luis María Truan Silva
Consejero de Sanidad del Gobierno de Cantabria

Dirección del proyecto

Ángeles Cabria, OSPC

Investigador colaborador

Fernando Conde, Director del CIMOP

Equipo de trabajo del OSPC

Ángeles Cabria, Directora

Ana Pérez, Técnica Superior

Dolores Prieto, Técnica Superior

Óscar Pérez, Técnico Superior

Asistencia Técnica

Cristina Gómez Estébanez

Colaboraciones

Becario:

- *Rubén Cordera*

Pasantes:

- *Tatiana Farfán. Instituto Complutense de Estudios Internacionales (UCM)*
- *Olga Halina Sosinski. Georgia Institute of Technology*
- *Álvaro Ramos. Escuela Universitaria de Enfermería (UC)*

Agradecimientos

Agradecemos encarecidamente a todas las personas que han colaborado y participado generosamente en este estudio, muchas de ellas anónimas y todas fundamentales. Muy especialmente a las mujeres y los hombres inmigrantes a quienes está dedicado este trabajo, y a las personas y entidades siguientes:

- *María Luisa Tato, Técnica del Servicio Cántabro de Salud*
- *Iñigo Fernández, Jefe de Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad*
- *Laura Nieto y Lorena Campo, Técnicas del Instituto Cántabro de Estadística - ICANE*
- *Alberto Arroyo y Nieves Rioz, Técnicos del Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria. Servicio Público de Empleo Estatal*
- *Blanca Celorio, Jefa de Negociado de Siniestralidad Laboral. Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. Consejería de Empleo y Bienestar Social*

- *Asunción Villalba, Secretaria de Políticas Sociales UGT Cantabria y equipo del Centro Guía Migraciones. UGT Cantabria*
- *Yolanda Castillo, Secretaria de Políticas Sociales Mujer e Inmigración. CCOO Cantabria y equipo del Centro de Información de Trabajadores Extranjeros (durante el período del estudio)*
- *José Miguel Tolosa y Lorena del Pozo, Jefes (anterior y actual) de la Oficina de Extranjeros. Delegación de Gobierno en Cantabria*
- *Ana Estébanez, Trabajadora Social. Centro de Planificación Familiar La Cagiga - SCS*
- *Ángela Caicedo, Psicóloga. Cantabria Acoge*
- *Justa Montero, Técnica. Federación de Planificación Familiar Estatal - FPFE*
- *Isabel Luis Rivas, Técnica Sección de Cartografía. Dirección General de Protección Civil. Gobierno de Cantabria*

Entidades Sociales que proveen servicios a la población inmigrante:

- *Cantabria Acoge*
- *Cruz Roja*
- *Caritas*
- *Nueva Vida*
- *Cantabria por el Sahara*
- *Cocina Económica*
- *Nueva Gente*

Asociaciones de inmigrantes:

- *Asociación de Colombianos*
- *Asociación de Argentinos*
- *Asociación Cultural Unión Perú*
- *Asociación del Paraguay*
- *Asociación Ecuatorianos amigos del reencuentro*
- *Asociación Nueva Gente*
- *Asociación de Quisqueyanos*
- *Asociación de Ucrainianos y Gente del Este*
- *Asociación de residentes Bolivianos en Cantabria*
- *Mujeres Inmigrantes Asociadas - MIA*

Mujeres inmigrantes no asociadas

- *Mediadoras Interculturales de la Consejería de Educación (comunidades china, árabe, rumana y latinoamericana)*

Servicio Cántabro de Salud:

- *Gerencias de Atención Primaria -GAP- Santander-Laredo y Torrelavega-Reinosa del SCS*
 . Gerentes, Directores Médicos y de Enfermería

- . *Coordinadores de todos los Centros de Salud de Atención Primaria -CAP- y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria -SUAP-*
- . *Profesionales Médicos, Enfermería, Trabajo Social y Personal Administrativo de los CAP participantes en entrevistas, grupos de discusión y reuniones de grupo: 1. Agüera, 2. Astillero, 3. Alto Pas, 4. Bajo Asón, 5. Bajo Pas, 6. Besaya, 7. Bezana, 8. Buelna, 9. Camargo, 10. Campoo, 11. Castilla. 12. Castros, 13. Centro, 14. Covadonga, 15. Dobra, 16. Gama, 17. Isabel II, 18. Laredo, 19. Liébana, 20. Mataporquera, 21. Meruelo, 22. Miera, 23. Pisueña Santa M^a de Cayón, 24. Pisueña Selaya, 25. Puertochico, 26. Reinosa, 27. Santoña, 28. Sardinero, 29. Suances, 30. Vargas, 31. Centro de Planificación Familiar La Cagiga*
- *Hospital de Sierrallana, Torrelavega*
 - . *Gerencia, Dirección Médica y de Enfermería*
 - . *Pedro Herrera, Supervisor de Enfermería. Área de Calidad, Docencia, Formación e Investigación*
 - . *M^a Dolores Acón, Subdirectora de Gestión*
 - . *Profesionales Médicos de Urgencias y Hospitalización*
 - . *Profesionales de Enfermería de Urgencias y Hospitalización*
 - . *Profesionales de Trabajo Social*
 - . *Personal Administrativo*
 - . *Raúl Martínez, Técnico Superior de Sistemas y Tecnologías de la Información*
- *Hospital de Laredo*
 - . *Adelia Gallastegui, Jefa del Servicio de Admisión y Documentación Clínica*
 - . *Ignacio Elicegui, Técnico Superior, y Juan Antonio Pequeño, Técnico del Servicio de Informática*
- *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*
 - . *Profesionales médicos inmigrantes*
 - . *Ricardo Sáez. Jefe del Servicio de Informática*
 - . *Ramón Gutiérrez, Técnico del Servicio de Informática*
 - . *Fernando Rojo. Sistemas de información. Servicio de Admisión y Documentación Clínica*

Agradecemos los comentarios a este estudio de las expertas en la temática:

- *Nicole Aerny Perreten y Milagros Ramasco. Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid*

ÍNDICE



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	15
RESUMEN EJECUTIVO	20
1 DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRANTES: MARCO NORMATIVO – LEGAL	29
1.1. Marco Normativo Internacional	30
1.2. Marco Normativo de la Unión Europea	30
1.3. Marco Legal Estatal	31
1.4. Marco Legal Autonómico	33
2 DISEÑO DEL ESTUDIO	35
2.1. Fuentes de información secundaria: posibilidades y limitaciones para el análisis	37
2.2. Decisiones metodológicas	42
3 PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA	45
3.1. Evolución de la población inmigrante en Cantabria	46
3.1.1. Distribución de la población española e inmigrante por sexo y edad	47
3.1.2. Composición de la población inmigrante por origen y sexo	48
3.1.3. Ubicación geográfica de residencia de la población inmigrante en Cantabria	52
3.2. Movimiento Natural de Población	55
3.2.1. Tasa de Fecundidad	55
3.2.2. Nacimientos	58
3.2.3. Interrupción Voluntaria del Embarazo	60
3.2.4. Tasa de Mortalidad	65
3.3. Situación socio-económica	67
3.3.1. Nivel de Estudios	67
3.3.2. Acceso a vivienda	68
3.3.3. Situación Laboral	70
3.3.4. Siniestralidad Laboral	76
3.4. Recomendaciones de mejora de las fuentes de información	79



4	ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA	81
4.1.	Estimación del número de personas inmigrantes en situación administrativa no regularizada en Cantabria	82
4.2.	Acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- en Cantabria	83
4.2.1.	Perfil de la población inmigrante con TSI en Cantabria	83
4.2.2.	TSI de personas inmigrantes por áreas de Gerencia de Atención Primaria	90
4.2.3.	TSI de personas inmigrantes por tipos de usuario del sistema	90
4.3.	Utilización de Servicios de atención hospitalaria por parte de la población inmigrante	91
4.3.1.	Utilización de los Servicios de Urgencias en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006	91
4.3.2.	Utilización de los Servicios de Hospitalización en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006	94
4.4.	Recomendaciones de mejora de las fuentes de información	98
5	PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y DEL TEJIDO SOCIAL RESPECTO A LA SALUD, FACTORES QUE LA DETERMINAN Y PRIORIDADES	99
5.1.	PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE	101
5.1.1.	Introducción: El proceso migratorio	102
5.1.2.	Principales problemas de salud percibidos por la población inmigrante	113
5.1.3.	Percepciones sobre el sistema de salud	116
5.1.4.	Etapas de relación con el sistema de salud	120
5.1.5.	Colectivos con problemáticas especiales o en situación de vulnerabilidad	126
5.1.6.	El papel de las asociaciones de inmigrantes	127
5.2.	PERCEPCIONES DE LAS ENTIDADES SOCIALES QUE PROVEEN SERVICIOS A LA POBLACIÓN INMIGRANTE	130
5.2.1.	Percepciones en cuanto a las políticas en materia de inmigración	131
5.2.2.	Principales problemas percibidos en torno a la salud de la población inmigrante	132
5.2.3.	Percepciones sobre el sistema de salud	135
5.2.4.	Etapas de relación con el sistema de salud	136
5.2.5.	El papel de las asociaciones que proveen servicios a la población inmigrante	140
5.3.	Recomendaciones y propuestas desde la población inmigrante y el tejido social	142

6	PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA EN CUANTO A LA SITUACIÓN Y NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE	145
6.1.	El contexto de las opiniones y juicios acerca de la población inmigrante en Cantabria	148
6.1.1.	La sensibilización del personal del sistema de salud ante el tema de la inmigración	149
6.1.2.	La importancia del rol profesional en los discursos sobre la población inmigrante en el sistema de salud	150
6.2.	La percepción del fenómeno de la inmigración en Cantabria	151
6.2.1	Presencia de la población inmigrante en el sistema de salud cántabro	151
6.2.2.	La presencia de la inmigración como “reto” y “oportunidad” para el sistema de salud cántabro	152
6.3.	Opiniones sobre características de los colectivos inmigrantes y factores determinantes de su salud	153
6.3.1.	El proceso migratorio y su posible impacto en la salud	154
6.3.2.	El sistema de imágenes en relación con el “afrontamiento” del dolor y la enfermedad	158
6.3.3.	La dimensión de género	162
6.3.4.	La estabilidad o movilidad residencial	164
6.3.5.	La situación de regularidad e irregularidad administrativa	164
6.3.6.	El tiempo de estancia en la el país receptor	165
6.4.	Las problemáticas más relevantes respecto a la salud de la población inmigrante	166
6.4.1.	La evolución de las pautas de reproducción familiar	168
6.4.2.	Los cambios en los hábitos de vida	171
6.4.3.	La ausencia de inmigrantes en los programas de educación para la salud	173
6.4.4.	Las enfermedades infecciosas	173
6.5.	La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria	175
6.5.1.	La problemática de la atención a la población inmigrante sin TSI	179
6.6.	Las dimensiones que inciden en las relaciones entre el personal del sistema de salud y las personas usuarias inmigrantes	183
6.6.1.	El idioma y la comunicación	184
6.6.2.	El trato del personal del sistema de salud y las relaciones con las personas usuarias inmigrantes	186
6.7.	El sistema de relaciones de la población inmigrante con el sistema de salud en Cantabria	189
6.7.1.	El nivel de información de las personas inmigrantes acerca del sistema de salud	189
6.7.2.	Los modelos de referencia de los sistemas de salud de los países de origen	191
6.7.3.	Las conductas de la población inmigrante en su relación con el sistema de salud cántabro	192
6.7.4.	La demanda de traductores y de mediadores interculturales	197
6.8.	Recomendaciones y propuestas de los profesionales de salud	198

7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	201
	BIBLIOGRAFÍA	209
	LISTADO DE GRÁFICOS, TABLAS Y MAPAS	215
	ANEXOS	221
	Anexo 1. Requisitos previos de acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en Cantabria	222
	Anexo 2. Servicios brindados por las entidades sociales a la población inmigrante (2006-2008)	225
	Anexo 3. Acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en las diferentes Comunidades Autónomas	229

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la inmigración comienza a sentirse en Cantabria al comienzo del siglo XXI, cuando ya se está manifestando de forma más contundente en otras Comunidades Autónomas. Mientras en el conjunto de España la presencia de la inmigración pasa del 2,7% en el año 2000 al 12,1% en 2009, en Cantabria se hace igualmente notable el aumento, aunque en menor medida (del 1,3% al 6,5% respectivamente).

Dicho fenómeno llega a España con años, incluso décadas, de retraso respecto a otros países del entorno europeo, de Estados Unidos y Canadá, o de Australia y Nueva Zelanda, que cuentan con una historia de inmigración mucho más enraizada en la estructura socio-política y en el acervo cultural de sus países. Durante este período histórico, España pasa por cambios socio-demográficos, económicos y laborales, además de culturales, que demandan adaptaciones de las políticas y de la población a una nueva coyuntura vivida ya por los países mencionados. Así, la Ley de Extranjería del año 2000 establece los canales por los cuales se garantiza la atención sanitaria completa a las personas inmigrantes empadronadas, a las mujeres embarazadas y a los menores de 18 años¹.

Este proceso adaptativo se da igualmente entre la población general, cuya percepción de este nuevo escenario que se conforma con la presencia de la inmigración se debate entre la preocupación humanitaria y la inquietud económica y laboral; entre los aspectos positivos de la inmigración, ligados al incremento de mano de obra vinculada a la ayuda en los hogares y a los servicios; y los negativos, más relacionados al aumento de la delincuencia, a las dificultades de convivencia o a los cambios culturales.

Al mismo tiempo surgen iniciativas desde diversos sectores y grupos en los entornos autonómico, nacional, europeo e internacional, que plantean abordajes innovadores, desde perspectivas interculturales, que aportan importantes lecciones aprendidas de las que las instituciones cántabras se pueden beneficiar para facilitar la transición a la nueva sociedad multicultural y multiétnica que se está conformando en la Comunidad Autónoma de Cantabria en esta década.

Este estudio responde a la necesidad percibida por las autoridades sanitarias de Cantabria, así como por distintos profesionales del sistema de salud y por la propia población inmigrante y entidades sociales proveedoras de servicios a la misma, de responder a la falta de información en cuanto a la situación y necesidades en salud de la nueva población inmigrante residente en Cantabria y a las implicaciones que conlleva para el sistema de salud cántabro. El estudio ha sido realizado en diversas fases entre 2007 y 2009 por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria -OSPC- en coordinación con la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Cántabro de Salud, contando con la colaboración de otros organismos de la Administración Pública, así como de personas inmigrantes, entidades sociales y personal del sistema de salud.

El **objetivo** que se plantea con el presente estudio es contribuir a generar información relevante en cuanto a los factores determinantes de la salud y principales necesidades de los colectivos inmigrantes residentes en Cantabria, que favorezca las mejoras o cambios precisos en las políticas, planes, programas y servicios para garantizar la equidad en salud en la Comunidad Autónoma.

.....
¹ En junio de 2009 el Consejo de Ministros aprueba la nueva ley de extranjería, la **Ley Orgánica 2/2009** de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, que entra en vigor el 12 de diciembre y mantiene sin modificaciones los aspectos referidos a la atención sanitaria a personas inmigrantes.

Específicamente el estudio se ha propuesto:

- Determinar las posibilidades y limitaciones de las fuentes existentes de información secundaria, y analizar los datos disponibles sobre salud, factores sociales que la determinan y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante.
- Definir las áreas prioritarias en salud de la población inmigrante y las barreras a la accesibilidad a servicios de salud identificadas por los propios colectivos de inmigrantes, actores sociales y personal del sistema de salud.
- Detectar necesidades formativas de los diversos colectivos entrevistados, fundamentalmente las personas inmigrantes y los distintos niveles de profesionales del sistema público de salud de Cantabria.
- Sistematizar las recomendaciones y propuestas formuladas por los distintos agentes intervinientes, desde sus propias percepciones y sectores de pertenencia, orientadas a satisfacer las necesidades en salud y mejorar la atención sanitaria que se brinda a la población inmigrante.

Partiendo del marco teórico de la equidad en salud, este análisis pretende explorar, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, aquellas diferencias en la salud y condiciones de vida de la población inmigrante en Cantabria que puedan ser explicadas por su situación social y económica, pudiendo dar lugar a desigualdades en la salud (*Commission on Social Determinants of Health*, 2008; *Wilkinson & Marmot*, 2003). Las desigualdades en salud se refieren a las diferencias injustas, producidas socialmente y observadas sistemáticamente, en cuanto a oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de acuerdo a su edad, género, clase socio-económica, país de procedencia o etnia, lo cual determina un peor estado de salud percibido en los colectivos menos favorecidos (*Whitehead*, 1992).

Por lo tanto, para el estudio de las desigualdades en salud en Cantabria se requiere de un análisis multidimensional de la realidad social que proporcione una visión e interpretación integral de la salud de la población inmigrante (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2007). El abordaje del mismo supone indagar sobre el impacto que los flujos migratorios tienen en la estructura institucional, socioeconómica y política. Las experiencias anteriores en sus países de origen, así como el sexo, la edad, la clase social y los factores culturales y religiosos, son determinantes tanto de su estado de salud como de las oportunidades que se brinden a su entrada a la estructura social y laboral del país receptor, lo cual determinará a su vez sus futuras condiciones de vida.

Asimismo, teniendo en cuenta la creciente feminización de los procesos migratorios y las diferencias existentes entre mujeres y hombres en el ámbito de la salud y en todas las esferas de la vida, utilizaremos la perspectiva de género como modelo de interpretación teórica y de análisis de la información a lo largo del estudio. Este enfoque permite una mayor aproximación a los condicionantes sociales de género, que si bien actúan sobre toda la población, pueden adquirir formas o manifestaciones distintas según los contextos socioculturales de los países de origen de los colectivos de inmigrantes que se están afianzando en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

La **estructura del informe** viene determinada por las distintas necesidades informativas en relación a los objetivos que se persiguen. Dada la falta de información sistematizada sobre los perfiles de la diversidad de la pobla-

ción inmigrante en Cantabria, así como sobre las posibles diferencias y/o desigualdades en su estado de salud y acceso a servicios en base al género, clase socioeconómica y procedencia étnico-cultural, se ha considerado necesario comenzar por realizar un análisis descriptivo sociodemográfico y sanitario. Análisis que se amplía con un trabajo de carácter cualitativo que integra las opiniones y percepciones de la población inmigrante, de las entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrante y de los diversos colectivos profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria que integran el sistema de salud de nuestra Comunidad Autónoma.

En el **primer capítulo** (■) se presenta el marco normativo legal sobre el Derecho a la Salud de las personas inmigrantes, desde el nivel internacional y europeo, al estatal y autonómico.

El **segundo capítulo** (■) describe el diseño general del estudio, sus fases y la metodología cuantitativa y cualitativa utilizada, incluyendo las fuentes de información primaria y secundaria, así como las decisiones metodológicas tomadas en función de las limitaciones encontradas.

El **tercer capítulo** (■) brinda información relevante sobre la presencia y evolución de la población extranjera, de acuerdo al sexo, edad y país de procedencia, en base a datos del Padrón Municipal de Habitantes. Asimismo se analizan los datos disponibles sobre el Movimiento Natural de Población en cuanto a tasas de fecundidad, nacimientos y mortalidad en la población inmigrante y española residente en Cantabria, incluyéndose diversos aspectos de la situación socio-económica y del mercado laboral. Este capítulo contiene al final las recomendaciones para la optimización de las fuentes utilizadas en base a las limitaciones encontradas en la recogida y análisis de la información.

El **cuarto capítulo** (■) da a conocer los datos existentes sobre la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- de la población inmigrante en Cantabria (evolución del número de TSI, países de procedencia, sexo, edad y distribución según Gerencias de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud). Además se analizan datos de utilización por parte de la población inmigrante y española residente en Cantabria de los servicios de Urgencias y Hospitalización en los tres principales hospitales de la región: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Sierrallana y Hospital de Laredo. Igualmente se aportan al final del capítulo las recomendaciones para la mejora de las posibilidades de análisis de las fuentes utilizadas.

El **quinto capítulo** (■) presenta un análisis cualitativo de las percepciones de la propia población inmigrante y de las entidades sociales que proveen servicios a ésta (asociaciones y sindicatos) en cuanto a la complejidad de factores que involucra el proceso migratorio, sus etapas y la diversidad de trayectorias y condicionamientos sociales sobre los que las personas inmigrantes construyen su sistema de prioridades vitales. Además se analizan las opiniones de las personas participantes respecto a las prioridades en salud de la población inmigrante, y sobre el sistema de salud de Cantabria y sus profesionales, aportando recomendaciones y sugerencias para un mejor abordaje por parte del sistema de las necesidades de los diversos colectivos inmigrantes.

El **sexto capítulo** (■) analiza las percepciones, actitudes, conocimientos y prácticas de los distintos niveles profesionales del sistema de salud cántabro en cuanto a la situación y necesidades en salud de la población inmigrante. A través de técnicas cualitativas de indagación se abordan características relevantes en relación a la salud y la enfermedad de la población inmigrante, así como a las dimensiones que inciden de forma más directa tanto

en el estado de la salud y la accesibilidad al sistema de la población inmigrante, como en la relación directa entre profesionales y usuarios inmigrantes del sistema. Siguiendo el mismo formato de los capítulos anteriores, se presentan al final las recomendaciones de las y los profesionales entrevistados para un mejor abordaje por parte del sistema de salud de las necesidades específicas de las personas inmigrantes y de los propios profesionales para su adecuada atención.

Finalmente, y a modo de **conclusiones** (■), se desarrolla un análisis integrado de los aportes realizados por los distintos interlocutores participantes en el estudio junto a una síntesis de **recomendaciones** de mejora y cambio.

En suma, con la realización y difusión de este estudio se intenta generar un proceso de reflexión y sensibilización sobre las dificultades y necesidades específicas de la diversidad de colectivos inmigrantes residentes en Cantabria, desde las personas y entidades participantes en el estudio a la Administración Pública y personal del sistema de salud en general, personas inmigrantes, tejido asociativo y ciudadanía. Con todo ello se persigue contribuir de alguna manera al fomento de la participación ciudadana de las personas inmigrantes y a su integración en el sistema público de salud.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio sobre los determinantes sociales de la salud y el acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria trata de contribuir a generar información relevante que favorezca las **mejoras o cambios necesarios en las políticas, planes, programas y servicios que atienden las necesidades en salud** de los distintos colectivos inmigrantes. El estudio ha sido realizado en diversas fases entre 2007 y 2009 por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria -OSPC- en coordinación con la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Cántabro de Salud, contando con la colaboración de otros organismos de la administración pública así como de personas inmigrantes, entidades sociales y personal del sistema de salud.

Dada la falta de información sistematizada sobre los perfiles de la diversidad de la población inmigrante en Cantabria, así como sobre su situación de salud y acceso a servicios desde una perspectiva de género, clase socioeconómica y procedencia étnico-cultural, se ha considerado necesario comenzar por realizar un **análisis descriptivo básico socio-demográfico y sanitario**. Continuando con un trabajo de carácter cualitativo que integra las **opiniones y percepciones de la población inmigrante, de las entidades sociales que proveen servicios a la misma y de los diversos colectivos profesionales de Atención Primaria y Hospitalaria** que integran el Servicio Cántabro de Salud -SCS-.

Las principales limitaciones encontradas se debieron por un lado a la variabilidad existente en las distintas fuentes secundarias en cuanto a las definiciones y clasificación de la condición de inmigrante o extranjero, así como a la insuficiente información para analizar las diferencias entre colectivos. Todo lo cual dificultó la comparabilidad entre fuentes y obligó a redefinir criterios de agrupación de datos. Por otra parte, la falta de representatividad de personas inmigrantes en encuestas a nivel autonómico impide conocer aspectos relevantes para la salud y las condiciones de vida de esta población. En cuanto a servicios sanitarios, destacamos por un lado que no se recoja la variable nacionalidad o país de procedencia en el sistema informático de Atención Primaria, y por otro que no se recoja el diagnóstico en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

El fenómeno de la inmigración comienza a crecer de forma notable en Cantabria a comienzos del siglo XXI, aunque en una dimensión inferior a la de otras comunidades autónomas. Mientras que en el conjunto de España la presencia de la inmigración pasa del 2,7% en el año 2000 al 12,1% en 2009, en Cantabria aumenta paralelamente, si bien en menor medida (del 1,3% al 6,5% respectivamente).

De acuerdo al Padrón Municipal de Habitantes la población inmigrante en Cantabria a 1 de enero de 2009 era de 38.096 habitantes. A partir de los datos de la Oficina de Extranjería, en las mismas fechas había 33.713 permisos de residencia en vigor. Por tanto, la diferencia entre las personas empadronadas y las residencias legales permite estimar alrededor de 4.383 personas en situación irregular.

La población inmigrante se distribuye principalmente en los grupos de edad que corresponden a las etapas laboralmente activas. Su composición según **región de origen** difiere en algunas regiones de procedencia respecto al total de España. A finales de 2008, casi la mitad de la población inmigrante en Cantabria era de origen latinoamericano (46,5%), mientras que para el resto de España representaba el 33,1%. Entre otras diferencias de interés, en Cantabria se aprecia que la población de países de la Europa no comunitaria (9,6%) constituye una proporción bastante más alta que en el resto del país (3,8%). La situación contraria se observa en el caso de la población in-

migrante de los países de la Unión Europea, mostrando menor presencia en Cantabria que en el resto de España (32,4% y 41,7% respectivamente) y de la población inmigrante de origen africano, con un 8,0% del total, frente al 16,0% del total de España.

En el análisis comparativo por el tipo de **renta del país de origen** de la población inmigrante, se observa que la proporción de inmigrantes de países de renta baja o media-baja es mayor en Cantabria (84,4%) que en el total de España (74,1%). De acuerdo al sexo, tanto en Cantabria como en el conjunto del territorio español, se da un equilibrio en la presencia de hombres y mujeres, tanto en países de renta baja o media-baja, como en los de renta alta o media.

La **distribución geográfica** de la mayoría de la población inmigrante (78%) se concentra en los once municipios de mayor población de Cantabria (aquellos de más de 10.000 habitantes), encontrándose las densidades más elevadas en la capital y en el arco de la Bahía de Santander, Torrelavega y municipios aledaños, más Liébana y la zona oriental de la Comunidad, quedando los municipios interiores con escasa presencia de población inmigrante.

En Cantabria, la **Tasa de Fecundidad General** presenta una leve tendencia al crecimiento desde el año 2000 (de 31,3 a 40,9 por mil mujeres en edad fértil en 2008). Este crecimiento es debido a las tasas más altas de las mujeres inmigrantes respecto a las españolas durante todo el período 2000-2008. Los nacimientos de madre inmigrante tienden a incrementarse año a año, llegando a representar en 2008 el 11,8% del total de nacimientos registrados en Cantabria. La **Tasa de Mortalidad**, sin embargo, no resulta el mejor indicador para comparar la mortalidad de la población inmigrante y española en Cantabria, debido a la gran diferencia del peso de ambas y de su distribución por edad en la población total.

En cuanto al **nivel de estudios** se observan diferencias importantes entre la población española y la inmigrante. La mayor diferencia se da en la educación primaria o sin estudios, representando las personas inmigrantes sin estudios solo el 3,0%, frente al 20,3% de la población general. La siguiente diferencia significativa se da en la educación terciaria o universitaria, con un 29,6% de población inmigrante en posesión de un título universitario frente al 22,2% de población general. Por tanto, se puede decir que la población inmigrante residente en Cantabria tiene un nivel de estudios superior a la media de la población general.

La **vivienda** supone para las personas inmigrantes una condición necesaria para integrarse en el sistema de garantía de los derechos cívicos y sociales, desde donde solicitar la regularización de su trámite de estancia en España. El lugar de residencia es un requisito indispensable para el empadronamiento y a través de éste, para el acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI-, al reagrupamiento familiar, a la inscripción escolar y a otros recursos sociales. Entre las barreras al acceso a una vivienda, tanto para la población general como para las personas inmigrantes, figuran los altos precios de alquiler y de venta, y las escasas ayudas. Además, la población inmigrante se enfrenta a barreras y dificultades adicionales debido a los mayores requisitos, exigidos en muchos casos por el hecho de ser personas extranjeras, para el acceso a una vivienda de alquiler.

La **situación laboral** de las personas inmigrantes en Cantabria a finales de 2008 arroja en primer término un 5,7% de trabajadores afiliados a la Seguridad Social. En 2007 y 2008 han aumentado en general las contrataciones de mujeres y han disminuido las de hombres, tanto en población inmigrante como española residentes en la

Comunidad Autónoma. No obstante, a pesar del aumento de los contratos a mujeres inmigrantes, éstas siguen representando una muy inferior proporción de contrataciones respecto a los hombres (38,9% y 61,1% respectivamente). Esta situación puede estar variando a partir de 2009 debido a que la crisis económica desde entonces ha repercutido en mayor medida sobre las contrataciones de hombres, fundamentalmente en el sector de la construcción. Por otra parte, las discrepancias entre los datos de la Encuesta de Población Activa y de la Seguridad Social sugieren la existencia de una gran bolsa de empleo sumergido.

La información sobre **accidentes de trabajo** en Cantabria refleja que tanto entre la población española como inmigrante, en 2007 y 2008, la mayoría de accidentes laborales corresponden a hombres, aunque en 2008 creció el porcentaje de accidentes tanto entre mujeres españolas como inmigrantes. Resulta llamativo por otra parte que los inmigrantes de África representan un porcentaje de accidentalidad desproporcionado frente a lo que representa su población por afiliación a la Seguridad Social (17,1% de bajas por accidente en el 8,0% de personas africanas afiliadas), lo cual permite intuir una mayor inseguridad en el trabajo en los colectivos africanos, que pueden estar en situaciones de mayor precariedad laboral o en trabajos de más alto riesgo.

El acceso a la **Tarjeta Sanitaria Individual -TSI-** en Cantabria requiere el empadronamiento previo, para lo que se precisa de una identificación. Esta medida dificulta el acceso a la TSI de un número indeterminado de inmigrantes, en su mayoría de origen magrebí y subsahariano, que llegan a Cantabria sin identificación alguna y potencialmente en situación más vulnerable respecto a su salud.

El incremento en el número de TSI en el período 2000-2008 sigue la misma tendencia de los datos del Padrón Municipal. El total de población extranjera con TSI a 1 de enero de 2009 ascendía a 32.433, lo que representa el 5,7% del total de la población con TSI (N=572.433), de esta manera, el 85,0% de las personas empadronadas posee TSI. La comparación con el número de personas inmigrantes empadronadas (38.096) permite estimar que al menos existen unas 5.663 personas sin tarjeta sanitaria, aunque resulte imposible contar con una cifra certera.

Analizando los datos del Padrón Municipal y de Tarjeta Sanitaria de forma conjunta, del total de municipios de Cantabria, 42 tienen una cobertura de TSI superior al 80% y 7 están por debajo del 50% de cobertura. Los municipios que más inmigrantes concentran (siete municipios) tienen una cobertura de TSI superior al 80%, y en más de la mitad de los municipios de Cantabria el 20% de los inmigrantes empadronados no tienen TSI.

En cuanto a la **utilización de servicios sanitarios** por parte de la población inmigrante, es importante primeramente destacar la imposibilidad de obtener datos de Atención Primaria debido a que no se recoge la información de país de procedencia o nacionalidad en los registros del sistema informático de AP. En referencia a la utilización de servicios de Urgencias entre las personas con TSI en 2006, el número de veces que ha acudido cada persona a Urgencias en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV, hospital de referencia con mayor número de visitas a Urgencias de la región) es algo más alto, aunque no de forma significativa, entre los hombres españoles que entre los inmigrantes. Por el contrario, la frecuentación de las mujeres inmigrantes es significativamente más elevada que en las españolas, muy probablemente debido a un mayor índice de Urgencias obstétricas de las primeras². Por

² Los servicios de Urgencia no recogen el diagnóstico al ingreso ni al alta del servicio, por lo que esta hipótesis no se puede afirmar rotundamente.

otra parte, ni en el Hospital de Laredo (HL, que también atiende partos, pero en menor frecuencia) ni en el Hospital de Sierrallana (HS, que no atiende partos) se observan diferencias significativas en la frecuentación de mujeres y hombres españoles e inmigrantes. En relación a la utilización de servicios de hospitalización se observa que en el HUMV (con mayor número de ingresos de la región), el número de ingresos por persona es mayor en ambos sexos entre españoles que entre inmigrantes, mientras que en el HS y en el HL no se observan diferencias por sexo entre personas españolas e inmigrantes. Por tanto, y en consonancia con otros estudios realizados en España, las personas inmigrantes que cuentan con TSI hacen un uso similar de los servicios sanitarios de Urgencias y Hospitalización que las personas autóctonas, si exceptuamos los ingresos por motivos obstétricos.

El análisis de las **percepciones de la población inmigrante y del tejido social** respecto a la salud, factores que la determinan y prioridades, destaca la relevancia que se da al **proceso migratorio** en relación a sus interpretaciones sobre la salud, a la vez que al establecimiento de prioridades diversas en función de sus oportunidades, siguiendo en los discursos de las personas entrevistadas el siguiente orden: trabajo y papeles; vivienda; preocupaciones de la familia en el país de origen; reagrupaciones de las parejas e hijos/as y su integración en la sociedad de acogida; condiciones laborales; y salud mental y laboral.

Las **condiciones laborales** de las personas inmigrantes están determinadas en gran medida por el **género** y la **clase social**. La mayoría de personas entrevistadas destaca las situaciones precarias experimentadas sobre todo en los primeros trabajos y particularmente en las zonas rurales, donde muchas de ellas permanecen aún más invisibles y en situaciones de aislamiento y soledad, ya que solo suelen mantener contacto con las personas con quienes trabajan. Las repercusiones psicológicas y problemas de **salud mental** secundarios a las malas condiciones laborales y al escaso apoyo familiar y social adquieren una dimensión sumamente importante. La depresión se convierte en un período pasado por una mayoría y relacionado tanto al duelo migratorio como a la precariedad laboral. La falta de oportunidades laborales para el ascenso social, unido al escaso reconocimiento de las ocupaciones en las que se emplean son vividas como experiencias frustrantes. Dichas situaciones se acentúan en las personas de mayores niveles de estudio, que en su mayoría no han logrado homologar sus titulaciones. A esto se suma el nivel de presión y el estrés bajo el que se desarrollan sus experiencias, por ser por un lado el sustento económico de su familia en el país de origen, con las expectativas que sobre ellas y ellos se generan, y por enfrentar a la vez problemas personales de identidad en la búsqueda de un lugar en la nueva cultura y país.

Las **dificultades que experimenta la población inmigrante con el sistema de salud** constituyen la base sobre la que las personas inmigrantes entrevistadas construyen su percepción sobre el mismo. El discurso más inmediato que surge desde las personas inmigrantes entrevistadas sobre el sistema de salud es primeramente el reconocimiento de la calidad de la Sanidad en España y el beneficio de la gratuidad del sistema. Sin embargo, cuando lo comparan con los sistemas sanitarios de los países de origen hacen que por un lado se perciba al sistema español como poco resolutivo, y por otro a los sistemas de origen como más deficientes pero donde se resuelven los problemas, aunque sea pagando. Entre los principales factores que actúan como desventajas en el sistema de salud español se mencionan: el desconocimiento del funcionamiento del sistema y la falta de información disponible sobre el mismo. A esto se suman las dificultades de comunicación con el personal sanitario en general, comenzando por el idioma y continuando con las terminologías y la jerga médica utilizadas, teniendo en cuenta que incluso hablando el mismo idioma, la comunicación no se garantiza.

El concepto de trato desigual aparece asociado en primer lugar con los **requisitos de acceso** y en segundo término con las relaciones con los diversos niveles profesionales dentro del sistema (fundamentalmente en Atención Primaria). La **dificultad en la interacción** de las personas inmigrantes con el personal sanitario es una de las diferencias más importantes mencionada respecto a los sistemas de los países de origen de la población inmigrante, pero sobre todo, la que conforma una imagen más negativa del sistema de salud español. En suma, por un lado se valora que al sistema: le falta empatía, adolece de escasez de sensibilidad intercultural, desconoce las situaciones que enfrentan las personas inmigrantes en sus procesos migratorios y el impacto que tienen en todas las esferas de la vida, en particular sobre la salud, y abusa de la medicalización.

Los discursos de la mayoría de inmigrantes van en la línea de la responsabilización al sistema por no tener suficientemente en cuenta las situaciones y necesidades específicas de la población inmigrante y por la falta de adaptación a los cambios sociales y demográficos del entorno.

Las **percepciones de las entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrante** en cuanto a las políticas de integración social es que son insuficientes, tanto a nivel estatal como autonómico. Al mismo tiempo que se percibe una falta de posicionamiento político en cuanto al modelo de integración al que queremos acercarnos (modelo intercultural versus modelo multicultural), lo cual se señala como la principal limitación para emprender acciones encaminadas a garantizar los derechos y aquilatar las obligaciones de toda la ciudadanía. La reivindicación más consensuada es el **derecho universal a la salud**, al tiempo que la necesidad unánime percibida es reforzar la atención en temas de salud mental. Consideran asimismo que el **desconocimiento de los profesionales sobre lo que implica un proceso migratorio** dificulta el abordaje de los problemas de salud derivados del mismo. De igual forma se destaca que la falta de formación de los profesionales en interculturalidad podría estar sesgando el diagnóstico, además de repercutiendo en la adherencia a tratamientos de largo plazo. En este sentido, se resalta la necesidad de la figura de mediadores interculturales.

Las entidades sociales reconocen igualmente la calidad del sistema de salud, pero desde su posición de mayor proximidad con la personas inmigrantes y desde una concepción de salud más comunitaria, identifican la necesidad de un cambio en el modelo de abordaje de la salud hacia una forma más integral que permita reconocer y atender las diferencias. Para lograr la reducción en las desigualdades, las entidades sociales consideran que el sistema aún tiene que adaptarse a los cambios sociales y demográficos de la Comunidad Autónoma.

Las asociaciones destacan asimismo las dificultades que enfrentan en el acompañamiento a las personas inmigrantes dentro del sistema de salud, resaltando al mismo tiempo la **pluralidad de criterios y requisitos de acceso**, lo intrincado de los procesos y la falta de sistematización de los procedimientos dentro del sistema de salud, atribuyendo fundamentalmente a esta causa el alejamiento de las personas inmigrantes del mismo. A esto se añade la falta de información del personal sanitario y administrativo sobre los derechos de las personas inmigrantes. Por otra parte se hace un énfasis constante en la necesidad de clarificación de los roles que deben asumir por un lado la Administración, y por otro las entidades sociales en la atención a la población inmigrante.

De igual forma, las entidades sociales consideran relevante mejorar el conocimiento sobre los datos reales de utilización de los servicios sanitarios por parte de la población española e inmigrante, así como realizar un análisis de las carencias y necesidades del sistema.

Las asociaciones proveedoras de servicios se autodefinen a sí mismas como *“traductoras de procesos”* en su relación con las personas inmigrantes y como intermediarias con las estructuras administrativas. Sin embargo, en algunas circunstancias se autoperciben asimismo como *“cajón de sastre”* para cubrir *“ciertos huecos del sistema”*.

En definitiva, las asociaciones proveedoras de servicios a la población inmigrante se consideran representantes a la vez que actores con conocimientos, experiencias y capacidad de influencia sobre las políticas y los cambios sociales. De esta manera, conciben su participación no solo como un reconocimiento a su saber y actividad sino como parte constitutiva de sus derechos y deberes de ciudadanía.

Las **percepciones, actitudes, conocimientos y prácticas del personal del sistema público de salud** de Cantabria en cuanto a la situación y necesidades en salud de la población inmigrante tienen un doble origen: por un lado su propia práctica profesional, con marcadas diferencias de acuerdo a los distintos niveles y roles profesionales, y por otro las opiniones e imágenes más generales construidas y difundidas por los medios de comunicación, la televisión de forma prioritaria.

Existe la percepción unánime entre el personal sanitario de que ni el sistema de salud como tal institución, ni la mayoría de los profesionales y equipos de Atención Primaria y hospitalaria han reflexionado sobre las posibles repercusiones y exigencias que, desde los más diversos puntos de vista, pueda conllevar la presencia de inmigrantes hacia el sistema de salud y sus profesionales.

Los distintos niveles profesionales se debaten entre la consideración del fenómeno migratorio como un posible “reto” y “oportunidad de mejora” del sistema de salud, o como un “problema” al que hay que hacer frente, siendo más dominante la que caracteriza a la “inmigración” como “problema emergente” cuyo desarrollo hacia el futuro lo puede transformar en “problema”, de modo similar a lo ocurrido en otras comunidades autónomas con mayor presencia de población de origen inmigrante.

Se señala la escasa presencia de inmigrantes en el conjunto del sistema de salud cántabro en relación con el peso poblacional que teóricamente les correspondería, siendo la edad joven de las personas inmigrantes la primera razón que se aduce, con la consiguiente ausencia de enfermedades graves más presentes en edades avanzadas. Pero además se apuntan otra serie de razones como: la **ausencia de una cultura preventiva** entre la población inmigrante, la existencia de una cierta **“cultura del aguante”** que les mantiene alejados del sistema, salvo en los casos más graves, y las **dificultades de acceso** al sistema.

En cuanto a los discursos sobre los factores determinantes de la salud de las personas inmigrantes, y en concreto respecto al **proceso migratorio y su posible impacto en la salud**, se observan diferencias significantes de acuerdo a los distintos niveles profesionales: mientras los profesionales médicos de forma mayoritaria tienden a separar la clínica que “deben practicar como médicos” de la atención a las demandas de los usuarios inmigrantes derivadas de los factores de orden más psicosocial asociados al proceso migratorio; los profesionales de enfermería señalan el impacto del proceso migratorio en el desarreglo de toda una serie de comportamientos y hábitos (alimentarios, ejercicio físico, etc.) que pueden traducirse en ciertos problemas de salud, como pueda ser la obesidad; y las profesionales de trabajo social indican la existencia de una serie de modificaciones en el contexto individual y social de las personas inmigrantes, apuntando a las distin-

tas dimensiones relativas a sus actuales condiciones de vida que pueden acabar siendo somatizadas y dar lugar a problemas de salud mental.

La mayoría de los profesionales entrevistados subraya la teórica similitud del perfil de las enfermedades presentadas por la población inmigrante con la autóctona, en personas de similar edad y condición social y de vida. Se apuntan además como factores determinantes del acceso a los servicios de salud, la estabilidad o movilidad residencial, la situación de regularidad o irregularidad administrativa y el tiempo de estancia en el país receptor.

Respecto a los **problemas más relevantes en relación a la salud** de la población inmigrante, los profesionales de salud señalan las vacunas en la población infantil, manifestando incertidumbre en cuanto a los diferentes tipos de documentación vacunal de los países de origen aportada por las familias recién llegadas. Por otro lado el colectivo de mujeres cuidadoras de menores, mayores o personas dependientes, constituido por un número importante de mujeres mayoritariamente latinoamericanas, sería el colectivo laboral más “invisibilizado”. Asimismo, se señalan los problemas bucodentales, problemas relativos al aparato digestivo derivadas de los desarreglos alimentarios y de los cuadros de ansiedad, el maltrato y la violencia de género, que pareciera estar experimentando un crecimiento entre la población inmigrante.

Los profesionales de enfermería y trabajo social destacan sobre todo la importancia de la evolución de las pautas de reproducción familiar y el uso de métodos anticonceptivos, en torno fundamentalmente al rechazo de los hombres al uso del condón y al uso más elevado de la interrupción voluntaria del embarazo por parte de algunos colectivos como el de las mujeres rumanas. Además se subrayan los cambios en los hábitos de vida, como la alimentación, y la ausencia de inmigrantes en los programas de educación para la salud.

En relación a la **accesibilidad al sistema de salud** hay que señalar que el discurso dominante y más generalizado entre los profesionales es que el sistema de salud español es muy accesible, detectándose dos vías de acceso que representan problemáticas diferenciadas: por un lado el acceso “formal” a través de la TSI, y por otro el acceso “informal” de la población inmigrante sin TSI. Se apunta además a cómo en este tipo de situaciones no solo la personas inmigrantes sin TSI sino el propio personal de salud suele acudir a una serie de caminos “informales” para responder positivamente a dicha demanda de asistencia. En el terreno más estrictamente administrativo, se enfatiza que la atención a personas inmigrantes sin TSI representa un incremento de la carga asistencial. Por otro lado, la incorrecta identificación de personas genera un considerable problema burocrático.

Se destaca la pluralidad de criterios de respuesta entre las dos Gerencias de Atención Primaria, entre los distintos Centros de Atención Primaria y entre la diversidad de profesionales dentro de cada equipo. De ahí que sobre todo el personal administrativo haya subrayado la importancia de la **coordinación y de la unificación de criterios** de actuación.

Entre las dimensiones que inciden en la **relación entre profesionales y pacientes inmigrantes** se incluyen: el idioma y la comunicación, el “trato” del personal del sistema de salud y las relaciones con las personas usuarias inmigrantes.

En el terreno de las conductas de la población inmigrante en el ámbito de la atención sanitaria, el personal de salud tiende a señalar varios tipos de problemáticas: la utilización de Urgencias como “puerta de entrada” al sistema de salud (en parte debida a la incomprensión por parte de la población inmigrante del modelo de medicina de familia que se practica en España en el nivel de la Atención Primaria), y la problemática del respeto a las normas de funcionamiento del sistema de salud.

En cuanto a la utilización del sistema de salud, la opinión mayoritaria entre los profesionales entrevistados señala el **escaso uso del sistema** por parte de la población inmigrante. Un sector de las personas entrevistadas subraya, sin embargo, la tendencia hacia la utilización excesiva e inadecuada por parte de un sector de inmigrantes de origen latinoamericano. El mencionado uso “excesivo” o “abusivo” del sistema de salud en el decir de estos profesionales se concentraría en dos comportamientos: la hiperfrecuentación de los servicios de atención sanitaria y la demanda de analíticas, pruebas y “chequeos”.

En cuanto a las demandas por parte del personal del sistema se hace énfasis en la necesidad de **traductores** y de la presencia de otras figuras que vayan más allá de la mera traducción, de **mediadores interculturales**, observándose que las demandas hacia el futuro aumentarán en este sentido.

Las **recomendaciones** por parte de las personas inmigrantes, entidades sociales y personal del sistema de salud, entrevistados para este estudio se abordan al final de cada capítulo correspondiente así como en las conclusiones finales.

1

**DERECHO A LA SALUD
DE LAS PERSONAS
INMIGRANTES: MARCO
NORMATIVO-LEGAL**



1 DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRANTES: MARCO NORMATIVO-LEGAL

El objetivo del presente capítulo es brindar información sobre legislación y normativas internacionales, estatales y autonómicas que a diversos niveles amparan el derecho a la salud de la población inmigrante.

1.1. Marco Normativo Internacional

El Derecho a la Asistencia Sanitaria está amparado por diferentes instrumentos internacionales:

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** enmarca el derecho a la asistencia sanitaria en el artículo 25, prestando especial atención a los derechos de las madres y la infancia.

La **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** en su artículo 5 hace referencia al derecho inalienable a la salud pública, asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** proporciona una cláusula sobre el derecho a la salud internacional. El artículo 12 establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La **Convención sobre los Derechos del Niño** en su primer capítulo trata de la protección de los derechos del niño y del disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios, haciendo hincapié en que los Estados se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios.

La **Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares**, en el artículo 28 hace referencia específica al derecho a la asistencia sanitaria de urgencia de las personas trabajadoras migratorias y sus familiares, independientemente de su situación administrativa. España no ha ratificado aún esta Convención que entró en vigor en 2003.

1.2. Marco Normativo de la Unión Europea

La **Carta Social Europea** de 1961, en sus artículos 11, 12 y 13 hace referencia al derecho a la protección de la salud, el derecho a la seguridad social y al derecho a la asistencia social y médica de todas las personas, incluidas aquellas que no dispongan de recursos suficientes y no estén en condiciones de conseguirlo. Los Estados también se comprometen a velar porque las personas que se benefician de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.

El **Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales** de 1998 hace referencia al derecho a la asistencia sanitaria, especificando que tal derecho debe ser garantizado por los Estados a todas las personas, incluidas aquellas que se encuentran excluidas de los esquemas de la seguridad social (artículo 14).

El **Consejo Europeo de Tampere** de 1999 marca las líneas fundamentales para el establecimiento de una política europea de inmigración: la creación de un sistema común de asilo, la cooperación al desarrollo con los países emisores, la gestión de flujos migratorios y la integración de las personas inmigrantes.

El **Consejo de Salónica** de 2003 establece la necesidad de elaborar una política global y multidimensional sobre la integración de las personas inmigrantes, partiendo de la base de considerar la integración como un proceso

continuo y bidireccional, basado en derechos mutuos y obligaciones correspondientes de los nacionales de terceros países con residencia legal y de las sociedades de acogida.

1.3. Marco Legal Estatal

España presenta un Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado donde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad es el que define las normas y requisitos mínimos para la prestación de la asistencia sanitaria, otorgando a las Comunidades Autónomas el poder de decisión sobre la manera de organizar y ofrecer los servicios sanitarios.

El **Derecho Universal** de las personas a disfrutar de protección y atención sanitaria se enmarca en la Constitución Española y en la Ley General de Sanidad.

La **Constitución Española** de 1978, en su artículo 43 establece que “se reconoce el derecho a la protección de la salud” y “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

La **Ley General de Sanidad** 14/1986³ declara el derecho a la protección de la salud y atención sanitaria a toda la ciudadanía española y extranjera residente, así como a la extranjera no residente de acuerdo a la forma establecida por las leyes y convenios internacionales.

En el artículo 6 establece que las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción y educación para la salud, así como a garantizar que las actuaciones sanitarias que se lleven a cabo estén dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a la curación.

El **Real Decreto 1088/89**⁴, de 8 de septiembre, o los correspondientes Decretos Autonómicos sobre la materia reconocen el derecho a la asistencia sanitaria de las personas sin recursos económicos suficientes.

La **Ley Orgánica 4/2000**⁵, de 11 de enero, sobre **Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social**⁶, establece en su artículo 12 que:

1. *Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el Padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
2. *Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.*
3. *Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*
4. *Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.*

³ BOE número 102, de 29 de abril de 1986.

⁴ BOE número 216, de 9 de septiembre de 1989.

⁵ BOE número 10, de 12 de enero de 2000.

⁶ Corrección de error en BOE número 20 de 24 de enero de 2000.

La Ley Orgánica 4/2000 es la norma básica que desarrolla sus competencias junto con su reglamento de ejecución, aprobado por el **Real Decreto 2393/2004**⁷, de 30 de diciembre. Estas competencias se complementan con la **promulgación por parte de las Comunidades Autónomas de normas que desarrollan políticas de integración social** de las personas inmigrantes en diversos ámbitos de orden social, económico y político, como la salud, educación, cultura, trabajo, ayudas sociales y vivienda.

La Ley Orgánica 4/2000 ha sido reformada en tres ocasiones desde su aprobación; en concreto, ha sido reformada por las **Leyes Orgánicas 8/2000**, de 22 de diciembre, **11/2003**, de 29 de septiembre y **14/2003**, de 20 de noviembre. En junio de 2009 el Consejo de Ministros aprueba una nueva Ley de Extranjería, la **Ley Orgánica 2/2009**⁸, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000. Una de las modificaciones más relevantes es el tratamiento a las víctimas de violencia de género en situación irregular, cuyos expedientes de expulsión quedarán paralizados en el momento que se haga la denuncia.

Además, el **Real Decreto 2393/2004** establece en su artículo 45 de autorizaciones de residencia temporal por circunstancias excepcionales, que se podrá conceder una autorización por razones humanitarias, en los siguientes supuestos: A los extranjeros que acrediten sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, de imposible acceso en su país de origen, y que el hecho de ser interrumpida o de no recibirla suponga un grave riesgo para la salud o la vida. A los efectos de acreditar la necesidad, será preciso informe clínico expedido por la autoridad sanitaria correspondiente.

La **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, **de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**⁹ cuyo objeto es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

En el artículo 2 se establece como principio la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias, y el aseguramiento universal y público por parte del Estado.

7 Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 (BOE núm. 6, de 7 de enero de 2005. Corrección de errores en BOE número 130, de 1 de junio), y sus posteriores modificaciones por el Real Decreto 1019/2006, de 8 de septiembre (BOE número 228, de 23 de septiembre), por el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero (BOE número 51, de 28 de febrero), por el Real Decreto 1162/2009, de 10 de julio (BOE número 177, de 23 de julio), por el Real Decreto 942/2010, de 23 de julio (BOE número 189, de 5 de agosto), por la Ley 32/2010, de 5 de agosto (BOE número 190, de 6 de agosto) y por la sentencia de 1 de junio de 2010 del Tribunal Supremo (BOE número 266, de 3 de noviembre).

8 BOE número 299, de 12 de diciembre de 2009.

9 BOE número 128, de 29 de mayo de 2003.

1.4. Marco Legal Autonómico

La **Ley 7/2002 de Ordenación Sanitaria de Cantabria**¹⁰, de 10 de diciembre de 2002 establece que:

- 1. Son titulares de los derechos y deberes regulados en esta Ley todas las personas que residan en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Cantabria.*
- 2. Las personas no residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria serán titulares de los mismos derechos y deberes en la forma y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios nacionales e internacionales que les sean de aplicación.*
- 3. Sin perjuicio de lo previsto en el apartado anterior, se garantiza a todas las personas la atención en situación de urgencia o emergencia.*

En el artículo 25 hace referencia a los Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación de las personas por razón alguna.

La Orden **SAN/35/2007**¹¹ de 30 de noviembre, por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo de Cantabria. Según el artículo 2 “Tendrá derecho a la Cartilla de Salud del Embarazo toda mujer embarazada residente en Cantabria”.

La **Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria**¹² tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de la ciudadanía de Cantabria a la Protección social. En su artículo 3 hace referencia a las personas que carezcan de la nacionalidad española y establece que éstas “se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen”.

¹⁰ BOC número 242, de 18 de diciembre de 2002.

¹¹ BOC número 242, 14 diciembre de 2007.

¹² BOC número 66, de 3 de abril de 2007.

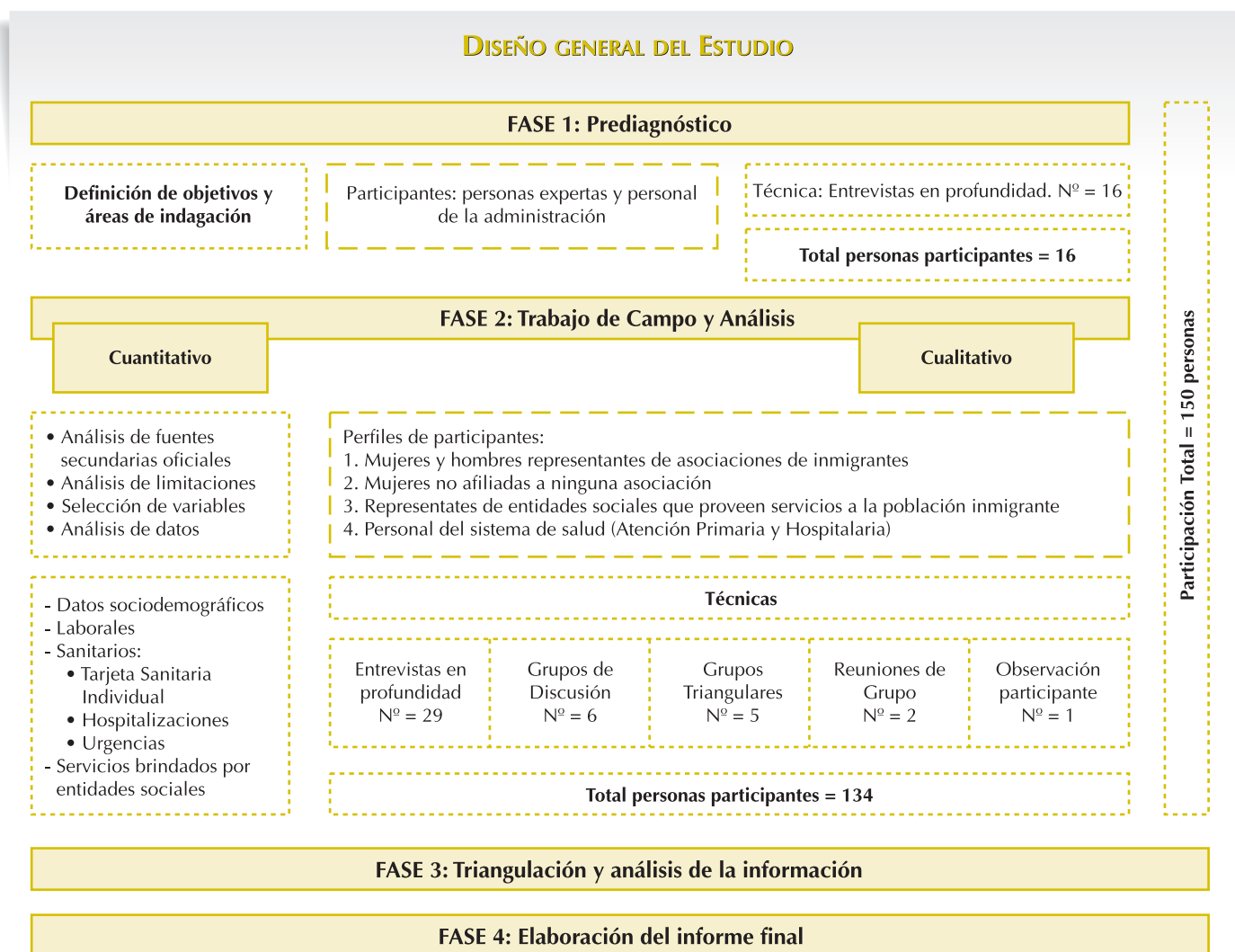
2

DISEÑO DEL ESTUDIO



2 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente capítulo describe el diseño del estudio con sus fases, metodología y fuentes de información primaria y secundaria utilizadas, todo lo cual permite en la medida de lo posible un abordaje multidimensional -aunque no por ello exhaustivo- para un análisis de los determinantes sociales de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante. Finalmente se hace una descripción de las dificultades y limitaciones de las fuentes secundarias halladas tanto en la literatura sobre el tema como en las fuentes utilizadas para este estudio, detallando las decisiones metodológicas tomadas en vías a una optimización del análisis.



Cada capítulo presenta en detalle las técnicas metodológicas utilizadas en la correspondiente fase del estudio

El estudio se desarrolló en cuatro fases:

- Una **primera fase de prediagnóstico** coincidiendo con el análisis situacional llevado a cabo al comienzo del desarrollo del propio Observatorio de Salud Pública de Cantabria. En la misma se definieron los objetivos y las áreas de indagación, como resultado de la información recogida y analizada de entrevistas a 16 informantes clave.
- La **segunda fase de trabajo de campo y análisis** se subdividió por un lado, en el trabajo desarrollado con métodos cuantitativos sobre las fuentes de información secundaria utilizadas (análisis de las fuentes y sus limitaciones, selección de las variables y análisis de los datos), y por otro en el trabajo con técnicas de indagación cualitativa (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, grupos triangulares, reuniones de grupo y observación participante) sobre las fuentes primarias seleccionadas para el estudio: representantes de asociaciones de inmigrantes, mujeres inmigrantes no pertenecientes a ninguna asociación, entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrantes (asociaciones y sindicatos), y personal del sistema de salud, incluyendo Atención Primaria y Hospitalización.
- La **tercera fase** corresponde al **análisis de la información** recogida tanto de fuentes primarias (los discursos de los agentes participantes) como secundarias.
- La **cuarta fase de redacción del informe y consulta** a personas expertas y participantes en el estudio.

2.1. Fuentes de información secundaria: posibilidades y limitaciones para el análisis

En primer lugar es relevante destacar algunas dificultades y limitaciones metodológicas puestas de manifiesto tanto en la revisión de los estudios realizados en diferentes Comunidades Autónomas como en la propia experiencia de este estudio durante la fase de recogida de datos de fuentes secundarias de información.

Las principales dificultades se evidencian primeramente en la falta de datos en los registros oficiales, encuestas y estudios por sexo¹³, país de procedencia, nacionalidad y tiempo de estancia en el país y/o Comunidad Autónoma receptora¹⁴. Esta limitación se ve agravada por la falta de representatividad de colectivos inmigrantes en encuestas a nivel autonómico: Encuesta de Salud¹⁵⁻¹⁶, Encuesta de Población Activa, Encuesta Social y Encuesta de

13 La explotación de datos por sexo está amparado por: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones y normativas que elabore el gobierno; Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

14 La combinación de estas tres variables, país de origen, nacionalidad y tiempo de estancia, ha sido definida en varias investigaciones como una fuente de información imprescindible para el estudio sobre la población inmigrante (Malmusi & Jansà, 2007). La Encuesta Nacional de Inmigrantes en España -ENI- 2007 es la primera que integra las tres variables.

15 Rivera y colaboradores, (2008) recomiendan por una parte la adaptación de los instrumentos de recogida de información (encuestas) para conocer las trayectorias de salud de la población inmigrante a lo largo del tiempo, y por otra que se considere incorporar información sobre segundas generaciones.

16 Algunas Comunidades Autónomas, incluso con una relativa baja presencia de población inmigrante, cuentan con una Encuesta de Salud de la población inmigrante o con una ampliación de muestra de personas inmigrantes en su encuesta regional, como el País Vasco, para poder conocer las diferencias y/o desigualdades en la utilización de servicios sanitarios de dicha población (Rodríguez Álvarez, Lanborena Elordui, Pereda Riguera, & Rodríguez Rodríguez, 2008). La Encuesta de Salud de Cantabria 2006 no cuenta con una muestra representativa de la población inmigrante.

Condiciones de Vida. Además, la ausencia de información sobre situación socioeconómica representa una limitación importante para identificar desigualdades sociales en salud (Regidor et al., 2002).

A las mencionadas limitaciones se añaden una serie de factores que dificultan la comparabilidad entre fuentes, incluyendo: a) el uso indistinto y sin definir de los términos *inmigrante* y *extranjero*; b) la utilización de diferentes criterios de agrupación¹⁷ (por regiones de origen); c) la ausencia de definiciones sobre las agrupaciones de datos realizadas¹⁸; y d) la medición de períodos desiguales o diferente periodicidad de las actualizaciones.

A continuación se describen las fuentes de información secundaria utilizadas en orden de aparición en el estudio, destacando las limitaciones encontradas.

A nivel estatal se acudió a las siguientes fuentes oficiales: Instituto Nacional de Estadística -INE-, Subdirección General de Estadísticas Sociales y Laborales -Ministerio de Trabajo e Inmigración-, y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A nivel autonómico se obtuvieron datos de las siguientes fuentes oficiales: Instituto Cántabro de Estadística -ICANE-, Servicio Cántabro de Salud -SCS-, Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria / Servicio Público de Empleo Estatal -SPEE-, Instituto de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Consejería de Empleo y Bienestar Social, y Consejería de Sanidad.

Padrón Municipal de Habitantes: ICANE e INE.

Los datos del Padrón proporcionan información sobre lugar de nacimiento, nacionalidad y residencia, lo cual permite identificar la presencia de la población inmigrante y generar información geográfica de distribución según lugares y tamaños del municipio de residencia, así como realizar cálculos comparativos con la población española por municipios.

La información utilizada en el capítulo de descripción demográfica corresponde a los datos definitivos a 1 de enero de 2009, por lo que da cuenta del aumento durante el año 2008. Frente a la lejanía temporal del último Censo de Población¹⁹ de España, el Padrón Municipal se considera la fuente de mayor fiabilidad para describir el perfil de la población inmigrante. El Padrón cuenta además con la ventaja por un lado de su permanente actualización, y por otro de que al ser el requerimiento para la obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual, entre otros derechos derivados del empadronamiento, se fomenta la inscripción de las personas inmigrantes en el mismo.

Entre las limitaciones del Padrón debe tenerse en cuenta el desfase temporal que se produce para efectuar las altas de las personas inmigrantes como consecuencia de las dificultades en recabar la documentación requerida (documento de identidad válido y documento justificativo de la disponibilidad de una vivienda).

17 Se utilizan niveles de agrupación demasiado amplios que no permiten desagregar datos a escala por países.

18 Utilización de la categoría Unión Europea, sin definir sus miembros o bien considerando a todos los países con los mismos derechos, incluso en períodos de moratoria que afectan específicamente a algunos.

19 Aunque el Censo de Población es la fuente que más amplía información recoge, dado que el grueso del incremento de la población extranjera en Cantabria ha sido posterior a la recogida de los datos del Censo del 2001, éste no representa una fuente que refleje la realidad de la situación actual.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta situación se ve agravada por la alta movilidad interna de las personas inmigrantes dentro de una misma Comunidad Autónoma y entre distintas comunidades. La mudanza a otra Comunidad Autónoma no siempre va acompañada con un cambio en el Padrón, especialmente si se ha comenzado la tramitación de residencia en una localidad.

Movimiento Natural de Población: ICANE e INE.

Las estadísticas del Movimiento Natural de la Población informan básicamente sobre los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en territorio español. Los datos proceden del ICANE y del INE. A partir de estas fuentes ha sido posible describir la evolución de nacimientos y las Tasas de Fecundidad según madre española o inmigrante, desde el año 2000, de acuerdo a las diferencias en los rangos de edad.

Entre las ventajas de esta fuente se destaca la posibilidad de conocer los países o regiones de origen de las madres inmigrantes, lo cual posibilita el análisis comparativo.

*La principal **limitación** que se ha encontrado con la información proporcionada por dicha fuente es que los datos disponibles a nivel nacional y autonómico no presentan el mismo nivel de actualización, por lo que alguna variable, como causas de muerte en la población inmigrante, solo ha sido posible analizarla hasta el año 2007, fecha de la que se cuenta con datos definitivos.*

Interrupción Voluntaria de Embarazo -IVE-: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior.

*La Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología facilita los datos sobre IVE realizada en mujeres residentes en Cantabria durante el período 2000–2008. La principal **limitación** encontrada en el análisis de las IVE en mujeres inmigrantes es poder contar con datos desagregados por país de nacimiento, año de llegada y nacionalidad solo desde el año 2008, ya que dicha normativa se integró en marzo de 2007 al Boletín de Notificación del Ministerio de Sanidad y Consumo.*

Encuesta Nacional de Inmigrantes -ENI-: ICANE e INE.

El Instituto Nacional de Estadística llevó a cabo la recogida de datos para la ENI entre noviembre de 2006 y febrero de 2007. El objetivo de la misma es poder analizar los procesos migratorios desde su inicio en el país de nacimiento hasta la llegada a España y los sucesivos cambios de residencia, pretendiendo asimismo dar cuenta de las redes sociales y la importancia de las mismas sobre las decisiones y estrategias. La ENI abarca trayectorias migratorias, laborales e itinerarios seguidos por la población inmigrante, incluyendo información sobre la vivienda. La muestra se basa en un diseño probabilístico, utilizando de base para la construcción del marco muestral el Padrón Municipal de Habitantes en todo el territorio nacional. La población meta de la encuesta quedó definida como las personas nacidas fuera de España que en el momento de realización de la misma tuvieran 16 ó más años de edad y estuvieran residiendo en España por más de un año o con intención de estarlo.

Para el presente informe se analizan los datos de Cantabria. El tamaño muestral es de 423 personas encuestadas. Las categorías presentadas no tienen porqué coincidir con las del INE o ICANE ya que algunas se han agrupado para conseguir una muestra más consistente en cada una de ellas, tratando de mantener, para un análisis fiable, un marginal mínimo de 20 personas. En los resultados se aplica un factor de elevación que proporciona estimaciones sobre población general.

*La principal **limitación** es que no recoge ninguna información sobre salud o tenencia de TSI. Asimismo, aunque la muestra en principio es representativa para Cantabria, no permite muchas desagregaciones, razón por la cual no se presentan en este informe resultados de esta fuente por sexo.*

Encuesta de Población Activa -EPA-: ICANE e INE.

*La EPA se realiza trimestralmente y recoge importante información en cuanto a empleo y mercado laboral. Los datos facilitados por el ICANE sobre la EPA ofrecen las medias anuales, tanto para la población inmigrante como para el total de la población, correspondientes al año 2008. Si bien esta fuente permite reagrupar a las personas según sexo y país de nacimiento o región, la **limitación** fundamental para realizar un análisis comparativo, entre por ejemplo el nivel de estudios y la renta de la población inmigrante y la española, es que la muestra de inmigrantes de la EPA en Cantabria no es representativa para esas variables.*

Encuesta de Condiciones de Vida -ECV-: ICANE e INE.

La ECV es una encuesta de tipo panel rotante cuyo objetivo general es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida, que incluyan datos transversales y longitudinales comparables y actualizados sobre la renta, nivel y composición de la pobreza y la exclusión social, a escala estatal y europea.

*La **limitación** de esta fuente es que se desagrega por nacionalidad sólo para algunas variables a nivel estatal pero no por Comunidad Autónoma.*

Encuesta Social de Cantabria -ESC-: ICANE, Consejería de Economía y Hacienda, Gobierno de Cantabria.

La ESC tiene como finalidad conocer las condiciones de vida de la población de Cantabria. Para ello se recaba información relativa a los hogares y a las viviendas, analizando las características, equipamientos, servicios e instalaciones de la vivienda, así como la composición, estructura y situación económica de los hogares. Por otro lado, se obtiene información sobre el informante, atendiendo a sus características generales, su nivel de estudios, situación laboral, salud, relaciones familiares y personales, y el disfrute del tiempo libre y de ocio.

*La **limitación** de esta fuente es que no se desagrega por población española y extranjera.*

DISEÑO DEL ESTUDIO

Registro de Afiliaciones a la Seguridad Social: Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria – Servicio Público de Empleo Estatal -SPEE-.

El Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria, perteneciente al SPEE, ha proporcionado información desagregada por sexo tanto de ocupaciones como de secciones o ramas de actividad y contrataciones registradas en la Seguridad Social. Esta fuente permite indagar sobre condiciones laborales como la estabilidad de empleo y la temporalidad. La ventaja de sus datos es que cuenta con información por país de origen y que incluso puede desagregarse por municipios.

Registro de partes de accidentes de trabajo: Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo, Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria.

La información disponible para la Comunidad Autónoma permite hacer una breve descripción de los partes de accidentes de trabajo con baja, desagregados por sexo y país de origen, así como comparaciones entre población española e inmigrante.

Tarjeta Sanitaria Individual -TSI-: Servicio Cántabro de Salud -SCS-.

Los datos facilitados por el SCS proporcionan información sobre la evolución y crecimiento del número de Tarjetas Sanitarias en las personas extranjeras. Dicha fuente brinda información desagregada por edad, sexo y país de procedencia de la población extranjera, lo cual permite agrupar los países por regiones de interés.

Los datos de TSI que se comparan con los datos del Padrón Municipal (a 1 de enero de 2009) se refieren a 31 de diciembre de 2008.

Sistema de Información Hospitalaria -HIS-: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo.

Las Bases de Datos Corporativas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo proporcionan datos sobre Urgencias y Hospitalizaciones en el año 2006²⁰. La explotación de esta información ha supuesto un importante desafío al tratarse de la primera vez que se analizan las bases corporativas con interés investigador.

Las limitaciones de esta fuente incluyen: errores conceptuales y de recogida de las variables país de origen y nacionalidad, así como de la residencia dentro y fuera de Cantabria. En el Servicio de Urgencias no se recoge la variable diagnóstico al alta o el motivo de la visita ni la hora de alta del servicio.

²⁰ Dado que en el año 2006 Rumanía y Bulgaria no pertenecían a la Unión Europea, los datos de estos países se incluyen en la categoría “Resto de Europa”.

2.2. Decisiones metodológicas

En este apartado se da cuenta de las decisiones metodológicas tomadas, en base a las limitaciones mencionadas en este capítulo, respecto a la clarificación de terminologías y a los procesos de reagrupación de los datos llevados a cabo durante el estudio.

Primeramente, las definiciones utilizadas para denominar a la población inmigrante o extranjera difieren sustancialmente entre diversas fuentes, haciendo más difícil las comparaciones entre las mismas²¹. Mientras que algunas fuentes oficiales utilizan el término *extranjero*, otras también oficiales utilizan *inmigrante*; no habiendo tampoco consenso entre los mismos colectivos *migrantes*, *inmigrantes* o *extranjeros* en cuanto a su propia autodenominación, que difiere de acuerdo a su particular interpretación conceptual o política.

Partimos de la definición de *migración* que desde el punto de vista geográfico hace la Organización Internacional para las Migraciones -OIM- como “el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen. En el nuevo país, esa persona será considerada como *inmigrante*”²².

Asimismo hemos considerado las conclusiones de un estudio *Delphi* realizado con 66 personas expertas en el ámbito de las migraciones y la salud (Malmusi & Jansà, 2007), que logró consensuar la siguiente definición operativa sobre la población inmigrante de origen extranjero: “personas residentes en España que han nacido fuera de España y que han llegado desde hace menos de 5 ó 10 años, o de nacionalidad extranjera”. Dicho estudio considera necesario contar con las variables “país de nacimiento”, “nacionalidad” y “lugar de residencia”.

Por su parte, el INE establece en la Encuesta Nacional de Inmigrantes, realizada durante 2006 y 2007, los dos criterios más importantes para determinar la pertenencia a dicho grupo: no poseer nacionalidad española y haber nacido fuera de España²³.

Apoyándonos en las definiciones expuestas y considerando que no existe una definición científica sino una construcción social, económica y cultural del término *inmigrante*, en el presente análisis se emplearán las siguientes categorías:

Población española: todas aquellas personas que poseen nacionalidad española.

Población inmigrante: todas aquellas personas que residen en España, no poseen nacionalidad española y han nacido en otro país²⁴.

21 Si bien se están realizando esfuerzos por armonizar las definiciones y terminologías, la Organización Internacional para las Migraciones -OIM- reconoce que la presencia de una variedad de definiciones ha provocado que los criterios estadísticos varíen y se produzcan datos que no permiten la comparabilidad entre diversas fuentes. (OIM, *Tipologías de Migración*, disponible online en: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/522>)

22 Los términos emigrante e inmigrante especifican la dirección del movimiento mientras que migrante es más general y engloba a los anteriores (OIM, op. cit.).

23 Además agrega el haber permanecido o tener la intención de permanecer en España al menos un año. Dato que se recoge en la encuesta pero que no está integrado a otros registros administrativos ni fuentes de datos.

24 Dado que no existen registros que integren la variable “tiempo de estancia”, este criterio no se puede integrar en la definición.

Teniendo en cuenta que esta definición de inmigrante incluye a todas las personas no españolas de cualquier procedencia sociopolítica y económica, para conocer con mayor precisión los distintos perfiles de la población inmigrante se utilizarán las siguientes categorías²⁵ para algunos análisis:

Inmigrantes de Países de Renta Alta y Media -IPRAM-: personas procedentes de la Unión Europea -UE-²⁶, así como de otros países europeos de renta alta, como Andorra, Suiza y Noruega, además de América del Norte, Oceanía y Japón.

Inmigrantes de Países de Renta Baja y Media-Baja -IPRB-²⁷: personas procedentes del resto de los países no incluidos en las categorías anteriores.

Si bien esta categorización se basa exclusivamente en la situación económica de los países, brinda la posibilidad de aproximar poblaciones que tienen mayores similitudes en términos de oportunidades. En particular los países miembros de la UE poseen los mismos derechos que la población española en cuanto a residencia, trabajo, vivienda, educación y otros servicios comunitarios²⁸.

El resto de países agrupados dentro de la categoría IPRAM responden fundamentalmente a criterios económicos que posibilitan inferir una mayor capacidad de recursos para la subsistencia. En Cantabria dichas poblaciones representan un bajo porcentaje y están mayoritariamente empleadas y con permisos de residencia.

En cuanto a las **regiones de origen**, se empleará la clasificación de la UE en base a las categorías utilizadas por la Secretaría de Inmigración y Migración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Unión Europea: los 27 países miembros de la UE.

Resto de Europa: incluye todos los países europeos que no pertenecen a la UE.

Latinoamérica: incluye México, países de América Central, América del Sur y el Caribe Hispano-parlante (excluyendo las islas de colonización o protectorado británico, francés, holandés o estadounidense).

Norteamérica: Estados Unidos y Canadá.

Asia y Oriente Medio: China, Filipinas y resto de países asiáticos y de Oriente Medio de renta baja y media-baja.

África: Todos los países del continente africano, incluido el norte y la región subsahariana.

Oceanía: Australia, Nueva Zelanda e islas del Pacífico.

25 Dichas categorías han sido elaboradas por el Observatorio de Salud Pública de Cantabria en base a la bibliografía consultada.

26 Se ha excluido en esta clasificación a las personas inmigrantes procedentes de Rumanía, Portugal y Bulgaria por llegar en condiciones económicas y laborales más precarias que las personas del resto de países de la UE que tienen representación en Cantabria. Estos tres países cuentan con el mayor número de inmigrantes de la UE (5.528, 1.740 y 907 personas respectivamente) en la Comunidad Autónoma. Además Rumanía y Bulgaria fueron objeto de una moratoria laboral, desde su ingreso en la UE hasta el 31 de diciembre de 2008, que les mantuvo en inferioridad de condiciones de empleo respecto al resto de países miembros.

27 La categoría Renta Baja y Media-Baja ha sido ampliada de manera que incluya por un lado a los países de la UE que se excluyeron de la categoría IPRAM (Rumanía, Portugal y Bulgaria), y a países como Brasil, Chile o Argentina, que si bien en términos exclusivamente económicos están mejor posicionados que otros países de Latinoamérica o de Europa, representan colectivos de personas que han emprendido migraciones económicas.

28 Aunque algunos países de la UE, por sus condiciones socioeconómicas, tengan mayores dificultades que otros, razón por la cual se decidió excluir en este caso a Rumanía, Portugal y Bulgaria.

3

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA



3 PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

3.1. Evolución de la población inmigrante en Cantabria

En este apartado se presenta la evolución de la población inmigrante en Cantabria del período 2000-2008 (último dato recogido a 1 de enero de 2009), comparándola con la evolución en España (gráfico 1), en base a datos del Padrón Municipal de Habitantes (Instituto Cántabro de Estadística, 2008c).

En Cantabria, la población inmigrante a 1 de enero de 2009 representaba el 6,5% (38.096 habitantes) de la población total (589.335 habitantes). Dicha proporción representa casi la mitad de la observada para el total de España (12,1%). En ambos ámbitos, autonómico y estatal, la población inmigrante ha experimentado una tendencia creciente en el período 2001-2008.

En el año 2000 se registraron en Cantabria 6.883 personas de nacionalidad no española, multiplicándose esta cifra aproximadamente por cinco en 2008.

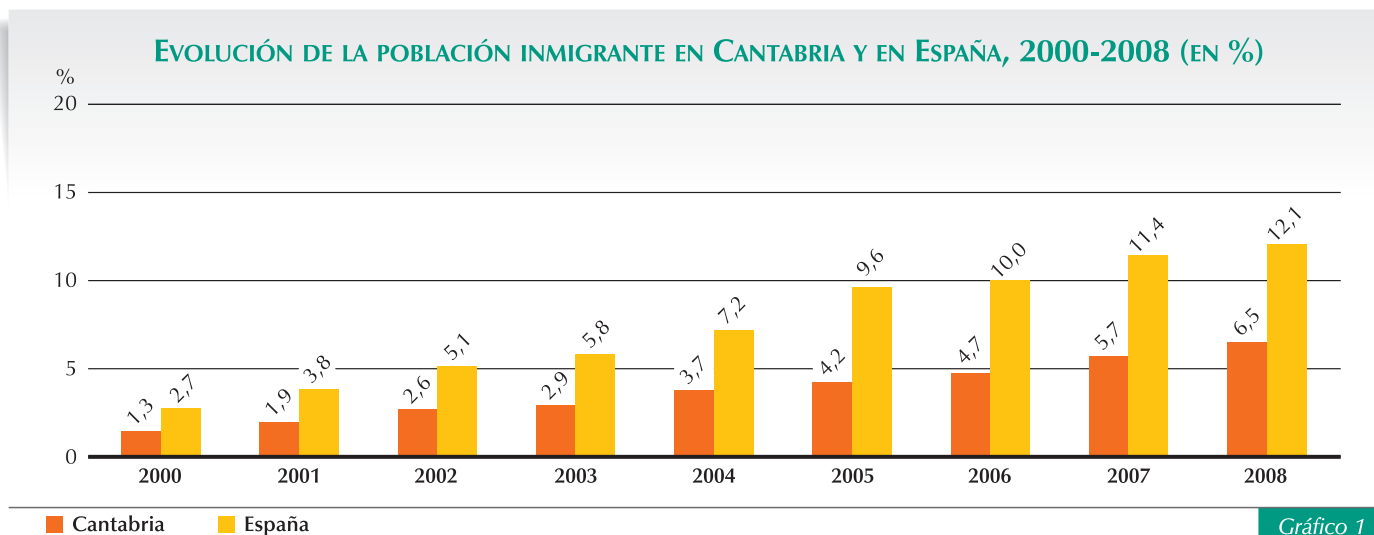


Gráfico 1

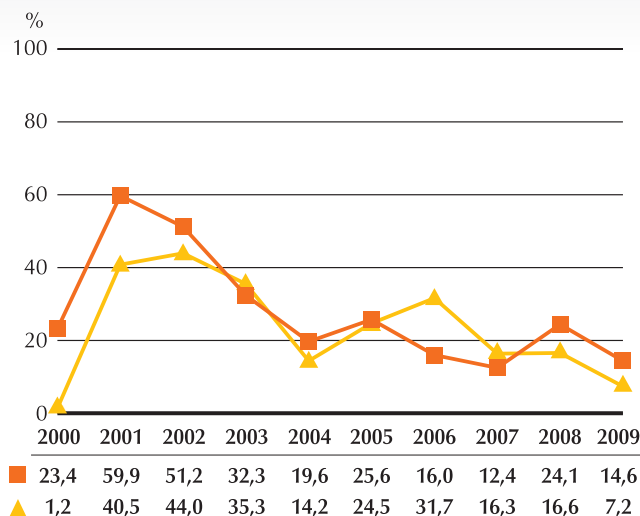
Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009. Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

La dinámica del **crecimiento interanual**²⁹ de 2000 a 2009 en Cantabria (gráfico 2) se corresponde año a año con la observada para el total de España. En Cantabria, el mayor pico de crecimiento interanual de la población inmigrante (59,9%) corresponde al año 2001. Debe tenerse en cuenta que el flujo de la población inmigrante a toda España se acentúa entre el año 2000 y 2002, continuando el aumento en los años siguientes, aunque en menor medida, y observándose una tendencia a la desaceleración en los años 2006 y 2007 que, a pesar del repunte en 2008, continúa en 2009.

²⁹ ICANE: Cálculo del crecimiento o variación interanual en porcentaje de la población inmigrante: fórmula [Variación interanual = ((Pt/Po)-1)*100] siendo por ejemplo, Pt: población del año 2000 y Po: población del año 1999.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA Y ESPAÑA, 2000-2009 (INCREMENTO INTERANUAL EN %)



■ Población inmigrante en Cantabria
▲ Población inmigrante en España

Gráfico 2

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

3.1.1. Distribución de la población española e inmigrante por sexo y edad

La población inmigrante se distribuye principalmente en los grupos de edad que corresponden a las etapas laboralmente activas. Como se puede observar en la pirámide de población de Cantabria por nacionalidad (gráfico 3), la comparación entre la población inmigrante y la española evidencia una gran diferencia en cuanto a la distribución por sexo y edad. Mientras que la mayoría de la población inmigrante en Cantabria se sitúa en la franja etárea de 20 a 49 años (estando una gran proporción concentrada en el rango de 25 a 34 años de edad), la población española presenta una pirámide que se va estrechando en la base y ensanchando en el vértice, conformado por la población de 65 a 85 años, con una preponderancia de mujeres por encima de los 60 años y de forma notable a partir de los 70 años. En cuanto a la distribución de la población inmigrante por sexo, se puede considerar en su conjunto equilibrada.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE EN CANTABRIA, 2008 (EN Nº)

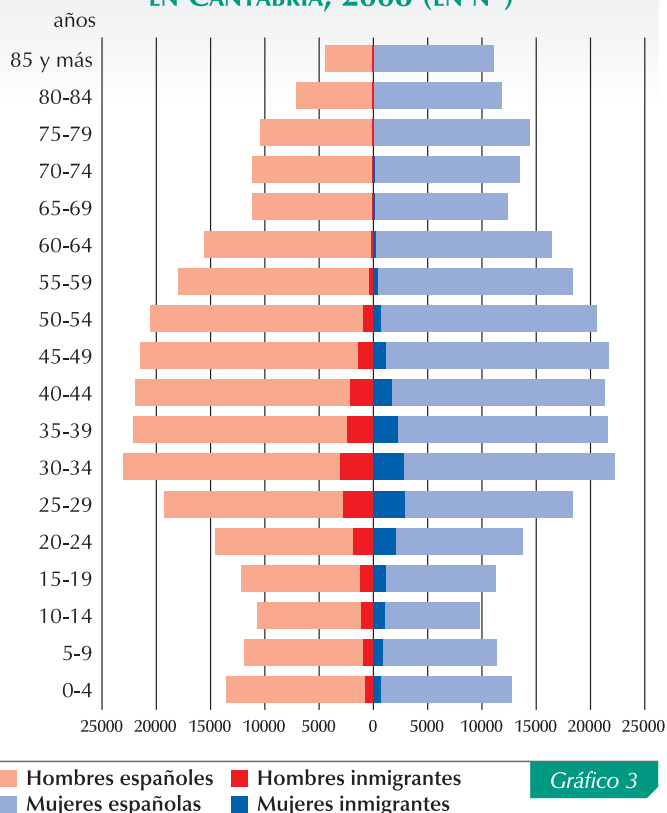


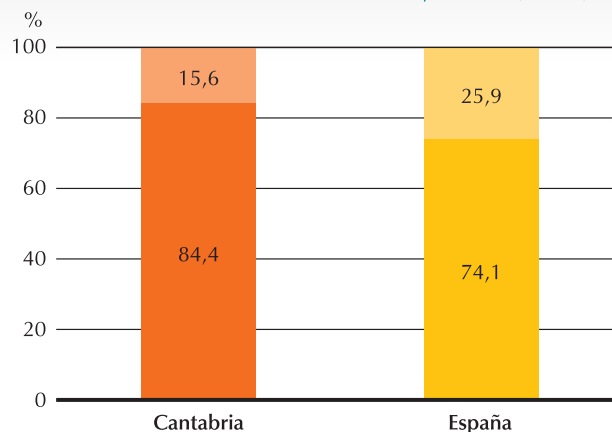
Gráfico 3

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

3.1.2. Composición de la población inmigrante por origen y sexo

El análisis por lugar de procedencia se ha realizado utilizando la categorización, explicada en la sección de metodología, de países de renta alta y media, y países de renta baja y media-baja, con el objetivo de poder analizar la renta de los países de origen como un determinante de la salud de las personas inmigrantes. Como se observa en el gráfico 4, la proporción de inmigrantes de países de renta baja y media-baja es mayor en Cantabria (84,4%) que en el total de España (74,1%).

POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA POR TIPO DE RENTA DEL PAÍS DE ORIGEN, 2008 (EN %)



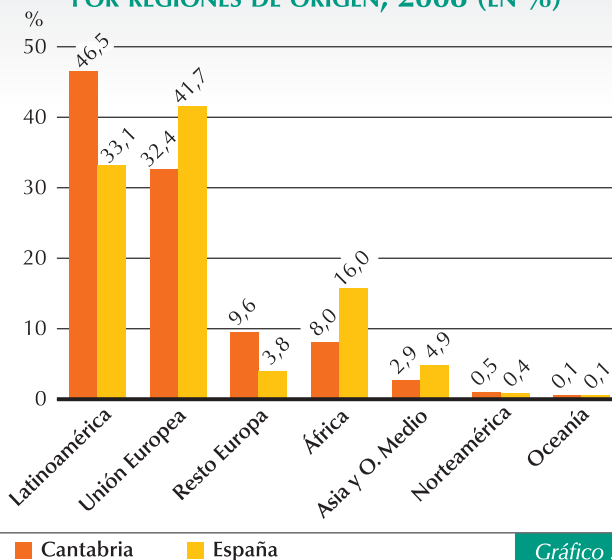
■ IPRAM. Inmigrantes de países de renta alta y media
■ IPRB. Inmigrantes de países de renta baja y media-baja

Gráfico 4

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

La composición de la población inmigrante en Cantabria según región de origen difiere en algunas regiones de procedencia respecto al total de España (gráfico 5). A finales de 2008 casi la mitad de la población inmigrante en Cantabria era de origen latinoamericano (46,5%), mientras que para el resto de España representaba el 33,1%. Igualmente se observa una mayor presencia de la población inmigrante de la Europa no comunitaria en Cantabria que en el resto de España (9,6% y 3,8% respectivamente). Por el contrario, la población de países de la Unión Europea tiene menor presencia en Cantabria (32,4%) que en el resto de España (41,7%). Asimismo, se observan diferencias en la proporción de personas de origen africano en Cantabria y España (8,0% y 16,0% respectivamente).

POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA POR REGIONES DE ORIGEN, 2008 (EN %)



■ Cantabria ■ España

Gráfico 5

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

El análisis de los diez países con mayor presencia de inmigrantes que se presenta en la Tabla 1 permite observar asimismo las similitudes y diferencias entre Cantabria y el resto de España. Rumanía es el país que cuenta con mayor presencia en ambos casos, seguido en España de Marruecos, mientras que este país ocupa el octavo lugar en Cantabria. De los países pertenecientes a la Unión Europea, el Reino Unido y Alemania son los que cuentan con mayor representación ciudadana en el territorio español, siendo Portugal el país más representado en Cantabria.

A continuación se compara el peso de los diez países de mayor afluencia en Cantabria con la magnitud que adquiere la población inmigrante de esos países en España (gráfico 6).

DIFERENCIAS ENTRE ESPAÑA Y CANTABRIA DE LOS DIEZ PAÍSES DE MAYOR AFLUENCIA DE INMIGRANTES, 2008

Países con mayor presencia en Cantabria	Países con mayor presencia en España
1 Rumanía	1 Rumanía
2 Colombia	2 Marruecos
3 Perú	3 Ecuador
4 Ecuador	4 Reino Unido
5 Moldavia	5 Colombia
6 Brasil	6 Bolivia
7 Portugal	7 Argentina
8 Marruecos	8 Alemania
9 República Dominicana	9 Bulgaria
10 Argentina	10 Perú

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Tabla 1

POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA Y ESPAÑA POR LOS 10 PAÍSES DE MAYOR AFLUENCIA EN CANTABRIA, 2008 (EN %)

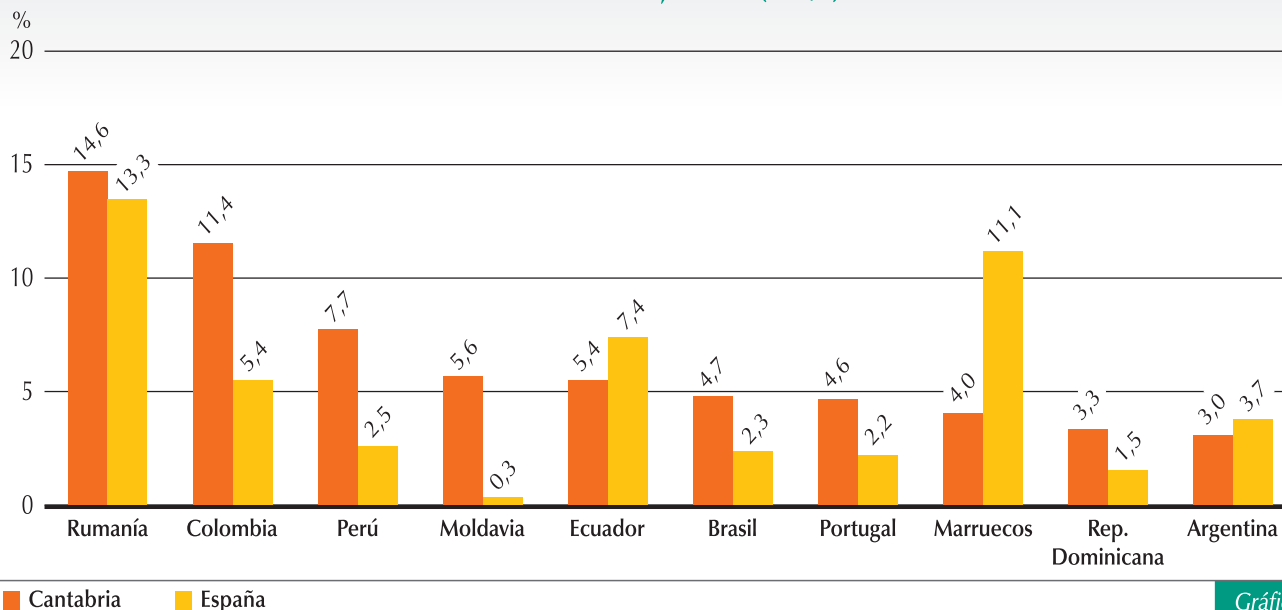


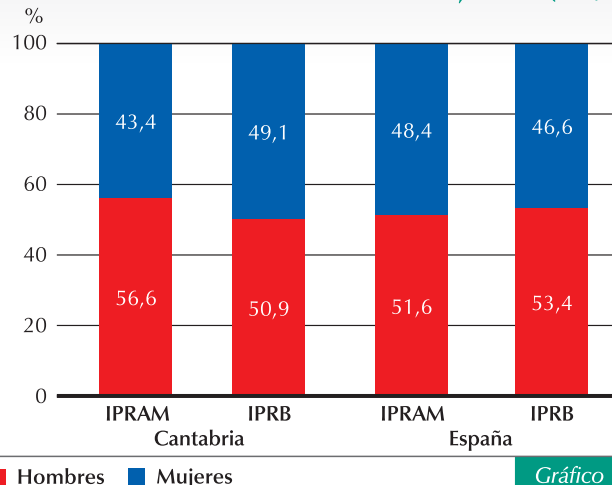
Gráfico 6

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009. Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

En el análisis comparativo entre Cantabria y el resto de España por el tipo de renta del país de origen de la población inmigrante (gráfico 7), se observa que en el conjunto del territorio español se da un equilibrio en la presencia de hombres y mujeres tanto de los países de renta alta como baja, aunque la proporción de hombres supera a la de mujeres en ambos niveles de renta. Por el contrario, en Cantabria, entre las personas inmigrantes de países de renta alta y media (IPRAM) hay mayor proporción de hombres (56,6%) que de mujeres (43,4%), mientras que entre los países de renta baja y media-baja (IPRB) la proporción es equiparable entre ambos sexos, aunque con ligero mayor predominio de hombres.

En cuanto a la evolución del flujo migratorio por países hacia Cantabria (gráfico 8) se observa cómo la inmigración de Rumanía ha crecido de forma sostenida desde 2003, casi duplicándose en el período 2006-2008 con su entrada en la Unión Europea; al tiempo que otros

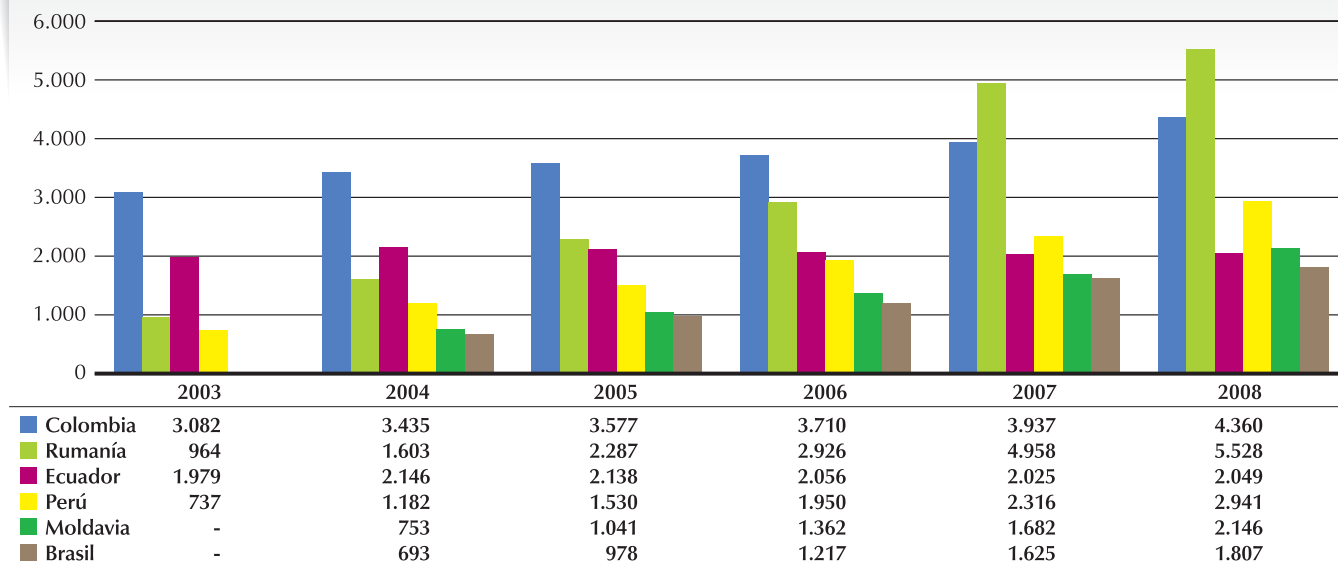
POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA Y EN ESPAÑA POR SEXO Y TIPO DE RENTA DE PAÍS DE ORIGEN, 2008 (EN %)



■ Hombres ■ Mujeres
IPRAM. Inmigrantes de países de renta alta y media
IPRB. Inmigrantes de países de renta baja y media baja
Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Gráfico 7

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE LOS PAÍSES DE MAYOR AFLUENCIA EN CANTABRIA, 2003-2008 (EN Nº)



Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009. Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Gráfico 8

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

países como Colombia, el segundo de mayor presencia en Cantabria, Ecuador o Perú, han presentado también un crecimiento sostenido, aunque estos últimos con un incremento menor. Moldavia y Brasil por otro lado, son países con presencia más reciente en Cantabria, desde 2004.

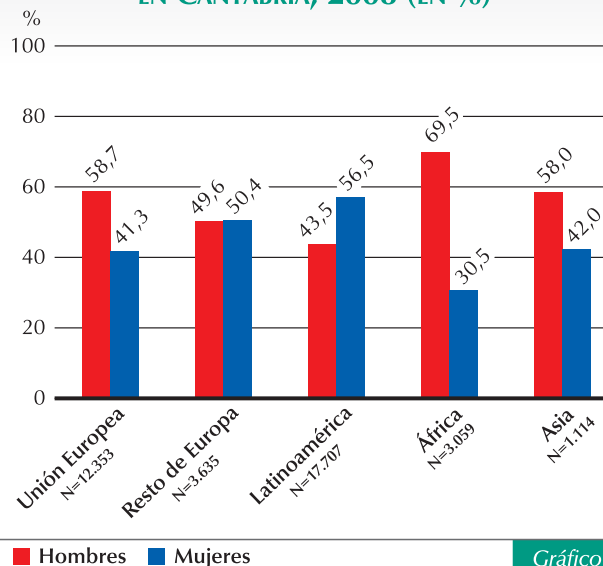
Considerando la **distribución de la población inmigrante por regiones de origen** (gráfico 9) se pueden establecer tres tipologías de procedencia de la inmigración de acuerdo al sexo: masculinizada, feminizada y equilibrada, como se detalla a continuación³⁰.

Inmigración masculinizada, cuyo caso más representativo es la población de África, constituida en el 69,5% por hombres. La UE y Asia, aunque en menor proporción, también ofrecen un tipo de migración masculinizada, con un 17,4% y un 16,0% más de hombres que de mujeres respectivamente.

La situación inversa a la anterior es una **inmigración feminizada**, como en el caso de Latinoamérica, con un 13,0% más de mujeres que de hombres.

A diferencia de los anteriores, la presencia de población inmigrante de los países de la Europa no comunitaria puede catalogarse como **equilibrada**.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE POR SEXO Y REGIONES DE ORIGEN DE MAYOR AFLUENCIA EN CANTABRIA, 2008 (EN %)



Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Gráfico 9

³⁰ En el gráfico no se presentan datos de Norteamérica ni de Oceanía dada su pequeña magnitud en Cantabria (196 y 32 personas respectivamente).

En cuanto a la **distribución por sexo de la población de los países de mayor afluencia** se observa el fenómeno inverso de feminización y masculinización (gráfico 10). Mientras que en el caso de Brasil, las mujeres representan un 37,9% más de población que los hombres, siguiendo el mismo patrón, aunque en menor grado, en la República Dominicana (18,2% más de mujeres), Colombia y Ecuador (9,8% y 8,2% respectivamente); por el contrario Portugal y Marruecos se caracterizan como migraciones muy masculinizadas, superando los hombres a las mujeres en un 41,2% y 36,8% respectivamente. En el caso de Rumanía y Moldavia, aunque con menores diferencias, también se observan diferencias de 12,2% y 7,0% entre hombres y mujeres. Perú y Argentina son los dos países, entre los 10 de mayor afluencia de inmigrantes en Cantabria, con una inmigración que se puede considerar equilibrada entre ambos sexos.

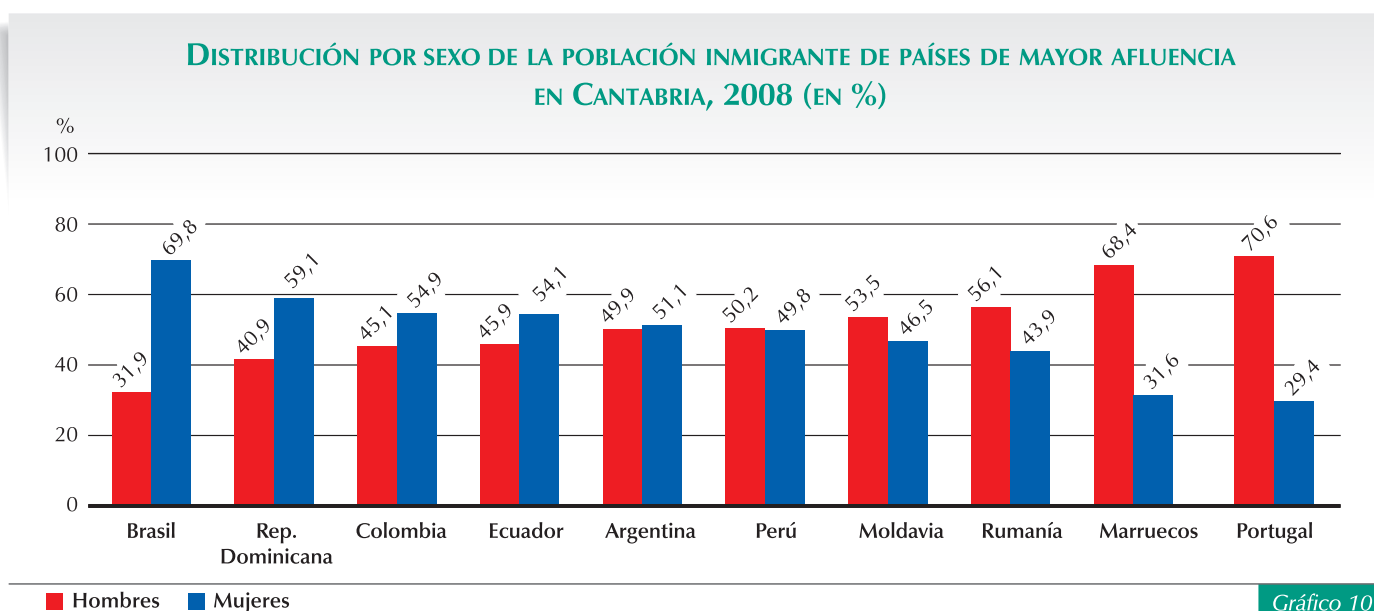


Gráfico 10

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009. Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

3.1.3. Ubicación geográfica de residencia de la población inmigrante en Cantabria

La población inmigrante se distribuye principalmente en Santander, la zona costera de Cantabria y Torrelavega, municipio que concentra una importante actividad industrial, mientras en las zonas rurales del interior se aprecia un marcado despoblamiento general.

Como puede observarse en el gráfico 11, la mayoría de la población inmigrante (78,0%) se aglutina en los once municipios de mayor población de Cantabria (aquellos de más de 10 mil habitantes) que congregan la mayor parte del desarrollo económico de la región y disponen de más servicios: Santander, Torrelavega, Camargo, Castro-Urdiales, Piélagos, Astillero, Laredo, Santoña, Corrales de Buelna, Reinosa y Santa Cruz de Bezana (Consejo Económico y Social Cantabria, 2008). No se observan diferencias por sexo importantes en la población de los diferentes municipios (Instituto Cántabro de Estadística, 2008c).

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

La segunda mayor concentración de población inmigrante (13,2%) se encuentra en los 53 municipios de 1.001 a 5.000 habitantes, lo que supone una alta dispersión. En los municipios de entre 5.001 y 10.000 habitantes³¹ reside un 8% de población inmigrante.

Aunque la mayor concentración de población inmigrante se da en Santander (8,6%), Torrelavega (7,6%) y Castro-Urdiales (9,1%), en algunos municipios de poca magnitud de población existe una proporción importante de inmigrantes (gráfico 12). Por tanto, de acuerdo a la proporción de personas inmigrantes sobre la población de cada municipio, se ha clasificado el territorio de la Comunidad Autónoma en cuatro grupos de mayor a menor proporción de inmigrantes.

- **Grupo 1:** Integrado por 3 municipios de escasa población: Cillorigo de Liébana, Potes y Cabezón de Liébana, donde la presencia de inmigrantes representa más del doble del porcentaje de población inmigrante en la Comunidad Autónoma (entre 13,7 y 11,7%).
- **Grupo 2:** Constituido por 4 municipios donde la población inmigrante representa entre el 10,7 y 8,6 % de la población total de cada municipio: Noja, Castro-Urdiales, Santa María de Cayón y Santander.
- **Grupo 3:** Integrada por 7 municipios donde la población inmigrante adquiere un peso entre un 7,9 y 6,6% sobre el total de la población de cada municipio: Ribamontán al Mar, Torrelavega, Colindres, Bareyo, Santoña, Medio Cudeyo y Meruelo.
- **Grupo 4:** Integrada por el resto de municipios con un peso inferior a 6,5% de la población total.

³¹ Dichos municipios son: Camargo, Castro-Urdiales, Piélagos, El Astillero, Laredo, Santoña, Corrales de Buelna, Santa Cruz de Bezana, Reinosa, Cabezón de la Sal, Reocín, Suances, Santa María de Cayón, Colindres, Marina de Cudeyo.

³² Se han seleccionado aquellos municipios donde la población inmigrante es superior al peso general de la población inmigrante para toda Cantabria (6,5%).

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA POR TAMAÑO DE MUNICIPIO DE RESIDENCIA, 2008 (EN %)

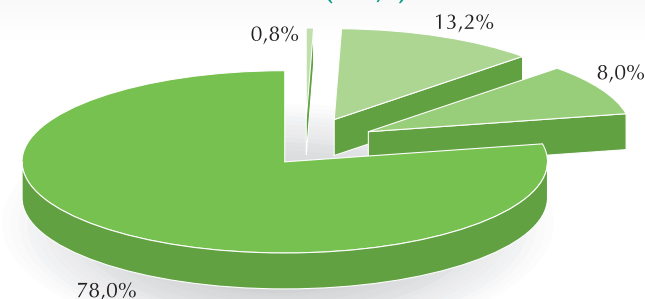


Gráfico 11

- Más de 100.000 habitantes
- De 5.001 a 10.000 habitantes
- De 1.001 a 5.000 habitantes
- Hasta 1.000 habitantes

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL EN LOS MUNICIPIOS DE MAYOR PRESENCIA³² DE INMIGRANTES EN CANTABRIA, 2008 (EN %)

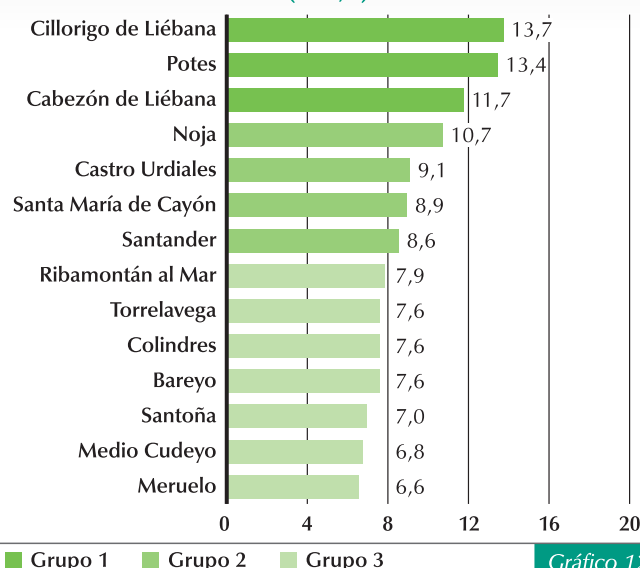
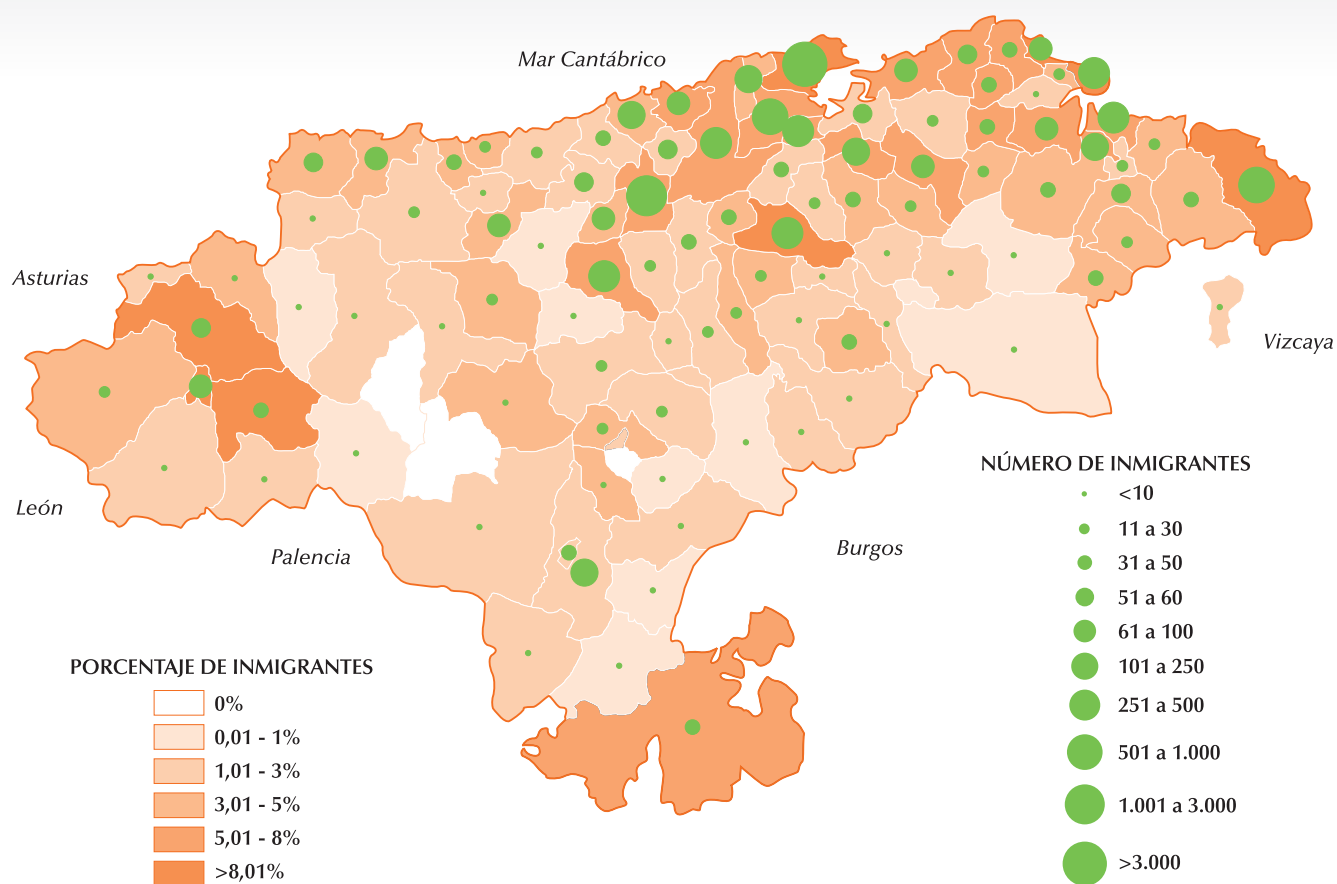


Gráfico 12

Elaboración OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

El mapa 1 representa el peso de la población inmigrante en todos los municipios de Cantabria. La densidad de población inmigrante en los municipios de Cantabria es relativamente baja, contando la mayoría con menos del 3%. Las densidades más elevadas se encuentran en la capital y en el arco de la Bahía de Santander, Torrelavega y municipios aledaños, más Liébana y la zona oriental de la comunidad, quedando los municipios interiores con escasa presencia de población inmigrante.

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS INMIGRANTES EMPADRONADAS EN LOS MUNICIPIOS DE CANTABRIA 2008



Elaboración Sección de Cartografía del Gobierno de Cantabria y el OSPC. Dato recogido a 1 de enero de 2009.
Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Mapa 1

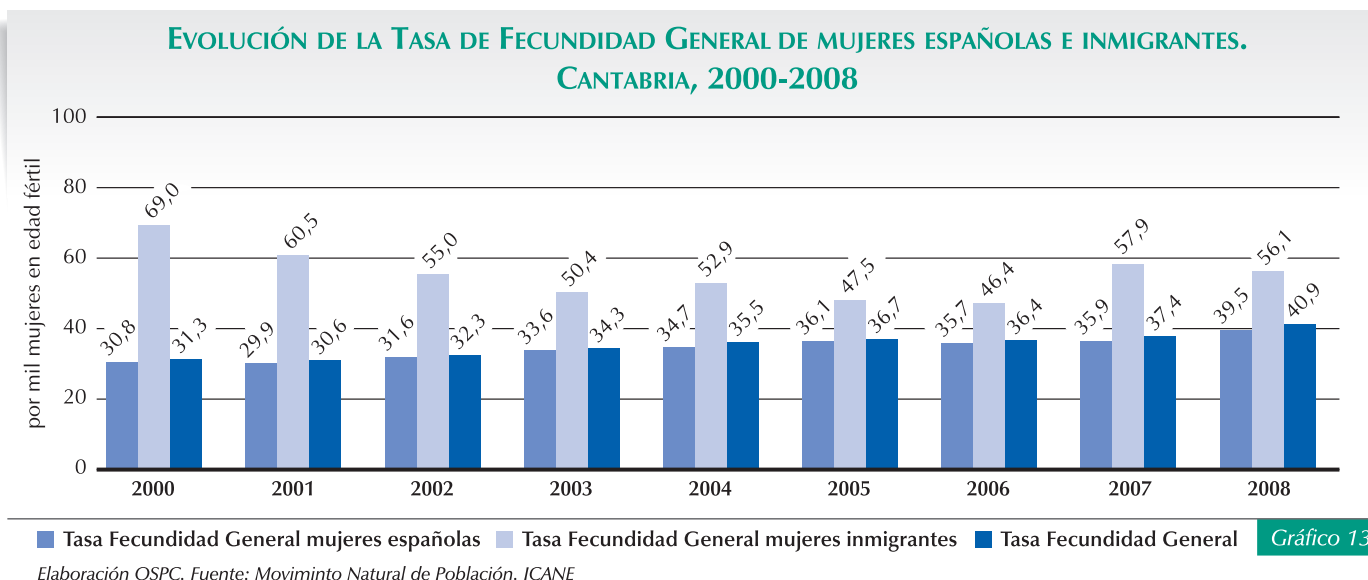
3.2. Movimiento Natural de Población

En este apartado se describen los siguientes fenómenos demográficos: fecundidad, nacimientos, mortalidad y defunciones para las poblaciones española e inmigrante en Cantabria (Instituto Cántabro de Estadística, 2008b). Cantabria ha experimentado un crecimiento vegetativo negativo en la última década. Las mujeres inmigrantes tienen mayor número de hijos y a edades más tempranas que las españolas, aunque por otra parte se ha dado un leve aumento en los últimos años en la fecundidad y número medio de hijos de las mujeres españolas, que rompe con la tendencia decreciente de los últimos años.

Los nacimientos de madre inmigrante aumentan levemente a lo largo del período 2000-2008. Dado que la estructura etárea de la población inmigrante en Cantabria está compuesta en gran medida por población joven y de mediana edad, la proporción de defunciones de personas de este colectivo de población es lógicamente muy inferior al de la población general.

3.2.1. Tasa de Fecundidad

La Tasa de Fecundidad General³³ en Cantabria (gráfico 13) presenta una leve tendencia al crecimiento, de 31,3 por mil mujeres en edad fértil en el año 2000 al 40,9 en 2008. Este crecimiento es debido, por un lado, a las tasas más altas de las mujeres inmigrantes respecto a las españolas durante todo el período 2000-2008, aunque se aprecia asimismo una tendencia decreciente en las mujeres inmigrantes hasta 2006, dándose un repunte de 11,5 por mil mujeres en 2007³⁴. Y por otro, al incremento ligero pero sostenido desde 2002 de la Tasa de Fecundidad General de las mujeres españolas. El año con menor diferencia entre la Tasa de Fecundidad de mujeres inmigrantes y españolas fue el 2006.



³³ La Tasa de Fecundidad General equivale al número de nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil (comprendidas entre 15 y 49 años).

³⁴ Ésta puede estar relacionada al mayor incremento experimentado igualmente en la población inmigrante en 2007.

Las mujeres inmigrantes en Cantabria tienen hijos a edades más tempranas que las españolas (gráfico 14). La Tasa de Fecundidad Específica más alta en mujeres inmigrantes se observa en el rango de 20 a 24 años de edad, y en segundo lugar entre los 25 y 29 años. En el caso de las mujeres españolas, la tasa específica más alta se sitúa a una edad más tardía, entre los 30 y 34 años. La Tasa de Fecundidad en el rango de edad de menores de 19 años también es considerablemente más elevada entre las adolescentes inmigrantes.

En general, las tasas específicas más altas en las mujeres inmigrantes se extienden a lo largo de la edad reproductiva, excepto en la edad de 30-34 años en que la tasa específica de las españolas experimenta una subida importante.

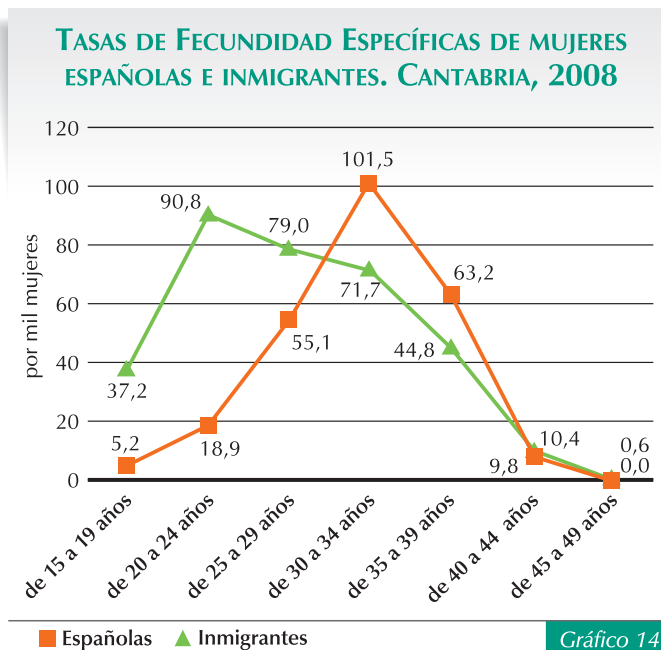


Gráfico 14

Elaboración OSPC.

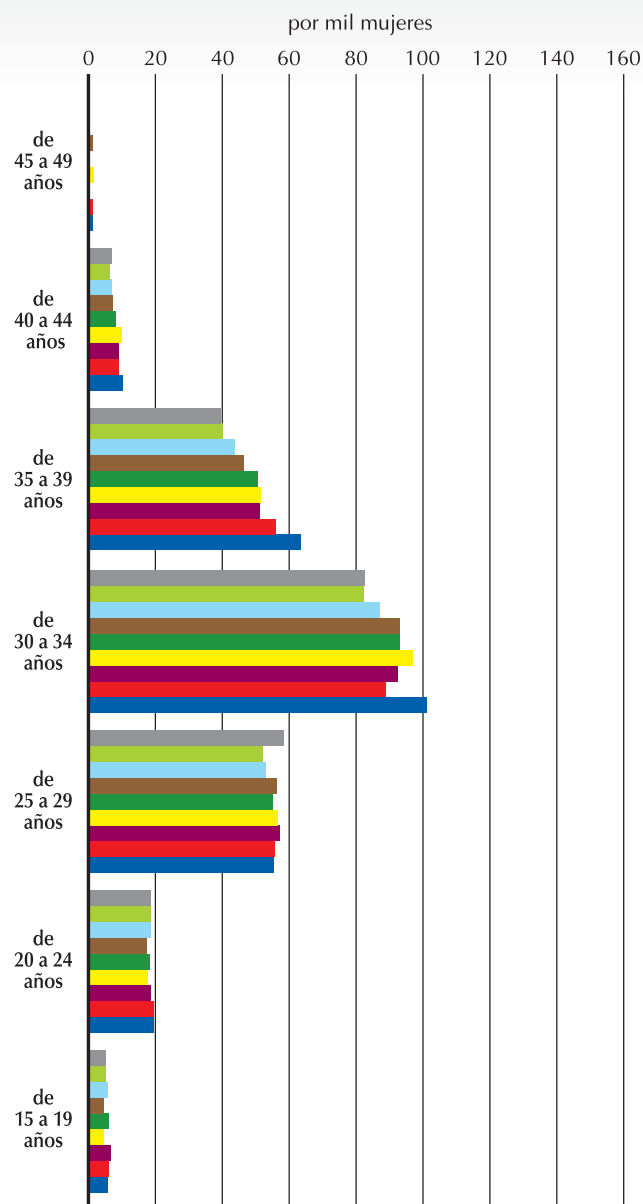
Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

El análisis de la Tasa de Fecundidad de las mujeres españolas e inmigrantes por grupos de edad a lo largo del período 2000-2008 (gráficos 15 y 16) permite comprobar que las características observadas se mantienen a lo largo de los últimos años. Desde el año 2000 se observa entre las mujeres españolas un incremento progresivo en el grupo de 35-39 años y en menor medida en el grupo de 40 a 44 años. También en 2008 se observa un fuerte incremento tanto en el grupo de mujeres de 35-39 años como en el grupo de 30-34 años, cambiando la tendencia de descenso de la Tasa de Fecundidad que presentaba este último grupo.

De acuerdo al gráfico 16, en el período 2000-2008 las Tasas de Fecundidad Específicas más elevadas de las mujeres inmigrantes corresponden a los tres grupos de edad de los 20 a los 34 años, observándose una tendencia a disminuir hasta 2006, que revierte en los 3 grupos con un crecimiento en 2007 y 2008. Se observan asimismo dos incrementos inusuales, por un lado en adolescentes en 2003, y por otro en las mujeres de 25 a 29 años en el año 2000, coincidiendo ésta con el primer incremento de personas inmigrantes en Cantabria.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

TASA DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA POR EDAD. CANTABRIA, 2000-2008

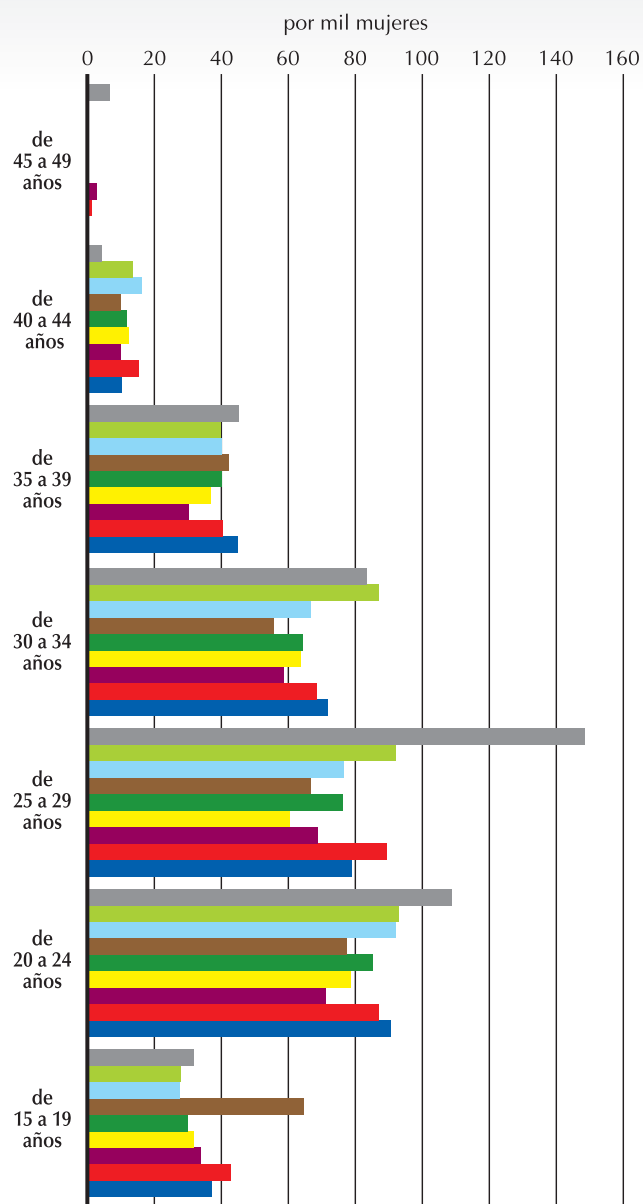


■ 2000 ■ 2001 ■ 2002 ■ 2003 ■ 2004
■ 2005 ■ 2006 ■ 2007 ■ 2008

Gráfico 15

Elaboración OSPC. Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

TASA DE FECUNDIDAD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE POR EDAD. CANTABRIA, 2000-2008



■ 2000 ■ 2001 ■ 2002 ■ 2003 ■ 2004
■ 2005 ■ 2006 ■ 2007 ■ 2008

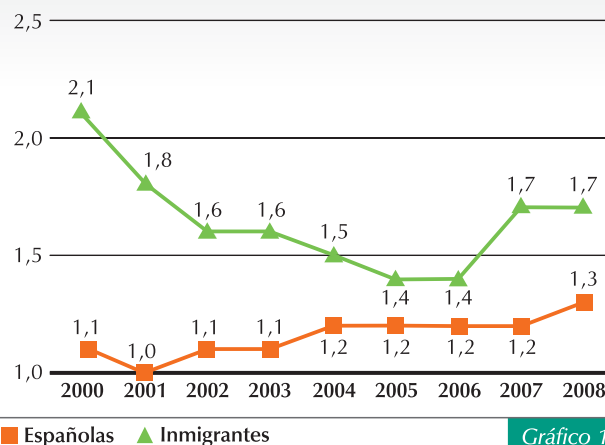
Gráfico 16

Elaboración OSPC. Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

3.2.2. Nacimientos

Las mujeres inmigrantes tienen una media de hijos/as³⁵ mayor que las españolas a lo largo de todo el período 2000-2008 (gráfico 17), aunque se observa un estrechamiento progresivo de las diferencias hasta 2006, debido a una tendencia decreciente en la media de hijos/as de las mujeres inmigrantes y una tendencia ligeramente creciente entre las mujeres españolas. En 2007 se da un crecimiento del número de hijos/as de mujeres inmigrantes, coincidiendo con el aumento de la población inmigrante de ese mismo año, que se mantiene en 2008, creciendo en una décima de punto la media de hijos/as de mujeres españolas.

MEDIA DE HIJOS/AS DE MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES. CANTABRIA, 2000-2008 (EN Nº)



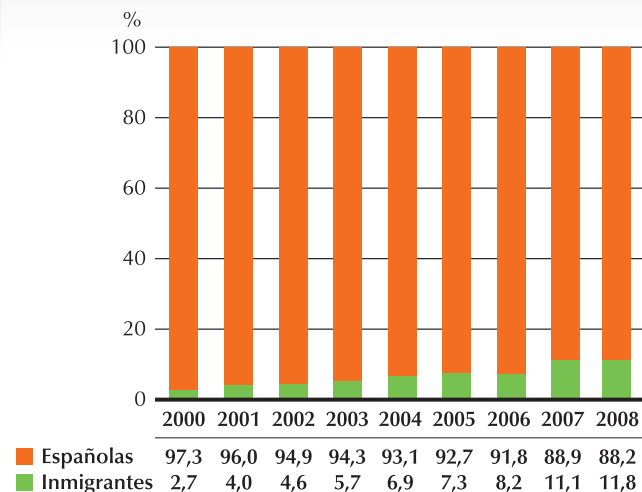
Elaboración OSPC.

Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Gráfico 17

Considerando los nacimientos por año en Cantabria según madre inmigrante y española (gráfico 18), se observa que los nacimientos de madre inmigrante tienden a incrementarse año a año, llegando a representar en 2008 el 11,8% del total de nacimientos registrados en Cantabria.

EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NACIMIENTOS DE CANTABRIA SEGÚN SEA LA MADRE ESPAÑOLA O INMIGRANTE, 2000-2008 (EN %)



Elaboración OSPC.

Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

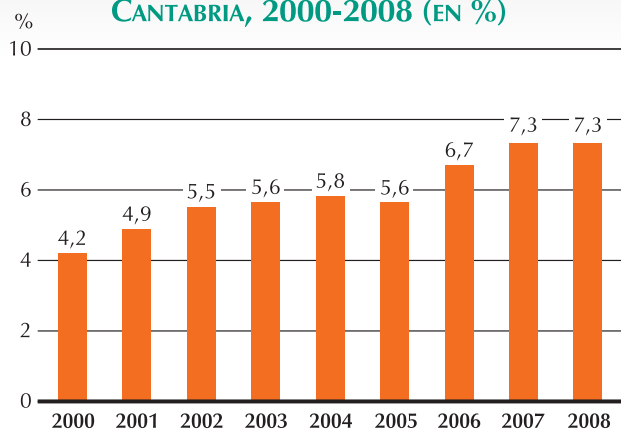
Gráfico 18

³⁵ ICANE: Índice Sintético de Fecundidad. Número medio de hijos/as por mujer.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

Los nacimientos que más han aumentado en el período 2000-2008 son los de parejas en las que uno de los miembros, madre o padre, es español (gráfico 19)³⁶, aunque durante 2008 se produce un incremento de algo más de un punto porcentual de nacimientos de madre y padre inmigrante (gráfico 20).

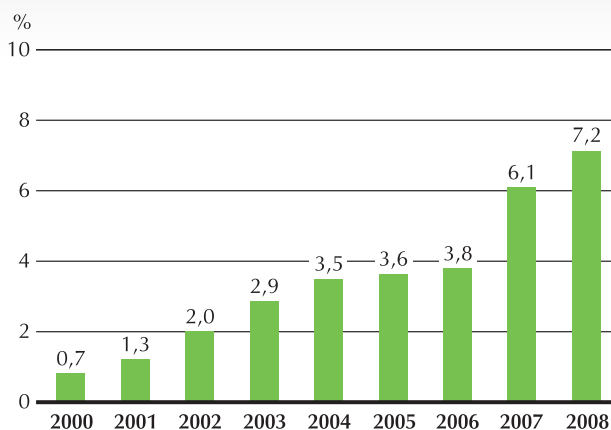
EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NACIMIENTOS DE PAREJAS EN LAS QUE UNO DE LOS MIEMBROS, MADRE O PADRE, ES ESPAÑOL. CANTABRIA, 2000-2008 (EN %)



Elaboración OSPC.
Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Gráfico 19

EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NACIMIENTOS DE MADRE Y PADRE INMIGRANTES. CANTABRIA, 2000-2008 (EN %)

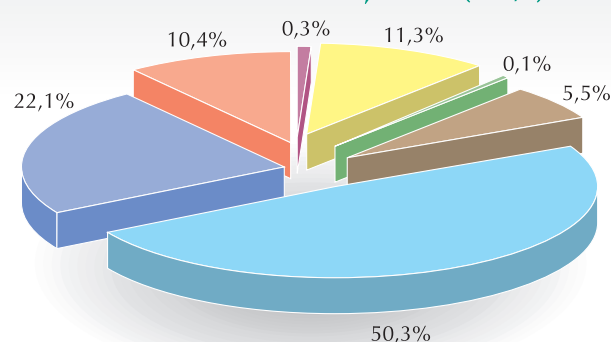


Elaboración OSPC.
Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Gráfico 20

En términos generales, la procedencia de las madres inmigrantes guarda relación con la procedencia de los colectivos mayoritarios de inmigrantes en la región. El gráfico 21 presenta la distribución y concentración de los nacimientos en el año 2008 según el continente de origen de la madre. Del total de nacimientos de madres inmigrantes, más de la mitad son de madres de diversos países de Latinoamérica (50,3%), mientras un 22,1% corresponde a nacimientos de madres de países de la Europa no comunitaria.

NACIMIENTOS DE MADRE INMIGRANTE POR REGIÓN DE ORIGEN. CANTABRIA, 2008 (EN %)



■ Latinoamérica
■ Resto de Europa
■ Unión Europea
■ Oceanía
■ África
■ Norteamérica
■ Asia

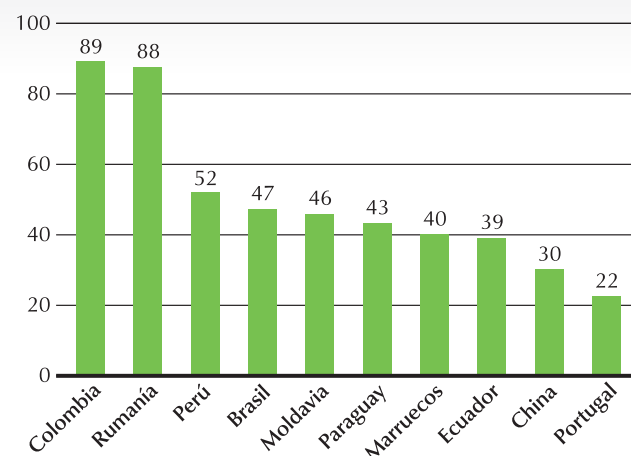
Gráfico 21

Elaboración OSPC. Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

³⁶ De acuerdo a la legislación española, sólo los nacidos de padre o madre españoles adquieren la nacionalidad española.

De acuerdo al país de origen (gráfico 22), el número de nacimientos de madres inmigrantes (N Total=496) en 2008 es consistente con los países de mayor afluencia en Cantabria, correspondiendo el número más alto de nacimientos a las madres de origen colombiano y rumano.

NACIMIENTOS DE MADRE INMIGRANTE POR PAÍS DE ORIGEN. CANTABRIA, 2008 (EN Nº)



Elaboración OSPC.

Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Gráfico 22

3.2.3. Interrupción Voluntaria del Embarazo

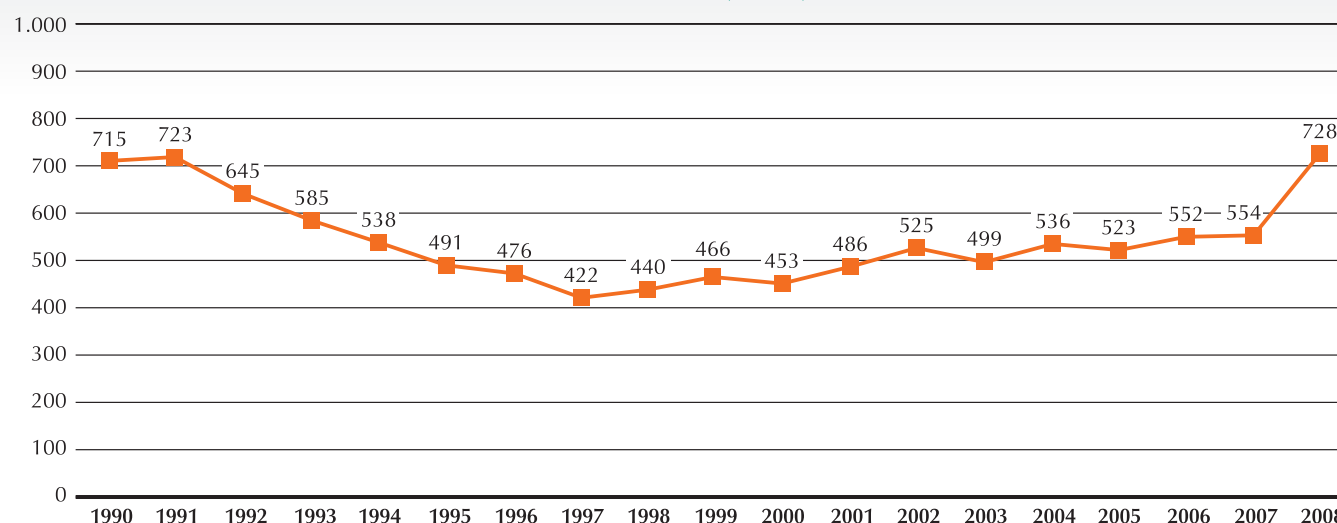
En este apartado se presenta en primer lugar la información disponible en fuentes oficiales del Ministerio de Sanidad y Política Social respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- en Cantabria (en mujeres en edad fértil de 15 a 44 años) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). El año 2008 es el primero en el que se puede analizar la incidencia de IVE en mujeres inmigrantes de acuerdo a la nacionalidad y país de nacimiento³⁷. El informe *Interrupción Voluntaria del Embarazo* (Montero et al., 2007) señala que las mujeres inmigrantes al llegar a España se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad respecto a las mujeres autóctonas, debido frecuentemente a una menor información sobre anticoncepción, así como a mayores dificultades para acceder a los servicios de salud.

³⁷ En marzo de 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la inclusión en el cuestionario de notificación de las IVE de la nacionalidad, país de nacimiento y año de llegada de las mujeres inmigrantes a España.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

En Cantabria ha habido una tendencia descendente en el número registrado de IVE desde 1990 hasta 1997, año en que se encuentra el menor valor de todo el período analizado (gráfico 23). A partir de ese año se da un repunte y una tendencia al crecimiento, aunque irregular, llegando a las 728 IVE declaradas en 2008. Es notorio el incremento del 24% de 2007 a 2008, muy probablemente debido a una mejora en las notificaciones y en el registro de IVE en base a las nuevas demandas del Ministerio de Sanidad, así como a la apertura en julio de 2008 de la primera clínica privada autorizada que realiza IVE en Cantabria.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INTERRUPTIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO. CANTABRIA, 1990-2008 (EN Nº)



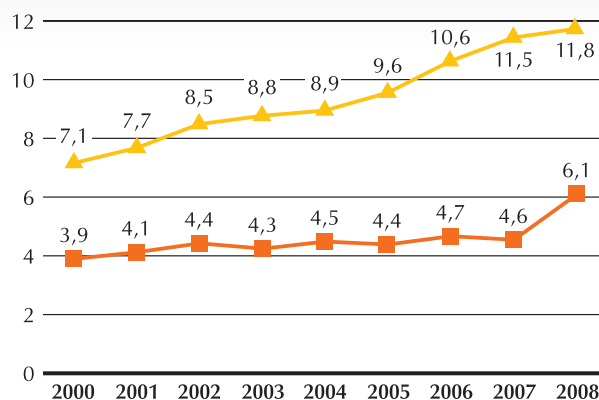
Elaboración OSPC. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social

Gráfico 23

Comparando con el conjunto del país (gráfico 24), la tasa de IVE en Cantabria se encuentra muy por debajo de la media nacional en todo el período 2000-2008, situándose en 6,1 por 1.000 mujeres en edad fértil, es decir 6 puntos por debajo de la media nacional. La tasa en población inmigrante en 2008 es de un 15,9 por mil mujeres, frente a un 4,9 por mil en mujeres autóctonas.

En 2008 la tasa de IVE se ha mantenido o aumentado respecto a 2006 y 2007 tanto a nivel estatal como de la mayoría de las Comunidades Autónomas, incluida Cantabria (gráfico 25). No obstante, a pesar del aumento registrado en ese año, Cantabria continúa teniendo la tercera tasa más baja de toda España, junto a Extremadura y Navarra donde también se ha dado un incremento en el mismo año, y después de Galicia y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. TASA POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS. CANTABRIA Y ESPAÑA, 2000-2008



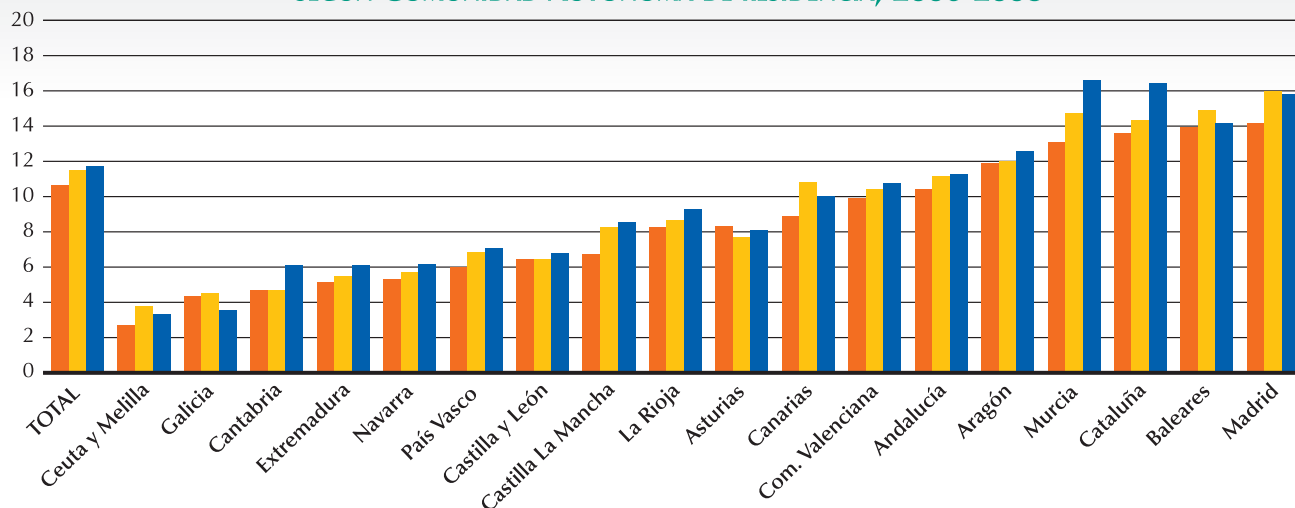
■ Tasa Cantabria ▲ Tasa España

Gráfico 24

Elaboración OSPC.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. TASA POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA, 2006-2008



■ Tasa 2006 ■ Tasa 2007 ■ Tasa 2008

Gráfico 25

Elaboración OSPC. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

De acuerdo a la región de origen de las mujeres residentes en Cantabria a las que se les ha realizado una IVE, después de las nacidas en España, son las latinoamericanas quienes más han recurrido a este procedimiento. Resultado consistente tanto con la mayor afluencia de mujeres de Latinoamérica en Cantabria, como con el mayor número de nacimientos de mujeres procedentes de estos países (gráfico 26).

La situación de acceso a la IVE en Cantabria presenta las siguientes características:

En total en 2008 se realizaron en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el 10% de las IVE (73), bien por riesgo fetal o por riesgo de la salud física de la mujer³⁸. El 89% de IVE restante se debieron a causa de alteración psíquica y se llevaron a cabo entre el Centro Los Lagos (247, que representan el 34% del total) y centros privados del País Vasco y Asturias (408 ó 56% del total), ya que hasta julio de 2008, Cantabria no contaba con ningún centro privado autorizado para realizar abortos. El gasto en los casos que se hicieron en centros privados corrió a cuenta de las mujeres.

De los 3 hospitales públicos existentes en la Comunidad Autónoma, solamente el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla -HUMV- realiza esta intervención.

El 4 de marzo de 2010 se publicó en el BOE la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que entró en vigor en julio del mismo año.

A partir de la citada fecha, el Centro de Salud Sexual y Reproductiva La Cagiga, perteneciente al Servicio Cántabro de Salud, es el centro coordinador de las demandas de IVE de toda la Comunidad Autónoma.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DE MUJERES RESIDENTES EN CANTABRIA SEGÚN PAÍS O REGIÓN DE NACIMIENTO, 2008 (EN %)

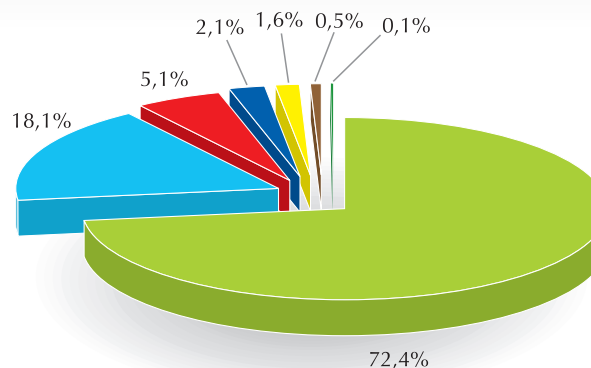


Gráfico 26

Elaboración OSPC. Fuente: Dirección General de Salud Pública -Consejería de Sanidad de Cantabria- y Ministerio de Sanidad y Política Social

³⁸ Datos de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Cantabria.

Como se observa en la siguiente tabla, las demandas de información sobre IVE en el Centro de Orientación Familiar -COF- La Cagiga crecieron a lo largo del período registrado (2002-2008) para el total de mujeres inmigrantes, mientras disminuyeron entre la población de mujeres españolas. De acuerdo a los datos presentados en la Memoria de Actividades de 2008 (Centro de Orientación Familiar La Cagiga, 2008), las demandas de información sobre IVE de mujeres inmigrantes en La Cagiga representaron el 37% del total de demandas recibidas en el centro.

DISTRIBUCIÓN DE LAS DEMANDAS DE INFORMACIÓN SOBRE IVE ATENDIDAS POR EL CENTRO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR "LA CAGIGA", 2002-2008 (EN Nº)							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Latinoamericanas	38	43	48	55	61	79	89
Europeas del este	12	18	17	34	27	39	32
Africanas	8	5	6	7	14	9	8
Asiáticas	2	2	3	1	3	2	1
TOTAL MUJERES INMIGRANTES	60	68	74	97	105	129	130
Españolas	237	201	208	192	204	194	186
Total de demandas de información sobre IVE	297	269	282	289	309	323	316

Fuente: Centro de Orientación Familiar La Cagiga

Tabla 2

De acuerdo al *Informe de Acceso al aborto en el Estado Español* (O'Kelly & Zumarán, 2008), las diferencias en recursos y oportunidades para viabilizar el acceso tanto a los métodos anticonceptivos como a la IVE entre las diversas Comunidades Autónomas generan una situación de desigualdad en el sistema sanitario público. Las mujeres jóvenes y las inmigrantes son identificadas como los dos colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, como consecuencia, por lo general, de su inferior nivel de información y recursos, así como de su mayor dificultad de acceso a la anticoncepción, dependiendo de la comunidad autónoma donde vivan.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

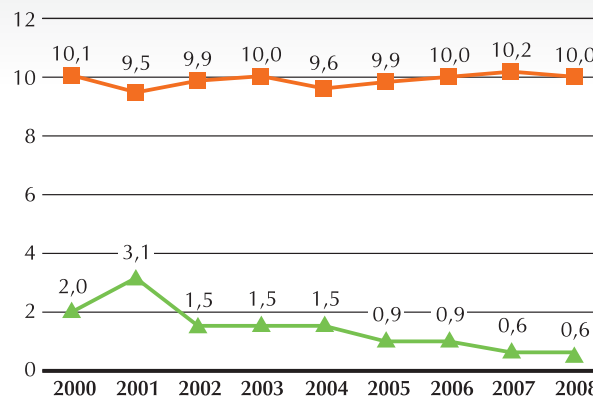
3.2.4. Tasa de Mortalidad

En Cantabria la Tasa Bruta de Mortalidad³⁹ en el año 2008 fue de 10,0 por mil habitantes. En el período 2000-2008 la Tasa de Mortalidad ha seguido una tendencia similar al patrón nacional, aunque con cifras superiores a la media nacional. Esta situación se explica por estar Cantabria entre las comunidades autónomas con mayor envejecimiento de la población respecto al conjunto de la población española.

La Tasa de Mortalidad no resulta un buen indicador para comparar la mortalidad de la población inmigrante y española en Cantabria, debido a la gran diferencia del peso de ambas y de su distribución por edad en la población total. De todas formas es interesante observar que mientras la población inmigrante ha mostrado una tendencia creciente a lo largo del período, su Tasa Bruta de Mortalidad presenta una tendencia decreciente (gráfico 27).

El gráfico 28 muestra cómo en el período 2000-2008, las Tasas de Mortalidad masculina en Cantabria son consistentemente más elevadas que las femeninas, diferencia asociada a la esperanza de vida más alta en las mujeres.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE. CANTABRIA, 2000-2008



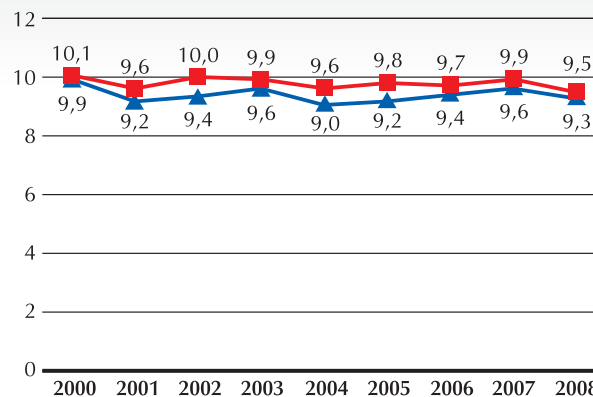
■ Población española ▲ Población inmigrante

Gráfico 27

Elaboración OSPC.

Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR SEXO. CANTABRIA, 2000-2008



■ Hombres ▲ Mujeres

Gráfico 28

Elaboración OSPC.

Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

³⁹ La Tasa Bruta de Mortalidad indica el número de muertes o defunciones durante un año por cada 1.000 habitantes.

De acuerdo a las principales causas de muerte en la población total por sexo (tabla 3), las enfermedades cerebrovasculares son las más frecuentes en las mujeres, ocupando la segunda posición en los hombres, después de los tumores de tráquea, bronquios y pulmón.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MORTALIDAD POR SEXO ⁴¹ . CANTABRIA, 2007 (EN %)				
Causas de muerte en MUJERES			Causas de muerte en HOMBRES	
		%		%
1ª	Enfermedades cerebrovasculares	10,7	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	8,3
2ª	Otras enfermedades del corazón	7,2	Enfermedades cerebrovasculares	6,9
3ª	Insuficiencia cardíaca	6,3	Infarto agudo de miocardio	5,8
4ª	Otras enfermedades del sistema respiratorio	6,2	Otras enfermedades del corazón	5,3
5ª	Infarto agudo de miocardio	4,6	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	5,3
6ª	Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	4,5	Otras enfermedades del sistema respiratorio	4,8
7ª	Neumonía	3,1	Otras enfermedades isquémicas del corazón	3,3
8ª	Otras enfermedades del sistema digestivo	3,0	Tumor maligno de la próstata	3,1
9ª	Tumor maligno de la mama	2,8	Insuficiencia cardíaca	2,9
10ª	Diabetes mellitus	2,8	Neumonía	2,9

Elaboración OSPC. Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Tabla 3

40 Lista detallada de causas de muerte según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

En el período 2000-2007 (período para el que se cuenta con datos), las 3 causas de muerte más frecuentes en la población inmigrante, como se presenta en la tabla 4, han sido las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y causas externas como accidentes, en general más frecuentes en hombres que en mujeres a lo largo del período. Asimismo se observa que, a pesar del importante crecimiento de la población inmigrante durante el período 2000-2007, el número de casos registrados en las 3 primeras causas de muerte no experimenta cambios que puedan estar relacionados a ese aumento de población, debido a que la mayoría de ésta se reparte en los grupos de edad más jóvenes.

CAUSAS DE MUERTE MÁS FRECUENTES EN POBLACIÓN INMIGRANTE POR SEXO Y AÑO. CANTABRIA, 2000-2007 (EN N ^o).									
	Tumores			Enfermedades del sistema circulatorio			Causas externas de mortalidad		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2000	0	0	0	1	8	9	1	-	1
2001	4	1	5	2	-	2	4	2	6
2002	3	3	6	1	2	3	-	2	2
2003	2	4	6	2	1	3	1	1	2
2004	5	3	8	6	6	12	4	1	5
2005	5	1	6	4	1	5	2	2	4
2006	4	2	6	1	2	3	4	2	6
2007	2	2	4	2	3	5	5	2	7

Elaboración OSPC. Fuente: Movimiento Natural de Población. ICANE

Tabla 4

3.3. Situación socio-económica

Como se ha mencionado en la introducción de este informe, el abordaje de las desigualdades en salud requiere no solo de un análisis desde el punto de vista sanitario sino además desde el social (Vázquez-Villegas, 2006), partiendo de un análisis de la situación socioeconómica y de las condiciones de vida de la población de estudio. Para dicho análisis se incluyen: el nivel de estudios, el acceso a la vivienda y la situación laboral.

3.3.1. Nivel de Estudios

Para un análisis comparativo del nivel de estudios⁴¹ de la población inmigrante respecto a la población general se ha recurrido a las dos fuentes principales que nos dan cuenta de esta información, la Encuesta Social de Cantabria de 2007 para la población general (Instituto Cántabro de Estadística, 2007b) y la Encuesta Nacional de Inmigran-

⁴¹ La variable "nivel de estudios" solo se analiza para aquellas personas que posean título o certificado que lo acredite.

tes (Instituto Nacional de Estadística, 2009). La mayor diferencia entre ambas poblaciones se da en la educación primaria o sin estudios: las personas inmigrantes sin estudios representan solo el 3%, frente al 20,3% de la población general, correspondiendo el resto, hasta 21,7% de la población inmigrante, y 30% de la general (gráfico 29) a las personas con estudio primarios. La siguiente diferencia significativa es en la educación terciaria o universitaria, con un 29,6% de población inmigrante en posesión de un título universitario frente al 22,2% de población general. Por tanto, se puede decir que la población inmigrante residente en Cantabria tiene un nivel de estudios superior a la media de la población general.

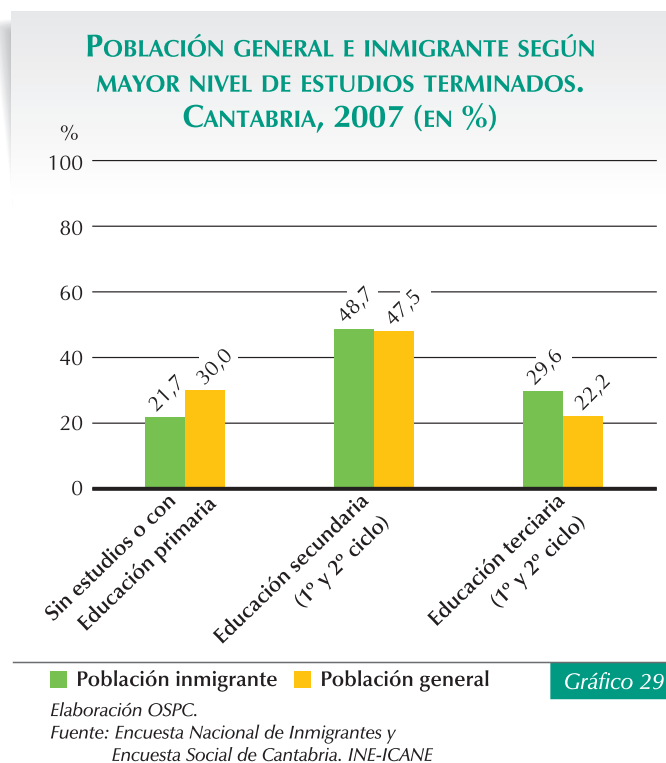


Gráfico 29

3.3.2. Acceso a vivienda

Si bien la necesidad de una vivienda es común a toda la población, adquiere una relevancia particular para la población inmigrante debido a su mayor riesgo de exclusión social. El alojamiento digno y estable es un bien imprescindible para satisfacer las necesidades básicas de la vida (Navarro, 2008), además de esencial en el proceso de integración en el sistema de garantía de los derechos cívicos y sociales. El lugar de residencia es un requisito indispensable para solicitar la regularización de trámite de estancia en España y el empadronamiento, a través del cual se accede a la Tarjeta Sanitaria Individual, al reagrupamiento familiar, a la inscripción escolar y a otros recursos sociales (Ver Anexo 1: Requisitos previos de acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en Cantabria). Durante el trabajo de campo cualitativo del presente estudio, la vivienda se coloca como uno de los temas de preocupación prioritarios y con mayores dificultades para su obtención y mantenimiento.

Entre las barreras al acceso a una vivienda, tanto para la población española como para las personas inmigrantes, figuran los altos precios de alquiler y de venta, y las escasas ayudas. Además, la población inmigrante se enfrenta a barreras y dificultades adicionales para el acceso a una vivienda de alquiler, debido a los mayores requisitos exigidos en muchos casos por el hecho de ser personas extranjeras. Entre estas dificultades destaca el desconocimiento del proceso de búsqueda, de las condiciones y tipos de contrato, y de las ayudas públicas o recursos sociales existentes, así como de la dificultad de contar con el dinero necesario para los meses de fianza y de reunir los avales bancarios exigidos. A todo esto se suman frecuentemente otras demandas por parte de los propietarios

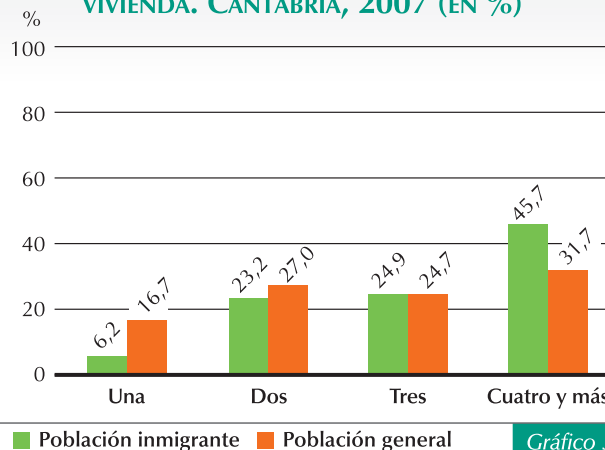
PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

que desconfían de la capacidad de las personas inmigrantes de garantizar el pago mensual, el cuidado de la casa y la limitación del número de personas que la habiten, todo lo cual se suele traducir en alquileres más altos y en la demanda de más meses de fianza que a la población española⁴².

Entre las dificultades para conocer la situación de acceso a la vivienda de las personas inmigrantes destaca la falta de información desagregada por nacionalidad o país de origen. Como ya se ha mencionado previamente, este informe no utiliza la información sobre viviendas del Censo de Población por considerarse que no proporciona una información fiel a la realidad actual⁴³. De igual forma, la Encuesta de Condiciones de Vida de Cantabria (Instituto Cántabro de Estadística, 2007a) proporciona información relativa a las características de los hogares pero no permite conocer específicamente las condiciones en las que vive la población inmigrante por no contar con una muestra suficiente de personas extranjeras que permita desagregar por nacionalidad o país de origen.

Por tanto para un análisis de la vivienda entre población inmigrante y población general se han comparado los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) (Instituto Nacional de Estadística, 2009) y de la Encuesta de Condiciones de Vida de Cantabria (gráfico 30), arrojando diferencias fundamentalmente en las viviendas ocupadas por una sola persona (6,2% y 16,7% respectivamente), y en las ocupadas por cuatro o más personas (45,7% de las viviendas donde residen inmigrantes y 31,7% en las que reside la población general). El número medio de personas por vivienda en población inmigrante es de 3,5 mientras que el de población general es de 2,7.

VIVIENDAS FAMILIARES DE POBLACIÓN GENERAL E INMIGRANTE SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA. CANTABRIA, 2007 (EN %)



Elaboración OSPC.

Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes y Encuesta de Condiciones de Vida de Cantabria. INE-ICANE

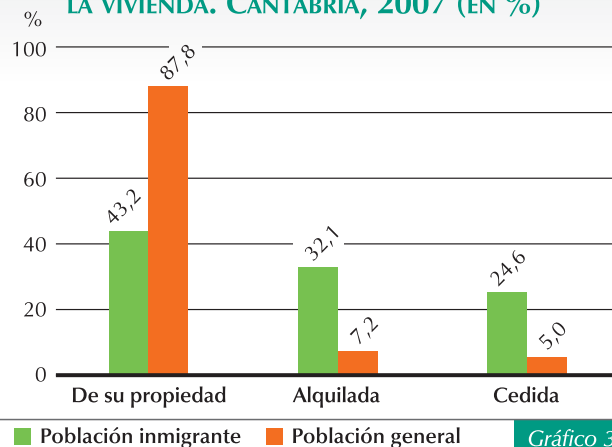
Gráfico 30

⁴² A estas cuestiones hacen referencia en los capítulos 5 y 6 los distintos agentes entrevistados en este estudio.

⁴³ El último Censo de Población es de 2001, año a partir del cual empieza a crecer la población inmigrante en Cantabria.

De acuerdo al régimen de tenencia de la vivienda, se observan grandes diferencias entre la población general y la población inmigrante (gráfico 31). La diferencia más acusada (en términos absolutos) se aprecia en las viviendas de propiedad, correspondiendo al 87,8% de la población general y al 43,2% de población inmigrante. En el régimen de alquiler también se acusan diferencias notables, aunque en sentido inverso, el 32,1% de la población inmigrante vive de alquiler, frente al 7,2% de la general. Por otra parte, la diferencia mayor en términos relativos se da en las viviendas cedidas, que corresponden generalmente a personas que residen en la misma casa en la que trabajan, siendo casi cinco veces superior en la población inmigrante (24,6%) que en la general (5,0%).

VIVIENDAS FAMILIARES DE POBLACIÓN GENERAL E INMIGRANTE SEGÚN RÉGIMEN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA. CANTABRIA, 2007 (EN %)



Elaboración OSPC.

Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes y Encuesta de Condiciones de Vida de Cantabria. INE-ICANE

Gráfico 31

3.3.3. Situación Laboral

En la presente sección se analizan datos procedentes de la Encuesta de Población Activa (Instituto Cántabro de Estadística, 2008a), de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (Instituto Nacional de Estadística, 2009) y de la Tesorería General de la Seguridad Social, proporcionados por el (Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria, 2008) referentes a los regímenes de cotizaciones, ocupaciones y tipología de contrataciones de la población inmigrante en Cantabria.

A finales de 2008 se registraron en Cantabria un total de 217.630 personas trabajadoras afiliadas a la Seguridad Social, de las cuales el 5,7% son inmigrantes (12.403 personas)⁴⁴, mientras que en el total del país alcanza el 6,8%⁴⁵⁻⁴⁶.

El análisis de la situación de las personas inmigrantes en el ámbito del trabajo resulta de interés para conocer su representación en la población activa⁴⁷ -ocupada y parada- e inactiva, así como en los sectores económicos de

44 El porcentaje de la población inmigrante en la misma fecha en Cantabria es de 6,5%.

45 La variación de personas inmigrantes afiliadas a la Seguridad Social entre julio de 2008 y junio de 2009 es de -10,03.

46 Datos de la Tesorería General de la Seguridad Social.

47 Población económicamente activa: personas de 16 o más años clasificadas como empleadas o desempleadas en un período de referencia determinado. Población económicamente inactiva: toda la población de 16 y más años, no incluida en la población activa, incluyendo a personas que se ocupan de su hogar, estudiantes sin actividad económica, personas jubiladas o prejubiladas, pensionistas y discapacitadas. Población ocupada: personas de 16 o más años que durante un período de referencia determinado han desarrollado un empleo por cuenta ajena (asalariados/as) o por cuenta propia. Población parada: personas de 16 o más años que durante un período de referencia determinado no tengan empleo, hayan tomado medidas concretas para buscar empleo o abastecerse por cuenta propia, y que estén disponibles para desarrollar un empleo.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

empleo y sus correspondientes condiciones o regímenes de cotización. Esta información adquiere particular importancia dado que por lo general, las y los trabajadores inmigrantes de países de renta baja y media baja ocupan los puestos de trabajo de mayor precariedad y en peores condiciones laborales, con menores ingresos y mayor inestabilidad.

Según los datos⁴⁸ de la Encuesta de Población Activa (Instituto Cántabro de Estadística, 2008a) correspondientes a la media anual de 2008, los hombres españoles constituyen más de la mitad de la población activa de Cantabria, mientras que las mujeres representan el 39,0% (tabla 5). Por el contrario, en el caso de la población activa inmigrante, las mujeres y los hombres constituyen porcentajes similares de la población activa (un 4,0% son mujeres y un 3,9% son hombres). Sin embargo, las mujeres inmigrantes representan un porcentaje más elevado entre la población inactiva (2,4%) que los hombres inmigrantes (1,0%).

POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS ESPAÑOLA E INMIGRANTE POR SEXO, SEGÚN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA. CANTABRIA, 2008 (EN %)					
	Población Española		Población Inmigrante		
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Total
Población Activa	39,0%	53,2%	4,0%	3,9%	100%
Población Inactiva	36,5%	60,1%	2,4%	1,0%	100%

Elaboración OSPC. Fuente: Encuesta de Población Activa. ICANE

Tabla 5

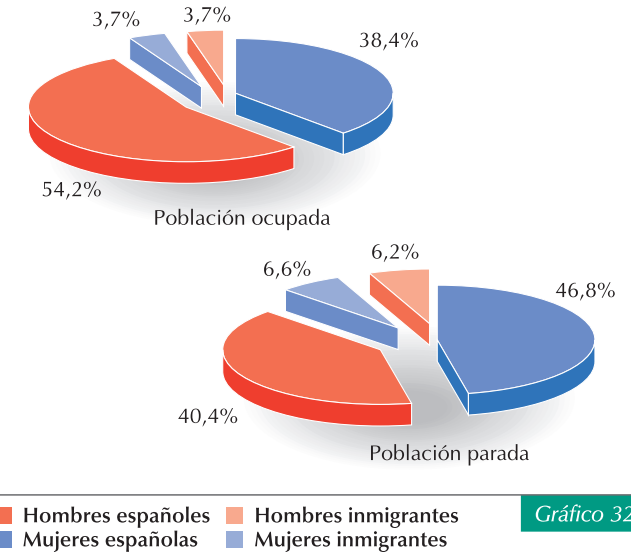
En cuanto a la media anual de personas ocupadas en 2008 en Cantabria (gráfico 32), mientras que entre la población española las mujeres representan un peso significativamente menor del total de las personas ocupadas que los hombres (38,4% frente a 54,2% respectivamente), las mujeres y los hombres inmigrantes representan similar porcentaje de población ocupada (3,7%). En consistencia con estos datos, entre las personas paradas españolas en Cantabria en 2008, un mayor porcentaje corresponde a mujeres (46,8%) que a hombres (40,4%), mientras que no hay diferencias importantes entre el porcentaje de mujeres y hombres inmigrantes parados (6,6% y 6,2% respectivamente).

⁴⁸ Los datos se presentan en base a la estimación de personas y no al número de registros de la muestra.

Asimismo, es importante analizar la **situación de temporalidad o estabilidad en los contratos⁴⁹ de las personas trabajadoras inmigrantes** (tabla 6). De acuerdo a los datos del Servicio Público de Empleo Estatal, en 2008 se observa un leve descenso respecto a 2007 en las tasas de temporalidad, con el correspondiente aumento leve en las de estabilidad, tanto en Cantabria como en el total de España.

Comparando las mismas **tasas entre la población inmigrante trabajadora y la autóctona** se observan pequeñas diferencias entre 2007 y 2008 en Cantabria y en España. Mientras que en Cantabria ha disminuido ligeramente la temporalidad de 2007 a 2008, tanto en inmigrantes como en autóctonos (manteniendo éstos tasas de temporalidad levemente superiores a los inmigrantes), con el consiguiente ligero aumento de la estabilidad para ambos. En España la tendencia entre inmigrantes es la misma que en Cantabria, mientras que en autóctonos la temporalidad se mantiene con un leve aumento.

POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS ACTIVA, SEGÚN ESPAÑOLA O INMIGRANTE Y SEXO. CANTABRIA, 2008 (EN % SOBRE POBLACIÓN OCUPADA O PARADA)



Elaboración OSPC.
Fuente: Encuesta de Población Activa (media anual). ICANE

Gráfico 32

TASAS DE TEMPORALIDAD Y ESTABILIDAD DE LA CONTRATACIÓN EN CANTABRIA Y ESPAÑA DE POBLACIÓN INMIGRANTE Y ESPAÑOLA, 2007-2008								
	Cantabria				España			
	2007		2008		2007		2008	
	Tempo- ralidad	Estabilidad	Tempo- ralidad	Estabilidad	Tempo- ralidad	Estabilidad	Tempo- ralidad	Estabilidad
Población Inmigrante	89,7	10,3	89,1	10,9	89,1	10,9	88,5	11,5
Población Española	90,2	9,8	89,9	10,1	88,5	11,5	88,6	11,4

Elaboración OSPC. Fuente: Observatorio de las Ocupaciones del SPEE

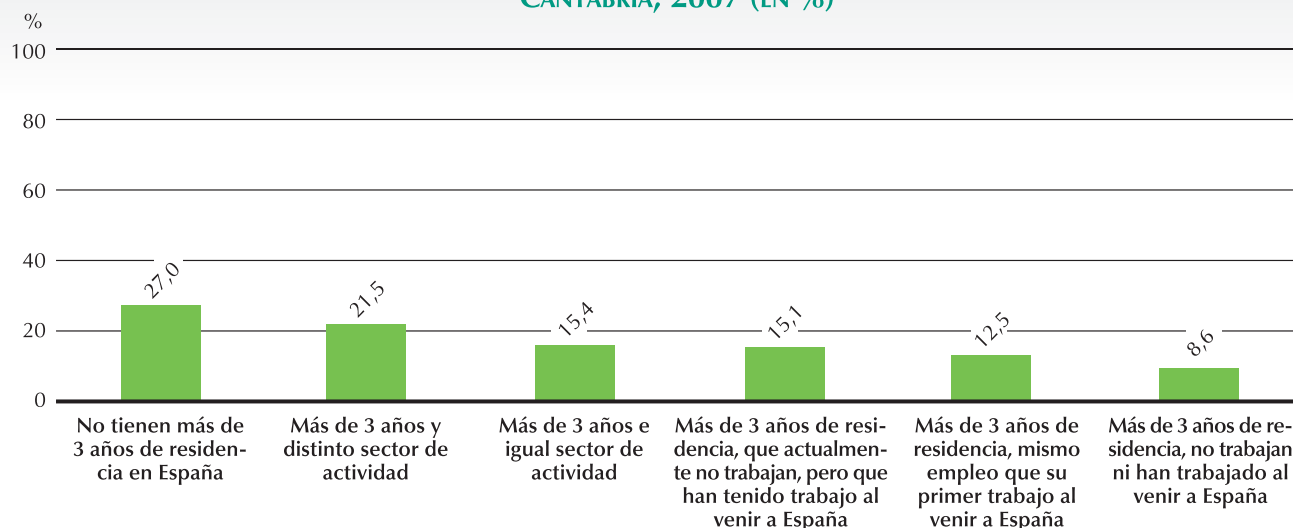
Tabla 6

49 Todos los contratos a los que se hace referencia, han tenido lugar en 2007 y 2008 con destino del puesto de trabajo en Cantabria.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

En cuanto a la estabilidad laboral, la Encuesta Nacional de Inmigrantes (2007) permite analizar la información sobre la **situación laboral actual e inicial de las personas inmigrantes con más de tres años de residencia en España** (Instituto Nacional de Estadística, 2009) (gráfico 33). De la población inmigrante residente en Cantabria, de acuerdo a esta fuente, el 27,0% no tiene más de 3 años de residencia en el país. Entre quienes llevan más de tres años, el 21,5% trabaja en distinto sector en el momento de la recogida de información de la ENI que en el que trabajaba cuando llegó al país. El 15,4% continua trabajando en el mismo sector y el 15,1% no trabajaba en el momento de la realización de la encuesta pero tuvo trabajo al llegar a España. Es de remarcar que las personas que no trabajaban en el momento de la recogida de datos alcanzaban el 23,7% de quienes llevaban más de tres años de residencia.

**PERSONAS INMIGRANTES SEGÚN RELACIÓN ENTRE SU SITUACIÓN LABORAL ACTUAL E INICIAL.
CANTABRIA, 2007 (EN %)**



Elaboración OSPC. Fuente: Encuesta Nacional de Inmigrantes. INE

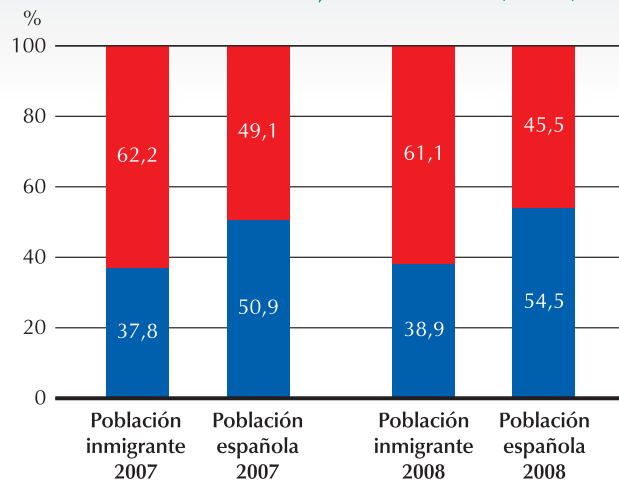
Gráfico 33

En cuanto a los **contratos⁵⁰ de hombres y mujeres inmigrantes y españoles en Cantabria en 2007 y 2008** (gráfico 34), se observa que en general han aumentado las contrataciones de mujeres y han disminuido las de hombres, tanto inmigrantes como españoles. Sin embargo a pesar del aumento de los contratos a mujeres inmigrantes, éstas siguen representando una menor proporción de contrataciones que los hombres (61,1%).

Respecto a la brecha de contratación entre hombres y mujeres, mientras en inmigrantes se mantiene una diferencia importante a favor de los hombres, a pesar de haber bajado ligeramente de un 24,4% más de contrataciones de mujeres que de hombres en 2007 a un 22,2% en 2008; en la población española se evidencia un aumento importante de la brecha por sexo en sentido inverso, pasando de 1,8 puntos porcentuales más de mujeres contratadas que de hombres en 2007, a 9 puntos porcentuales más de mujeres en 2008, representando éstas algo más de la mitad de las contrataciones en ambos años analizados. La crisis económica en este período repercutió en mayor medida sobre las contrataciones de hombres, fundamentalmente en el sector de la construcción.

Analizando los **contratos temporales e indefinidos de mujeres y hombres inmigrantes y españoles en Cantabria en 2007 y 2008** (gráfico 35), se observa cómo el aumento de las contrataciones tanto de mujeres y hombres españoles e inmigrantes es a base mayoritariamente de contratos temporales.

CONTRATOS DE POBLACIÓN INMIGRANTE Y ESPAÑOLA POR SEXO. CANTABRIA, 2007-2008 (EN %)



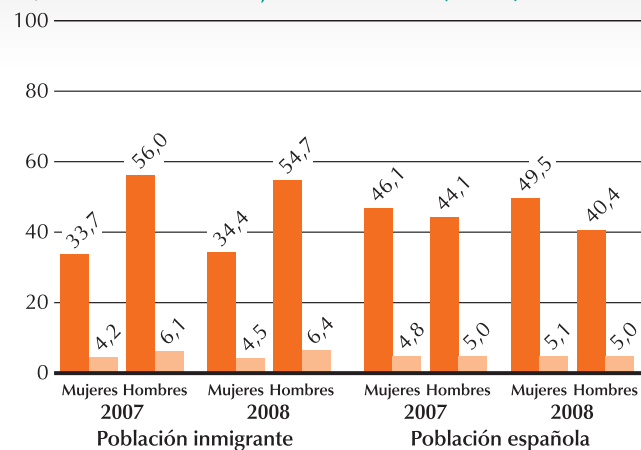
■ Hombres ■ Mujeres

Gráfico 34

Elaboración OSPC.

Fuente: Observatorio de las Ocupaciones del SPEE

CONTRATOS DE POBLACIÓN INMIGRANTE Y ESPAÑOLA, SEGÚN TEMPORALES O INDEFINIDOS POR SEXO. CANTABRIA, 2007-2008 (EN %)



■ Temporales ■ Indefinidos

Gráfico 35

Elaboración OSPC.

Fuente: Observatorio de las Ocupaciones del SPEE

⁵⁰ Todos los contratos a los que se hace referencia son con lugar de trabajo en Cantabria.

PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

Regímenes de cotización y sectores económicos:

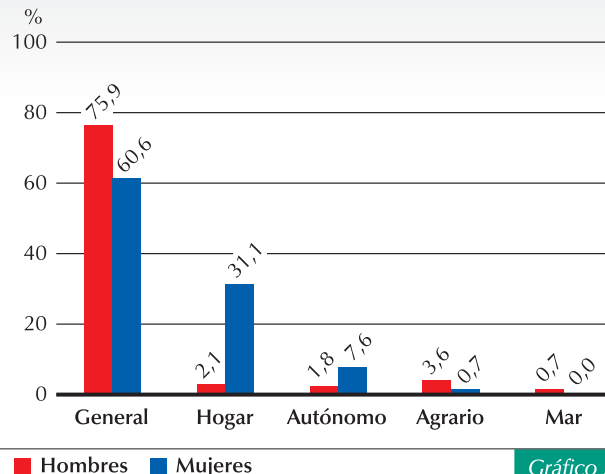
El Sistema de la Seguridad Social está integrado principalmente por el Régimen General⁵¹ y cinco Regímenes Especiales: Trabajadores del Mar, Minería y Carbón, Agrario, Trabajadores por cuenta propia o Autónomos y Empleados del Hogar.

Aunque la amplia mayoría de trabajadores inmigrantes está dentro del Régimen General, el Régimen Especial de Empleados del Hogar resulta de especial interés debido al subregistro de las personas ocupadas como personal doméstico, sobre el que advierten varios estudios en los últimos años⁵² (gráfico 36).

Según los datos de afiliaciones a la Seguridad Social, los hombres cotizan mayoritariamente en el Régimen General (75,9%), mientras que las mujeres destacan por un alto porcentaje de cotización en el Régimen General (60,6%) y en el Régimen Especial de Empleados del Hogar (31%), porcentaje que no incluye a las mujeres ocupadas en el empleo doméstico que cotizan a la Seguridad Social como trabajadoras por cuenta propia (hay un 7,6% de mujeres que cotizan como autónomas frente a un 1,8% de hombres).

Resultan relevantes asimismo las discrepancias entre los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA 2008), que estima una cantidad de 700.000 hogares españoles con una empleada doméstica, con el dato de diciembre de 2008 de la Seguridad Social de 286.027 personas (entre hombres y mujeres) afiliadas en el Régimen de Empleados del Hogar. Esta notable diferencia pone de relieve la existencia de una gran bolsa de **empleo sumergido**.

POBLACIÓN INMIGRANTE POR RÉGIMENES DE COTIZACIÓN, SEGÚN SEXO. CANTABRIA, 2008 (EN %)



Elaboración OSPC.

Fuente: Tesorería General de la Seguridad Social

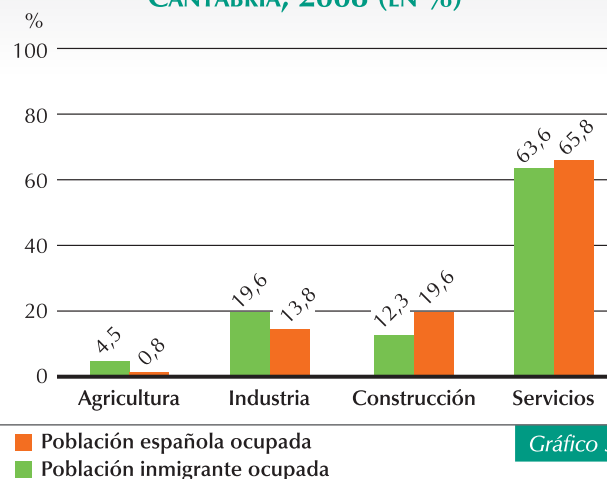
Gráfico 36

⁵¹ Están incluidos en este régimen, los trabajadores por cuenta ajena de la industria y los servicios que no desempeñen funciones de dirección y gerencia.

⁵² (Martínez Buján, 2006; Martínez Buján, 2008; Gil & Actis, 2005; Red2Red Consultores, 2008; Federación de Mujeres Progresistas, 2009).

Atendiendo a una descripción más detallada, a partir de la Encuesta de Población Activa 2008 (Instituto Cántabro de Estadística, 2008a) (gráfico 37), se compara la población ocupada de personas inmigrantes y españolas en Cantabria por sectores económicos, registrándose un porcentaje algo más elevado de población inmigrante ocupada particularmente en los sectores de servicios y construcción.

POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS OCUPADA ESPAÑOLA E INMIGRANTE, SEGÚN SECTORES ECONÓMICOS. CANTABRIA, 2008 (EN %)

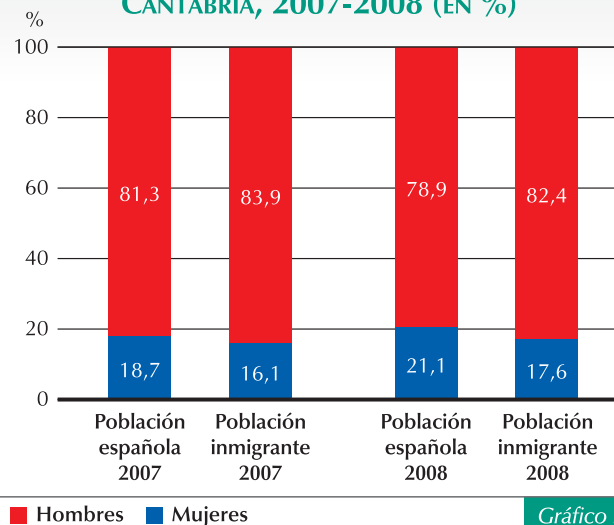


3.3.4. Siniestralidad Laboral

La información sobre accidentes de trabajo en Cantabria ha sido facilitada por el Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo (2008), proporcionando datos que engloban a toda la población inmigrante y permiten conocer algunos aspectos importantes sobre accidentalidad y siniestralidad laboral.

Tanto en la población española como inmigrante, en 2007 y 2008, la mayoría de accidentes laborales corresponden a hombres (gráfico 38). Sin embargo se aprecia como en 2008 crece el porcentaje de accidentes tanto en mujeres españolas como inmigrantes.

POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE SEGÚN ACCIDENTES LABORALES CON BAJA, POR SEXO. CANTABRIA, 2007-2008 (EN %)



PRESENCIA Y PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

La comparación a lo largo del período de cuatro años (2005-2008) permite visualizar (gráfico 39) una tendencia a la disminución de accidentes laborales con baja en todos los sectores entre la población trabajadora española, y al contrario, una tendencia al aumento de accidentes entre la población inmigrante en todos los sectores.

ACCIDENTES LABORALES CON BAJA SEGÚN ACTIVIDAD DE LA EMPRESA, POR POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE. CANTABRIA, 2005-2008 (EN %)

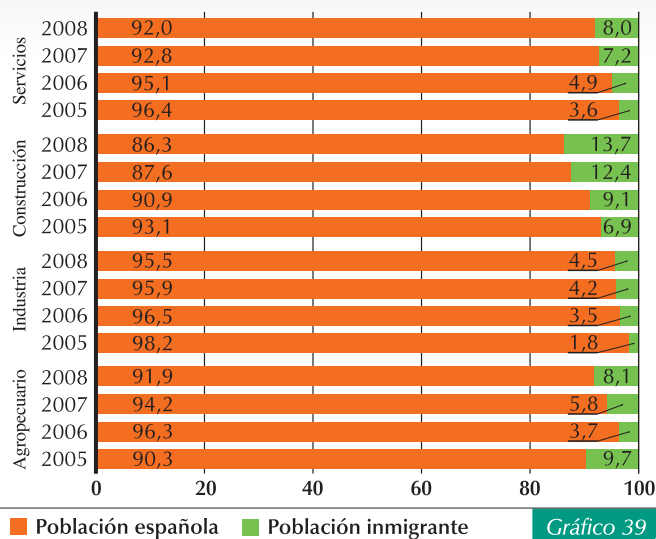


Gráfico 39

Elaboración OSPC.

Fuente: Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo

El análisis comparativo de accidentes laborales por sector entre población española e inmigrante en 2008 (gráfico 40) muestra un porcentaje más elevado de accidentes en el sector de la construcción entre trabajadores inmigrantes, así como una mayor accidentalidad entre trabajadores españoles en el sector de la industria, donde por otro lado trabajan proporcionalmente menos inmigrantes.

POBLACIÓN ESPAÑOLA E INMIGRANTE CON ACCIDENTE LABORAL CON BAJA SEGÚN ACTIVIDAD DE LA EMPRESA. CANTABRIA, 2008 (EN %)

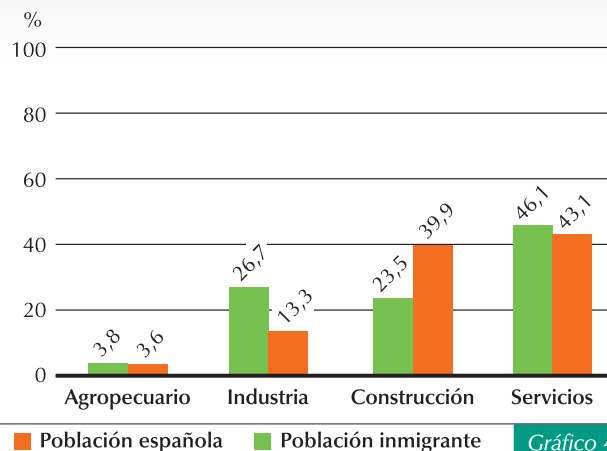


Gráfico 40

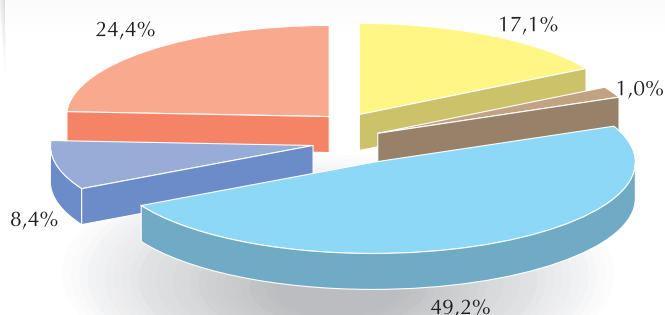
Elaboración OSPC.

Fuente: Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo

En un análisis comparativo entre las altas a la Seguridad Social de personas inmigrantes y las bajas ocasionadas por accidentes laborales, de acuerdo a las áreas geográficas de origen, se puede observar como casi la mitad de los accidentes de trabajo (gráfico 41) ocurren a personas inmigrantes de Latinoamérica (49,2%), seguido de la Unión Europea (24,4%). Aunque estos datos son consistentes con los índices de altas a la Seguridad Social de los colectivos de población de ambas regiones en Cantabria (gráfico 42), el porcentaje de bajas de personas trabajadoras procedentes de Latinoamérica (49,2%) excede al porcentaje de altas en la Seguridad Social (47,3%), mientras que el de personas trabajadoras procedentes de la UE guarda la relación inversa (29,6% de altas frente a 24,4% de bajas por accidente).

Al mismo tiempo resulta llamativo que los inmigrantes de África representen un porcentaje de accidentalidad del doble de lo que representa su población por afiliación a la Seguridad Social (17,1% de bajas por accidente en el 8,0% de personas africanas afiliadas), lo cual permite intuir una mayor inseguridad en el trabajo en los colectivos africanos y latinoamericanos, que pueden estar trabajando en situaciones de mayor precariedad laboral o en trabajos de más alto riesgo.

ACCIDENTES LABORALES DE INMIGRANTES CON BAJA POR REGIÓN DE ORIGEN. CANTABRIA, 2008 (EN %)



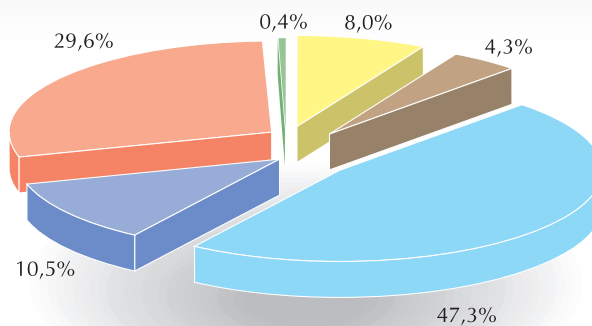
■ Latinoamérica
 ■ Unión Europea
 ■ África
 ■ Resto de Europa
 ■ Asia

Gráfico 41

Elaboración OSPC.

Fuente: Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo

ALTAS DE INMIGRANTES EN LA SEGURIDAD SOCIAL POR REGIÓN DE ORIGEN. CANTABRIA, 2008 (EN %)



■ Latinoamérica
 ■ Unión Europea
 ■ África
 ■ Resto de Europa
 ■ Asia

Gráfico 42

Elaboración OSPC.

Fuente: Tesorería General de la Seguridad Social

3.4. Recomendaciones de mejora de las fuentes de información

Las recomendaciones en base a las limitaciones de las fuentes secundarias utilizadas en este capítulo se resumen en las siguientes:

- *Desagregar y analizar toda la información disponible en las distintas fuentes por sexo.*
- *Emprender esfuerzos para la recogida y análisis de las variables nacionalidad, país de origen o nacimiento, y tiempo de estancia en los registros administrativos, bases de datos y encuestas.*
- *Ampliar criterios de representatividad de las personas inmigrantes en encuestas a nivel autonómico, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los colectivos por sexo y clase social.*
- *Definir y consensuar la utilización de términos como inmigrante y extranjero que permita la comparación entre fuentes.*
- *Consensuar entre las distintas fuentes los criterios de agrupación por regiones del mundo y por países.*
- *Consensuar la periodicidad de las actualizaciones de las fuentes en pro de la comparabilidad entre las mismas.*
- *En general, dada la variabilidad de las fuentes, se hace necesario llegar a un consenso de variables que permita conocer con mayor profundidad aspectos como el nivel de estudios y de renta, las condiciones laborales y de vivienda, entre otras, de la población inmigrante.*

**ACCESO A SERVICIOS
SANITARIOS DE LA
POBLACIÓN INMIGRANTE
EN CANTABRIA**



4 ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

En el presente capítulo se estima primeramente el número de personas inmigrantes en situación administrativa no regularizada y posteriormente se analiza el acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI-, que garantiza la asistencia completa en el Servicio Cántabro de Salud, así como a los servicios de Asistencia Hospitalaria del mismo. Resulta imposible analizar el acceso a través de la TSI a la Atención Primaria debido a que el sistema informático OMI-AP no recoge la información sobre país de origen o nacionalidad.

4.1. Estimación del número de personas inmigrantes en situación administrativa no regularizada en Cantabria

Existe una gran dificultad en conocer el número de personas inmigrantes sin documentación en Cantabria, debido en primer lugar a la gran movilidad de quienes carecen de residencia fija. Las estimaciones que se puedan hacer en base al empadronamiento y los permisos de residencia proporcionan cifras imposibles de validar, ya que se cuenta con personas empadronadas que puede que ya no vivan en la región y otras que están viviendo en Cantabria sin estar empadronadas. A esta dificultad se añaden las reticencias a empadronarse de un sector de inmigrantes en situación administrativa irregular por temor a ser denunciados. Temor y desconfianza que en parte puede haber aumentado a raíz de la aplicación de una modificación en la Ley Orgánica 14/2003 (Solanes, 2004) que permitiría al Ministerio del Interior identificar a las personas residiendo “ilegalmente” a través del acceso a los datos del Padrón Municipal⁵³.

Para contribuir no tanto a una estimación de la población en situación administrativa no regularizada como a una visibilización de la existencia de la misma, nos basaremos tanto en los datos aportados por el Padrón Municipal de Habitantes y la Oficina de Extranjería de la Delegación de Gobierno de Cantabria, como en los datos de la Tarjeta Sanitaria Individual proporcionados por el Servicio Cántabro de Salud -SCS- (2008).

A partir de los datos de la Oficina de Extranjería, a 31 de diciembre de 2008 había 33.713 tarjetas o permisos de residencia en vigor. Por tanto, la diferencia entre las personas empadronadas (38.096 a 1 de enero de 2009) y las residencias legales permite estimar alrededor de 4.383 personas en situación administrativa de residencia o estancia no regularizada (tabla 7).

53 De acuerdo a la modificación de la Ley de Extranjería 14/2003 de 21 de noviembre de 2003, dentro de la exposición de motivos en su apartado V: se introduce una habilitación genérica de acceso al Padrón Municipal a favor de la Dirección General de la Policía con el objeto de mejorar el ejercicio de las competencias legalmente establecidas sobre el control y permanencia de los extranjeros en España.



PADRÓN MUNICIPAL DE HABITANTES, ICANE 2007-2008 Y TARJETAS O AUTORIZACIONES DE RESIDENCIA EN VIGOR - SECRETARÍA DE ESTADO DE INMIGRACIÓN Y MIGRACIÓN, 2007-2008 (EN N^º)⁵⁵

	Padrón Municipal de Habitantes	Tarjetas o Autorizaciones de residencia	Estimación de personas en situación no regularizada
2007 (datos a 1 de enero de 2008)	33.242	26.636	6.606
2008 (datos a 1 de enero de 2009)	38.096	33.713	4.383

Elaboración OSPC. Fuentes: Padrón Municipal de Habitantes, ICANE. Tarjetas o Autorizaciones de residencia - Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración

Tabla 7

Respecto a los datos de las asociaciones que proveen servicios de acogida a la población inmigrante (Anexo 2), hay que tener en cuenta que no se puede estimar el número de personas en situación no regularizada atendidas, ya que un número indeterminado de personas extranjeras acuden a varias asociaciones. Esta fuente por tanto solo permite aproximarse al número de las demandas realizadas.

4.2. Acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- en Cantabria

El acceso a la TSI en Cantabria requiere el empadronamiento previo, según especifica la normativa estatal (ver capítulo 1), para lo que se precisa de una identificación que puede ser el pasaporte o certificado de identidad con fotografía (ver Anexo 1: Requisitos previos de acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en Cantabria). Esta medida representa una barrera importante de acceso a la TSI a un número indeterminado de inmigrantes, en su mayoría de origen magrebí y sub-sahariano, que llegan a Cantabria sin identificación alguna. Según aseguran las asociaciones que ofrecen información y servicios de acogida a personas inmigrantes en Cantabria, es precisamente este colectivo, sin ningún tipo de documento identificativo (pasaporte o documento de identidad) ni permiso de residencia, el que llega en situación más vulnerable y potencialmente con más problemas de salud. Este problema común a todas las Comunidades Autónomas ha llevado a algunas a desarrollar diversos mecanismos para facilitar la obtención de la TSI o documento alternativo que permita el acceso a los servicios sanitarios a las personas inmigrantes con mayores dificultades (ver Anexo 3: Acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en las diferentes Comunidades Autónomas).

4.2.1. Perfil de la población inmigrante con TSI en Cantabria

El presente capítulo se basa en los datos del SCS de Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- de la población extranjera correspondiente a todo el año 2008. El total de población extranjera con TSI a 1 de enero de 2009 ascendía a 32.433, lo que representa el 5,7% del total de la población con TSI (N=572.433).

Desde el año 2000, en que se promulga la Ley Orgánica 4/2000, hasta 2008, el número de TSI se ha multiplicado aproximadamente por catorce, siguiendo el mismo patrón de incremento que en el Padrón Municipal

⁵⁴ Los datos del Padrón se recogen a 1 de enero y las Tarjetas o Autorizaciones de residencia a 31 de diciembre.

(gráfico 43). Según datos definitivos del total de la población empadronada a 1 de enero de 2009, las personas inmigrantes ascendían a 38.096. De manera que **el 85% de las personas empadronadas posee TSI**. Esto permite estimar que existirían unas 5.663 personas sin tarjeta sanitaria, aunque resulte imposible contar con una cifra certera.

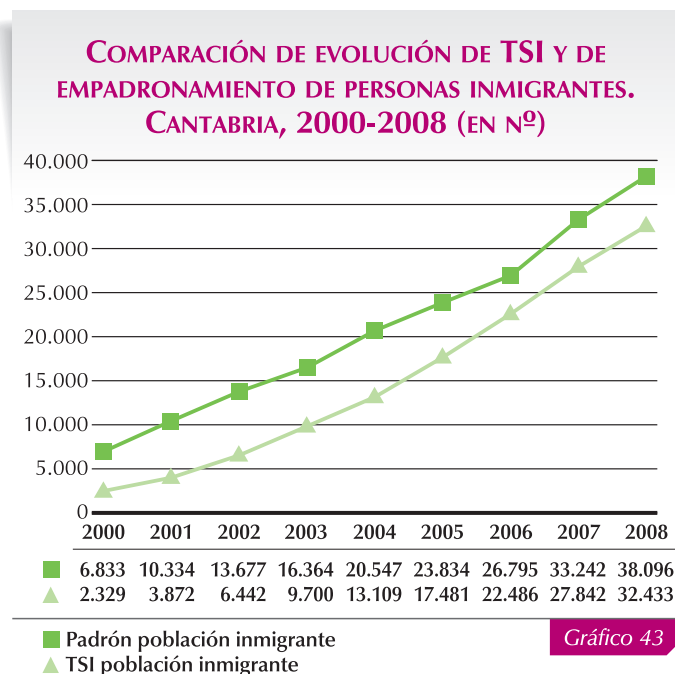


Gráfico 43

Elaboración OSPC.

Fuente: BB.DD. TSI del SCS y Padrón Municipal de Habitantes. ICANE

Para analizar mejor las **diferencias entre personas inmigrantes empadronadas y personas inmigrantes con TSI por municipios de Cantabria** se han representado los porcentajes y números en los mapas 2 y 3, de acuerdo a los datos del Padrón Municipal de Habitantes y de la TSI del SCS. La comparación de ambos mapas permite observar importantes diferencias entre la densidad de inmigrantes empadronados y con TSI, aunque éstas deben tomarse como aproximadas o estimativas.

El porcentaje de TSI sigue una tendencia similar a la del Padrón, dándose un mayor cúmulo en los municipios del arco de la Bahía de Santander y en los de Torrelavega y cercanías, así como en la zona oriental costera. Resulta sin embargo llamativo el considerable número de municipios con personas inmigrantes empadronadas (mapa 2) que no cuentan con TSI (mapa 3).

Los porcentajes de personas inmigrantes empadronadas, de acuerdo a las categorías establecidas en el mapa 2, se distribuyen entre un 0,1 y 1% en 11 municipios, de un 1,01 a 3% en algo más de la tercera parte de municipios (36 de los 102 municipios de Cantabria), de un 3,01 a 5% en 28 municipios, entre 5,01% y 8% en 18 municipios y más del 8% en 7 municipios, habiendo solo dos municipios sin inmigrantes empadronados (Tudanca y Pesquera).

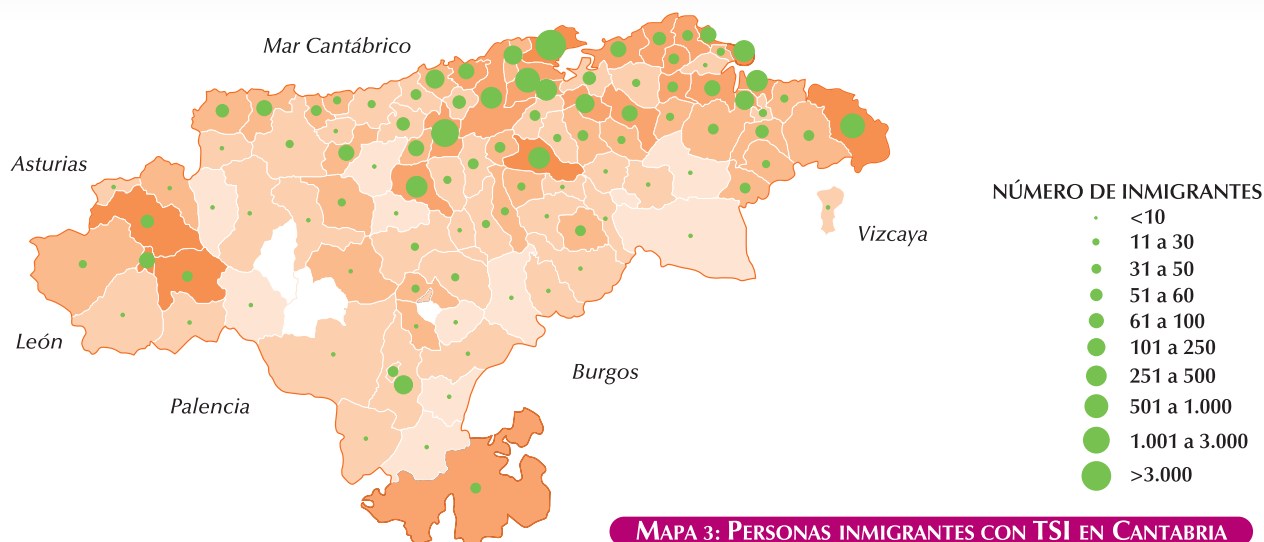
El mapa 3 permite visualizar un mayor grado de polarización de la distribución de personas inmigrantes con TSI en los municipios de Cantabria, existiendo por un lado una mayoría de municipios con menos del 3,01% de personas inmigrantes con TSI (62 de los 102), 21 municipios con un 3 a 5% de inmigrantes, 12 municipios entre 5,01% y 8%, y 3 municipios con más de 8% (Potes, Noja y Castro-Urdiales). Existen 4 municipios en toda Can-

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

tabria que no cuentan con inmigrantes con TSI (Tudanca, Pesquera, Las Rozas de Valdearroyo y Tresviso, no habiendo en los dos primeros inmigrantes empadronados).

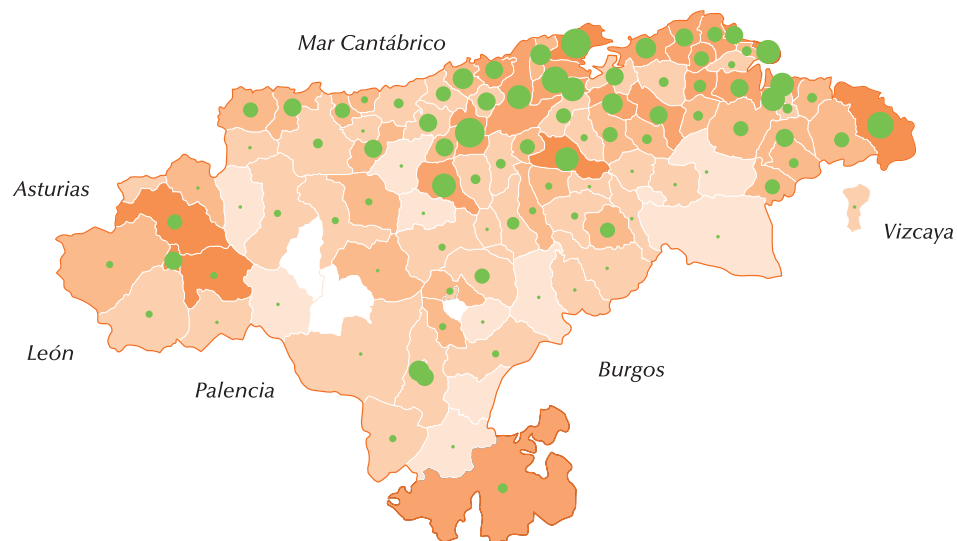
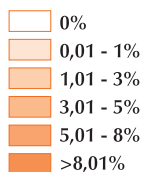
NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS INMIGRANTES EN LOS MUNICIPIOS DE CANTABRIA 2008

MAPA 2: PERSONAS INMIGRANTES EMPADRONADAS EN CANTABRIA



MAPA 3: PERSONAS INMIGRANTES CON TSI EN CANTABRIA

PORCENTAJE DE INMIGRANTES

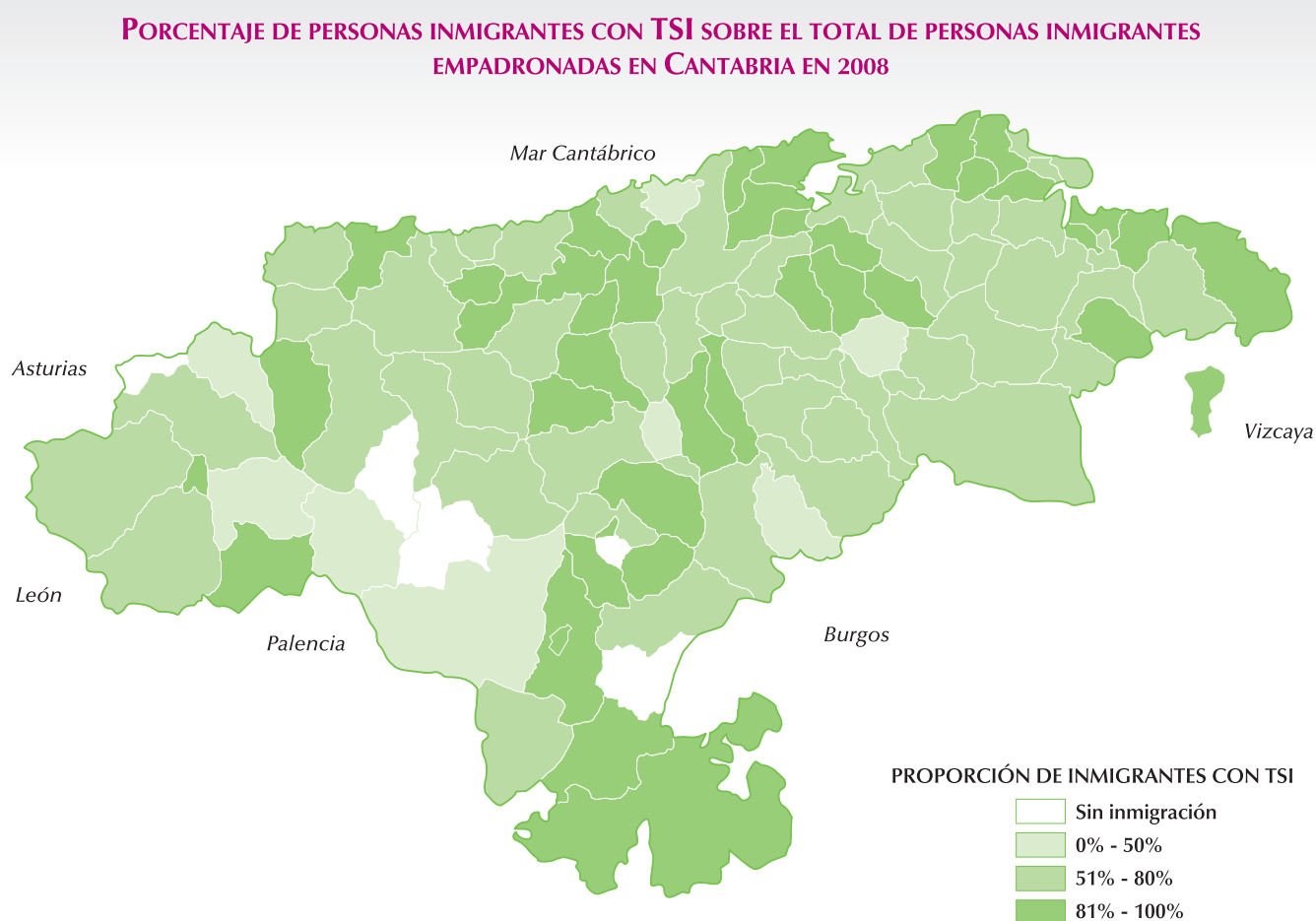


Elaboración Sección de Cartografía del Gobierno de Cantabria y el OSPC.

Fuente. Mapa 2: Padrón Municipal de Habitantes. ICANE. Mapa 3. Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual del Servicio Cántabro de Salud.

Mapas 2 y 3

Analizando los datos del Padrón Municipal y de Tarjeta Sanitaria Individual de forma conjunta se puede observar (mapa 4) que no hay una distribución homogénea de personas inmigrantes con TSI sobre el total de personas inmigrantes empadronadas. Del total de municipios de Cantabria, 7 tienen una cobertura de TSI del 100% de las personas inmigrantes empadronadas y 42 tienen una cobertura de TSI superior al 80% (incluyendo los 7 municipios con cobertura total de 100%). El grupo más numeroso de municipios (48) tiene una cobertura de TSI de entre 50% y 80% de personas inmigrantes empadronadas, y 7 municipios están por debajo del 50% de cobertura. Los municipios que más inmigrantes concentran tienen una cobertura de TSI superior al 80% (Santander, Torrelavega, Castro-Urdiales, Camargo, Astillero, Santoña y Laredo).



Elaboración: Sección de Cartografía del Gobierno de Cantabria y el OSPC.

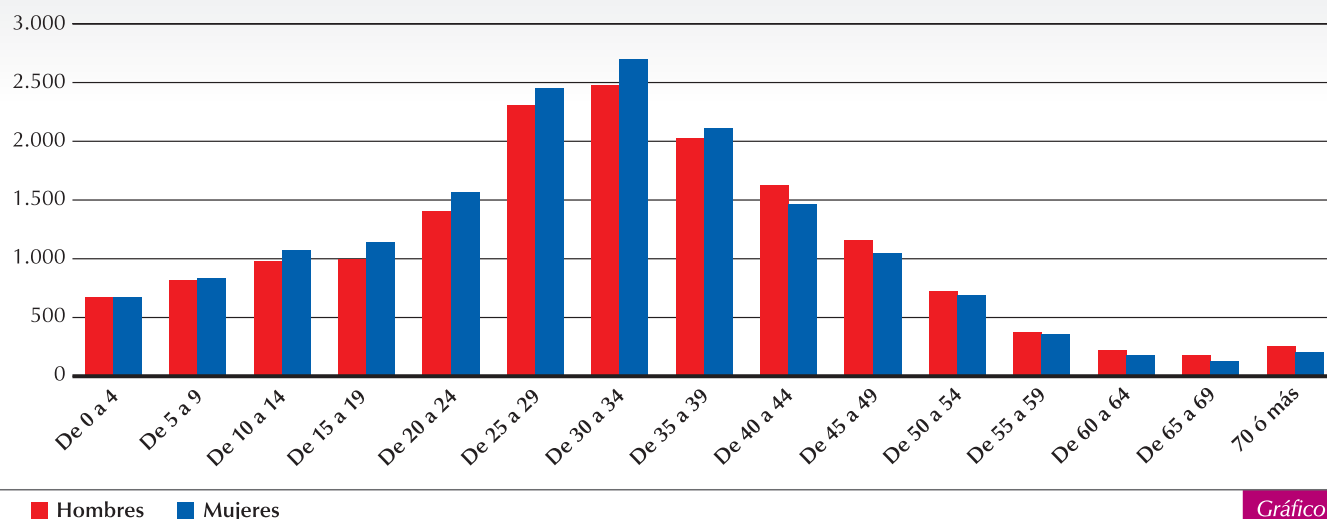
Fuentes: Base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual del Servicio Cántabro de Salud y Padrón Municipal de Habitantes. ICANE.

Mapa 4

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

Los datos facilitados por el SCS permiten realizar una descripción del perfil de las personas inmigrantes con TSI según edad, sexo, país de origen y lugar de residencia, así como su concentración en las cuatro áreas sanitarias de Cantabria. La distribución de la población inmigrante por sexo y edad (gráfico 44) evidencia la presencia mayoritaria en los rangos de edad comprendidos entre los 25 y 44 años, coincidiendo con el período de mayor actividad laboral para ambos sexos.

PERSONAS INMIGRANTES CON TSI POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. CANTABRIA, 2008 (EN Nº)



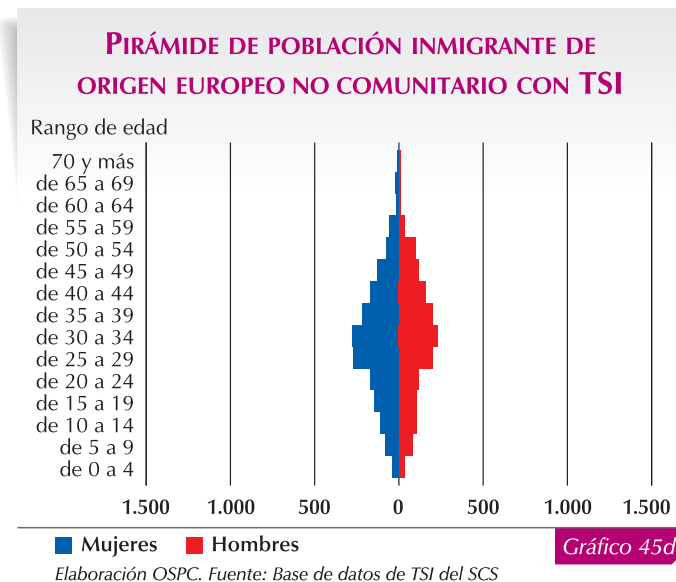
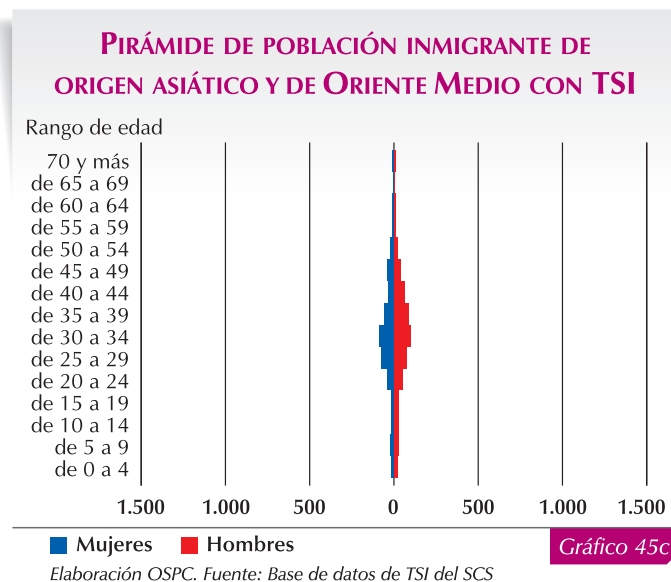
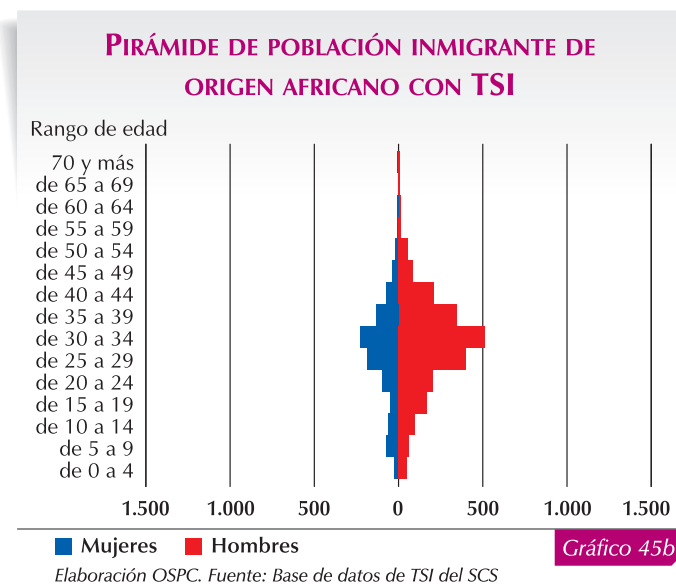
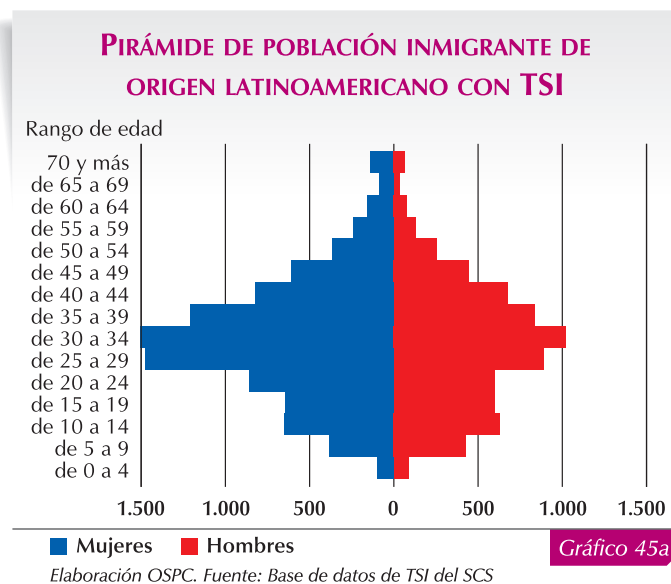
■ Hombres ■ Mujeres

Elaboración OSPC. Fuente: Base de datos de TSI del SCS.

Gráfico 44

El gráfico 45 muestra las pirámides de población inmigrante con TSI según las regiones de origen de las personas inmigrantes, ofreciendo un panorama detallado por sexo y edad. En ninguna de las pirámides se encuentra una población cuantitativamente importante a partir de los 60 años.

La población inmigrante latinoamericana con TSI responde a un perfil más feminizado, con una mayoría de mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 44 años (gráfico 45a).



ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

Por el contrario, las personas con TSI de origen **africano** constituyen un colectivo mayoritariamente de hombres de edades comprendidas entre los 25 y 39 años, por lo que se puede hablar de una migración masculinizada joven (gráfico 45b).⁵⁵

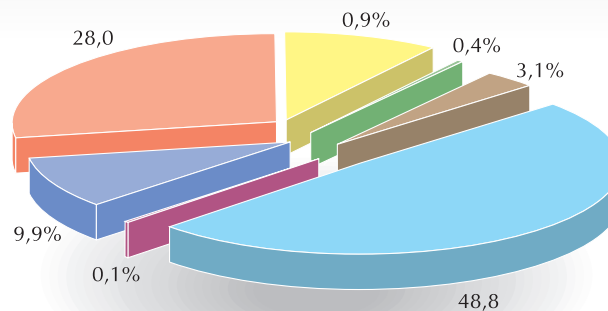
La población **asiática y de Oriente Medio** cuenta con una ligera mayoría de hombres aunque mantiene un patrón más equilibrado entre ambos sexos (gráfico 45c).

La inmigración de países **europeos no comunitarios** la conforma una población principalmente joven sin grandes diferencias respecto al sexo, aunque con un leve perfil femenino (gráfico 45d).

En cuanto a la distribución de TSI por regiones de origen (gráfico 46) se observa, como en los datos del Padrón Municipal, que la mitad de las personas inmigrantes con TSI proceden de países latinoamericanos, seguidos de los países de la UE y posteriormente en partes iguales de África y resto de los países europeos.

El gráfico 47 permite observar por un lado el perfil más feminizado de las TSI de personas procedentes de la mayoría de países de Latinoamérica; y por otro, el más masculinizado de países como Marruecos, Portugal o en menor medida Rumanía.

PERSONAS INMIGRANTES CON TSI POR REGIONES DE ORIGEN⁵⁶. CANTABRIA, 2008 (EN %)

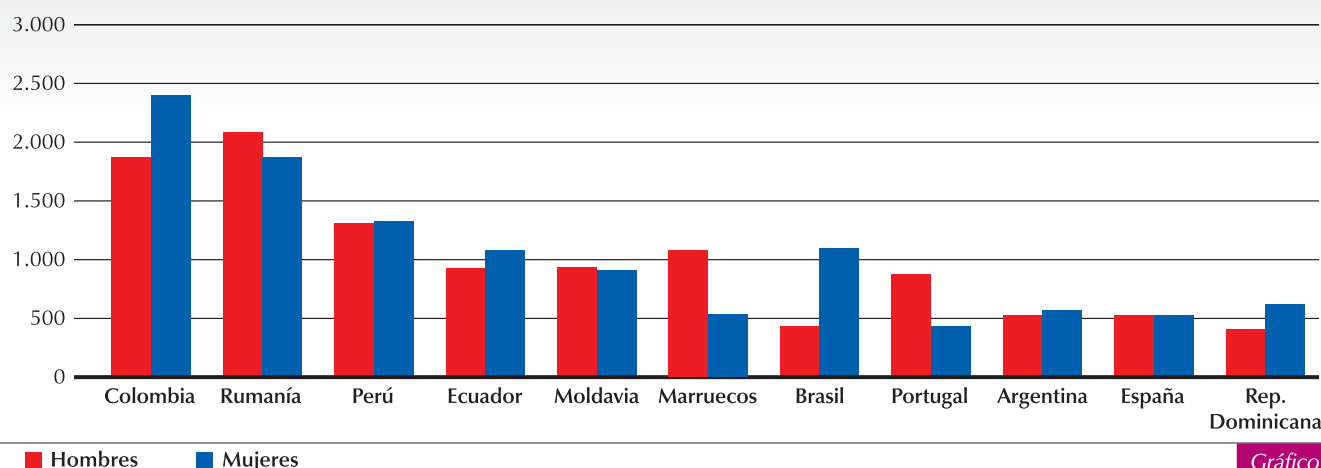


Latinoamérica América del Norte Asia
 Unión Europea África
 Resto de Europa Oceanía y otros

Elaboración OSPC. Fuente: BB.DD. TSI del SCS

Gráfico 46

PERSONAS INMIGRANTES CON TSI POR PAÍSES DE ORIGEN Y SEXO. CANTABRIA, 2008 (EN Nº)



Elaboración OSPC. Fuente: Base de datos de TSI del SCS

Gráfico 47

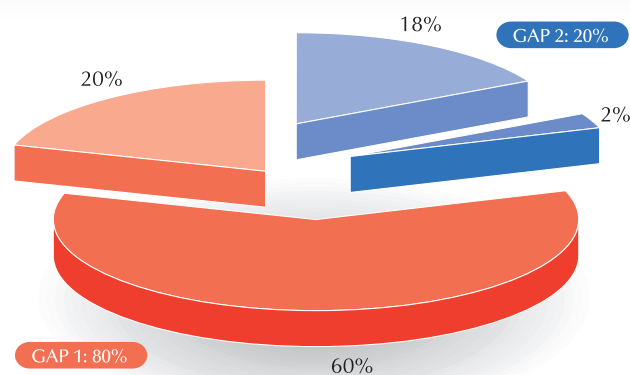
⁵⁵ Dentro de la categoría UE se incluyen todas las personas nacidas en España, tengan o no la nacionalidad.

4.2.2. TSI de personas inmigrantes por áreas de Gerencia de Atención Primaria

En cuanto a la proporción y densidad de la población inmigrante en las Gerencias de Atención Primaria -GAP- (gráfico 48), observamos que:

- En **GAP 1**: Santander – Laredo se centra el 77,8% (25.245 personas) de la población inmigrante.
- En **GAP 2**: Torrelavega – Reinosa se ubica el 22,2% (7.188) de la población inmigrante.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE CON TSI SEGÚN ÁREAS BÁSICAS DE SALUD DE LAS GAP 1 Y GAP 2. CANTABRIA, 2008 (EN %)



GAP 1: ■ Santander ■ Torrelavega
GAP 2: ■ Laredo ■ Reinosa

Gráfico 48

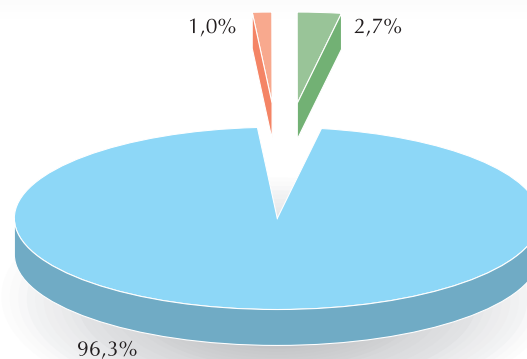
Elaboración OSPC. Fuente: Base de datos de TSI del SCS

4.2.3. TSI de personas inmigrantes por tipos de usuario del sistema

La población inmigrante con TSI disfruta, como todas las personas trabajadoras activas o beneficiarias, de las prestaciones de la llamada “farmacia normal”, la cual implica el copago del 40% por parte de la persona beneficiaria. La farmacia normal es la que posee el 96,3% de las personas inmigrantes con TSI, mientras que sólo el 2,7% (883 personas) de la población inmigrante con TSI, a 1 de enero de 2009, poseía la “farmacia gratuita”. Del 1,0% restante, la mayoría no tiene derecho a farmacia porque su TSI está en trámite (gráfico 49).

La distribución de la población inmigrante con TSI según las áreas de gerencia Santander-Laredo y Torrelavega-Reinosa se corresponde con las proporciones de personas inmigrantes empadronadas en las mismas, como puede verse en los mapas 2 y 3 de este capítulo.

TIPO DE FARMACIA EN PERSONAS INMIGRANTES CON TSI. CANTABRIA, 2008 (EN %)



■ Farmacia normal ■ Sin farmacia
■ Farmacia gratuita

Gráfico 49

Elaboración OSPC. Fuente: Base de datos de TSI del SCS

4.3. Utilización de Servicios de atención hospitalaria por parte de la población inmigrante

En cuanto a la utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, es importante reiterar **la imposibilidad de obtener datos de Atención Primaria** por no recogerse la variable país de procedencia o nacionalidad en el sistema informático OMI-AP.

Los datos que se analizan a continuación provienen de la explotación de las Bases de Datos Corporativas de los tres hospitales públicos que atienden a la mayoría de la población de Cantabria: el **Hospital Universitario Marqués de Valdecilla -HUMV-** en Santander, el **Hospital de Sierrallana -HS-** en Torrelavega y el **Hospital de Laredo -HL-**. Aunque no están incluidos en el análisis el Hospital de Campoó y los hospitales y clínicas privadas de la Comunidad Autónoma, se puede considerar que se analiza prácticamente toda la asistencia de urgencias hospitalarias y de ingresos de la región.

Los datos de Urgencias y de Hospitalización de los tres hospitales corresponden al año 2006 (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2008). A pesar de estar disponibles los datos del HL y del HS del año 2007, no se han incluido en este análisis comparativo debido a que no se han observado diferencias importantes con respecto al año previo, y que en el momento de la petición de datos al HUMV, 2006 era el último año disponible.

4.3.1. Utilización de los Servicios de Urgencias en los tres principales hospitales de Cantabria durante 2006

Durante el año 2006, un total de **179.041 personas** realizaron **298.437 visitas** (1,66 visitas por persona) a los servicios de Urgencias de los tres hospitales, de las cuales el 66,0% se realizaron en el hospital de referencia de la Comunidad Autónoma, el HUMV.

En los dos hospitales con asistencia obstétrica (HUMV y HL), la proporción de visitas de mujeres es algo más elevada que la de hombres, ocurriendo lo contrario en el HS (que no cuenta con asistencia obstétrica). Fundamentalmente en el HUMV, que es el hospital con mayor número de partos, se prevé que las diferencias encontradas se deban principalmente a las visitas por causa obstétrica. Sin embargo no se puede analizar la frecuentación de visitas de mujeres excluyendo las causas obstétricas debido a que no se recoge la causa de la visita a Urgencias.

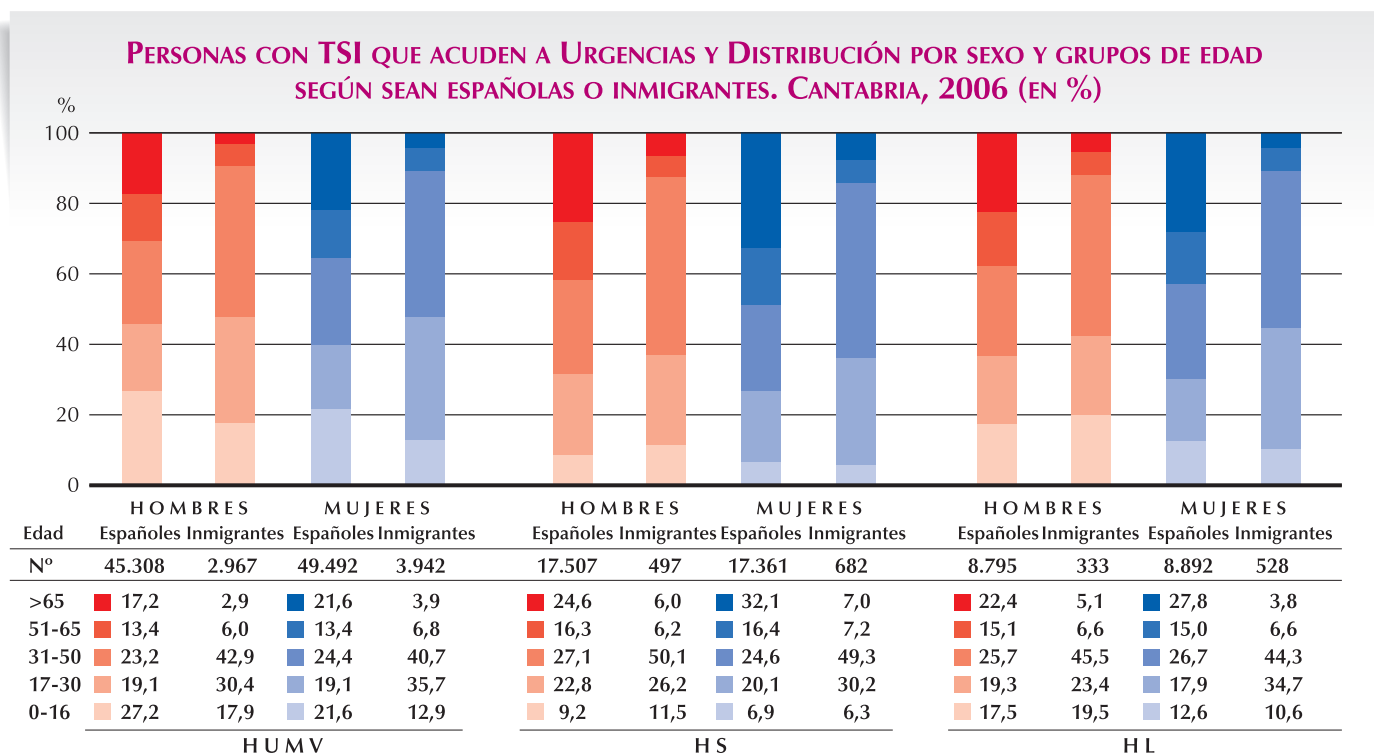
Partiendo de los datos disponibles se ha realizado un análisis detallado, según distintas variables de estratificación, tanto de las visitas a Urgencias como de las personas que las realizaron (teniendo en cuenta que hay personas que acudieron varias veces a lo largo de 2006), sin observarse diferencias importantes entre las distribuciones de ambas, por lo que nos centraremos en el análisis de las personas y su frecuentación a Urgencias. Además, debido a que la información sobre el país de origen recogida a la llegada a Urgencias no muestra suficiente validez, dicha información solo ha podido ser extraída de los datos de TSI, **limitándose por tanto el análisis a las personas con TSI**⁵⁶.

Según datos de la TSI del Servicio Cántabro de Salud, el hospital al que acude la mayor proporción de personas inmigrantes es el HUMV (un 6,8% frente a un 4,6% en el HL y un 3,3% en el HS), teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que acuden a Urgencias del HUMV y del HS tienen TSI. Mientras que el Servicio de Urgencias del HL es el que atiende a más personas sin TSI⁵⁷ (35,5%, frente a un 10,5% del HUMV y un 1,4% del HS).

⁵⁶ No se han calculado las tasas de utilización por tratarse de tres hospitales cuya recogida de datos no está estandarizada y no existe un sistema de información común, por lo que una misma persona puede haber visitado varios hospitales.

⁵⁷ De las personas sin TSI que acuden al HL, el 32,6% residen en Cantabria y el resto residen principalmente en el País Vasco (43,3%) o en otras CC.AA. (21,9%). Sólo un 2,2% residen en el extranjero.

En los tres hospitales y tanto entre españoles como entre inmigrantes con TSI, **el número de mujeres que han acudido a Urgencias en 2006 es superior al de hombres**⁵⁸, excepto en el HS, donde el número de hombres españoles que visitaron Urgencias supera al de mujeres españolas (ver gráfico 50). Analizando la **distribución por sexo y edad según sean españoles o inmigrantes**, se observa que tanto **entre las mujeres como entre los hombres inmigrantes** que acudieron a Urgencias en 2006 **predominan las edades entre 17 y 50 años**⁵⁹ en todos los hospitales (más del 70% en hombres y del 75% en mujeres); mientras que entre las mujeres y los hombres españoles acudieron en mayor proporción los mayores de 65 años, sobre todo entre las mujeres en el HS y el HL (32,1% y 27,8% respectivamente).



Elaboración OSPC. Fuente: Bases de datos corporativas del HUMV, HS y HL

Gráfico 50

58 Corroborado por el estudio realizado en Lérida por Rué y colaboradores (2008) sobre las visitas realizadas durante 2004 y 2005 al Hospital Universitario Arnau de Vilanova (aunque solamente está centrado en las edades de 16 a 64 años), así como por el estudio realizado en Barcelona en el que un 60% de la población inmigrante que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico durante el mes de febrero de 2004 fueron mujeres (Junyent, Miró & Sánchez, 2006; Junyent, Núñez & Miró, 2006). Otro estudio de referencia es el realizado por Torné Vilagrasa y colaboradores (2003).

59 Diversos estudios constatan que la población inmigrante es una población joven: el de Junyent, Núñez y Miró (2006); el de Rué y colaboradores (2008); el estudio realizado en el Hospital del Mar (Barcelona) entre los años 2002 y 2003, en el que un 78,1% de las personas inmigrantes que acudieron a Urgencias tenían entre 16 y 50 años frente al 44,2% de españoles (Cots, Castells et al., 2007) o el realizado un año más tarde, en el que el 50,8% de las visitas realizadas por residentes con TSI nacidos en España tenían entre 15 y 49 años frente al 90,1% de nacidos fuera (Buron, Cots, García, Vall & Castells, 2008).

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

Entre la población total que acude al Servicio de Urgencias del HUMV es **más elevada la frecuentación de personas inmigrantes que españolas** (1,84 frente a 1,78). Sin embargo, por sexo, **el número de veces que ha acudido cada persona a Urgencias en el HUMV es algo más alto**, aunque no de forma significativa, **entre los hombres españoles que entre los inmigrantes** (1,77 frente a 1,72). Por el contrario, la **frecuentación de las mujeres inmigrantes es significativamente más elevada que en las españolas** (1,93 frente a 1,78), muy probablemente debido a un mayor índice de urgencias obstétricas de las mujeres inmigrantes⁶⁰. Como ya se ha mencionado, sería relevante poder diferenciar en las mujeres la frecuentación por causa obstétrica del resto de las visitas, con el fin de poder valorar el peso diferencial de unas y otras⁶¹. De todas formas, **en el HL**, que también atiende partos pero en menor medida que el HUMV, **las diferencias entre mujeres españolas e inmigrantes no son significativas** (1,62 frente a 1,68), así como **tampoco se observan diferencias significativas en el HS en el que no hay Servicio de Obstetricia** (1,64 españolas frente a 1,67 inmigrantes). **Asimismo, no hay diferencias significativas en la frecuentación a Urgencias de los hombres** ni en el **HS** (1,66 españoles frente a 1,63 inmigrantes) ni en el **HL** (1,56 frente a 1,47). Las **regiones de origen** de las personas inmigrantes más representadas en los Servicios de Urgencias de los tres hospitales (gráfico 51) son: Latinoamérica, la Unión Europea y los países del resto de Europa⁶². Las personas procedentes de África tienen una mayor presencia en el HS (10,9% de las personas).

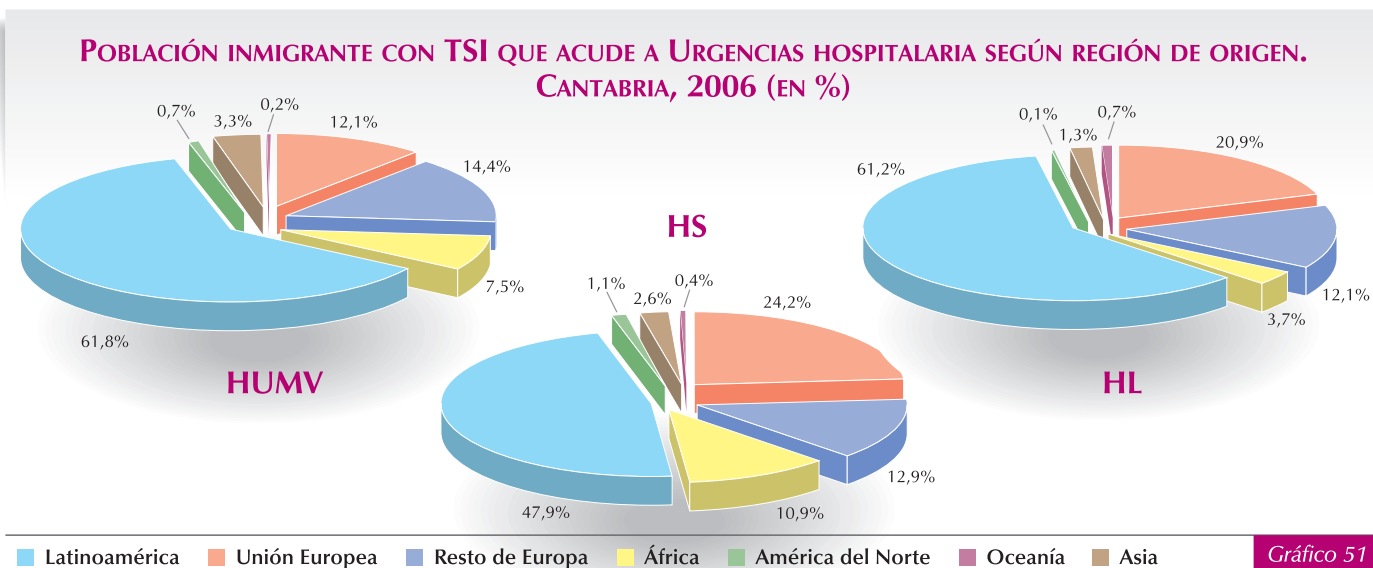


Gráfico 51

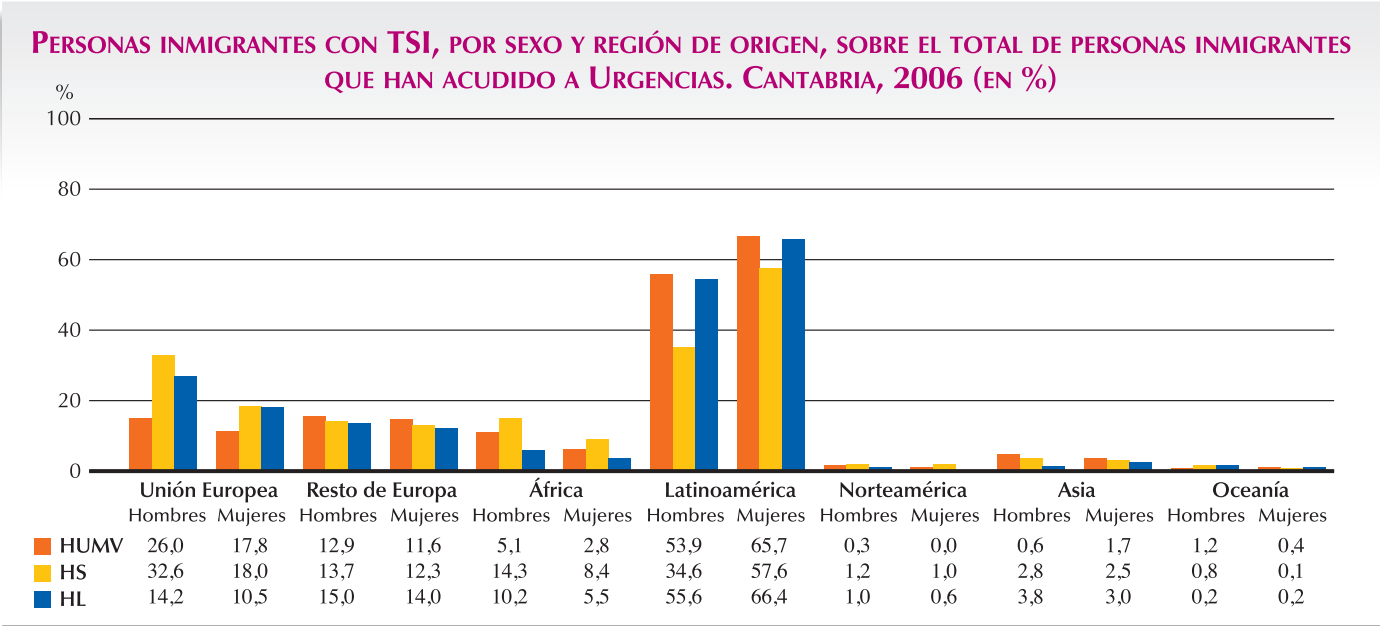
Elaboración OSPC. Fuente: HIS - Bases de datos corporativos del HUMV, HS y HL

⁶⁰ En los estudios realizados sobre las visitas a Urgencias en el Hospital de Mar (Barcelona) en 2004, los autores (Burón et al., 2008; Cots, Burón et al., 2007) encuentran una mayor utilización de los servicios de ginecología y obstetricia por parte de las mujeres extranjeras.

⁶¹ Las tasas de utilización de Urgencias en el estudio de Cots, Burón y colaboradores (2007), después de ajustar por sexo y edad, son menores en la población inmigrante en todos los servicios excepto en los de ginecología y obstetricia. Estos resultados son consistentes con la revisión sistemática de estudios epidemiológicos publicados entre 1998 y 2007 que evalúan la salud y usos de servicios sanitarios en la población inmigrante y autóctona de España (Berra & Elorza-Ricart, 2009).

⁶² Dado que en el año 2006 Rumanía y Bulgaria no pertenecían a la Unión Europea, los datos de estos países se incluyen en la categoría "Resto de Europa".

Según el sexo y la región de origen (gráfico 52), las mujeres y hombres con TSI de Latinoamérica son quienes tienen más presencia en Urgencias (más de la mitad en ambos casos), seguido de las personas de la Unión Europea y del Resto de Europa, a excepción del HS en el que la presencia de hombres procedentes de países de la Unión Europea casi es igual a la de latinoamericanos. Asimismo en este hospital es más frecuente la presencia de hombres africanos.



Elaboración OSPC. Fuente: HIS - Bases de datos corporativas del HUMV, HS y HL

Gráfico 52

4.3.2. Utilización de los Servicios de Hospitalización en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las altas producidas en los tres hospitales durante el año 2006 (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2008). En los dos hospitales que cuentan con Servicio de Obstetricia, el HUMV y el HL, se han separado los casos referidos a ingresos por embarazo y parto del resto de ingresos⁶³, con el objetivo de comprobar el peso de los mismos en los ingresos de las mujeres, así como para poder comparar los ingresos de hombres y mujeres, resaltando las diferencias entre ambos una vez excluidas las causas obstétricas.

63 Tanto el estudio realizado por Cots y colaboradores (2002) sobre las altas hospitalarias de inmigrantes de países de renta baja en el Hospital del Mar (Barcelona) del 2000, como el de Sanz, Torres y Schumacher (2000) realizado en una muestra de inmigrantes del área sanitaria 6 de la Comunidad de Madrid y el de Salazar y colaboradores (2003) sobre los ingresos de inmigrantes de países de renta baja de la ciudad de Valencia, encontraron que la causa más importante de ingreso fueron los partos (33%, 22,9% y 37,7% de los ingresos, respectivamente).

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

En total, en los tres hospitales en el año 2006 se dieron 52.624 altas, de las cuales el 11% fueron ingresos por complicaciones relacionadas con embarazo, parto o puerperio. Una vez **excluidos** los ingresos por estas causas, **los ingresos de hombres superan en número a los de mujeres en los tres hospitales**, como se puede observar en la tabla 8.

HOSPITALIZACIONES Y ESTANCIAS MEDIAS POR SEXO. CANTABRIA, 2006						
	Número de ingresos				Estancias medias	
	Hombres	Mujeres	Mujeres*	Total	Hombres	Mujeres*
HUMV	17.727	14.841	4.978	37.546	8,4	8,3
HS	5.017	4.424	0	9.441	7,1	6,7
HL	2.658	2.182	797	5.637	6,8	6,8

Elaboración OSPC. Fuente: HIS -Bases de datos corporativas del HUMV, HS, y HL

Tabla 8

* En HUMV y HL sin tener en cuenta las mujeres ingresadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En HS no hay Servicio de Obstetricia.

Si nos centramos en las características de las **personas ingresadas** en 2006 (29.469 personas en el HUMV, 7.250 en el HS y 4.533 en el HL⁶⁴), **la mayoría tienen TSI** (el 88,8% en el HUMV, el 94,2% en el HL y el 97,0% en el HS), de las cuales, **menos de un 5% son inmigrantes**, siendo el HUMV el hospital con mayor proporción de personas inmigrantes ingresadas (un 4,6% de las personas con TSI frente a un 3,8% del HL y un 2,1% del HS) y mayor número de ingresos de inmigrantes, seguido del HL y del HS.

Entre el total de personas con TSI, el **número de ingresos por persona** más elevado se produce en el HS, debiéndose principalmente a un mayor número de ingresos de personas españolas que de inmigrantes, patrón que se observa también en los otros dos hospitales.

En el análisis por **sexo** se observa que en el HUMV el **número de ingresos por persona es ligeramente superior en ambos sexos entre españoles que entre inmigrantes (1,28 españoles y 1,22 inmigrantes)**, con diferencias significativas entre los hombres españoles e inmigrantes (1,34 y 1,30 respectivamente) pero no entre las mujeres españolas e inmigrantes (1,23 y 1,20 respectivamente). En el HS y en el HL no se observan diferencias por sexo entre personas españolas e inmigrantes.

Es importante aclarar que las diferencias mencionadas entre la población española e inmigrante pueden deberse a que la población española ingresada, más envejecida, presenta necesariamente un perfil diferente a la población inmigrante, caracterizada por su juventud, como se demuestra a continuación cuando se tiene en cuenta la **edad**. En los tres hospitales, **las personas inmigrantes ingresadas son más jóvenes⁶⁵ que las españolas**, encontrándose fundamentalmente en la franja de edad entre 17 y 50 años (un 63% de personas inmigrantes ingresadas en el HS y más de tres cuartas partes en el HUMV y HL). Destaca la importancia de los ingresos de **personas españolas mayores de 65 años**, sobre todo en el HS, donde un 57,7% de españoles ingresados y solo un 20,5% de inmigrantes son mayores de 65 años.

De acuerdo al **sexo y edad**, los **ingresos más frecuentes** en los dos hospitales que atienden partos (HUMV y HL) entre la **población inmigrante** son los de **mujeres en edad reproductiva⁶⁶** (entre 17 y 50 años), mientras que

⁶⁴ Alguna persona ha podido ingresar durante el año 2006 en más de un hospital.

⁶⁵ En cuanto a la media de edad en el estudio de Cots y colaboradores (2002), en los ingresos de personas de países de renta baja fue bastante más joven que la del grupo de españoles junto a personas de países de renta alta.

⁶⁶ Estos resultados son consistentes con la revisión sistemática de estudios epidemiológicos publicados entre 1998 y 2007 que evalúan la salud y usos de servicios sanitarios en la población inmigrante y autóctona de España (Berra & Elorza-Ricart, 2009).

entre la **población española** corresponde a los de **mujeres mayores de 65 años**, aunque en estos dos hospitales también son frecuentes los ingresos de mujeres de 31 a 50 años. Por otro lado, en el HS las mujeres españolas que ingresan están por encima de los 50 años, y en mayor medida por encima de los 65 años, mientras que entre las mujeres inmigrantes ingresadas, aun a pesar de no atender ingresos obstétricos, continúan siendo frecuentes los ingresos de mujeres más jóvenes, entre 31 y 50 años.

En los dos hospitales con Servicio de Obstetricia, una vez excluido del análisis por edad los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, se observa el aumento del peso de los ingresos de las personas mayores sobre el total de los ingresos.

En los tres hospitales, entre los **hombres españoles ingresados** predominan los que tienen **más de 50 años** (entre un 60,0% en el HUMV y un 76,5% en el HS), mientras que **entre los hombres inmigrantes predominan los ingresos de 50 o menos años** (entre el 62,7% en el HS y el 73,0% en el HUMV).

En general las **regiones de procedencia de las personas inmigrantes ingresadas** (gráfico 53) son Latinoamérica y Europa (suponen más del 85% en todos los hospitales).

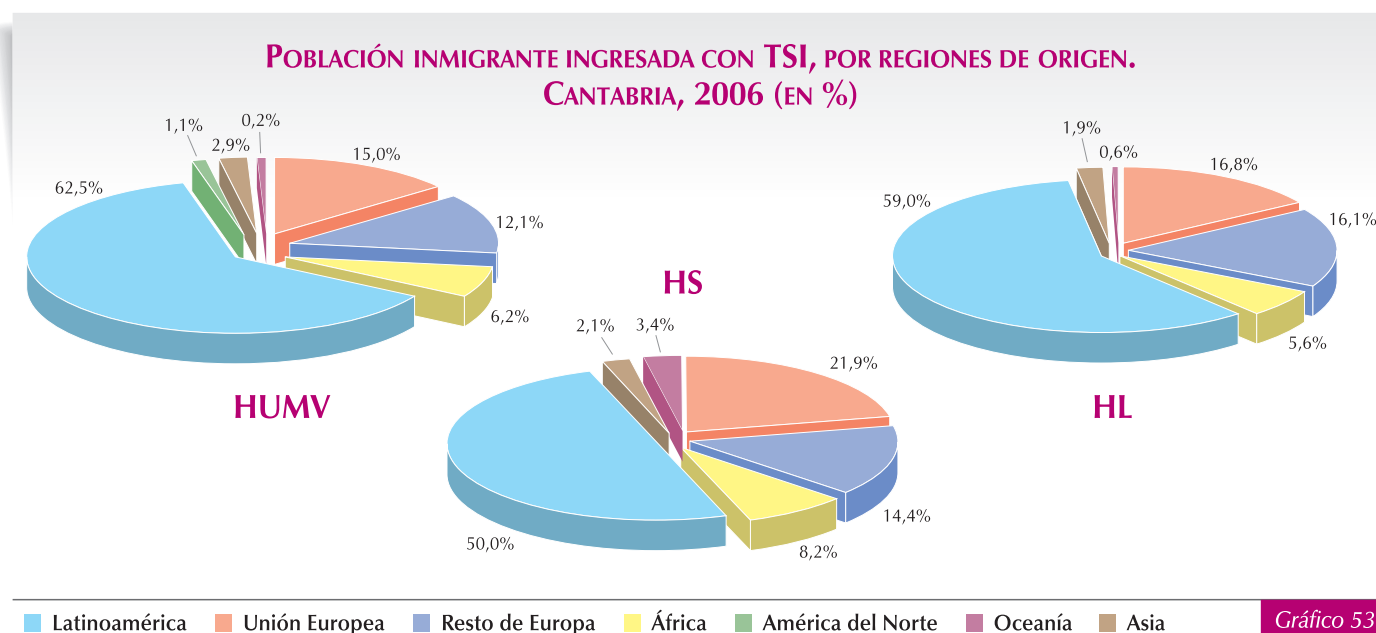


Gráfico 53

Elaboración OSPC. Fuente: HIS - Bases de datos corporativos del HUMV, HS y HL

Analizando las **regiones de origen por sexo**, tienen más presencia los hombres y las mujeres procedentes de Latinoamérica, suponiendo éstas más de la mitad de los ingresos de mujeres inmigrantes. Seguidos en frecuencia por las personas que proceden de la Unión Europea y del Resto de Europa, especialmente entre los hombres, destacando en el HL los ingresos de hombres subsaharianos.

Los **motivos de ingreso de la población española e inmigrante** muestran diferencias destacables (tabla 9). Así como **entre la población inmigrante** casi la mitad de los ingresos en el HUMV (41,6%) y algo más de la mitad

ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN CANTABRIA

en el HL (51,0%) están **relacionados con el embarazo, parto y puerperio**, entre la española esta causa ocupa el segundo lugar en los dos hospitales, suponiendo el 13,1% en el HUMV y el 12,9% en el HL⁶⁷. La principal causa de ingreso en la población española son las enfermedades del sistema circulatorio en el HUMV (15,0%) y en el HS (17,8%), y las del aparato respiratorio en el HL (17,1%). En el HS, la principal causa entre las personas inmigrantes son las enfermedades del aparato digestivo (26,7%).

Destaca además **entre la población inmigrante** como **segunda y tercera causa de ingreso** en el HUMV las enfermedades del aparato digestivo (8,7%) y las neoplasias (8,4%); en el HL, las enfermedades del aparato respiratorio (8,6%) y del urinario (8,1%); y en el HS, las lesiones y envenenamientos (9,9%), y las neoplasias (8,7%).

DIAGNÓSTICO DE LOS INGRESOS SEGÚN POBLACIÓN ESPAÑOLA O INMIGRANTE. CANTABRIA, 2006 (% SEGÚN COLUMNAS).

	HUMV		HS		HL	
	Pob. E*	Pob. I**	Pob. E	Pob. I	Pob. E	Pob. I
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,8	2,0	1,6	2,9	2,4	4,0
Neoplasias	9,3	6,0	9,6	8,7	7,1	3,0
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1,8	0,7	1,8	1,7	1,4	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,0	0,5	1,1	1,7	1,1	0,5
Trastornos mentales	1,9	1,3	0,6	0,6	0,3	
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	3,4	3,3	4,1	4,1	1,7	1,0
Enfermedades del sistema circulatorio	15,0	5,5	17,8	7,6	12,4	4,0
Enfermedades del aparato respiratorio	10,8	3,6	15,0	8,1	17,1	8,6
Enfermedades del aparato digestivo	10,1	8,7	17,1	26,7	10,5	6,6
Enfermedades del aparato genitourinario	5,3	6,0	5,3	6,4	6,9	8,1
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio***	13,1	41,6	0,3	5,8	12,9	51,0
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,3	0,6	1,6	3,5	1,4	0,5
Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo	6,2	4,0	8,3	7,6	8,7	3,0
Anomalías congénitas	1,0	1,0	0,2	0,6	0,1	0,5
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	1,3	0,1			0,6	
Síntomas, signos y estados mal definidos	4,3	2,8	3,7	2,3	5,5	2,5
Lesiones y envenenamientos	9,0	8,4	10,6	9,9	8,9	5,6
Otras (V01-V84)	2,6	3,6	1,2	1,7	1,0	1,0
Sin diagnóstico	0,9	0,3	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100
Número de ingresos	31.954	1.482	9.036	172	5.144	198

Elaboración OSPC. Fuente: HIS -Bases de datos corporativas del HUMV, HS, y HL

Tabla 9

* Población Española ** Población Inmigrante *** El diagnóstico "Complicaciones del embarazo, parto y puerperio" incluye los partos normales

67 Aunque como ya se ha visto (gráficos 13 y 17), la Tasa de Fecundidad General de las mujeres inmigrantes es superior a la de las españolas en todo el período de estudio 2000-2008 (46,4 y 35,7‰ respectivamente, en 2006), al igual que la media de hijos por mujer (1,37 hijos por mujer inmigrante frente a 1,17 de españolas, en el mismo año), llama la atención el elevado índice de ingresos por Complicaciones del embarazo, parto y puerperio de mujeres inmigrantes respecto a las españolas en los tres hospitales (el diagnóstico incluye los ingresos por parto normal en las complicaciones).

4.4. Recomendaciones de mejora de las fuentes de información

Las recomendaciones en base a las limitaciones de las fuentes secundarias utilizadas en este capítulo se resumen en las siguientes:

Respecto a la Tarjeta Sanitaria Individual

- *Un identificador único de personas en el sistema de salud que permita obtener los datos de una persona en cualquier ámbito del SCS (Atención Primaria, Especializada y Hospitalaria).*

Respecto a la Base de Datos de Atención Primaria

- *Poder obtener del sistema informático OMI-AP los datos por sexo, país de procedencia, nacionalidad y tiempo de tenencia de la TSI.*

Respecto a la Base de Datos de Urgencias Hospitalarias

- *Protocolizar la recogida de datos de país de procedencia y nacionalidad.*
- *Mejorar la recogida de la variable residencia dentro y fuera de Cantabria. Poder identificar, por un lado a las personas que acuden y viven en Santander y a las que residen en Cantabria, y por otro a las personas que residen fuera de la Comunidad Autónoma, tanto en España como en el extranjero*
- *Incluir una variable que recoja los diagnósticos, bien el motivo de acudir a Urgencias o el diagnóstico al alta del servicio.*
- *Contar con una variable fiable que contenga la hora de salida de Urgencias. Sin esta variable, la hora de entrada es válida para calcular la afluencia al servicio a lo largo del día, pero no el tiempo medio de espera y/o atención en urgencias.*

5

PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y DEL TEJIDO SOCIAL RESPECTO A LA SALUD, FACTORES QUE LA DETERMINAN Y PRIORIDADES



5 PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y DEL TEJIDO SOCIAL RESPECTO A LA SALUD, FACTORES QUE LA DETERMINAN Y PRIORIDADES

Este capítulo presenta en dos subcapítulos con similar estructura la investigación cualitativa sobre las percepciones, por un lado de representantes de asociaciones de inmigrantes y de mujeres inmigrantes sin vínculos asociados, y por otro de las entidades sociales, asociaciones y sindicatos, que proveen servicios a la población inmigrante, en cuanto a las prioridades en salud y acceso al sistema sanitario de los distintos colectivos inmigrantes residentes en Cantabria.

Ambos subcapítulos abarcan desde los principales problemas de salud y visiones sobre el sistema sanitario, perspectivas sobre las etapas de relación con el mismo e interacción con el personal sanitario, a la autopercepción del papel que juegan, tanto las asociaciones de inmigrantes como las entidades sociales que proveen servicios a estos colectivos de población, como defensoras de los derechos de las personas inmigrantes.

Aunque los resultados de esta parte del estudio en cierta forma guardan un innegable paralelismo, la razón de subdividir el capítulo en dos estriba en que, por otra parte, reflejan diferencias importantes de enfoque en base a sus distintas experiencias y roles sociales. Mientras que, por ejemplo, la población inmigrante, con o sin vínculos con asociaciones de inmigrantes, se enfoca en las dificultades y consecuencias derivadas del proceso migratorio; las entidades sociales, asociaciones y sindicatos, se posicionan en cuanto a las políticas de integración de la población inmigrante. Ambas perspectivas presentan a su vez distintos puntos de vista que se analizan a continuación. Al final se sistematizan las recomendaciones de mejora aportadas por toda la diversidad de agentes participantes, desde las personas inmigrantes a las entidades sociales. La metodología desarrollada está descrita en cada subcapítulo.

5.1. PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

El presente subcapítulo aborda las percepciones de la población inmigrante en cuanto a su salud, los factores que la determinan y sus condiciones de vida y oportunidades en Cantabria. A continuación se presenta un cuadro descriptivo de esta fase del estudio con los perfiles de las personas participantes y las técnicas metodológicas empleadas.

FASE 2: TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS		
Personas y asociaciones participantes		
Personas inmigrantes (hombres y mujeres), representantes de Asociaciones de Inmigrantes	Mujeres inmigrantes no asociadas*	Mediadoras Interculturales (inmigrantes) de la Consejería de Educación
1. Asociación de Colombianos 2. Asociación de Argentinos 3. Asociación Cultural Unión Perú 4. Asociación del Paraguay 5. Asociación Ecuatorianos amigos del reencuentro 6. Asociación Nueva Gente** 7. Asociación de Quisqueyanos -AQUISA- 8. Asociación de Ucrainianos y Gente del Este -OBERIG- 9. Asociación de residentes Bolivianos en Cantabria -ABOCAN- 10. Asociación de Mujeres Inmigrantes -MIA-**		
Mediadoras Interculturales: 1. Comunidad China 2. Comunidad Árabe 3. Comunidad Rumana 4. Comunidad Latinoamericana		
Técnicas metodológicas		
Grupos de Discusión Nº 2	Entrevistas en profundidad Nº 10	Total personas participantes Nº 29

* Por mujeres inmigrantes no asociadas nos referimos a aquellas que no participan en ninguna asociación de inmigrantes o de otro tipo. Este criterio responde al hecho de que se trata de personas que cuentan con menos redes de apoyo y/o capital social.

** Las asociaciones Nueva Gente y MIA no están creadas en base a pertenencia a país o nación, agrupando personas de diversos países latinoamericanos.

Codificación de las técnicas de investigación cualitativa:**E:** Entrevista**GD:** Grupo de Discusión**AI:** Asociación de Inmigrantes**MI:** Mediadora Intercultural**M:** Mujer**H:** Hombre**5.1.1. Introducción: El proceso migratorio**

Para tratar de comprender y abordar en su magnitud los factores determinantes de la salud de los distintos colectivos de personas inmigrantes desde su llegada a Cantabria, es necesario primeramente tener en cuenta algunas cuestiones relevantes sobre las etapas de sus **procesos migratorios**. La revisión bibliográfica sobre el tema advierte sobre la necesidad de dar a conocer tanto la diversidad de trayectorias como las condiciones sociales que posicionan a la población inmigrante en una situación de mayor vulnerabilidad (Izquierdo Escribano, 2008).

Por tal razón, este informe pretende visibilizar, a través de las propias experiencias de las personas inmigrantes, cómo además de los condicionantes sociales comúnmente estudiados que tienen un impacto sobre la salud -como son el género, edad, clase social, nivel educativo y ocupación, etnia, cultura, origen y lugar de residencia-, en el caso de las migraciones existe otro conjunto de factores añadidos relativos a la experiencia de emprender un proceso migratorio que impactan no solo sobre la salud y el proceso de integración sino además sobre el establecimiento de sus prioridades vitales⁶⁸. De tal forma, se plantea la necesidad de conocer al mismo tiempo el impacto que tienen sobre la salud y la enfermedad aspectos como el tiempo de estancia en el país receptor o la situación administrativo-legal.

Entre las cuestiones que deben tenerse en cuenta para comprender cómo establece la población inmigrante su propio **sistema de prioridades**, cabe destacar en primer término la diversidad de situaciones por las que se plantean migrar (Romaní, 2002). Sus motivos, expectativas y planificación de la migración, así como el tiempo de estancia y la fase del proceso migratorio configuran diferentes experiencias, de acuerdo a la heterogeneidad de los colectivos implicados. Esta diversidad de experiencias influirá en sus interpretaciones sobre la salud, a la vez que contribuirá a que las personas establezcan prioridades diversas en función de sus oportunidades. Siendo preciso siempre considerar que no todas las personas inmigrantes tienen las mismas necesidades ni oportunidades de integración (Izquierdo Escribano, 2008).

⁶⁸ Entre los factores que afectan la salud de la población inmigrante en los países receptores, la Comisión Europea, señala la inestabilidad laboral y económica, la marginalización social y cultural, alejamiento familiar, presión para enviar dinero a sus familias en país de origen, discriminación racial y la carencia de una situación administrativa regular (European Commission & Directorate-General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities, 2008).

La mayoría de las migraciones a Cantabria se fundamentan sobre la noción de migración por causas económicas. Como se ha descrito ya en el capítulo 3.1.2, la proporción de inmigrantes de países de renta baja y media baja es mayor en Cantabria (84,4%) que en el total de España (74,1%).

Es preciso sin embargo valorar que existe una variedad de expectativas detrás de las migraciones que no pueden fundamentarse por motivos exclusivamente económicos, pudiendo resultar de una combinación de expectativas de desarrollo personal y profesional, o bien como producto de condiciones políticas adversas en los países de origen. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Inmigrantes (INE, 2009), los motivos de migración de las personas inmigrantes residentes en Cantabria son variados y multicausales. El 39,7% migra por razones económicas o laborales (busca de un empleo mejor 23,1%, falta de empleo 11,4% o cambio de destino laboral 5,2%), por reagrupación familiar (22,7%) y por cuestiones relacionadas con la calidad de vida del país (21,7%). En menor proporción (10,6%) están quienes migran por haberse jubilado o por razones políticas, religiosas o relacionadas al coste de la vida, el clima o a estancias temporales. El 5,3% han migrado a Cantabria por razones formativas o educativas. Además, para el 89,0% de las personas que han migrado a España y residen en Cantabria, ésta ha sido su primera experiencia migratoria, mientras que el 7,0% ha pasado por otro país previo a España en su trayectoria migratoria y el 4,0% ha pasado por tres países o más antes de llegar a España.

Comúnmente, la decisión suele tomarse en el seno del grupo familiar, evaluando qué miembro tiene mayores posibilidades de subsistencia y trabajo. De esta manera se plantea un mayor o menor grado de decisión propia o impulsada por el entorno familiar en el país de origen (Jansà & García de Olalla, 2004). La inmigración no es por tanto una decisión que se realiza totalmente forzada por las circunstancias, sino que puede tratarse asimismo de estrategias individuales o familiares destinadas a ampliar horizontes y mejorar la calidad de vida (Romaní, 2002).

5.1.1.1. Itinerarios migratorios y temporalidad

Mediante el trabajo de campo realizado para este estudio se han podido identificar tres tipologías de itinerarios migratorios en función del acceso a recursos que permite la situación económica, administrativa, legal y laboral de las personas. Aunque su descripción no es objetivo central del presente informe, contribuye a la comprensión de las distintas necesidades y oportunidades de las personas inmigrantes, así como del tipo de relaciones, más cercanas o lejanas, que establecen con los sistemas sociales en Cantabria como región receptora. Cabe destacar que existe una diferencia entre cómo la población inmigrante se percibe y autodefine a sí misma y cómo lo hace la administración en general.

Institucionalmente se tipifica a la población inmigrante según su situación administrativa “regular” o “irregular”, integrando en esta última, también denominada “sin papeles”, a toda la población que no posee documentación de identidad ni permiso de residencia y/o trabajo. Sin embargo, según la propia población inmigrante existe un gradiente en función tanto del momento o la etapa migratoria en que se encuentre la persona como de las probabilidades de poder regularizar su situación administrativa de permanencia en el país.

Discursos de las personas inmigrantes	Discurso institucional	Descripción del itinerario o situación migratoria
Los “con contrato”	Regulares	Llegan con contrato laboral desde su país de origen como parte de contingentes de trabajo para la ocupación de puestos de difícil cobertura en España. Estas personas son quienes, conforme a los plazos de autorización de residencia y trabajo, tendrán un acceso más directo -en términos de derechos- a las instituciones públicas que dan servicios a toda la población.
Los “sin papeles” (magrebíes y sub-saharianos)	Irregulares o “sin papeles”	Son las personas que llegan sin documentación acreditativa de identidad (pasaporte u otro documento) y en situaciones sumamente arriesgadas para su vida, constituyendo el colectivo más excluido socialmente y al mismo tiempo más desprotegido a nivel administrativo-legal.
Los “por mi cuenta”	Irregulares o “sin papeles”	Quienes se autodenominan “por mi cuenta” se autoperciben y se encuentran en una situación intermedia entre los dos primeros: en el inicio del proceso migratorio están en una situación administrativa “irregular”, aunque contando con documentación de identidad (pero no con permiso de residencia o de trabajo), y con más redes de contacto y apoyo que los colectivos magrebí o sub-sahariano. Por tanto, aunque al inicio se puedan encontrar en situación de exclusión social, con el tiempo tienen mayor potencial de poder conseguir regularizar su situación de residencia y/o laboral. Estas personas representan una gran proporción de ingresos en el país, haciéndolo como turistas por vía aérea o terrestre, directamente o a través de otro país europeo, con o sin visado, dependiendo del país de procedencia.

Es importante destacar que el conjunto de personas que se autodenominan “por mi cuenta”, aparte de ser el grupo principal que ha participado en el estudio, se perciben a sí mismas con mayores oportunidades⁶⁹ de regularizar su situación frente a aquellas personas que denominan “sin papeles”, en referencia al colectivo magrebí y sub-sahariano, a quienes perciben en extrema situación de exclusión social.

Incluso dentro de estos itinerarios migratorios mencionados se evidencian diferencias en términos de **continuidad y temporalidad**, existiendo una relación directa entre tiempo de estancia en el país receptor e integración en el mismo (Izquierdo Escribano, 2008). Si se tiene una intención firme de permanecer, la persona tendrá mayor disposición a aprender, relacionarse y participar que si el proyecto se plantea por un corto plazo.

“Como antes venías sin nada, y muchos nos decían me voy dos años y regreso, pues nadie tramitaba nada, ni residencia ni nada de los papeles, entonces a los dos años que llevaban aquí ya no podían hacer nada y cuando decidieron quedarse ya habían perdido dos años de no tramitar los papeles”.

(E. Al. H. Bolivia)

⁶⁹ De acuerdo al principio de **norma de oportunidad equitativa**, no deberían concederse ni negarse beneficios en base a diferencias sobre las que no se tiene ninguna responsabilidad y que se distribuyen de forma fortuita (género, etnia, lugar de nacimiento, religión, nivel intelectual, salud/enfermedad, capacidad/discapacidad, etc.), por tanto “esta norma exige que el Estado garantice el acceso a servicios sociales a aquellas personas con limitaciones naturales y sociales, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y diferenciadas de cada uno” (Martínez & Fernández, 2006).

Como muestra este relato, en algunos colectivos el proyecto migratorio suele plantearse -al menos inicialmente, ya que puede modificarse con el transcurso del tiempo-, como una **estrategia reversible**⁷⁰, puesto que conlleva un plan de retorno al país de origen en un plazo determinado. Como señalan otros estudios (Izquierdo Escribano, 2008), en estos proyectos migratorios la estancia en el país de destino se concibe como una estrategia de ahorro de dinero para luego retornar al país de origen con un capital determinado que permita continuar sus proyectos vitales junto a sus familias. Asimismo este carácter esporádico o de corto plazo comporta por lo general una mayor **distancia con las instituciones y menores esfuerzos de integración** en el país.

En este sentido es necesario tener en cuenta que la temporalidad no es completamente una cuestión decidida a nivel personal sino que también se ve sujeta a las oportunidades del contexto en el país receptor, y en este caso particular en Cantabria. De manera que también otro factor que incide sobre el establecimiento de prioridades y atraviesa transversalmente los proyectos migratorios es la posesión de una autorización de residencia o permiso de trabajo, sea éste de carácter permanente o limitado, confiriéndole consecuentemente un grado mayor o menor de estabilidad.

Por el contrario, en el caso de las migraciones de carácter **irreversible**, cuando los desplazamientos ya son definitivos, se plantean cuestiones más relativas a la **igualdad de derechos** con el resto de la ciudadanía, a la **integración** social y al **acceso** a sistemas y servicios públicos como educación y salud.

Por tanto, dependiendo de todos los factores particulares y situaciones diversas mencionadas, y de acuerdo a la etapa migratoria en que se encuentren, las personas inmigrantes establecen un **orden de prioridades**. A continuación se presentan las prioridades definidas por las propias personas entrevistadas en este estudio, que constituyen las preocupaciones que están en juego a la hora de la toma de decisiones. Según algunos autores (Godoy y Asociados, Portero, & Mattiu, 2005), estas circunstancias interrelacionadas pueden repercutir en mayor o menor medida sobre cada persona según sus circunstancias personales.

Orden de prioridades: el difícil equilibrio entre las oportunidades y las limitaciones en las etapas migratorias:

1. Trabajo y papeles
2. Vivienda
3. Relaciones cercanas: preocupaciones de la familia en el país de origen
4. Las reagrupaciones de las parejas e hijos/as y su integración en la sociedad de acogida
5. Condiciones laborales
6. Salud Mental y Laboral

Aunque las condiciones laborales se “priorizan” en un quinto orden, se abordarán en el apartado de trabajo, ya que en los discursos de las personas “la preocupación” por el trabajo y sus condiciones está intrínsecamente ligada a su salud.

⁷⁰ La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) clasifica los movimientos migratorios en: **Irreversibles**, cuando son desplazamientos definitivos y el movimiento termina en la formación de una nueva residencia base. **Reversibles**, en los cuales el retorno al lugar de origen es extremadamente factible o posible. <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/migration-management-foundations/terminology/lang/es>

5.1.1.2. Trabajo, papeles y condiciones laborales: la dimensión de género

En el caso de las personas que vienen por su cuenta, durante la primera etapa de llegada y como producto de las necesidades iniciales se hacen evidentes dos prioridades paralelas que se conjugan como un binomio: el trabajo y los papeles de permiso de residencia y trabajo. Cuestiones que si bien son de importancia para quienes vienen con contrato desde el país de origen, no cobran un lugar tan central hasta que se decide permanecer más tiempo que el autorizado.

“El trabajo es la primera porque sin trabajo no pueden conseguir todo lo demás que necesitan”.

(E. Al. H. Paraguay)

“Otra es la de arreglar mi documentación porque estoy sin documentar y pienso que así podría encontrar otras puertas abiertas y ver qué mas puedo hacer”.

(GD. M. Guatemala, 1 año en Cantabria)

La exigencia del cumplimiento de los tiempos y plazos establecidos en las normativas a veces conduce a la población inmigrante a aceptar empleos de menor cualificación o en peores condiciones laborales, a la espera de una mejor oportunidad de trabajo. Cabe resaltar la tensión que se genera entre la necesidad de conseguir un contrato laboral inmediatamente y el hecho de dejarlo para encontrar otro en mejores condiciones. La relación entre tiempo y precariedad se aprecia en el relato siguiente:

“Actualmente hace falta conseguir un contrato de trabajo. Es muy difícil por la desconfianza de los empresarios. Mucha gente consigue ofertas, pero luego se va de ese curro, hay un mínimo de permanencia de 6 meses, y el permiso te lo dan por unos meses mas, mas o menos 9, entonces en ese plazo de cambio tienes que encontrar otra oferta. Y al irse gente del trabajo se generó como mayor desconfianza por parte de los empresarios, o si no otra experiencia es el abuso y explotación como agradecimiento por el contrato. Desde que llegas al país, tienes 30 días para ponerte a trabajar, para darte de alta en un trabajo”.

(E. Al. H. Bolivia)

Diversos estudios evidencian que las condiciones laborales de las personas inmigrantes no se distribuyen aleatoriamente sino que están **determinadas en gran medida por el género** y la **clase social** (Bacigalupe de la Hera & Martín Roncero, 2007). Asimismo el análisis del ámbito productivo cobra especial relevancia tanto por ser el espacio en que se desarrolla la actividad económica remunerada -sea ésta regular o irregular- como el espacio vital para la integración de las personas, en el que se evidencian las desigualdades entre clases sociales.

Entre las mujeres y hombres inmigrantes entrevistados, aunque en un principio predomina el discurso de gratitud y agradecimiento por las oportunidades laborales encontradas, la amplia mayoría destaca las **condiciones precarias** experimentadas sobre todo en los primeros trabajos.

“Lo que quiero decir, es que si alguien se compromete a tener un trabajador debe hacer contrato y pagar seguridad social y todo. No lo hacen todos.... aquí se abusa mucho porque eres inmigrante no puedes decir nada, estas como sin papeles y no tienes a quien acudir y por miedo te callas la boca. La mayoría prefiere no hacer contrato y tenemos que tener condiciones de igualdad y si hemos venido y aceptas tener un trabajador inmigrante pues lo mismo que a un español, y muchos han oído de las multas que te ponen pero les da igual”.

(GD. M. Rumanía)

“No te hacen el contrato... debes insistir mucho. Yo le dije si me va a hacer contrato de trabajo Y siempre que si que si y tuve que ir a extranjería yo a pedir todo.

No les nace no tienen la iniciativa”.

(GD. M. Paraguay)

“Lo primero es derecho de igualdad, pero tenemos miedo y nos callamos la boca... y muchos empresarios se aprovechan. A ellos no les nace hacerte el contrato”.

(GD. M. Rumanía)

“En construcción, donde no se cumple nada, ni horario, ni salario, están explotados y sin formación de riesgos laborales”.

(E. Al. H. República Dominicana)

Una de las estrategias frente a la espera de la regulación de la documentación suele ser aceptar los **trabajos en las zonas rurales**⁷¹, donde permanecen aún más invisibles y en situaciones de **aislamiento y soledad** ya que solo suelen mantener contacto con las personas con quienes trabajan.

“Nadie quiere ir a los pueblos. Hay muchos trabajos de internas y por lo general cuando están en lugares tan lejos, nadie, ninguna quiere ir. Por lo general son chicas recién llegadas, sin papeles, y se deprimen. Entonces a esos pueblos van las que recién llegan para esperar papeles etc. pero es durísimo (mencionan maltrato)-. Ahí fue donde empezó mi depresión porque es un lugar muy triste ... muy sola esos días eran eternos en el campo”.

(GD. M. Ecuador)

“Por los pueblos hay marroquíes que se dedican a la agricultura, ganadería, algunos en la construcción y a la venta ambulante”.

(E. Ml. M.)

Abundan los relatos referentes a la **depresión**, un período pasado por una mayoría y relacionado tanto al **duelo migratorio**⁷² como a la **precariedad laboral**. Algunos autores apuntan a la importante dimensión que adquieren las repercusiones psicológicas y problemas de salud mental secundarios a las malas condiciones laborales y al escaso apoyo familiar y social, como se analizará más adelante (Fuertes & Martín Laso, 2006) (Gastaldo, Gooden, & Massaquoi, 2005).

• El trabajo de las mujeres

El comportamiento de los flujos migratorios emprendidos al menos inicialmente por las mujeres hacia España tiene una base en una amplia sucesión de cambios sociales, tanto en el país de origen como en el de destino (Pé-

⁷¹ En algunas zonas rurales de Cantabria existe una proporción importante de población inmigrante. Ver capítulo 3.1.3. Ubicación geográfica de residencia de la población inmigrante en Cantabria: Mapa 1.

⁷² El duelo migratorio se abordará más adelante en este capítulo.

rez Orozco, Paiewonsky, & García Domínguez, 2008). Es preciso por lo tanto mencionar algunos de los factores contextuales en España, y concretamente en Cantabria, que dan como resultado oportunidades laborales para las mujeres inmigrantes.

La conjunción del ingreso masivo de las mujeres españolas al mundo laboral y el consecuente incremento del poder adquisitivo en los hogares, junto al envejecimiento de la población en España y en Cantabria, ha abierto un nicho laboral para las mujeres inmigrantes (Martínez Buján, 2008). Éstas vienen a contribuir a resolver las nuevas necesidades de nuestra sociedad mediante un traspaso de las actividades del ámbito reproductivo, manejado aún mayoritariamente por las mujeres autóctonas⁷³, hacia las mujeres inmigrantes, centrándose principalmente en el cuidado de menores, mayores y personas dependientes en el espacio privado del hogar⁷⁴ (García-Calvente & La Parra Casado 2007).

Este aumento de la demanda de personas cuidadoras se plantea aquí fundamentalmente desde la precariedad que experimentan las mujeres inmigrantes en términos de contratos, pluriempleos y condiciones laborales, representando un sector que engrosa la economía sumergida (Martínez Buján, 2008).

“El trabajo sumergido de las mujeres no está visibilizado (...) trabajan demasiadas horas sin comunicarse con nadie más que con las personas que atienden (...)”

Aparte se dan bastantes casos de abuso laboral”.

(E. MI. M.)

El perfil de las cuidadoras está asimismo determinado por la “predilección de las familias empleadoras por las latinoamericanas” (Martínez Buján, 2006). El idioma, la cercanía cultural y las cualidades como el cariño, el afecto, la paciencia y comprensión son asociadas a la población latinoamericana especialmente por la mayor facilidad de comunicación.

El hecho de que la actividad del cuidado se realice dentro del domicilio y esté relacionada con el “cariño y afecto” hace que se asocie aún más con el **rol tradicional de género** como actividad femenina “innata”, sin que se reconozcan ni otras habilidades, ni la necesidad de capacitación y conocimientos técnicos (Martínez Buján, 2008).

“El estereotipo de mujer inmigrante está asociado a servicios domésticos, y esta imagen nos limita mucho, y no nos resignamos”.

(E. AI. M. Venezuela)

73 De acuerdo a la Encuesta de Salud de Cantabria 2006 (Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, & Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2009) en relación al trabajo reproductivo, en todos los ámbitos son las mujeres quienes dedican más tiempo al cuidado del hogar, de la familia y de las personas dependientes. Además se muestra una tendencia creciente en el tiempo dedicado por las mujeres cuanto más bajo es el nivel de estudios y la clase social. Se ha observado al mismo tiempo como los hombres presentan los mayores porcentajes de nula dedicación a las tareas de trabajo reproductivo, y cuando se dedican a ellas lo hacen de forma conjunta con otras personas, mientras que la mujer asume esta responsabilidad mayoritariamente sola. Las mujeres por tanto tienen una enorme carga de trabajo reproductivo que tiene un alto potencial de impacto negativo sobre su salud, además de poder contribuir a explicar la peor percepción de la salud que tienen las mujeres de todas las edades, mayor riesgo de mala salud mental, mayor frecuentación de servicios sanitarios y mayor medicalización.

74 Aunque no excluye la realización de otras tareas dentro del hogar como limpieza y mantenimiento general del hogar.

• El trabajo de los hombres

La trayectoria laboral de los hombres en el período de estudio ha sido fundamentalmente en el sector de la **construcción**⁷⁵.

Tanto dentro de la actividad económica del hogar (Martínez Buján, 2008), como en la construcción, las personas inmigrantes ocupan los cargos de menor categoría profesional y menor reconocimiento social y económico (Gil & Actis, 2005). Si bien en ambos casos estas ocupaciones son vividas como las oportunidades de inserción laboral, sus discursos también revelan un sentimiento de limitación en su desarrollo personal y profesional.

“Muchos vienen con carreras universitarias u otros estudios, pero aquí solo pueden trabajar en este sector”.

(E. Al. H. República Dominicana)

• Las expectativas de crecimiento

Las expectativas de crecimiento son expresadas en el curso del estudio fundamentalmente por las personas inmigrantes que han alcanzado niveles educativos formales distintos en sus países de origen, y en particular por las mujeres. Se manifiesta el deseo de trabajar o bien en actividades relacionadas a las titulaciones obtenidas o en oficios relacionadas con sus experiencias previas en sus países.

“A mi me gustaría trabajar de mi profesión, eso es lo que más me gustaría. Pero creo que eso una vez que tenga mis documentos. Ahora estoy de interna en una casa de familia. Allá yo tenía un taller de costura...

Voy a ir allá, voy a trabajar y que sea lo que dios quiera, y aquí estoy tratando de salir adelante”.

(GD. M. Paraguay)

La adaptación por tanto a la nueva sociedad viene determinada asimismo por los cambios de trabajos y roles que se ven forzadas a ejercer ante la dificultad de encontrar aquellos a los que estaban acostumbradas o para los que están cualificadas (Gastaldo, et al., 2005).

“Trabajar como trabajadora del hogar es duro, hacemos hasta cosas que no hacíamos en nuestras casas allá en nuestro país”.

(GD. M. Paraguay)

La **falta de oportunidades laborales para el ascenso social** unido al escaso reconocimiento de las ocupaciones en las que se emplean son vividas frecuentemente como experiencias frustrantes⁷⁶. Dichas situaciones se acentúan en las personas de mayores niveles de estudio, que en su mayoría no han logrado homologar sus titulaciones.

“Muchos vienen con titulaciones que aquí no les son reconocidas, o están en un proceso de Homologación muy largo y que luego no se logran”.

(E. Al. H. República Dominicana)

75 Sobre situación en Cantabria ver capítulo 3.3.3. Situación Laboral.

76 Existe una relación estrecha entre el proyecto migratorio y el grado de consecución de los objetivos, la elaboración del duelo y el proceso de adaptación. A mayor éxito en la consecución de los objetivos del proyecto migratorio, mejor elaboración del duelo y por consiguiente mejor adaptación a la nueva situación (Ahmad-Sayed, García, & González, 2008).

“Es muy duro, es un desafío cada día porque se tienen dificultades... porque no puedo desempeñar mi carrera, no homologué, pero no quiero quedarme aquí. Nos toca hacer lo que llamamos trabajos no cualificados, lavados planchado, cuidados, así estamos igual que todos. No hace falta que nadie vaya a formarte. Es lo que nos toca”.

(GD. M. Colombia)

5.1.1.3. Acceso a la vivienda

La población inmigrante en general experimenta dificultades añadidas a las encontradas por la población autóctona para el acceso a la vivienda, como ya se trató en el capítulo 3.3.2.

En el primer acceso a un lugar para vivir juega un papel crucial entre algunos colectivos, como los latinoamericanos o los chinos, la red social, desplegándose una diversidad de estrategias entre conocidos para dar el acogimiento inicial. Sin embargo, otros colectivos experimentan mayor desprotección, dado que cuentan con menos redes sociales de apoyo, en cuyo caso se suele acudir con mayor frecuencia a las asociaciones que proveen servicios a la población inmigrante.

“Una diferencia de los dominicanos, es también que vienen y siempre tienen un techo. A lo de algún familiar, siempre alguien les hace lugar para dormir, el techo no falta en ese sentido. Son un grupo muy conocido entre sí, por eso no los ves en las calles o durmiendo por cualquier lado”.

(E. Al. H. República Dominicana)

Las dificultades para el arrendamiento van desde requisitos que se suelen solicitar, como un aval bancario, que la población inmigrante tiene mayores dificultades de conseguir, a mayores exigencias en las condiciones por desconfianza a su capacidad de pago (Navarro, 2008).

“La dificultad es tanto como la que vive el resto de la población, la dificultad de créditos pero a la hora de alquilar tienes que ser español, llamar y que hable un español como mínimo sino en Cantabria no encuentras nada”.

(E. Al. H. República Dominicana)

La relación entre vivienda, contrato y empadronamiento adquiere especial relevancia ya que habilita a emprender trámites de regulación, reagrupaciones familiares y obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual.

5.1.1.4. Las reagrupaciones familiares: las relaciones de género e intergeneracionales y la educación

A medida que las personas inmigrantes van entrando en una **fase de afianzamiento** en el país receptor, van solicitando al mismo tiempo las reagrupaciones familiares⁷⁷, sea de hijos/as o de sus parejas o personas mayores (madres/padres), enfrentándose a nuevos conflictos y dilemas.

El transcurso de tiempo, unido a los procesos de adaptación social y cultural al nuevo medio alteran los referentes de la identidad propia (Bron, 2000) y se ven forzados a redefinirse en lo que se denomina **proceso de acul-**

⁷⁷ Según datos de la Delegación de Extranjería de Cantabria, en el año 2007 se solicitaron 520 reagrupaciones familiares y en el 2008 se remitieron 553 solicitudes.

turación⁷⁸. Éste tiene un profundo impacto en los cambios personales, relacionales y culturales, y como consecuencia en el proceso de integración en el país y en el acceso a servicios y oportunidades.

Las mujeres pasan en el país receptor a ser frecuentemente cabezas de familia con independencia económica, asumiendo el rol de proveedoras, lo cual puede conllevar conflictos de rol en la reagrupación familiar (Cantabria Acoge, 2009).

Entre los nuevos dilemas o conflictos que se generan durante este proceso, los relatos de mujeres manifiestan una serie de cuestionamientos del rol tradicional de género y de cambios que forman ya parte de su proceso de aculturación, producto del tiempo de interacción con el nuevo contexto sociocultural y de las experiencias vividas. Este proceso de cuestionamiento y/o transformación de los roles de género ejerce una influencia fundamentalmente en las relaciones de pareja, al entrelazarse nuevos y viejos valores culturales y sociales.

“Existe un choque cultural, para nosotros y como padres, y para los hijos, y cuando viene tu pareja. Tu llevas aquí, un año quizás y luego viene tu pareja... y las cosas cambian, y los dos se preguntan con quien habrá estado el otro? Y la desconfianza. El tiempo que ha pasado, cambia la relación y que son consecuencias de salud mental también”.

(E. Al. H. Bolivia)

Además, el proceso de aculturación añade otro potencial de conflictos **intergeneracionales** entre **padres y madres** con sus **hijos e hijas**⁷⁹. A la hora de narrar sus experiencias y dificultades respecto a las reagrupaciones familiares y en particular de los hijos e hijas, las mujeres inmigrantes diferencian en sus discursos entre las **preocupaciones antes** -en país de origen- y **después** -en el país receptor- **de las reagrupaciones**. Preocupaciones por el bienestar de los hijos e hijas que dejaron en el país de origen (al cuidado por lo general de la madre u otro miembro del entorno familiar o social) y de los que están con ellas en Cantabria. La lejanía geográfica de “los que quedaron allá” es vivida con cierta culpa o auto reproche por no estar cerca para tomar decisiones.

El proceso de adaptación a los nuevos contextos y su posible impacto en la salud mental de las mujeres inmigrantes se relaciona tanto a su historia personal y trayectoria migratoria, como a la nueva situación familiar, condiciones sociales, económicas, laborales y políticas que viven (Frías, Río, & Jiménez, 2008).

“Entonces de lo que se trata de preocupaciones, si hay muchas. Yo Tengo cuatro hijos en mi país no están con mi familia sino con personas aparte de mi familia, pero están bien cuidados. Esa es una de mis mayores preocupaciones”.

(GD. M. Guatemala)

“... y no podemos tomar una decisión. Yo llamo por teléfono, hablo con ellos y me cuentan de repente un problema y yo estoy acá y ellos no pueden resolver”.

(GD. M. Paraguay)

78 Se utiliza aquí una versión relativizada del término aculturación, para dar cuenta de que algunas cuestiones identitarias de un grupo minoritario se “diluyen” formando parte del grupo al que se asimila y/o integra, perdiendo con ello algunos rasgos característicos de su identidad étnica diferencial (Barañano, García, Cátedra, & Devillard, 2007).

79 En el caso de las personas menores y adolescentes, Ahmad-Sayed y colaboradores (2008) apuntan la importancia de añadir como posible fuente de conflicto, circunstancias como la ausencia de un proyecto migratorio propio y la interrupción de su trayectoria vital anterior a la migración, con los problemas de adaptación que pueden conllevar.

Sin embargo la mirada que se realiza desde las asociaciones de inmigrantes entrevistadas se plantea desde el punto de vista de las consecuencias de la lejanía sobre las generaciones más jóvenes en los países de origen.

“Hay una gran preocupación por aquellos niños que han quedado con parientes en Bolivia, porque con el envío de dinero no se logra todo, estos niños carecen de padres y eso traerá consecuencias que ya se están viendo. En Bolivia agentes involucrados en temas sociales piden a los padres que mantengan mas contacto. No todo es cuestión de dinero”.

(E. Al. H. Bolivia)

Las dudas sobre el **modelo educativo y sistema de valores a seguir** con sus hijos e hijas, una vez reagrupados, son planteadas por padres y madres como una cuestión que representa un dilema entre el modelo educativo propio de sus países y culturas originarias y el “modelo español”. El propio planteamiento en términos dicotómicos de una u otra cultura advierte sobre el riesgo de generar “guetos” de exclusión en el caso de aferrarse al modelo de origen, en lugar de promover la integración.

“Porque el trabajo lo sabemos llevar, pero el cómo educar a tus hijos, No sabemos. Según nuestra cultura de Bolivia? O la de aquí?”.

(E. Al. H. Bolivia)

“Las madres están preocupadas por la educación de sus hijos. Preocupadas porque tienen miedo que el resultado de la educación en sus hijos sea el mismo que ven en los Españoles. No les gusta. Les da miedo que salgan igual que los españoles pero aferrarse al modelo propio del país de origen tampoco es una buena estrategia”.

(E. Al. M. Venezuela)

El miedo al “modelo español” está acompañado por un lado de una imagen negativa de la juventud española, sobre la que se tiene una concepción de “racista”. Por otro lado existe también en referencia a la educación a los hijos e hijas un cuestionamiento de un “modelo de mujeres españolas” que no están cumpliendo sus obligaciones como madres, incluso aunque se refieran a su ausencia por estar trabajando fuera de casa.

“Es que sus hijos están solos todo el día. Las mujeres quieren tanto la igualdad que no cumplen con sus hijos y así salen”.

(E. Al. M. Venezuela)

En el caso específico del **sistema escolar como espacio de integración** no se percibe en sus discursos un cuestionamiento en cuanto al modelo de aprendizaje o a los contenidos curriculares, sino que se centran en las dificultades de adaptación e integración por la que pasan los niños y niñas reagrupados en edad escolar.

“Tienen en principio problemas con el lenguaje, el ritmo de estudio, y el rechazo por ser inmigrantes”.

(E. Al. M. Colombia)

“Hay discriminación en las escuelas”.

(E. Al. M. Perú)

“Hay muchos niños y la integración es un problema importante”.

(E. Al. M. Ecuador)

Por esta razón desde las asociaciones de inmigrantes se percibe la necesidad de que se trabaje por la integración de niños, niñas y adolescentes en edad escolar.

“El trabajo con los niños y con adolescentes ya que se encuentran más perdidos en una sociedad que les estigmatiza y en la que tienen dificultades de integración”.

(E. Al. M. Perú)

Igualmente las asociaciones de inmigrantes resaltan la relevancia de tener en cuenta a la juventud reagrupada que no está en edad escolar, ya que al no verse forzados por su edad a ingresar en ninguna institución educativa, carecen de espacios que puedan contribuir a su integración.

5.1.2. Principales problemas de salud percibidos por la población inmigrante

La salud adquiere mayor importancia y se va priorizando a medida que se van superando las principales barreras de integración ya descritas, como la situación administrativo-legal, el alojamiento y el primer trabajo (Castillo, Mazarrasa, & Sanz, 2001).

“El tema más difícil es el trabajo y después la vivienda que está muy cara. Y después la salud”.

(E. Al. H. Ecuador)

Al tratarse de personas jóvenes, en general manifiestan un buen o aceptable estado de salud⁸⁰, percibiéndose problemas de salud más vinculados al duelo migratorio y sus consecuencias⁸¹, así como a las condiciones de trabajo y a la escasa integración y falta de capital social en Cantabria.

Asimismo, los condicionamientos administrativo-legales con los que se enfrenta la población “sin papeles” representan aún mayor incertidumbre y dificultades, por lo que en sus experiencias se añaden aún más factores de estrés.

“La salud es una de las prioridades. La gente que tiene permiso de trabajo y tarjeta sanitaria está en las mismas condiciones que un español, no siente que haya discriminación contra ellos, el problema es con los sin papeles que solo pueden acudir a Urgencias pero no pueden resolver sus problemas básicos de salud”.

(E. Al. H. Paraguay)

5.1.2.1. El duelo migratorio y la salud mental

La migración supone psicológicamente un “acontecimiento vital estresante” (Frías, et al., 2008). Dentro de las preocupaciones en materia de salud expresadas por las distintas personas y colectivos participantes en el estudio, la más relevante ha sido unánimemente la salud mental, ligada en muchos aspectos tanto al duelo migratorio como a la precariedad laboral, como se ha mencionado anteriormente⁸².

⁸⁰ El estudio realizado en País Vasco a partir de la encuesta de salud a inmigrantes también sostiene la hipótesis del inmigrante sano, lo que implica que recién llegado presenta mejor estado de salud que la población autóctona (Rodríguez Álvarez, et al., 2008).

⁸¹ Visión compartida sobre todo por los profesionales de enfermería y trabajo social (capítulo 6.3.)

⁸² En Jansà (2006) se destaca la experiencia de otros países receptores de flujos migratorios con anterioridad a España en cuanto al problema de salud mental que presentan los colectivos de población inmigrante, habiéndose detectado una peor percepción de de salud y mayores grados de malestar psicológico que en la población general.

“Le trabaja a una la cabeza porque estamos lejos (...) Yo hasta ahora sigo con un ansiolítico, lo sigo manteniendo para sobrellevar porque es muy pesado. Muy pesado estar con la familia muy lejos. Estoy muy sola acá. Por más que a uno le traten muy bien no son de la familia. Salimos los fines de semana y nos encontramos otra vez con gentes extrañas”.

(GD. M. Paraguay)

Para algunas personas inmigrantes el inicio es más problemático y difícil que para otras. De ello depende tanto la socialización que tuvieron en sus países de origen y las redes sociales de apoyo con las que cuentan a su llegada, como los procesos psicológicos derivados de la experiencia del proceso migratorio, intensificado por el desarraigo, el extrañamiento, la soledad, la angustia y el cambio del sistema de valores de referencia⁸³. La migración supone por tanto una variedad de pérdidas psicológicas y sociales que se desencadenan en procesos de duelo (González Calvo, 2005). Los duelos definidos como procesos dinámicos, tanto en el ámbito íntimo y privado como en el público, pueden poner en riesgo la salud mental.

“Yo creo que el desarraigo lo pasamos todas, unas mas que otras y depende de nuestra capacidad psíquica y emocional, de aguante según cada una, lo emocional... si tuviste un apoyo de alguien para demostrar la impotencia, la enfermedad”.

(GD. M. Ecuador)

El duelo migratorio por lo general comprende una multiplicidad de factores como se especifica en el siguiente cuadro.

CARACTERÍSTICAS DEL DUELO MIGRATORIO		
Múltiple	Duelo por: 1. La familia y amigos 2. La lengua 3. La cultura 4. La tierra	5. El estatus social 6. Contacto con la etnia 7. La pérdida del proyecto migratorio 8. No poder regresar
Parcial	El objeto del duelo relativo al país de origen no desaparece. Es el duelo de una separación más que de una pérdida.	
Recurrente	El ir y venir al país de origen y la relación con los contactos hacen que los recuerdos se reactiven, que sea un duelo de larga duración y en fases recurrentes.	
Ambivalente	Se han perdido elementos del país de origen pero el país de acogida le brinda otras oportunidades.	
Transgeneracional	Afecta a la persona inmigrante y a sus hijos e hijas.	

Adaptación por el OSPC de (Fuertes & Martín Laso, 2006)

La salud mental y la salud laboral están intrínsecamente unidas en casi todos los relatos de las personas entrevistadas y de la literatura consultada. En concordancia con Gastaldo, Gooden y Massaquoi (2005), las mujeres entrevistadas manifiestan como la pérdida de status social y profesional, junto a las nuevas condiciones laborales

⁸³ De todos los cambios que una persona puede experimentar en su vida, pocos son tan complejos como los que ocurren en los procesos migratorios. Prácticamente todo lo que rodea a la persona cambia. El proceso de pérdida y cambio que experimenta la persona es visto como un proceso de angustia (European Commission & Directorate General for Health and Consumer Protection, 2004).

enfrentadas, así como la ruptura de las expectativas de mejora de vida con las que migran y el ajuste a vivir en circunstancias más duras en un país más desarrollado afectan su autoestima y repercuten en su salud mental. Los relatos elaboran sobre el aislamiento y la depresión, unido a problemas gástricos y a dolores de cabeza y músculo-esqueléticos debidos al tipo de trabajo desarrollado⁸⁴.

“El otro gran problema es la salud mental que entre extranjeros hay un alto índice de depresión, en hombres y mujeres, yo conozco gente que no ha vuelto a su país desde que llegó hace 7 u 8 años y está con ansiedad, deprimida, y le afecta en la vida diaria, esto origina bajas laborales y problemas en la relaciones con los jefes y compañeros”.

(E. Al. H. Ecuador)

“La salud laboral, el trabajo (...) no están preparadas para cuidar a personas con necesidades especiales y sufren de problemas de dolor de espalda, estrés, aislamiento, depresión. Además trabajan demasiadas horas sin comunicarse con nadie más que con las personas que atienden y eso sobre la salud mental es importante”.

(E. Ml. M.)

A esto se suma el nivel de **presión y el estrés** bajo el que se desarrollan sus experiencias, por ser por un lado el sustento económico de su familia en el país de origen, con las expectativas que sobre ellas y ellos se generan, y por enfrentar a la vez problemas personales de identidad en la búsqueda de un lugar en la nueva cultura y país. La **frustración y la baja autoestima** están igualmente descritas y referidas en las experiencias vividas⁸⁵. Todo ello conlleva en muchos casos una serie de **cuadros psicósomáticos** con síntomas clínicos como la ansiedad, tristeza, insomnio, cefalea, fatiga, dolor abdominal y molestias digestivas⁸⁶.

Los **problemas de salud mental** están de esta forma íntimamente relacionados a las condiciones de vida, sociales y laborales en que se realizan las migraciones actuales (Comelles & Bernal, 2007). Por otra parte, las necesidades no cubiertas, como el cuidado de los hijos pequeños que precisan de guarderías, contribuyen en gran medida al malestar físico, psicológico y emocional sufrido por las mujeres.

“Todo lo que guardas, luego es dolor de cabeza, etc. y obvio, nadie sabe que recetarte porque la solución no está! Y también te preocupas, porque dejas a los niños encerrados en un piso, como abandonados no tienes ni donde dejarlos ni con quién... encima en un piso pequeño. Necesitamos ayuda, al pasar 5 años aquí no sabemos bien qué hacer, necesitamos ayuda de psicólogos, sociólogos y pedagogos, porque estas situaciones te agobian todos los días y al final eso afecta a la calidad de vida...”

84 En este sentido los profesionales de salud entrevistados, también hacen hincapié en los riesgos derivados del trabajo, tanto sobre la salud mental como sobre la física. Ver capítulo 6.3. Opiniones sobre las características de los colectivos inmigrantes y factores determinantes de su salud.

85 La autora Agnieszka Bron (Bron, 2000) define esta sensación como “flotación” y explica que en la vida cotidiana las personas inmigrantes pueden experimentar una devaluación o cuestionamiento de sus habilidades y conocimientos, así como entrar en un proceso de frustración debido a la falta de estrategias para resolver los problemas con que se enfrentan.

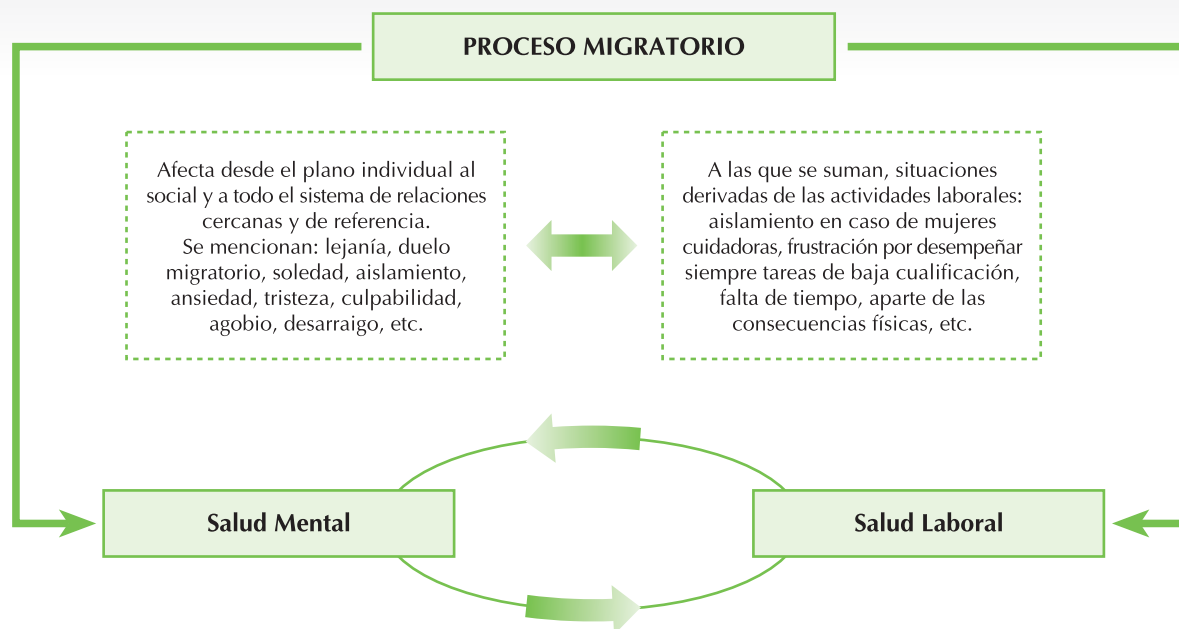
86 “Los síndromes descritos se agrupan en síndromes nosológicamente compatibles con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) -Trastornos adaptativos, -Trastornos afectivos, -Trastornos de ansiedad, -Trastornos disociativos y Trastornos somatomorfos” (Frías, et al., 2008).

Te piden consejos tus paisanos y no estamos preparados para darlos, no sabemos, para eso se necesita un profesional. Adquieres conocimientos, pero no sabes cómo afrontarlos. Es primario, lo psicológico como persona sana, sino el cuerpo termina enfermándose, sino el cuerpo no estará sano: Mente sana cuerpo sano. Primero mostrarte cómo eres, que te acepten y luego viene todo un proceso de cambio y necesitas comprenderlo”.

(E. Al. H. Bolivia)

El siguiente esquema trata de sintetizar tanto el impacto del proceso migratorio sobre la salud mental, como la repercusión de las actividades laborales en las que la población inmigrante está inmersa sobre su salud mental y física.

ESQUEMA DE INTERSECCIÓN DE SALUD MENTAL Y LABORAL



5.1.3. Percepciones sobre el sistema de salud

Las dificultades que experimenta la población inmigrante con el sistema de salud constituyen la base sobre la que las personas inmigrantes entrevistadas construyen su percepción sobre el mismo. Diferentes estudios advierten que tanto el desarraigo como la adaptación social constituyen dos procesos inseparables para el análisis de la relación de las personas inmigrantes con el sistema sanitario público (Godoy y Asociados, et al., 2005).

El discurso más inmediato que surge desde las personas inmigrantes entrevistadas sobre el sistema de salud es primeramente el **reconocimiento de la calidad de la Sanidad en España y la gratuidad del sistema**.



“Hemos hablado hasta ahora del tema de salud en España que en general me parece muy bueno”.

(GD. Al. H. Ecuador)

Sin embargo cuando lo comparan con los **sistemas sanitarios de los países de origen**, hacen que por un lado se perciba al sistema español como poco resolutivo, y por otro a los sistemas de origen como más deficientes pero donde se resuelven los problemas, aunque en parte pagando.

“A nosotros nos preocupa el funcionamiento del sistema de salud que es muy diferente, a pesar de que el nuestro es más deficiente. No vale tener buenos edificios y médicos si el ciudadano tiene problemas de llegar a eso, si tienes una enfermedad tienes que esperar un par de meses, no hay forma de que el inmigrante tenga a mano rápido la información. En mi país tienes que pagar pero te atienden y te resuelven, aquí hay trabas que impiden que te atiendan inmediatamente”.

(GD. Al. H. República Dominicana)

Por otro lado, los hábitos y prácticas adquiridas en sus sistemas sanitarios de origen⁸⁷ también constituyen un condicionante en la construcción de una relación con el sistema de salud de Cantabria.

La diferencia fundamental con los modelos sanitarios en el caso de los países de Latinoamérica, la constituye, según su propia valoración, el hecho de que las personas se dirigen directamente al especialista. Por lo que ya otros estudios han advertido (Godoy y Asociados, et al., 2005) que la demanda de la comunidad latinoamericana hacia la derivación a especialistas es producto del modelo sanitario aprendido en sus países de origen.

En el caso de algunos Países del Este de Europa, se hace mención igualmente a la ausencia de listas de espera, aunque las personas deban pagar por los servicios.

“En Rumanía el sistema de salud es muy diferente, no existen las citas ni las listas de espera. Las personas acuden al médico cuando lo necesitan y son referidas al especialista en el mismo momento, igual sucede con los análisis de sangre y las radiografías, todo es sin cita”.

(E. MI. M.)

Aunque existe una amplia variedad de matices y diferencias entre los distintos países de origen de la población inmigrante sobre los que no se entrará a analizar, se vislumbran rasgos comunes como son las situaciones en general de **empobrecimiento y desmantelamiento de sus sistemas públicos de salud**. La privatización de prestaciones o las diferencias de acceso, así como los recursos disponibles, las condiciones y cobertura de servicios varían entre países. De manera que aquella persona procedente de un país con un sistema sanitario público mínimo o inexistente no construirá su valoración sobre las mismas bases comparativas que quienes provengan de sistemas de cobertura y acceso universal, sean éstos más o menos eficientes⁸⁸.

En algunos países, las prestaciones de los “dientes” o los “psicólogos”, como se definen en las entrevistas, son accesibles para la mayoría de la población, por lo que como señalan (Godoy y Asociados, et al., 2005) “la falta de

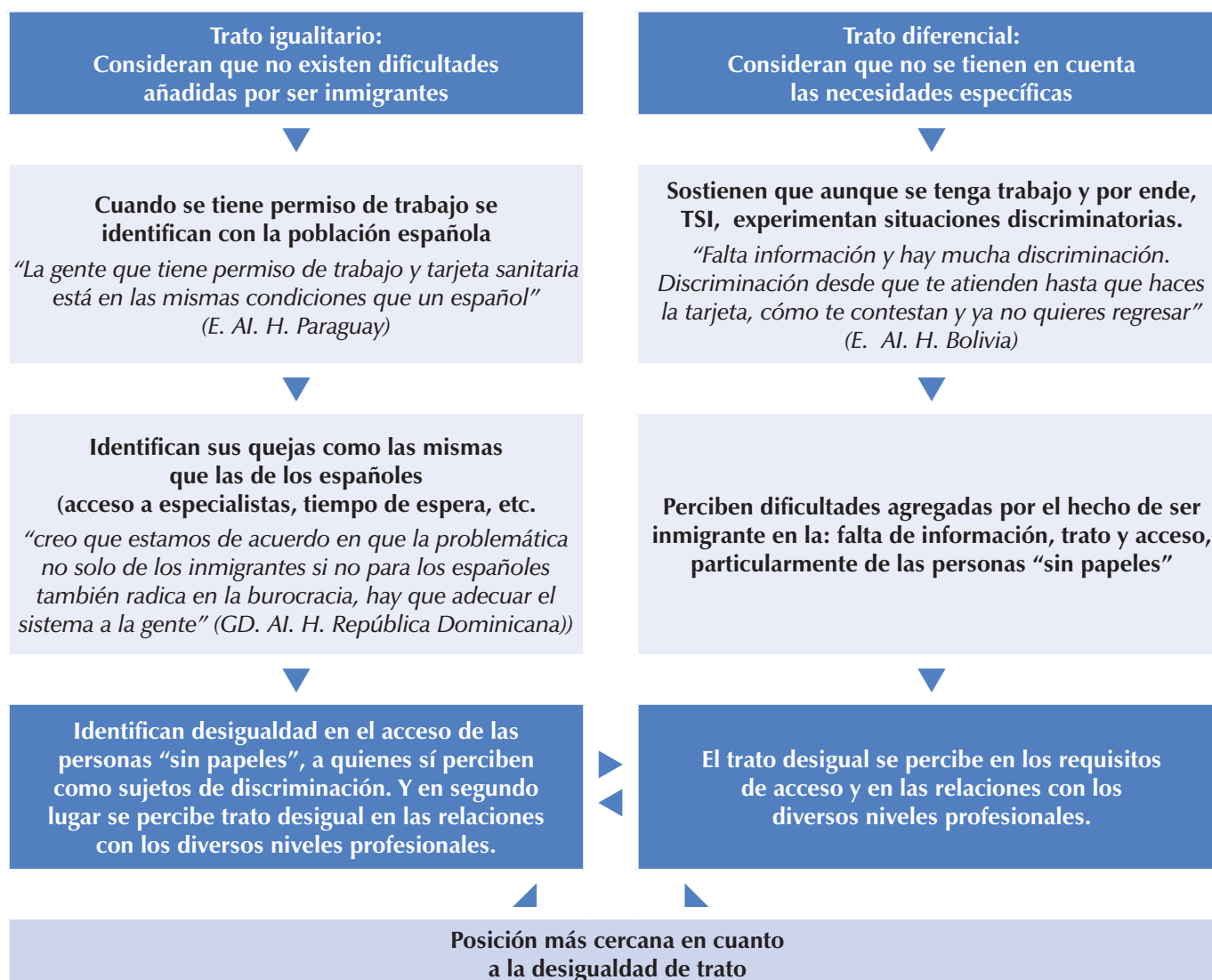
⁸⁷ A los que también hacen referencia los profesionales de salud entrevistados en este estudio en el capítulo 6.7.2. Los modelos de referencia de los sistemas de salud de los países de origen.

⁸⁸ Como suele ocurrir en países de África Subsahariana y en zonas rurales de distintas regiones del mundo donde el asilamiento y la falta de comunicaciones hace inviable el acceso a servicios sanitarios.

cobertura de determinados servicios genera perplejidad, pues resulta difícil entender que un sistema que perciben inicialmente como superior al suyo carezca de servicios que para él son habituales”.

Los relatos permiten identificar dos **posiciones** inicialmente dicotómicas, pero que a través del proceso discursivo se aproximan. Incluso aquellas personas inmigrantes que comienzan argumentando que el trato es igualitario con la población autóctona, compartiendo una serie de problemas como las listas de espera, a lo largo de sus reflexiones van perfilando **elementos diferenciadores** que pueden constituir una desventaja o condicionar su interacción con el sistema de salud, concluyendo que existen desigualdades sobre todo en términos de acceso.

En el siguiente cuadro se trata de sistematizar estas dos posiciones.



Entre los principales **factores que actúan como desventajas** se mencionan: **el desconocimiento del funcionamiento del sistema** y la **falta de información**⁸⁹ disponible sobre el mismo. A esto se suman las **dificultades de comunicación con el personal sanitario** en general, comenzando por el **idioma** y continuando con **las terminologías y la jerga médica**⁹⁰ utilizadas.

“A la llegada que no sabemos como funcionan las instituciones ni como acceder a los médicos, si es emergencia está claro pero cuando se trata de controles de salud no sabemos que hacer, no entendemos porqué tenemos que esperar tanto, es muy diferente de donde yo vengo a como es aquí, el primer contacto es la falta de información, yo me encontré con que tenía que hacer muchos trámites que desconocía”.

(GD. Al. M. Venezuela)

“Nuestro gran problema primero es la falta de información sobre como funciona el sistema, es importante que exista una estructura administrativa para crear esa confianza y para permitir al nuevo ciudadano conocer el sistema y contar lo que le pasa, para que se puedan atender sus demandas”.

(GD. Al. H. Ecuador)

Incluso hablando el mismo idioma, la comunicación no se garantiza⁹¹. Los colectivos latinoamericanos expresan que los marcos de referencia son distintos y que por lo tanto la comprensión les resulta igualmente compleja.

“Se espera mucho más conocimiento del sistema sanitario por parte de los latinoamericanos que del resto de comunidades extranjeras por el hecho de hablar español. El problema es que de hecho no entienden mucho de los términos y provienen de sistemas muy diferentes de salud, por lo cual tienen distintas expectativas del sistema. Mientras que el personal sanitario se queja de que los latinos demandan demasiado, éstos se quejan de que no les atienden sus necesidades”.

(E. MI. M.)

Es a través de estos discursos que se cuestiona la equidad en el sistema de salud y emerge la concepción de un **trato desigual**. Este concepto aparece asociado en primer lugar con los **requisitos de acceso** y en segundo término con las **relaciones con los diversos niveles profesionales** dentro del sistema (fundamentalmente en Atención Primaria) que serán abordados más adelante en este capítulo.

89 El nivel de información con el que cuenta la población inmigrante también es abordado por los profesionales de salud y el personal administrativo entrevistados. Ver capítulo 6.7.1. El nivel de información de las personas inmigrantes acerca del sistema de salud.

90 La diferencia de las denominaciones tanto de los fármacos como la sintomatología también es mencionada por los profesionales médicos. Ver capítulo 6.6.1. El idioma y la comunicación.

91 Los profesionales coinciden en que la utilización del mismo idioma no garantiza la comunicación. Ver capítulo 6.6.1. El idioma y la comunicación.

5.1.4. Etapas de relación con el sistema de salud

5.1.4.1. Etapa I: El acceso al sistema de salud

Los requisitos de empadronamiento e identificación⁹² para el acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual son señalados como las principales barreras⁹³ en Cantabria y en el resto del país, aunque se perciben desigualdades respecto a algunas Comunidades Autónomas que han implementado otras estrategias de ingreso al Sistema Sanitario público⁹⁴. Como ya se ha mencionado en el capítulo 4, se calcula que a fecha 1 de enero de 2009 podía haber 5.663 personas sin TSI en Cantabria.

Entre las consecuencias de la falta de TSI se mencionan como más importantes las siguientes:

- *Contribuye tanto a alimentar el imaginario colectivo de la sobreutilización de los servicios de Urgencias, como al incremento del gasto en las Urgencias médicas*
- *No permite el seguimiento del paciente⁹⁵*
- *Aumenta la práctica de automedicación*
- *Fomenta la exclusión del sistema de salud*
- *Causa insatisfacción y desatención de la salud en general*
- *Incrementa la búsqueda de otras formas de asistencia de personas con y sin titulaciones sanitarias dentro del colectivo de pertenencia*

Las normativas y distintos itinerarios que las personas tienen que seguir dentro del sistema de salud son interpretados como las principales barreras de acceso, junto a la falta de información consistente y eficaz, como ya se ha mencionado.

5.1.4.2. Etapa II: La entrada al sistema de salud

El momento de entrada al sistema de salud es en el que más énfasis se hace en cuanto a las diferencias en la atención, dependiendo a los centros a los que se acuda y a los profesionales que atiendan. Frente a estas situaciones se va construyendo la opinión de la existencia de una pluralidad de criterios⁹⁶ dentro del sistema que son percibidos como “falta de directrices claras” al personal que está atendiendo.

92 La Comisión Europea identifica los requisitos para obtener el empadronamiento como una de las mayores barreras al acceso al sistema de salud en España (European Commission & Directorate-General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities, 2008)

93 La dificultad para empadronarse es también mencionada como barrera por un grupo de profesionales entrevistados. Ver capítulo 6.5. La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria.

94 En el Anexo 3: Acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual en las diferentes Comunidades Autónomas se plantean algunas estrategias desarrolladas.

95 Preocupación también manifestada por los profesionales de salud.

96 Desde el punto de vista de los profesionales se percibe una “pluralidad de criterios” sobre todo en la atención a personas sin Tarjeta Sanitaria Individual. Ver capítulo 6.5.1. La problemática de la atención a la población inmigrante sin TSI.

*“Los trámites y las administrativas, te tienen de un lado al otro, como si tu
tuvieras que saber donde ir y que hacer pero no lo sabemos”.*

(E. Al. M. Países del este)

Entre las dificultades específicas en los primeros pasos dentro del sistema de salud predominan las lingüísticas y comunicacionales, tanto verbales como gestuales; las diferencias en la terminología médica, los procedimientos administrativos y el desconocimiento del sistema (tanto del sistema y sus profesionales sobre la población inmigrante como de ésta sobre el sistema). Éste es interpretado como una escasa flexibilidad y capacidad de adaptación del propio sistema de salud a la nueva realidad y cambio social. Por otra parte, algunas personas entrevistadas argumentan tanto las actitudes de muchas personas inmigrantes que no ponen interés en conocerlo, como el desconocimiento de sus derechos por parte de la población inmigrante y el temor a ejercerlos.

Finalmente se consensúa la importancia del primer acercamiento y la experiencia de entrada como crucial para el establecimiento de una relación futura (entre las personas y las instituciones) así como para la adaptación mutua.

5.1.4.3. Etapa III: La interacción con el personal sanitario

La dificultad en la interacción de las personas inmigrantes con el personal sanitario es una de las diferencias más importantes mencionada respecto a los sistemas de los países de origen de la población inmigrante, pero sobre todo, la que conforma una imagen más negativa del sistema de salud español. La comparación en cuanto a la forma de atender, de explorar y de diagnosticar se construye en función de los códigos culturales de sus países de origen.

*“Nosotras las latinas, somos mas dadas a hablar... se expande en la palabra somos mas
dulces, cariñosas y hablar cuando uno está mal. Concluyendo eso es lo que le hace falta
a la seguridad social, la parte de relaciones humanas de hablarle mas al paciente”.*

(GD. M. Colombia)

En general el grupo de mujeres inmigrantes entrevistadas perciben sentirse miradas y tratadas de forma diferente, infravaloradas en su cuerpo y sus conocimientos por proceder de países más pobres. Este trato diferencial es sentido por ellas como prejuicios por su condición de inmigrantes.

“Tengo la sensación de que nos miran diferente que a los españoles”.

(GD. M. Rumanía, 3 años en España)

*“Ellos creen que somos iletrados, que no conocemos nada y que somos como ovejas y siento que
sí hay prejuicios con extranjeros de que venimos de países pobres y que no conocemos nada. Hay
que respetar la tecnología de punta y los recursos pero no veo que sea diferente a la de mi país.*

(GD. M. Ecuador, 5 años en España)

Por lo que las diferencias en las formas de atender y del trato en general son vividas por algunas personas inmigrantes como frías y distantes, provocando cierta incertidumbre en cuanto a la atención recibida. Según los relatos de las entrevistadas existe una relación directa entre el contacto visual y físico y el grado de acercamiento

y confianza que se alcanza en la interacción, lo cual influye igualmente en el tipo de preguntas que realizan los profesionales cuando hacen la historia clínica a la persona atendida.

El uso de los ordenadores en la consulta de Atención Primaria aparece constantemente en los relatos como distractores de la interacción entre profesional médico y paciente.

“A veces los médicos de acá, una doctora que voy siempre, bueno tres oportunidades he ido, creo que tienen que preguntar bien y qué sientes, que es lo que tú tienes y no te ven, están en la computadora. Y me dijo que tengo que tomarlas todos los días. No te dice que es lo que tú tienes, o si te pregunta mira a la computadora”.

(GD. M. Perú, 1 año en España)

Mientras que por un lado existe una mayor confianza en cuanto a los recursos tecnológicos con los que cuenta el sistema, por otro se cuestiona la utilidad de tanta tecnología si no se puede acceder a ella. Subyace en algunos relatos la idea de que si no te tocan al revisarte es porque después te enviarán a hacerte pruebas; pero cuando no se da ni la exploración ni el uso de la tecnología se experimenta una sensación de que no pueden haber diagnosticado acertadamente. Sus interpretaciones remiten tanto a las diferencias culturales como a las comunicacionales entre inmigrantes y profesionales del sistema de salud español.

No obstante, las mujeres entrevistadas concuerdan en que el sistema de salud en sí mismo es de calidad pero que carece de un modelo formativo no basado exclusivamente en la medicalización. Un modelo que incluya programas formativos mediante los cuales se sensibilice al personal sanitario en cuestiones de interculturalidad que amplíen su conocimiento en cuanto a las implicaciones de las experiencias migratorias y de sus condiciones de vida en la salud.

“Yo pienso que la salud de España y en Cantabria es de las mejores del mundo, y Santander muy bien pero faltan programas sociales. He llegado a la conclusión de que la salud es buena pero lo que falta es social. Es que somos de otra cultura, miramos a la cara, los ojos... nos han educado así. El buen trato hace a veces más que la medicación. Hay que sensibilizar a los médicos respecto al trato a los inmigrantes. Es la parte de las relaciones humanas que falta. La cultura occidental es formular pastillas y ya”.

(GD. M. Colombia, 6 años en España)

“Pero es cómo están formados. Los nuestros están formados para mirar a la cara más que pura medicación. O sea, transmitir que la inmigración es un hecho muy grande acá en España y que somos así y de hecho a nosotros nos hace falta hablar con alguien. Y nosotros los latinos estamos acostumbrados a la palabra, hablar mucho a veces lo necesitas cuando estás con bajones.

Para mi eso es lo que le hace falta, esa parte de relaciones humanas, de hablar con el paciente que no es simplemente dar una pastilla y comprender y aceptar que ya somos muchos inmigrantes y esa parte hay que trabajar porque la salud en general es buena”.

(GD. M. Colombia)

PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE Y TEJIDO SOCIAL

En suma, por un lado se juzga que al sistema de salud:

- *Le falta empatía*
- *Adolece de escasez de sensibilidad intercultural*
- *Desconoce las situaciones que enfrentan las personas inmigrantes en sus procesos migratorios y el impacto que tienen en todas las esferas de la vida y en particular sobre la salud*
- *Abusa de la medicalización*

Y por otra parte, a su percepción de trato desigual se le atribuyen las siguientes posibles consecuencias:

- *Insatisfacción y sensación de desatención*
- *Alejamiento del sistema de salud*
- *Pobre adherencia a tratamientos*
- *Prácticas de automedicación*
- *Búsqueda de asistencia cuando la situación es de gravedad*
- *Esperas a veces prolongadas hasta atenderse en su países (cuando regresan temporal o definitivamente)*

Si bien existe un consenso en cuanto a la existencia de desventajas iniciales que posiciona a la población inmigrante en situación de desigualdad, las interpretaciones sobre las causas y responsabilidades en la reducción de desigualdades presentan matices. Se destacan tres tipos de posicionamientos.

- *El **discurso mayoritario responsabiliza al sistema** de su propia falta de adaptación así como de la de sus profesionales.*
- ***Postura intermedia de responsabilidad compartida** tanto por parte del sistema como de las personas inmigrantes.*
- *Un grupo **muy minoritario** posee una visión que **responsabiliza a las personas inmigrantes**.*

El discurso mayoritario

Los discursos de la mayoría de inmigrantes van en la línea de la responsabilización al sistema por no tener suficientemente en cuenta las situaciones y necesidades específicas de la población inmigrante y por la falta de adaptación a los cambios sociales y demográficos del entorno.

“Los sistemas deben adaptarse a los cambios de la sociedad, no solo a los inmigrantes. Los sistemas son muy rígidos... sea el educativo, el sanitario u otros, pero la inmigración ha puesto en evidencia que los sistemas se están quedando obsoletos porque el modelo no tiene incorporado nuevas o distintas situaciones. Los sistemas se están quedando antiguos”.

(E. Al. M. Venezuela)

La falta de acciones específicas para favorecer la comprensión de la diversidad de situaciones que plantea la población inmigrante y su integración al sistema es vivida como una negación de los cambios sociales o como falta de sensibilización.

“Hay una postura de como que todo está resulto en Cantabria, y que no hace falta nada nuevo. Como que no se ve que las cosas estén cambiando, como que ni se asumen cambios obvios, visibles. Cuando hablan de inmigrantes, la primer excusa es que aquí hay muy pocos, sino la segunda es que los que están aquí están bien porque están todos con papeles y trabajo... como dando excusas de que no hace falta nada nuevo y de que todo esta muy bien”.

(E. Al. M. Venezuela)

“Faltan muchos programas de sensibilización, la inmigración es un tema nuevo y duro. De no haber inmigrantes a que haya tantos, les cambia el panorama pero hay que hacerles entender que las diferencias hay que tomarlas y aceptarlas”.

(GD. H. Perú)

Postura intermedia de responsabilidad compartida

Esta posición atribuye responsabilidades al “Otro” = institución pública, a la vez que se reconoce un desconocimiento mutuo, tanto de las personas inmigrantes sobre el sistema como de éste sobre la población inmigrante. Asimismo las personas que mantienen esta postura presentan una **actitud proactiva de deseo de contribuir a difundir y transmitir conocimiento sobre sus colectivos a los profesionales**, proponiendo la intervención directa de las asociaciones de inmigrantes en la asunción de este rol⁹⁷. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria plantea la necesidad de conocer las prioridades de la población inmigrante e involucrarla en la planificación sanitaria (Vázquez-Villegas, 2006).

⁹⁷ En Blázquez Rodríguez, Mazarrasa Alvear y Otero García (2004) se señala como una buena estrategia de intervención apostar por incorporar a las asociaciones en los programas de salud.

“Lo que se nota aquí como dicen es la falta de información pero por otro lado ¿el sistema sanitario está informado de quienes somos nosotros y de nuestras necesidades? Sería valioso para ellos que se organizase un curso y que nosotros pudiésemos hablarles y pasarles nuestro conocimiento. En ningún lugar podemos expresar cual es nuestro proceso de adaptación, y el profesional no tiene forma de saberlo. Le veo hasta cierto peligro que cada colectivo se mueva con sus medicinas, por eso hay que facilitar que puedan ir al médico, como los chinos que también usan sus medicinas”.

(GD. Al. M. Perú)

En este sentido, los relatos cuestionan la falta de **espacios de participación** donde dar a conocer sus necesidades y experiencias.

“Vemos la necesidad de una organización como ustedes, un observatorio que lleve nuestras opiniones a los planes, llegamos gente nueva muy diversa, ¿cómo hacemos para que los médicos y las instituciones sepan de nuestras necesidades? Hay que ir solventando para que esto no estalle”.

(GD. Al. M. Venezuela)

Postura minoritaria

En una postura contraria a las posiciones anteriores, una minoría responsabiliza al inmigrante, imputándole **el desconocimiento** que tiene **de sus derechos** junto al **temor a ejercerlos**, sobre todo entre personas que no tienen la situación administrativa regularizada⁹⁸.

“Nosotros tenemos derechos de atención nada más llegar pero los desconocemos”.

(GD. Al. H. Bolivia)

“El tema de la información no solo en materia de salud sino de derechos genera miedo”.

(GD. Al. H. Ecuador)

El miedo de acercamiento al sistema de salud es identificado con la población “en situación administrativa no regularizada” (tanto los autodenominados “por mi cuenta” como por los “sin papeles”) y radica en el temor a poder ser identificados y perseguidos por las autoridades (Chauvin, Parizot, & Simonnot, 2009). Existe la idea de que la información que tiene el sistema de salud puede ser o es utilizada por la policía para conocer a la población en situación irregular⁹⁹⁻¹⁰⁰.

Asimismo se identifica en algunos colectivos específicos la **falta de interés** o motivación por informarse y realizar tramitaciones debido al carácter esporádico de sus proyectos migratorios.

98 Sin embargo un estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre los motivos de las limitaciones de acceso a la salud de la población inmigrante evidencia que la mayoría no acceden por desconocimiento del sistema de salud o de los procedimientos administrativos (31% y 29% respectivamente), mientras que solo el 8% desconoce sus derechos, y el 5% desconfía en el sistema de salud (Médicos Sin Fronteras, 2005).

99 Esta concepción es compartida mayoritariamente por las profesionales de trabajo social. Ver capítulo 6.5. La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria.

100 Desde la modificación de la Ley de Extranjería 14/2003 de 21 de noviembre de 2003, la Dirección General de la Policía tiene acceso a los datos del Padrón Municipal de Habitantes.

“ Igual de acuerdo en la falta de información, la demora y la burocracia, pero también es importante ver la dejadez que existe, la falta de información de la gente y el miedo, prefieren estar con el dolor en casa o ir a un farmacéutico pero no van a los servicios, mis compatriotas ni van a por la tarjeta sanitaria porque van a estar solo 2 años, pero luego están mas pero no van y luego la culpa le echamos a los servicios sanitarios, luego ellos (los servicios) no saben que hacer”.

(GD. Al. H. Bolivia)

5.1.5. Colectivos con problemáticas especiales o en situación de vulnerabilidad

Se destacan a continuación una serie de grupos o colectivos de interés específico en cuanto a la identificación de problemáticas especiales o de situaciones de mayor vulnerabilidad, así como respecto a la falta de experiencias o iniciativas de trabajo con los mismos.

Personas en situación administrativa no regularizada	- Dificultades de acceso a TSI y servicios
Colectivo rumano gitano	- Integración y acceso a servicios - Escolarización infantil
Colectivo chino	- Dificultades de acceso y utilización de servicios sanitarios
Colectivo árabe	- Dificultades de acceso y utilización de servicios sanitarios
Colectivo subsahariano	- Dificultades de acceso y utilización de servicios sanitarios
Mujeres inmigrantes	- Relaciones desiguales de género - Riesgos laborales del trabajo sumergido (cuidado de personas dependientes, trabajo sexual) - Salud sexual y reproductiva - Violencia de género
Adolescentes y jóvenes inmigrantes	- Reagrupaciones: Conflictos intergeneracionales e integración escolar y social - Modelos educativos (sociedades tradicionales versus sociedad receptora) - Educación sexual - Inserción de jóvenes que no están en edad escolar
Menores no Acompañados (MENAS)	- Seguridad física, psicológica y emocional - Integración escolar y social
Niños/as maltratados/as	- Abuso sexual infantil - Contextos de violencia
Madres y padres inmigrantes	- Conflicto intergeneracional agregado de conflicto intercultural
Trabajadoras/es sexuales	- Derechos sexuales y reproductivos - Salud sexual y reproductiva - Prevención ITS/VIH - Trabajadoras/es sexuales en situación de trata de personas - Trabajo sexual juvenil
Reclusos/as inmigrantes	- Reinserción (situaciones especiales como permisos de residencia vencidos, etc.)



Personas en venta ambulante	- Integración y acceso a servicios
Personas inmigrantes en áreas rurales	- Mayor aislamiento y desprotección
Trabajadores del sector construcción	- Desconocimiento de riesgos laborales

En particular las comunidades china y árabe presentan dificultades agregadas por las barreras de comunicación, tanto lingüísticas como del lenguaje no verbal -gestual- y por el mayor desconocimiento del sistema de salud sobre sus valores culturales, tradiciones en medicina y prácticas de salud.

- **La colectividad china:** *“la salud es un problema grave con esta comunidad que no utiliza los servicios de salud. Las mujeres embarazadas no acuden a controles o cuando van no se enteran. Muchas veces llevan a los niños enfermos al colegio. Normalmente la comunidad china utiliza medicinas chinas y va a médicos en Madrid o incluso a China antes que ir a los servicios de la región. Desconocen completamente al sistema de salud español. En casos muy extremos pueden utilizar los servicios de urgencia pero en general muy poco”. (E. MI. M.)*
- **El colectivo árabe** está más presente en áreas rurales, experimentando no solo barreras del lenguaje sino las consecuencias de sus bajos niveles de educación. *“Muchos niños y niñas informan a sus padres que no hablan español. Los hombres que saben leer tienen de todas formas niveles de comprensión muy bajos y no se enteran de la información de campañas de salud pública. Mucha población árabe hace uso de medicinas tradicionales y muchas son desconocidas. Los niños/as ayudan con las visitas médicas”. (E. MI. M.)*

5.1.6. El papel de las asociaciones de inmigrantes

“La asociación nace por una necesidad de mantener los vínculos y de protegerse con los suyos”.

(GD. H. República Dominicana)

“Por la necesidad de vincularte con personas de tu país que extrañas”.

(E. AI. H. Bolivia)

La mayoría de las asociaciones a las que pertenecen las personas inmigrantes entrevistadas¹⁰¹, si bien surgen como una necesidad de compartir espacios culturales con sus compatriotas, progresivamente van considerando la necesidad de emprender actuaciones más encaminadas a la información y protección de sus derechos, aunque en este proceso de crecimiento cada una se encuentre en un estadio diferente de consolidación.

¹⁰¹ Cabe señalar que las asociaciones representadas han sido predominantemente de países latinoamericanos, además de una que agrupa personas de Países del Este de Europa. Las convocatorias a dos asociaciones del colectivo subsahariano no resultaron exitosas.

“En nuestro caso nos asociamos para informar a nuestros compatriotas que veníamos como turistas y nos quedábamos a trabajar. Ahora nuestro futuro es ser obra social para nuestro país de origen. Nosotros ya hemos pagado nuestras deudas, ahora no tenemos que estar para fiestas y comiditas si no para dar servicios en el área de educación y medicina. Tenemos que aprender a elaborar un proyecto. Lo importante es el tiempo. Llegamos a casa fundidos del trabajo pero seguimos por hacer algo positivo. Lindo fuera que las asociaciones recibieran un subsidio. Hasta ahora nadie nos ha dado nada. Además carecíamos de información. Tenemos que pedir técnicos. Tenemos derechos pero tenemos que conocerlos. Y nosotros estamos asociados pero los que no lo están conocen menos”.

(GD. Al. H. Bolivia)

La mayoría de las asociaciones aún están organizadas por nacionalidad, aunque ya existen al menos dos experiencias de organización por intereses que superan este criterio de unión, planteándose por tanto metas de otro orden.

“Tienes mayor experiencia y más necesidades y quizás nos las puedes satisfacer con un grupo por el hecho de ser de tu país, sino que realmente compartes más con otras personas por nuestra situación de mujer. Nos dimos cuenta que los puntos que compartimos como mujeres son mayores y que podíamos superar la diversidad cultural y que tenemos más cosas en común por ser mujeres”.

(E. Al. M. Venezuela)

Entre los cambios que desean emprender las asociaciones se plantean al menos dos planos de crecimiento y consolidación:

PLANO OPERATIVO	PLANO POLÍTICO ESTRATÉGICO
Proveer servicios que contribuyan a mejorar la situación en la acogida y a la integración de la población inmigrante	Reclamar derechos de forma colectiva

Dentro del **plano operativo**, se pretende aprovechar el acercamiento y confianza de las personas inmigrantes a las asociaciones de sus propios países para constituirse en un referente de información y brindar acompañamiento a las personas que lo necesiten, fundamentalmente en la llegada¹⁰².

“Crear un sistema de información para el colectivo de extranjeros para lo que se puede utilizar a las asociaciones, que por su contexto de servicio social son las que primero llegan a la gente, pero como no tenemos los medios no podemos dar el servicio que nos gustaría”.

(GD. Al. H. Ecuador)

Sin embargo no todo crecimiento es planteado en función de brindar servicios, sino que se abren intereses de carácter político estratégico de cara al futuro que ponen énfasis en la importancia de la unidad entre asociaciones.

102 Como se expresa igualmente en Blázquez Rodríguez, Mazarrasa Alvear y Otero García (2004), esta función asistencial de las asociaciones contribuye a darles legitimidad social frente a sus compatriotas y la comunidad.

“Sino que sabemos que queremos dar más, y esta unión es una vuelta que le hemos dado para poder dar más. El estar organizadas da otra visión y fuerza”.

(E. Al. M. Venezuela)

“Es muy importante que nos juntemos más y que no tengamos miedo”.

(GD. Al. M. Países del este)

“Nosotros hemos servido de portavoces y de cara al futuro es necesario estar organizados, de forma solitaria no se puede llegar lejos, pero organizados se abren más puertas, de una forma legal constitutiva, para poder acceder a los servicios, por eso creamos nuestra asociación. Ahora la mayoría tiene sus papeles y el que viene ya los trae. De cara al futuro vamos a reclamar nuestros derechos de manera colectiva. En el futuro las asociaciones van a ser muy importantes, formarán federaciones que nos representen de forma más amplia”.

(GD. Al. H. Ecuador)

5.2. PERCEPCIONES DE LAS ENTIDADES SOCIALES QUE PROVEEN SERVICIOS A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

En el presente subcapítulo se abordan las percepciones de las y los representantes de las entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrante en Cantabria desde su posición dual como interlocutoras con la población inmigrante y como mediadoras con las estructuras del sistema de salud y la administración en general.

El siguiente esquema sintetiza el trabajo de campo realizado fundamentalmente en 2007 con las asociaciones sin ánimo de lucro y los sindicatos mayoritarios a través de técnicas de recogida de información de carácter cualitativo.

FASE 2: TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS		
Entidades participantes		
Representantes de Asociaciones 3. Nueva Vida 4. Cantabria Acoge 5. Cruz Roja 6. Caritas 7. La Cocina Económica 8. Cantabria por el Sahara	Representantes de Sindicatos 1. CCOO 2. UGT	
Técnicas metodológicas		
Entrevistas en profundidad Nº 11	Grupos de discusión Nº 1	Total personas participantes Nº 19

Codificación de las técnicas de investigación cualitativa:

E: Entrevista

GD: Grupo de Discusión

A: Asociación proveedora de servicios a la población inmigrante

Ex: experto/a

S: Sindicato

M: Mujer

H: Hombre

5.2.1. Percepciones en cuanto a las políticas en materia de inmigración

Las entrevistas realizadas con representantes de las entidades sociales que proveen servicios aportan en primera instancia un análisis de la necesidad de un posicionamiento a nivel estatal en cuanto a la construcción de políticas de integración de la inmigración que garanticen la equidad en la atención de la salud de la población inmigrante en todo el Estado. Dichas entidades consideran necesario definir el modelo de integración desde el que se van a plantear las políticas. Mientras el modelo multiculturalista contempla fundamentalmente el reconocimiento de la diferencia, el interculturalista integra el principio de interacción positiva, la convivencia en la diversidad. Si en el movimiento multiculturalista el acento está puesto en cada cultura, el intercultural se preocupa de abordar la relación entre ellas (Giménez Romero, 2000; Malgesini & Giménez, 1997).

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007) impulsa la creación de planes específicos de integración a escala nacional, regional y local, así como la incorporación transversal de la población inmigrante en otros planes existentes (vivienda, empleo, educación, infancia y juventud). Cantabria cuenta con el Plan de Interculturalidad 2005 (Consejería de Educación, 2005) puesto en marcha desde la Consejería de Educación para dar respuesta al reto educativo y la diversidad cultural de las aulas. Plan que es valorado por las entidades sociales como un ejemplo de buena práctica a emprender en otros ámbitos.

Las entidades sociales aluden por otra parte a una escasa previsión respecto al fenómeno de la inmigración y como consecuencia a una falta de concreción en la política sanitaria que repercute en el acceso a la salud de determinados colectivos de población inmigrante. Por dicha razón se hace constante a través de las entrevistas la reivindicación del derecho universal a la salud en la defensa de una sanidad pública para toda la diversidad de la población.

“La política migratoria tendrá que decidir qué derecho tienen los sin papeles, por ejemplo si van a tener derecho a la tarjeta sanitaria, lo cual es una demanda clara”.

(E. Ex. H.)

“Se debe reivindicar que la sanidad sea universal, no debemos escudarnos en el artificio de los papeles y la burocracia”.

(E. A. M.)

Tanto las asociaciones como los sindicatos entrevistados insisten en la necesidad de elaboración de políticas que tengan en cuenta las distintas etapas de los procesos migratorios para lo que sugiere realizar estudios en nuestra región y analizar buenas prácticas en otras Comunidades Autónomas.

“Hay que recoger un poco de todo lo que se hace, y se hizo en otros lados, experiencias o buenas prácticas”.

(GD. A. M.)

Igualmente dichas entidades enfatizan la necesidad de clarificación de los roles que deben asumir por un lado el Gobierno y por otro las entidades sociales en la atención a la población inmigrante.

“La obligación de los poderes públicos no la pueden sustituir las asociaciones y éstas por ejemplo no pueden hacer el papel de las escuelas. Sino que cada entidad tiene que hacer lo que le corresponde a su área de experiencia”.

(E. S. M.)

“A los sindicatos no les corresponde hacer la labor de las ONGs”.

(E. S. M.)

Asimismo las asociaciones subrayan la importancia de contar en todo momento con los ayuntamientos, donde debería de existir una figura de referencia que pudiera brindar información certera a la población inmigrante acerca del funcionamiento del sistema de salud.

*“Algo como la ventanilla única, que nos llevó a los españoles 25 años conseguir!
Una persona por ayuntamiento, que sepa bien a donde ir, acompañarlos,
y asumir cambios en la forma de trabajar”.*

(GD. A. M.)

5.2.2. Principales problemas percibidos en torno a la salud de la población inmigrante

Las entidades sociales señalan, al igual que las personas inmigrantes entrevistadas (capítulo 5.1) de forma unánime la necesidad de **reforzar la atención en temas de salud mental**¹⁰³, considerando prioritario el hecho de que se reconozca la importancia que los factores sociales y ambientales tienen sobre la salud mental y el bienestar de las personas¹⁰⁴.

“Si estamos hablando de prioridades debe primero tenerse en cuenta una visión integral de la salud”.

(E. S. M.)

Mientras que por otro lado existe la noción entre las asociaciones de que el sistema estigmatiza a la población inmigrante.

*“En general la población inmigrante tiene menos problemas de salud y
menos enfermedades infectocontagiosas de lo que se cree”.*

(E. A. M.)

La escasa atención a la salud mental, según la interpretación de las asociaciones, se basa fundamentalmente en el “modelo de salud sobre el que se construye el sistema sanitario” más que en una cuestión meramente de recursos. Consideran asimismo que **el desconocimiento de los profesionales sobre lo que implica un proceso migratorio** dificulta el abordaje de los problemas de salud derivados del mismo.

“Lo más evidente es salud mental, porque no hay una visión transcultural de la salud mental, se desconoce lo que implican los cambios culturales, el proceso de migración, desarraigo”.

(GD. A. M.)

Desde la posición de mayor proximidad con la personas inmigrantes y desde una concepción de salud más comunitaria, las asociaciones identifican la **necesidad de un cambio en el modelo de abordaje de la salud** hacia una forma más integral que permita reconocer y atender las diferencias.

103 Otros estudios también señalan como resultados la necesidad de ampliar los servicios de salud mental (Seoane & Portero, 2006).

104 En las conclusiones del informe de la Comisión Europea (European Commission & Directorate General for Health and Consumer Protection, 2004) se recomienda que “la promoción de una buena salud mental debería ser una prioridad para la Salud Pública en Europa”, concluyendo con que “se deberían formular políticas específicamente relacionadas con género, edad, inmigración y desarrollo rural y urbano”.

“Necesitamos reconocernos la diferencia para ser iguales”.

(GD. A. M.)

La **integración de una perspectiva psicosocial**¹⁰⁵ como **sumatoria** al modelo de atención actual brindaría una mirada más multidisciplinar en la que cada profesional aportaría su visión y conocimientos.

“Si partimos del enfoque bio y sumamos el enfoque psicosocial en la salud estaríamos incluyendo muchas disciplinas”.

(GD. A. M.)

Las asociaciones en general perciben por otra parte que la falta de una visión y formación en **interculturalidad** podría estar sesgando el diagnóstico, además de repercutiendo en la adherencia a tratamientos de largo plazo¹⁰⁶.

“Preocupa esta falta de formación en temas interculturales, sobre todo el proceso o tratamiento de largo plazo. En el caso de los MENAS¹⁰⁷ es indispensable conocer sus: adicciones por ejemplo en el caso de niños Marroquíes, sus estructuras y formas familiares, sus religiones, costumbres, valores”.

(GD. A. H.)

Por tanto, además de un modelo que integre aspectos psicosociales se sugiere la incorporación de **agentes sociales o profesionales con formación en interculturalidad** a los equipos de salud, destacando la figura de mediadores interculturales¹⁰⁸, siguiendo el modelo de la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria, que es identificada como una buena práctica a nivel autonómico.

“Hay que integrar profesionales con esta formación en interculturalidad a los equipos de salud y no trabajadoras sociales que ya están saturadas. Salud debería seguir el modelo de la Consejería de Educación integrando mediadores interculturales en los equipos de salud.

No hace falta quizás un mediador en cada centro pero si varios, un POOL, movibles, o para determinadas situaciones. Debemos tener un “pool” de intermediadores”.

(GD. A. H.)

Asimismo, las entidades sociales perciben la **falta de herramientas o procedimientos del sistema de salud para manejar las situaciones de salud mental de la población inmigrante**, sean éstas de menor o mayor gravedad. En concreto las asociaciones manifiestan experimentar demandas de sus servicios tanto desde la población inmigrante como desde el propio sistema de salud.

“Si ya son inmigrantes te los mandan a la trabajadora social, aunque sea un sicótico. Nos llaman de Psiquiatría cada vez que tienen un inmigrante. Y nosotras no podemos tratarlo, no! Pero como nos

105 El modelo psicosocial hace referencia a una visión integral de la salud, que considera tanto los factores biológicos como los determinantes sociales y psicológicos de la persona (Velasco Arias, 2009).

106 En Guerrero y Colomina (2004) se señala “la dificultad que tienen los profesionales sanitarios para entender cómo la cultura y otros factores étnicos afectan a la aceptación por parte del paciente de las prácticas sanitarias tradicionales de occidente”.

107 MENAS = Menores No Acompañados

108 Figura a la que también hacen referencia los profesionales. Ver capítulo 6.7.4. La demanda de traductores y de mediadores interculturales.

asocian con inmigrantes, cualquiera que lo sea nos lo mandan. No podemos, nos faltan recursos a nosotros y es salud pública. Encima es gente, que no tienen red social, familia ni nada. Van a un lugar y los profesionales se quitan el “marrón” de encima. Es Fundamental el vacío que hay en salud mental”.

(GD. A. M.)

Esta situación de **“derivación inversa”** da cuenta de situaciones a las que no se está pudiendo dar respuesta o la merecida atención.

Las entidades sociales en general proporcionan espacios de diálogo y escucha grupal o personal a las personas inmigrantes, no contando con la estructura y personal cualificado para proveer servicios¹⁰⁹ de atención a patologías mentales graves.

“La sanidad debe de integrar psicólogos para valorar el estado de salud mental de la población inmigrante, esto no es labor que pueda llevar a cabo trabajadores sociales”.

(E. S. M.)

Otro de los temas a los que las asociaciones otorgan gran importancia es la **educación para la salud**¹¹⁰:

Tal como plantearon las asociaciones de inmigrantes y personas no asociadas en el capítulo 5.1, las asociaciones que proveen servicios a la población inmigrante identifican la necesidad de trabajar con la juventud, enfatizando la importancia de los programas de educación para la salud dirigidos a jóvenes así como la generación de espacios de esparcimiento donde la salud esté integrada.

“La educación para la salud es una necesidad imperiosa no solo en prevención sino en educación porque muchos no vienen en edad escolar. La prevención en enfermedades de transmisión sexual está diseñada para autóctonos, no están diseñados para que lleguen inmigrantes. Los extranjeros no tienen los mismos itinerarios de ocio, ni costumbres. No les llega. Inversión en educación, en prevención, localizando dónde están para llegar a ellos en la calle”.

(GD. A. H.)

“Hay que salir a buscarlos, ponerse en contacto, acercarse, porque ellos no saben ni a quién ni a donde ir, ni cómo. Faltan espacios como los Centros de Día, donde haya acceso a todo y desde donde se incluya la salud”.

(GD. A. H.)

El modelo de acercamiento a la juventud inmigrante se debe de abordar, desde el punto de vista de las asociaciones, desde un trabajo de base a nivel de los barrios que cuente con la figura de los educadores sociales.

“Hay que llegarles, promover estos lugares y mecanismos. No saben que hay campamentos de verano, ni que cosas hay para hacer”.

(GD. A. H.)

¹⁰⁹ Datos sobre servicios brindados por entidades sociales disponibles en el Anexo 2.

¹¹⁰ La importancia de la educación para la salud también es abordado por los profesionales de salud entrevistados, fundamentalmente de enfermería. Ver capítulo 6.4.3. La ausencia de inmigrantes en los programas de educación para la salud.

5.2.3. Percepciones sobre el sistema de salud

Las entidades sociales son unánimes en **reconocer la calidad del sistema de salud** pero ponen al mismo tiempo de manifiesto las **dificultades que enfrentan en el acompañamiento a las personas inmigrantes dentro del sistema**.

Lo intrincado de los procesos y la falta de sistematización de los procedimientos dentro del sistema de salud son los factores a los que se atribuye fundamentalmente el alejamiento de un sector de inmigrantes del sistema.

“La atención primaria es de mucha calidad pero los procesos son “farragosos” no simplificados, se da información enredada. Se da mucha información con poca claridad. Esta gente no entiende, o se va del centro médico sin atenderse o sin entender qué tiene que hacer. Nuestra salud es de calidad pero es un problema de poca claridad en los procedimientos desde el inicio. Desde el momento de la solicitud de la tarjeta, o cambios de datos”.

(GD. A. M.)

“En general lo que fallan son los procedimientos, no las personas”

(E. A. H.)

Las personas entrevistadas concuerdan en lo que perciben como **ambigüedades o contradicciones del sistema**. De acuerdo a su criterio, si la legislación contempla el acceso universal a la sanidad pública y la atención a personas sin Tarjeta Sanitaria en las situaciones ya mencionadas previamente, carecería de sentido que las mismas instituciones públicas establezcan requisitos que constituyen importantes barreras de acceso.

Por otra parte las asociaciones brindan un discurso que responsabiliza al sistema de la **reducción de las desigualdades** en la atención en salud que puedan sufrir las personas inmigrantes. Esta interpretación unánime, si bien señala una postura más tajante, coincide con el discurso mayoritario proporcionado por la población inmigrante. Para lograr la reducción en las desigualdades, las entidades sociales consideran que el sistema de salud aún tiene que **adaptarse a los cambios sociales y demográficos** de Cantabria.

“Visibilizar la necesidad de que los servicios sanitarios y sociales deben crecer al ritmo de la población y hasta ahora no se han adecuado a las nuevas demandas, con lo que se consigue que se eche la culpa de la saturación de los servicios a las personas inmigrantes y no a las carencias dentro del propio sistema”.

(E. S. M.)

Desde la percepción de las entidades sociales, **el sistema de salud debe darse a conocer a las personas inmigrantes**. Mientras que desde la perspectiva de un sector de las personas inmigrantes, el desconocimiento sobre el sistema se interpreta además, como ya se ha relevado en el capítulo 5.1., como una cuestión de responsabilidad compartida.

“La dificultad basada en el desconocimiento del sistema ¿Cómo es este país? Debemos enseñar cómo es el sistema, no podemos inferir que la gente ya lo sabe”.

(GD. A. M.)

5.2.4. Etapas de relación con el sistema de salud

5.2.4.1. Etapa I: El acceso al sistema de salud

El tema del acceso de la población inmigrante al sistema de salud constituye la principal preocupación tanto para las entidades sociales como para las propias personas inmigrantes¹¹¹. Dada su posición de intermediarios y su capacidad de ser escuchados por otros sectores, las entidades sociales formulan sugerencias y propuestas a las instituciones públicas sobre la universalización de la Tarjeta Sanitaria Individual a todas las personas extranjeras, a través de la eliminación de barreras para su obtención¹¹². Los requisitos establecidos para conseguir la TSI son considerados como importantes obstáculos potencialmente generadores de exclusión del sistema de salud.

“Conseguir que la Tarjeta Sanitaria sea un derecho para todos los inmigrantes independientemente del estatus legal en el país”.

(E. A. M.)

“O se quitan los requisitos para la atención sanitaria o no deberían exigir el empadronamiento”.

(GD. A. M.)

Otro rasgo que se destaca desde las entidades sociales es el **desconocimiento o incomprensión que en muchos casos existe sobre las dificultades por las que atraviesa la población inmigrante** para conseguir determinados papeles que para una persona autóctona puede tratarse solo de un trámite administrativo.

Entre los requisitos¹¹³ establecidos para la obtención de la TSI se menciona que a veces hay que pedir papeles a los países de origen, teniendo que autorizar primero a una persona en el país mediante firma ante notario en España, o bien realizar trámites en Madrid donde hay representación consular. En el caso de que la documentación esté en otro idioma que no sea el español se exige además la traducción de dicha documentación. Todos ejemplos que implican disponibilidad de información, tiempo y recursos económicos.

La **pluralidad de criterios y requisitos de acceso** mencionados por las entidades sociales son percibidos por éstas como una desigualdad respecto a la población autóctona, así como respecto a otras Comunidades Autónomas¹¹⁴. Además las asociaciones identifican barreras incluso en temas o colectivos que están amparados por una normativa específica, como es el caso de los Menores No Acompañados¹¹⁵ (MENAS).

111 En el capítulo 5.1.4. Etapas de relación con el sistema de salud, se señala la preocupación unánime de las personas y asociaciones inmigrantes respecto al acceso al sistema de salud. Sin embargo, los profesionales presentan posturas diversas y algunas divergentes respecto a la accesibilidad. Ver capítulo 6.5. La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria.

112 Cantabria Acoge formuló en 2007 una propuesta a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales sobre universalización de la Tarjeta Sanitaria a todas las personas extranjeras.

113 Esta información puede ampliarse en el Anexo I: Tabla de requisitos previos para la obtención de la TSI.

114 Se mencionan algunas estrategias alternativas desarrolladas en otras Comunidades Autónomas, como en Cataluña y Navarra donde las tarjetas sanitarias se tramitan por la trabajadora social, o las tarjetas temporales o alternativas de otras Comunidades. Ver Anexo 3: Acceso a la tarjeta sanitaria individual en las diferentes comunidades autónomas.

115 La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, Apartado 3 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, en su Artículo 12 establece que: Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Ver capítulo 1.3. Marco Legal Estatal.

“Se remarca la contradicción del sistema, la ley que asegura a los menores el acceso a la Sanidad, y barrera porque no tienen número de DNI no les facilitan la tarjeta sanitaria”.

(E. A. H.)

Estas situaciones se interpretan como producto de la **falta de información del personal sanitario y administrativo sobre los derechos de las personas inmigrantes**¹¹⁶, Desde esta perspectiva la imagen de “contradicción” del sistema vendría establecida en parte por una necesidad informativa de sus profesionales.

Por tanto, la calidad de la información y atención que se brinda a las personas inmigrantes en los centros de salud viene determinada, de acuerdo a las entidades entrevistadas, por la mencionada pluralidad de criterios de acuerdo al nivel de información del personal que atiende.

Para paliar estas dificultades de acceso de las personas inmigrantes a una atención sanitaria de calidad, las asociaciones recurren a la implementación de **estrategias informales**¹¹⁷.

“En el caso de los centros médicos, te atienden pero si ya tienes que ir a un especialista ya depende del profesional que te coja. Ya cuando deben ir a un especialista, deben recurrir a favores y contactos entre asociaciones o irte a Urgencias, y ahí se genera la idea de que los inmigrantes saturan los servicios de Urgencias, pero ahí no preguntan y la gente se siente mejor al no ser cuestionada”.

(GD. A.)

Entre las **estrategias implementadas** para dar respuesta a las dificultades de la población inmigrante se mencionan:

- *Recurrir a los centros de salud más sensibilizados.*
- *Apelar a la voluntad del personal que ya conoces y pedir favores.*
- *Realizar derivaciones entre las asociaciones (en el caso específico de una de ellas que cuenta con un médico jubilado y con médicas voluntarias).*
- *En temas de empadronamiento, algunas asociaciones están logrando que se acepte la dirección de los centros de acogida en colaboración con el Servicio Cántabro de Salud.*
- *Acompañamiento físico en casos particulares al Centro de Salud o a la cita.*

¹¹⁶ La falta de información del personal del sistema de salud respecto a los derechos de las personas inmigrantes es abordado también por los propios profesionales entrevistados. Ver capítulo 6.5. La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria.

¹¹⁷ Los profesionales de salud y administrativos también señalan en el capítulo 6.5. que se buscan caminos informales para resolver la demanda de atención sanitaria.

En términos generales, las consecuencias que las entidades sociales expresan de estas prácticas más informales coinciden con las advertidas por la población inmigrante¹¹⁸.

Las asociaciones, en concreto, apuntan a la inquietud que estas estrategias informales parecen provocar. Por un lado se logran resolver las necesidades, aunque puedan existir por ejemplo mayores demoras, pero por otro estas prácticas informales no fomentan ni la institucionalización de las normativas y unificación en los procedimientos, ni la sensibilización a mayor escala del personal sanitario y administrativo en cuanto a las situaciones específicas de la población inmigrante.

5.2.4.2. Etapa II: La entrada al sistema de salud

Desde el punto de vista de las asociaciones, el primer acercamiento al sistema de salud constituye un momento decisivo en el establecimiento de la relación de las personas inmigrantes con el mismo. En esta entrada al sistema se enfrentan los primeros obstáculos, enfatizándose por parte de las personas entrevistadas la **necesidad de intervenir consolidando la información y unificando los criterios de actuación y los procedimientos**¹¹⁹.

La instancia del “mostrador” de información y admisión en los centros de salud adquiere de esta forma la relevancia de ser la puerta de entrada al sistema de salud. Es en este espacio de entrada donde se percibe que algunas preguntas rutinarias que se realizan a toda la población pueden resultar, en el caso de la población inmigrante, intimidantes debido a la diferente interpretación cultural que se pueda hacer de las mismas.

“Que no puedan preguntarte, por qué no lo renovó antes, cuándo lo perdió? Las preguntas son invasivas, no solo por el idioma en parte sino porque están en situaciones muy delicadas. Tú no dices es que soy maltratada pues entonces tampoco quieres decir que acabas de salir de la cárcel”.

(GD. A. H.)

“Ponen las trabas y las personas o bien se van con el no como respuesta, o incluso tienes que explicarle la situación completa y que a veces avergüenza como decir: no tengo papeles, no se de que provincia son los padres porque es un Menor no Acompañado, o recién salgo del sistema penitenciario, o los dos apellidos sino el sistema no reconoce a la persona”.

(GD. A. H.)

Para mejorar la atención en la entrada al sistema de salud, las asociaciones plantean la posibilidad de **introducir una figura en los centros de salud con mayor capacitación en las cuestiones relacionadas a la inmigración, o**

118 Entre las consecuencias de la falta de TSI más importantes mencionadas por las personas y asociaciones inmigrantes en el capítulo 5.1., y consensuadas por las entidades sociales que proveen servicios, destacan las siguientes: Contribuye tanto a alimentar el imaginario colectivo de la sobreutilización de los Servicios de Urgencias, como al incremento del gasto en las Urgencias Médicas; No permite el seguimiento del paciente; Aumenta la práctica de automedicación; Fomenta la exclusión del sistema de salud; Causa insatisfacción y desatención de la salud en general; Incrementa la búsqueda de otras formas de asistencia de personas con y sin titulaciones sanitarias dentro del colectivo de pertenencia.

119 El personal administrativo subraya también la importancia de la coordinación y la unificación de criterios de actuación en la admisión a los centros de salud. Ver capítulo 6.5.1. La problemática de la atención a la población inmigrante sin TSI.

formar a un profesional del propio centro en cuestiones de interculturalidad capaz de resolver los casos más complejos. Se menciona también la necesidad de **generar espacios de mayor privacidad**.

“Veo el problema aún antes. Mucho antes de estar con el médico. Desde el propio mostrador. Ahí no hay nadie especializado, nadie que te sepa resolver estos “otros casos”. Debería haber alguien que entienda más. Aquí en el mostrador no saben que hacer. La gente está poco informada, poco formada, poco sensibilizada. Y el sistema desde el mostrador tiene que ir adaptándose con la realidad”.

(GD. A. H.)

La presencia de un profesional con mayor conocimiento sobre las problemáticas de la población inmigrante se percibe además como de gran utilidad para transmitir información y conocimientos al resto del personal de los centros de salud.

Conjuntamente se identifica la **necesidad de aunar procedimientos** entre:

- *Administración Local*
- *Administración Autonómica*
- *Los distintos niveles profesionales*
- *Las entidades sociales proveedoras de servicios*

5.2.4.3. Etapa III: La interacción con el personal sanitario

Según las percepciones de las personas entrevistadas, el modelo de atención actúa como un condicionante de la interacción entre las personas inmigrantes y el personal sanitario. Se destaca el **reconocimiento de la calidad de la atención por parte del personal sanitario**, pero sin embargo desde una visión más amplia se **cuestiona el modelo de salud actual** y se señala que para mejorar las relaciones entre profesionales y usuarios inmigrantes se precisa una **atención integral** por parte de los profesionales, desde una visión psicosocial, como se ha mencionado previamente¹²⁰.

“Estoy segura de la calidad de la atención pero la relación no está funcionando. La relación entre médicos españoles e inmigrantes. Yo le pregunto a las mujeres que asisten a la asociación y les digo sobre los médicos españoles “son profesionales pero fríos” y ellas dicen que sí. Esto corta de ir al médico”.

(GD. A. M.)

“Si no hay una visión integral no se establece una buena relación entre el paciente y el profesional. Debería priorizarse una atención integral”.

(GD. A. M.)

¹²⁰ Asimismo las personas inmigrantes enfatizan las diferencias culturales en las relaciones con el personal sanitario y el trato que reciben por parte de los distintos profesionales. Ver capítulo 5.1.4. Etapas de relación con el sistema de salud.

Las entidades sociales resaltan la necesidad de la **figura de una persona mediadora**¹²¹ que interactúe entre los usuarios inmigrantes y el personal sanitario y administrativo para favorecer tanto las relaciones entre ambas partes como la calidad de información y atención prestada.

Las entidades entrevistadas subrayan además el potencial de impacto que tiene la culpabilización que hace una parte del personal sanitario (y de la sociedad) a la población inmigrante de la **“saturación del sistema de salud”**, tanto para su integración a la sociedad como al propio sistema. Esta actitud podría mejorar, en sus opiniones, con un **mejor conocimiento de los datos reales de utilización de los servicios sanitarios por parte de la población española e inmigrante**¹²² así como con un **análisis de las carencias y necesidades del sistema**.

5.2.5. El papel de las asociaciones que proveen servicios a la población inmigrante

Las mismas asociaciones y organizaciones no gubernamentales, más allá de su reivindicación de la sanidad universal para toda la población, incluida la inmigrante, señalan en un estudio reciente realizado por la Comisión Europea (European Commission & Directorate-General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities, 2008) que si la legislación española en materia de salud de la población inmigrante se aplicara de forma efectiva, las personas inmigrantes experimentarían menores problemas de integración en el sistema público de salud. De esta forma las entidades sociales que actualmente proveen a través de subvenciones de la Administración Pública algunos de los servicios que de acuerdo a sus apreciaciones corresponderían al sistema de salud, podrían estar cubriendo otras necesidades de la población más necesitada referidas al proceso migratorio¹²³.

De hecho, en algunas circunstancias las asociaciones **se perciben a sí mismas como “cajón de sastre” en su cobertura de “ciertos huecos del sistema”**, con la frustración referida que ocasiona.

“Si les mandamos al centro de salud personas que hablan otros idiomas, nos llaman y nos tiran la bronca como si tuviéramos que enviarles nosotras un traductor”.

(GD. A. M.)

Sus relatos evidencian casos en los que se producen **derivaciones inversas** desde el sistema de salud hacia las asociaciones proveedoras de servicios.

“A veces Valdecilla suele derivar a inmigrantes a Cáritas para que les proporcione las medicinas”.

(E. A. M.)

Las asociaciones destacan por otra parte su **valor añadido al sistema por su experiencia más cercana con la población**, así como por el tipo de actividades de orden social que desarrollan. Por todo ello consideran que su experiencia debería ser tenida en cuenta y capitalizada por la Administración.

121 La figura de la persona mediadora es identificada como una necesidad por todos los actores entrevistados en este estudio, desde las personas y asociaciones inmigrantes a las entidades que ofrecen servicios y a los profesionales del sistema de salud, aunque desde distintos planos de necesidad y visiones de la figura mediadora.

122 Como se puntualiza en el capítulo 4.3.1. Utilización de los Servicios de Urgencias en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006, en consonancia con otros estudios realizados en España, las personas inmigrantes que cuentan con TSI en Cantabria hacen un uso similar de los servicios sanitarios de Urgencias y Hospitalización que las personas autóctonas, si exceptuamos los ingresos por motivos obstétricos.

123 Información sobre servicios que proveen las entidades sociales se puede ver en el Anexo 2.

“Las asociaciones tienen mayor capacidad de respuesta, mayor capacidad de implementación, mayor disponibilidad de horarios y esto lo debemos aprovechar. Mayor cercanía con el terreno”.

(GD. A. M.)

Fundamentalmente en la relación con las personas inmigrantes y como intermediarias con las estructuras administrativas, las asociaciones proveedoras de servicios se autodefinen como **“traductoras de procesos”** durante el transcurso de la integración de las personas inmigrantes.

“Necesitan acompañamiento, los inmigrantes, necesitan en ciertas fases acompañamiento en el proceso de migración, acompañamiento para lograr autonomía”.

(GD. A. M.)

En su papel de “traductoras”, y desde su consideración de que un sector de la población inmigrante necesita de acompañamiento tanto en la relación con las instituciones como para la integración social, destaca la idea de generar habilidades que promuevan el empoderamiento y la autonomía de las personas.

“No debemos trabajar para el servicio de inmigrantes, sino solo para desarrollar las capacidades de autonomía necesarias. No podemos permitir guetos ni generar dependencias”.

(GD. A. M.)

En definitiva, las asociaciones proveedoras de servicios a la población inmigrante se consideran representantes, a la vez que actores, con conocimientos, experiencias y capacidad de influencia sobre las políticas y los cambios sociales. De manera que conciben su participación no solo como un reconocimiento a su conocimiento y actividad sino como parte constitutiva de sus derechos y deberes de ciudadanía.

5.3. Recomendaciones y propuestas desde la población inmigrante y el tejido social

Propuestas de carácter transversal

- Consolidar el enfoque de ciudadanía de derechos a nivel de las políticas sociales y de salud y desarrollar una política migratoria de integración que contemple la salud de las personas inmigrantes en todas las políticas de gobierno.
- Integrar el enfoque de género e interculturalidad en las instituciones públicas de salud.
- Fortalecer el tejido social y la participación de personas inmigrantes en todas las delegaciones y consejerías, mediante órganos consultivos y canales formales como los consejos de salud, así como a través de las unidades o servicios que investigan sobre los temas relacionados a la salud de la población inmigrante, como el Observatorio de Salud Pública de Cantabria, o proveen servicios de salud a la misma.
- Transmitir mensajes positivos del fenómeno migratorio.

Propuestas hacia la Administración en general

- Sensibilizar y formar a los distintos niveles profesionales de la Administración en cuanto a las necesidades especiales de los distintos colectivos de inmigrantes.
- Flexibilizar requisitos de acceso al sistema en general (respecto a empadronamientos, identificaciones, etc., y simplificar procedimientos y formularios) que en última instancia faciliten la obtención de la TSI.
- Realizar planes de actuación coordinados intersectorialmente que vayan a mejorar la situación de los colectivos en mayor situación de vulnerabilidad o grupos de especial interés (identificados por las personas inmigrantes y descritos en este informe).
- Aprender de buenas prácticas desarrolladas a nivel autonómico, nacional e internacional y fomentar espacios de conocimiento sobre otras experiencias y modelos de inclusión a través de la realización de jornadas, seminarios y foros sobre inmigración.
- Crear espacios de participación y transferencia de conocimientos entre el tejido social y la Administración.
- Proveer de servicios de traducción y mediación desde la propia Administración.
- Facilitar homologaciones de títulos académicos a profesionales de la salud.
- Promover acciones de mejora de políticas locales a nivel de ayuntamientos.
- Empezar acciones a niveles barriales con la juventud inmigrante.
- Integrar la figura de Educadores Sociales que trabajen a nivel barrial.

Propuestas hacia el sistema de salud

En términos de modelo y enfoques:

- Universalizar el acceso a la TSI para todas las personas, autóctonas e inmigrantes.
- Promover un modelo más integral de salud, que asuma el enfoque biopsicosocial y de equidad en salud, adoptando las medidas necesarias para la reducción de las desigualdades en salud.
- Indagar sobre posibles modelos de atención y buenas prácticas desde las que contar con información de base y evidencia de éxito de programas de salud con enfoque intercultural para la elaboración de estrategias a nivel de Cantabria.

Estrategias propuestas:

- Flexibilizar y simplificar requisitos de acceso al sistema de salud.
- Integrar nuevas disciplinas y nuevas aproximaciones y aportaciones al sistema de salud (Psicología, Sociología, Trabajo Social, Mediación Intercultural, Educación Social).
- Integrar personal con formación en interculturalidad a los equipos de salud, mediante la formación del personal del sistema y la introducción de nuevas figuras como la de mediadores interculturales.
- Realizar estudios e investigaciones sobre la salud de la población inmigrante.
- Reforzar la coordinación entre los distintos niveles de la atención sanitaria.

Respecto a la coordinación interinstitucional:

En relación a la mejora de la coordinación, transferencia de conocimientos, unificación de procedimientos y claridad de la información, se recomiendan acciones que impliquen la ampliación de los espacios de participación de manera que se reconozca el papel de las diversas instituciones y entidades que trabajan por el derecho a la salud de las personas inmigrantes.

Estrategias propuestas:

- Mejorar la coordinación con otros organismos y sectores.
- Aunar procedimientos que se adecuen a la realidad de las dificultades de las personas inmigrantes entre ayuntamientos, administración local y administración autonómica, y los distintos niveles profesionales y organizaciones proveedoras de servicios.
- Promover la transferencia de habilidades comunicacionales y conocimiento de otros agentes sociales, incluidas las asociaciones de inmigrantes.
- Para favorecer el conocimiento sobre el sistema de salud y su acercamiento al mismo se propone utilizar los espacios de convivencia en los que participe la población inmigrante en general en sus entornos locales.
- Promover el expediente único para inmigrantes para favorecer su seguimiento en el sistema de salud.
- Unificar criterios entre las gerencias de Atención Primaria.

Respecto a la mejora de la atención de los servicios y del alcance de los programas:

- Analizar las carencias y necesidades del sistema.
- Fomentar la adaptación de los servicios a las demandas del crecimiento de la población.
- Mejorar el conocimiento entre los profesionales de salud sobre los datos reales de utilización de los servicios sanitarios por parte de la población española e inmigrante.
- Ampliar la atención a la salud mental integrando nuevos profesionales de la psicología con formación intercultural.
- Ampliar la atención a la salud laboral en general y en particular a las mujeres inmigrantes cuidadoras.
- Formar y sensibilizar al personal sanitario sobre interculturalidad desde un enfoque de transversalidad con el género y la clase social.
- Formar en habilidades comunicacionales a los distintos niveles de profesionales del sistema.
- Crear programas de Educación para la Salud, adaptados lingüística y culturalmente a los espacios y necesidades de los diversos colectivos de la población inmigrante.
- Ampliar espacios amigables de salud y educación afectivo-sexual que favorezcan la integración de adolescentes inmigrantes en los centros de salud y en las escuelas.
- Elevar la calidad de la información en salud y sobre el sistema de salud que se brinda a la población inmigrante en los idiomas más hablados por los colectivos inmigrantes no hispano-parlantes.
- Crear una figura de referencia entre el personal en los centros de salud que cuente con mayor nivel de conocimiento sobre la atención a la población inmigrante, y que a su vez transmita ese conocimiento al resto de profesionales.
- Consolidar criterios de posibles adaptaciones de procedimientos y formularios a partir de contemplar las dificultades de las personas inmigrantes en obtener determinada información requerida.
- Integrar recursos humanos de otros países, como personal médico, de enfermería, intérpretes y mediadores, promoviendo la diversidad entre el mismo personal del sistema de salud en cuanto a lenguas y referencias culturales.
- Conocer en mayor profundidad las percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas de los distintos niveles de profesionales de la salud.
- Realizar estudios e investigaciones sobre la salud de la población inmigrante desde diversos enfoques.

Propuestas hacia el tejido social

- Crear un sistema de información para el colectivo inmigrante.
- Transferir conocimientos sobre interculturalidad desde el tejido social al personal del sistema de salud.
- Fortalecer las estructuras organizativas de las asociaciones de inmigrantes, incrementando recursos humanos.
- Consolidar sistemas de representación.

6

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA EN CUANTO A LA SITUACIÓN Y NECES- SIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE



6 PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA EN CUANTO A LA SITUACIÓN Y NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

FASE 2: TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS				
Personal del sistema de salud				
Atención Primaria		Atención Hospitalaria		
Gerencias, Direcciones y Coordinaciones				
Profesionales Médicos				
Profesionales Médicos Inmigrantes				
Profesionales de Enfermería				
Profesionales de Trabajo Social				
Personal Administrativo				
Técnicas metodológicas				
Entrevistas en profundidad Nº 8	Reuniones de Grupo (Coordinadores de los CAP) Nº 2	Grupos Triangulares Nº 5	Grupos de Discusión Nº 3	Observación Participante Nº 1
Total personas participantes: 86				

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA

Información detallada de la participación en el estudio de acuerdo a las técnicas de investigación cualitativa utilizadas:

Entrevistas individuales Nº 8	Gestores y profesionales del SCS	
Reuniones de Grupo con Coordinadores de los CAP Nº 2	GAP 1: - Gerencia GAP 1 CS Alto Pas CS Astillero CS Bajo Asón CS Bajo Pas CS Camargo CS Castilla-Hermida CS Centro CS Gama CS Laredo CS Los Castros CS Maruca-Bezana CS Miera CS Pisueña-Santa Mª de Cayón	CS Pisueña Selaya CS Puerto Chico CS Santoña CS Sardinero CS Vargas GAP 2: - Gerencia GAP 2 CS Buelna CS Los Valles CS Reinosa CS San Vicente CS Suances CS Torrelavega-Covadonga CS Torrelavega-Dobra
Grupos Triangulares Nº 5	Atención Primaria: - Profesionales Médicos de los SUAP CS Agüera, CS Camargo, CS Sardinero - Trabajadoras Sociales	Hospital Sierrallana: - Profesionales de Enfermería Urgencias y Hospitalización - Profesionales Médicos Urgencias y Hospitalización - Personal Administrativo Atención al Usuario, Consultas, Urgencias
Grupos de Discusión Nº 3	Profesionales Médicos Atención Primaria: CS Centro CS Liébana CS Reinosa CS Torrelavega-Dobra CS Vargas Profesionales de Enfermería: CS Agüera CS Alto-Pas CS Buelna CS Campoó CS Centro CS Liébana	CS Meruelo CS Torrelavega-Dobra CS Vargas Personal Administrativo: CS Agüera CS Alto Pas CS Buelna CS Campoó CS Centro CS Liébana CS Meruelo CS Torrelavega-Dobra CS Vargas
Observación participante Nº 1	Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana	

Codificación de las técnicas de investigación social:

E: Entrevista

GD: Grupo de Discusión

GT: Grupo Triangular

RG: Reunión de grupo de trabajo (realizadas con coordinadores de los centros de Atención Primaria)

EAP: Equipo Atención Primaria

Coord. EAP: Coordinador/a de Equipos de Atención Primaria

P. Médico SUAP: Personal Médico del Servicio de Urgencias de Atención Primaria

P. Médico AP: Personal Médico de Atención Primaria

P. Médico H: Personal Médico de Hospital

P. Enfermería AP: Personal de Enfermería de Atención Primaria

P. Enfermería H: Personal de Enfermería de Hospital

P. Trabajo Social AP: Personal de Trabajo Social de Atención Primaria

P. Administrativo AP: Personal Administrativo de Atención Primaria

M: Mujer

H: Hombre

En las Entrevistas y Grupos Triangulares se identifica el sexo de la persona entrevistada. En los Grupos de Discusión y Reuniones de Grupo no se identifica el sexo.

6.1. El contexto de las opiniones y juicios acerca de la población inmigrante en Cantabria

El conjunto de opiniones vertidas en la investigación por parte del personal del sistema de salud entrevistado tienen un **doble origen**: por un lado su propia práctica profesional, a través del conjunto de opiniones, actitudes y conocimiento “práctico” extraído y elaborado por los profesionales **desde el desempeño de su rol concreto de trabajo** en el sistema de salud en Cantabria o en otros entornos de posible actividad profesional (ONGs, proyectos de atención sanitaria en otros países, etc.). Y por otro, **las opiniones e imágenes que los profesionales de salud mantienen y viven como cualquier ciudadano** más o menos expuesto a los mensajes de los medios de comunicación y a los rumores o leyendas urbanas que se desarrollan en la vida social más general. Este conjunto de mensajes contribuye a configurar una serie de estereotipos y de “pre-juicios” sobre los inmigrantes, más allá del trato personal y de la experiencia profesional que se pueda desarrollar al respecto.

Ambos espacios y fuentes de opinión y de construcción de actitudes y de imágenes acerca de la inmigración y sus diferentes colectivos no son espacios estanco separados sino que se relacionan estrechamente. Por ejemplo, uno de los tópicos más generalizados entre la población “autóctona” en relación con la inmigrante es aquel que señala al colectivo de inmigrantes como una población que se “aprovecha” del sistema de salud español en detrimento de la calidad de la asistencia y de los derechos a la misma de los “ciudadanos” españoles. Este tópico de la población general guarda una estrecha relación con la propia opinión desarrollada por una parte de los profesionales del sistema de salud a este respecto¹²⁴. En el seno de esta articulación entre fuentes de información y de experiencias acerca de la población inmigrante se da todo un gradiente de opiniones que se analiza en este capítulo, perfilándose para comenzar los dos extremos más polares observados en la investigación:

- Los profesionales que han expresado una posición más crítica ante el fenómeno de la inmigración aluden en sus discursos a muchas “informaciones” procedentes teóricamente de los medios de comunicación, la televisión fundamentalmente.
- Los profesionales que han expresado una posición más abierta y comprensiva ante el fenómeno de la inmigración han sido los que a lo largo de sus reflexiones relatan experiencias personales y profesionales con los inmigrantes relacionadas, por ejemplo, con colaboraciones con asociaciones que proveen servicios a la inmigración en Cantabria, como puede ser el caso más emblemático de Cantabria Acoge o de la Cruz Roja, o a actividades de cooperación al desarrollo o en ayuda humanitaria en otros países.

Entre ambos polos se ha expresado una amplia mayoría de los profesionales entrevistados, acudiendo, sobre todo, a opiniones deducidas del quehacer profesional y a su contacto directo con el sistema de salud de Cantabria.

6.1.1. La sensibilización del personal del sistema de salud ante el tema de la inmigración

En relación a las opiniones de los profesionales de salud sobre el tema de la inmigración, es igualmente importante destacar la opinión generalizada de que ni el sistema de salud como tal institución, ni la mayoría de los profesionales y equipos de Atención Primaria y Hospitalaria han reflexionado sobre las posibles repercusiones y exigencias que dicha presencia pueda conllevar hacia el sistema de salud y hacia los distintos niveles profesionales que trabajan en el mismo.

“Yo creo que como centro los profesionales no estamos sensibilizados para nada con el tema...”.

(GD. P. Enfermería AP)

Dicha ausencia de reflexión está relacionada con dos importantes aspectos a destacar de la propia vida institucional del sistema de salud:

- Falta de concreción y de investigación al respecto en la región (hasta el momento de la presente investigación) por parte de la dirección del sistema de salud.
- Ausencia de espacios/tiempo para debatir estas cuestiones en la mayoría de los equipos de Atención Primaria, de forma que si algún profesional tiene alguna inquietud al respecto, lo más habitual es que trate de resolverla de forma personal o consultando individualmente con algún compañero, en lugar de hacerla trascender al equipo en su conjunto.

¹²⁴ Es muy importante destacar el rol que juegan los profesionales sanitarios en las génesis de la diversidad de imágenes y actitudes en la población en relación con los inmigrantes.

Este punto de partida institucional contribuye a situar la expresión de las opiniones vertidas en la investigación desde una perspectiva personal y profesional más individual de cada persona entrevistada, que desde un posible punto de vista más institucional. Se da una opinión compartida entre profesionales de todos los niveles de Atención Primaria en cuanto a la pérdida de la concepción de “trabajo de equipo”.

6.1.2. La importancia del rol profesional en los discursos sobre la población inmigrante en el sistema de salud

El rol profesional que desempeñan los profesionales entrevistados es la dimensión que ha condicionado claramente sus opiniones respecto a los múltiples aspectos de las relaciones de la población inmigrante con el sistema de salud, como veremos a lo largo de este capítulo. En el siguiente cuadro hemos tratado de sintetizar una serie de consideraciones relevantes en sus discursos siguiendo una jerarquía simbólica de los roles profesionales en función de su mayor o menor cercanía a la “clínica”.

Estructura básica de los discursos del personal de Atención Primaria y Hospitalaria en Cantabria respecto a la población usuaria inmigrante

Profesionales Médicos del Nivel Hospitalario	Preocupación por el diagnóstico y por el seguimiento a los pacientes una vez dados de alta.
Profesionales Médicos del Nivel Hospitalario provenientes de países migrantes	Consideración de los aspectos asociados al proceso migratorio como determinantes de la salud.
Profesionales Médicos del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)	Problematización de la atención a patologías consideradas más banales (desde su perspectiva de profesionales clínicos de Urgencias) o a cuadros de salud mental.
Profesionales Médicos de Atención Primaria	Preponderancia en la atención a los “signos clínicos” sobre problemas de orden psicosocial. Preocupación por la atención a pacientes inmigrantes sin TSI.
Profesionales de Enfermería	Apertura a la dimensión de los hábitos saludables y a la educación para la salud.
Profesionales de Trabajo Social	Énfasis en la desigualdad de acceso al sistema de salud y en la influencia de los factores sociales.
Personal Administrativo	Énfasis en la falta de criterios unificados en la admisión y en la atención. Problemas de coordinación entre profesionales y entre niveles del sistema de salud. Incremento de la carga de tiempo que conlleva la atención a personas inmigrantes.

6.2. La percepción del fenómeno de la inmigración en Cantabria

La percepción generalizada de las personas entrevistadas es de una presencia de la población inmigrante en Cantabria muy reducida, tanto en términos numéricos y absolutos como, especialmente, en términos relativos y comparativos con otras zonas de España.

6.2.1 Presencia de la población inmigrante en el sistema de salud cántabro

En el terreno más estricto de los problemas de salud lo primero que señalan los profesionales entrevistados es la **escasa presencia de inmigrantes en el conjunto del sistema de salud cántabro** en relación con el peso poblacional que teóricamente les correspondería. Dicha escasa presencia admitiría, en todo caso, una cierta matización en función del nivel de atención del que se trate:

- En los **Centros de Atención Primaria** se expresa una gran diversidad de situaciones entre los distintos equipos. De forma generalizada se reconoce que la presencia de la inmigración no supone una importante carga de trabajo, salvo situaciones más particulares, como el Centro de Salud de Vargas en Santander o el de Dobra en Torrelavega. Incluso las trabajadoras sociales, a quienes se suelen derivar las situaciones más complejas y difíciles, reconocen no sentirse “desbordadas” por este tipo de demanda.

La única excepción relativamente generalizada la constituiría la presencia de mujeres asociada con la demanda de servicios de ginecología y de pediatría. Demanda que, en función de lo señalado por los interlocutores de la investigación, se situaría en cifras que rondarían el 20% de la carga total de trabajo.

- En los **Servicios de Urgencias de Atención Primaria** (SUAP) también se reconoce una escasa presencia de personas inmigrantes, inferior a la que cabría suponer en relación con la población teóricamente atendida. La excepción a esta valoración procedería del servicio de Castro Urdiales en el que se reconoce una significativa presencia de inmigrantes (además de población vasca residente y no empadronada) asociada a la función práctica que cumple dicho SUAP a modo de hospital de referencia de la localidad.
- En el **nivel hospitalario**, en el caso concreto del Hospital de Sierrallana en Torrelavega, se reconoce una presencia muy escasa, casi irrelevante, de personas inmigrantes, algo mayor en Urgencias y prácticamente inexistente en planta, teniendo en cuenta que este hospital no cuenta con Servicio de Obstetricia y Partos. La presencia de mujeres inmigrantes en el Servicio de Ginecología sería prácticamente la única excepción en este panorama.

Las **razones de esta escasa presencia** que aportan las personas entrevistadas tratan de explicar esta ausencia relativa en función de varias cuestiones:

Mayoritariamente la edad joven de las personas inmigrantes es la primera razón que se aduce, con la consiguiente ausencia de enfermedades graves, más presentes en edades más avanzadas, como se verá más adelante.

De una forma más minoritaria se apuntan otra serie de razones:

- Ausencia de una cultura preventiva entre la población inmigrante.
- Existencia de una cierta cultura del “aguante” que les mantiene alejados del sistema, salvo en los casos más graves.
- Las dificultades de acceso al sistema.

Este conjunto de circunstancias de diverso orden se acabarían expresando en una menor presencia de la población inmigrante en el sistema.

6.2.2. La presencia de la inmigración como “reto” y “oportunidad” para el sistema de salud cántabro

La mencionada consideración sobre la presencia de la inmigración en Cantabria y sobre su posible y actual repercusión en el sistema de salud cántabro se traduce en una serie de valoraciones más ambivalentes que oscilan entre la consideración del fenómeno migratorio como un posible “reto” y “oportunidad de mejora” del sistema de salud, o como un “problema” al que hay que hacer frente.

“No... Yo creo que en este momento a mí me da la impresión de que en los centros sanitarios no es todavía un problema. No es todavía un problema. Puede causar incidencias en algunos momentos pero no es un problema”.

(E. Gestor AP. H.)

La opinión que se podría considerar como más dominante en el conjunto del personal entrevistado es la que caracteriza a la “inmigración” como “problema emergente” cuyo desarrollo hacia el futuro lo va a transformar en “problema”, de modo similar a lo ocurrido en otras comunidades autónomas con mayor presencia de población de origen inmigrante.

“Claro, yo también estoy ahí en un sitio como muy retirado, donde... Bueno, muy retirado no, pero yo no sé, o desde luego veo poquísimo, pero me da la sensación de que en Cantabria estamos pues bastante... Si es que va a haber problema, estamos empezando”.

(E. Coord. EAP. M.)

La opinión más minoritaria, defendida significativamente por profesionales con una cierta responsabilidad en la gestión, es la que señala que en Cantabria no tiene porqué reproducirse de forma casi automática lo ya ocurrido en otras comunidades autónomas. La experiencia de éstas puede ayudar a que Cantabria adopte a tiempo un conjunto de medidas que favorezcan una respuesta más positiva y de calidad que evite los “problemas” surgidos en dichas comunidades. Desde este punto de vista, esta minoría de personas entrevistadas caracteriza la presencia de la población inmigrante como un “reto” y una “oportunidad” de mejora del sistema de salud cántabro¹²⁵.

“La que yo detecto es..., en este momento no es una inquietud; una oportunidad... Bueno, no es una inquietud. Ojo, a mí el miedo que me da es cuando el número de inmigrantes aumente, y las demandas aumenten, y en fin... Eso sí me da miedo, porque a ver cómo reaccionamos ahí.”

(E. Gestor AP. H.)

El abordaje de la inmigración como “oportunidad” de mejora pasaría por acometer varias tareas:

- Aumentar progresivamente los recursos humanos y técnicos¹²⁶ para mantener el ratio actual de número de cartillas por profesional sanitario. De lo contrario existe el riesgo, como se ha podido comprobar en otras comunidades autónomas, de que un sector de la población y de los mismos profesionales acaben viendo en los inmigrantes la causa de la “carga” excesiva de trabajo, con el consiguiente deterioro del sistema de salud.

¹²⁵ Vázquez Navarrete, Terraza Núñez y Vargas Lorenzo (2007) identifican también en su análisis un grupo minoritario que percibe la presencia de la población inmigrante como un “reto”.

¹²⁶ La adecuación de los recursos a la realidad actual es una de las necesidades de apoyo para la atención a la población inmigrante expresadas por el personal sanitario, como recogen en su estudio Vázquez Navarrete, Terraza Núñez, Vargas Lorenzo y Lizana Alcazo (2009).

- Mejorar y resolver algunas barreras actuales del sistema de salud en lo que se refiere a la accesibilidad al mismo y a la coordinación entre los diferentes niveles de atención en el propio trabajo de los equipos de Atención Primaria. Problemas existentes con antelación a la llegada de inmigrantes a Cantabria, pero más notorios y evidentes a partir de su presencia.
- Mejorar la formación profesional del personal del sistema de salud para hacer frente a los problemas de comunicación en la atención a las personas inmigrantes y a los posibles problemas específicos de salud que éstas presenten¹²⁷.

Si bien es cierto, que la opinión mayoritaria entre los distintos niveles de profesionales entrevistados es que este conjunto de cambios es muy difícil que se lleve a cabo por su complejidad y por el incremento de recursos que supondría en el contexto de crisis económica (al momento de la realización del análisis), no es menos cierto que dicha posibilidad existe y que dicha evolución del sistema de salud cántabro puede ser posible, como se demuestra por la experiencia de otras comunidades autónomas y por la puesta en marcha de alguna iniciativa exploratoria a este respecto en Cantabria. Por ejemplo, la iniciativa del Centro de Salud de Dobra en Torrelavega de abordar una reflexión conjunta sobre la presencia de la inmigración en el centro, los retos que ésta supone y las soluciones que cabe aportar, puede ser un ejemplo de iniciativas que pueden hacer de la presencia de la inmigración una “oportunidad” para la mejora de la atención sanitaria para toda la población.

6.3. Opiniones sobre características de los colectivos inmigrantes y factores determinantes de su salud

Los profesionales entrevistados caracterizan a la población inmigrante de acuerdo a factores que inciden de forma directa tanto en el estado de salud de las personas inmigrantes y en la accesibilidad de éstas al sistema de salud, como en las relaciones más directas entre profesionales y usuarios inmigrantes.

La imagen de una inmigración mayoritariamente joven, en edad productiva y fundamentalmente sana, como ya se ha mencionado, es muy común en las entrevistas.

“Como cosa positiva de la inmigración es que suele ser gente joven. Si en vez de ser 20, 30, 40 años son de 60, 70 lo que nos viene, pues hubiésemos tenido muchos más problemas. Al ser gente joven suelen ser patologías..., bueno, de poca importancia”.

(E. Coord. EAP. H.)

En general las personas que deciden emigrar son las más jóvenes y en mejor estado de salud dentro del núcleo familiar, tanto para soportar largos viajes como para cumplir su expectativa principal que es la trabajar para ganar dinero en el país de destino (Rivera, et al., 2008).

127 En el Informe SESPAS 2008 se señala que “el Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros que estudien las necesidades de los distintos grupos étnicos del país, con el fin de facilitar la igualdad de acceso y planificar su atención; la formación de los profesionales de los servicios sanitarios, para que sean más conscientes de las necesidades de los pacientes inmigrantes y, en definitiva garantizar que los servicios sanitarios puedan dar una respuesta común, que conlleve una asistencia de calidad y repercuta en un mejor nivel de salud entre la población inmigrante” (Rivera, et al., 2008).

Así los profesionales indican, por un lado la práctica inexistencia de patologías de cierta gravedad, y por otro el desarrollo de una demanda asistencial media muy reducida¹²⁸. Además, la presencia mayoritaria de inmigrantes jóvenes se traduce en una importante generación de nuevas familias, con el consiguiente incremento de las tasas de natalidad y consecuente demanda de los servicios de ginecología, obstetricia y pediatría.

Del conjunto de opiniones vertidas por los profesionales de salud en cuanto a características de la población inmigrante y factores que determinan su salud abordamos a continuación aquellas más destacadas, como son:

1. *El proceso migratorio y su posible impacto en la salud.*
2. *El sistema de imágenes de los distintos colectivos inmigrantes en relación con el “enfrentamiento” del dolor y la enfermedad.*
3. *La dimensión de género respecto: al machismo, las formas de expresión del dolor, el perfil de utilización de determinados servicios y las condiciones de trabajo.*
4. *La estabilidad o movilidad residencial.*
5. *La situación de regularidad e irregularidad administrativa.*
6. *El tiempo de estancia en la el país receptor.*

6.3.1. El proceso migratorio y su posible impacto en la salud

A tenor de lo observado en la investigación, es importante señalar la existencia de un discurso biomédico dominante junto a determinadas variedades discursivas que, como ya se ha mencionado, guardan una estrecha relación con el “rol profesional”, observándose una fuerte asociación entre el sector profesional de las personas entrevistadas y las opiniones sobre el posible impacto en el terreno de la salud del proceso migratorio, como se sintetiza a continuación.

- **Profesionales médicos:** de forma más mayoritaria tienden a separar la clínica que “deben practicar como médicos” de la atención a las demandas de los usuarios inmigrantes derivadas de los factores de orden más psicosocial asociados al proceso migratorio. Esta opinión está especialmente subrayada por los profesionales médicos de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria, en contraposición a la opinión de los profesionales médicos inmigrantes contratados por el SCS y entrevistados en esta investigación. Estos consideran los aspectos asociados al proceso migratorio como determinantes de la salud de las personas inmigrantes, acercándose su discurso al de las personas entrevistadas de sus mismos países de origen (capítulo 5.1.).
- **Profesionales de enfermería:** tienden a señalar el impacto del proceso migratorio en el desarreglo de toda una serie de comportamientos y hábitos (alimentarios, ejercicio físico...) que pueden traducirse en ciertos problemas de salud, como pueda ser la obesidad.
- **Profesionales de trabajo social:** a su vez indican la existencia de una serie de modificaciones en el contexto individual y social de las personas inmigrantes, apuntando a las distintas dimensiones relativas a sus actuales

128 El informe SESPAS 2008 señala que el patrón de demanda de servicios sanitarios de la población inmigrante responde básicamente a las demandas de una población joven que goza de buen estado de salud (Rivera, et al., 2008).

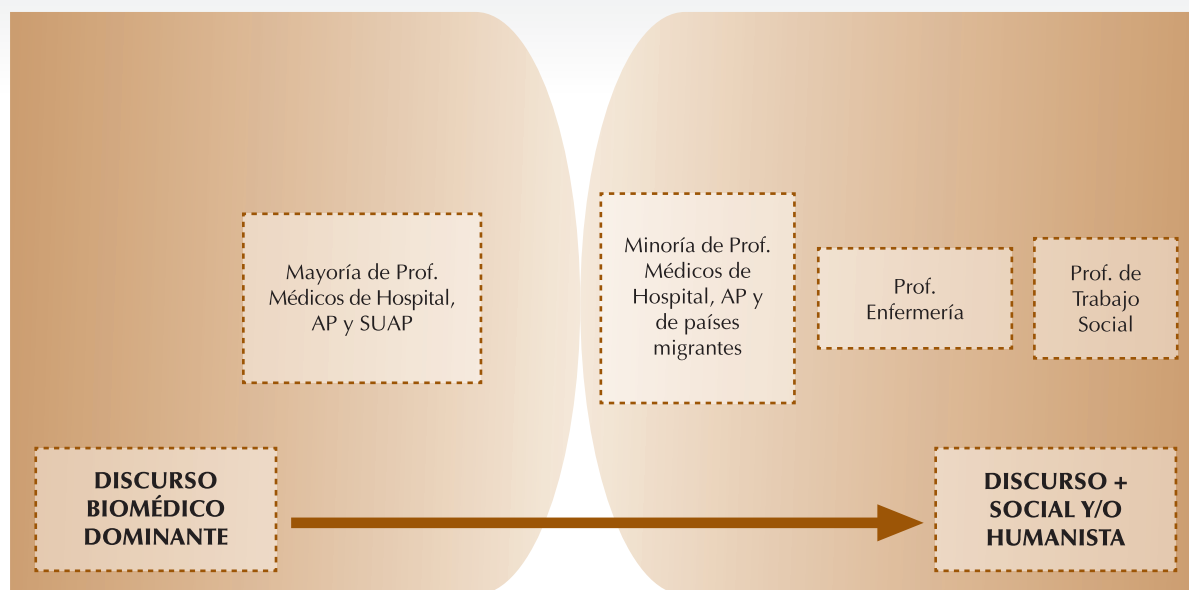
PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA

condiciones de vida que pueden acabar siendo somatizadas, dando lugar a ciertos problemas de salud mental.

Esta línea discursiva se aproxima a la producida desde las propias personas inmigrantes entrevistadas.

Desde este punto de vista, la investigación permite señalar la importancia del desempeño de los distintos roles profesionales en la forma de concebir el proceso migratorio y el impacto del mismo en el estado de salud de la población inmigrante.

Por otro lado y como ya se ha mencionado, la cercanía que los profesionales puedan tener al fenómeno migratorio desde perspectivas que van más allá de su estricto quehacer profesional en el Servicio Cántabro de Salud, produce discursos relativamente diferenciados de los biomédicos más dominantes, en el sentido de reconocer la importancia del proceso migratorio en las condiciones y en las expresiones de salud de la población inmigrante. Este es el caso de los profesionales del sistema de salud procedentes de países migrantes, así como de aquellos profesionales que en las entrevistas han manifestado su colaboración con asociaciones como Cantabria Acoge o Cruz Roja, o con ONGs sanitarias como Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo o Médicos Mundi que operan en los países de origen de la población inmigrante.



6.3.1.1. El discurso de los profesionales médicos

Una primera cuestión que conviene subrayar es que para la mayoría de los profesionales médicos, el proceso migratorio y la salud constituyen dos universos de problemas muy diferenciados, excepto para los profesionales

médicos provenientes de países migrantes para quienes los conceptos de proceso migratorio y salud están estrechamente interconectados, teniendo el primero un claro impacto sobre el segundo¹²⁹.

En el marco de una concepción dominante sobre la salud y la atención sanitaria de carácter marcadamente “orgánica” y “biomédica”, las posibles repercusiones psicosociales asociadas al proceso migratorio son distinguidas y separadas de las posibles “enfermedades” y “patologías” que puedan experimentar las personas inmigrantes, no “alcanzando” el nivel de problema de salud.

“No, porque todo lo somatizan ellos. La patología inorgánica que tienen lo que la convierten en orgánica, la somatizan y se ha acabado; si es que la cosa no tiene... Es que, ¿qué van a hacer también? O sea, yo también intento ponerme en su lugar, ¿no? Me voy a Colombia, o a Estados Unidos allí..., me meten ahí en medio: “Hombre, yo con estos tíos aquí, que tienen absolutamente de todo; si tiran a la basura lo..., que yo he dejado en mi pueblo, que se están muriendo de hambre, que con esto comía medio pueblo”; a mí se me tiene que ir la olla, vamos; se me iría la olla seguro... lo que ocurre es que te ponen en unas situaciones, te meten en unos breches que no es lógico”.

(GT. P. Médico SUAP. H.)

Lógicamente en el seno de este discurso biomédico hay todo un gradiente de matices y excepciones, existiendo profesionales médicos, incluso en los entornos más clínicos, como puedan ser los hospitales (según se señalaba en el grupo de profesionales entrevistados en el Hospital de Sierrallana), que por su concepción de la salud y por su propia práctica personal, profesional y sanitaria reconocen que “la palabra” juega un importante papel en la práctica médica y sanitaria y que los problemas de salud no se reducen a los que tienen una estricta base orgánica.

Los profesionales de Atención Primaria tienden a expresar una cierta aceptación de las problemáticas de salud provenientes de las somatizaciones derivadas del proceso migratorio.

“Y nosotros vemos un aspecto de esa persona, el aspecto sanitario. Pero muchas veces el aspecto sanitario tiene raíces sociológicas, y tiene raíces familiares, y tiene raíces..., pero es intangible, ¿no?, de sentimientos...”.

(GD. P. Médico AP)

La propia práctica de la atención médica en Atención Primaria parece dejar un espacio a la palabra y a la escucha, a la expresión de los síntomas y no sólo al análisis de los signos.

En el caso de los profesionales médicos que trabajan en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), también se puede aceptar la existencia de dichas somatizaciones pero, a diferencia de las opiniones anteriores de los profesionales de Atención Primaria, se tiende a rechazar que la “escucha” de dichos malestares sea una competencia de los servicios de urgencia. Para los profesionales de los SUAP, los cuadros psicosociales serían competencia de otros sistemas de servicios públicos, como pueden ser los Servicios Sociales o un sistema de Servicios Sociosanitarios, un sistema “mix”, como señalan, más que de una competencia estricta de estos servicios de salud.

129 Al igual que para las personas inmigrantes entrevistadas en este estudio; ver capítulo 5.1.2. Principales problemas de salud percibidos por la población inmigrante.

“Que a lo mejor, no sé, la solución puede ser, efectivamente, crear un SUAP Social, o un 061 social, un yo qué sé qué, ¿no?, que esté 24 horas al día, entonces dices: “No, es que me duele el..., lo otro, lo otro...”. “Pero a ver, ¿a ti qué te ocurre?”; “No, es que tengo no sé quién en Granada, y los hijos...”. Esto..., 061 o tal: “Mira, que te mando tal... Vaya usted para allá que el psicólogo le da a usted cuatro vueltas, la pone a usted derecha...”, y no pasa nada, y ya está. Y vamos a lo que vamos, ¿eh? “Cuando usted se haya pegado un golpetazo y pensemos que tiene la pierna rota no se preocupe que aquí estamos nosotros para ir a verla; para ir a verla donde usted esté, no hace falta que se mueva”. Pero esto, la patología social, es lo que nos desborda a nosotros, y no... No es que no tengamos que asumirla, ¿no?, pero yo creo que en estos momentos la asumimos malamente, y que no debe de ser algo que deba de asumir el sistema de salud la patología social. La tendrá que asumir el sistema mix, ¿no?...”.

(GT. P. Médico SUAP. H.)

6.3.1.2. Los discursos de los profesionales de enfermería y de trabajo social

Los profesionales de enfermería y de trabajo social en sus discursos se abren más que los profesionales médicos al reconocimiento del proceso migratorio de las personas que ven en la consulta, con todo lo que conlleva de desarraigo de un país y de una sociedad, de la dureza de la entrada y la aceptación en un nuevo destino, dejando una parte de la familia en un lugar e intentando, a veces, recrear una nueva familia en otro. Factores que tanto los profesionales de la enfermería como de trabajo social reconocen como posibles detonantes de situaciones de ansiedad o de depresión, vinculados a cuadros de expresión más orgánica.

“Mi experiencia con las mujeres..., con los hombres supongo que también, porque no la tengo, pero me supongo, o sea, tienen un síndrome de Ulises¹³⁰..., bueno, o un duelo impresionante. Tienen unos problemas en las relaciones de pareja cuando han estado separados y hay el reencuentro después de un año o dos...”

Bueno, es que eso lo somatizan. Es que son mujeres con... Por lo menos yo..., cuando hago la historia de salud, que recojo los datos, lo veo: dolores de cabeza frecuentes, alteraciones de la regla, dolores abdominales, engordar o adelgazar, que eso para ellas es un problema...”.

(GT. P. Trabajo Social AP. M.)

En este marco de posibles desarreglos personales y familiares derivadas del proceso migratorio, los profesionales de enfermería de Atención Primaria han subrayado especialmente dos ámbitos que guardarían una estrecha relación con su quehacer profesional (que se abordarán en la sección principales problemas de salud):

- La importancia de la educación para la salud.
- La evolución de las pautas de reproducción familiar.
- Los hábitos de vida saludables:
 - . La transformación de los hábitos alimentarios.
 - . El consumo de alcohol y tabaco.

¹³⁰ Concepto acuñado para describir el síndrome del inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo (Atxotegui Lozarte, 2005).

Por su parte, las profesionales de trabajo social han subrayado:

- La importancia del contexto social y de las condiciones de trabajo en la salud de las personas inmigrantes.
- Las dificultades en la accesibilidad de inmigrantes al sistema de salud, como desarrollaremos más adelante.

6.3.2. El sistema de imágenes en relación con el “afrentamiento” del dolor y la enfermedad

Los profesionales entrevistados, especialmente aquellos con un componente “clínico” más importante en su que-hacer profesional, han generado otro conjunto de representaciones sociales acerca de los diversos colectivos de inmigrantes en función de lo que cabría denominar, recuperando las propias expresiones de las personas entrevistadas, sus modos de “afrentamiento” del dolor y de la enfermedad.

Tomando como punto de partida inicial la “singularidad” de cada caso, la importancia del carácter personal de cada paciente a la hora de comprender sus formas de afrontar el dolor y el sufrimiento y, por tanto, subrayando la dificultad de generalización de esta problemática, los profesionales entrevistados han apuntado algunas dimensiones que permitirían, en su decir, caracterizar de forma relativamente diferencial a cada colectivo de inmigrantes.

Los profesionales expresan cómo en su experiencia clínica observan diferentes modos de expresión del “dolor” derivado de enfermedad o accidente por parte de los distintos colectivos de inmigrantes. Esta expresión “sintomatológica” tiene una clara importancia para los profesionales en la medida en que, habituados a las formas de expresión de los síntomas y del dolor por parte de la población autóctona, la diferente vivencia y expresión de los mismos por parte de las personas inmigrantes puede desconcertarles y confundirles en el diagnóstico. Por ejemplo, una falta de expresión evidente del dolor, desde el código de los pacientes autóctonos al que los profesionales están acostumbrados, puede hacer más difícil la tarea de diagnosticar la patología que pudiera estar en su origen.

Las diferentes expresiones sintomáticas del padecimiento y los distintos “umbrales” de aguante del dolor responderían, según los profesionales entrevistados, a razones culturales de los países de origen y a la propia exigencia de inmediatez en la respuesta, a la rapidez con la que la persona inmigrante quiere acceder al sistema de salud, más que a razones relacionadas con las condiciones de vida o laborales¹³¹.

Utilizando en los grupos de discusión como patrón medio de expresión del dolor a un usuario “normal” del sistema de salud en Cantabria, los profesionales participantes establecen un cierto gradiente de colectivos de población inmigrante desde mayor a menor resistencia al dolor, o ante la expresión del mismo. Es interesante observar que la presencia de una amplia diversidad de población inmigrante provoca la revisión y cuestionamiento de las diferencias intraculturales cántabras, como es el caso de la población gitana o de los pasiegos (el colectivo ganadero de los Valles del Pas).

131 No deja de ser relevante la tendencia a “culturizar” el conjunto de reacciones observadas en la población inmigrante por parte de los entrevistados, y a hacer de las mismas una señal de “identidad” casi nacional, cuando en realidad dichas reacciones pueden deberse a una gran cantidad de dimensiones distintas a las mencionadas. Por ejemplo, en la colección de monografías sobre los “Indicadores Socioculturales sobre la salud” editados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud (1997) pueden observarse las diferentes formas de expresión del dolor por parte de la población madrileña en función de ciertas formas de vida y de trabajo.

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA

Resulta por tanto interesante resaltar que a la hora de mencionar los colectivos con mayor resistencia al dolor, los profesionales evoquen en primer lugar a la población pasiega, siendo ésta una cultura peculiar de la región aunque no “representativa” de la ciudadanía cántabra. Los planes y programas de salud se han venido diseñando tanto en Cantabria como en el resto del país, sobre una población mayoritaria homogeneizada que no ha facilitado visibilizar la propia diversidad cultural autóctona, ni por tanto sus posibles necesidades especiales.

↑
Pasiegos (cántabros)
Subsaharianos
Marroquíes
Personas procedentes de los Países del Este de Europa
Latinoamericanos

Este gradiente de posiciones plantea una doble problemática: a) la de una cierta construcción “ideal” sobre las identidades de los diversos colectivos; y b) el posible o pretendido nivel de integración de dichos colectivos en el actual modelo de sociedad de consumo y de sistema de salud asociado a los llamados “estados del bienestar” europeos.

Los Pasiegos

Este colectivo que ocupa un lugar emblemático por antonomasia de la Cantabria tradicional es proyectado por las personas entrevistadas como el más “duro”, el más inexpresivo en relación a la sintomatología de sus padecimientos y de sus enfermedades. Los profesionales sitúan, seguido muy de cerca en cuanto al “aguante”, a los “pescadores”, otro de los colectivos más representativos de dicha Cantabria más tradicional.

Los Subsaharianos

En una posición muy próxima a la de los “pasiegos” y “pescadores” en relación al umbral del dolor y a la forma austera, contenida, silenciosa con la que se expresa, los profesionales entrevistados señalan el colectivo de inmigrantes procedentes de los países subsaharianos (Malí y Senegal principalmente).

“Son, dentro de lo que cabe, gente bastante discreta y tienen que estar muy jorobados, como diría aquél, para que acudan al servicio sanitario”.

(GT P. Médico SUAP H.)

Como se apunta en los textos de los grupos, el colectivo de subsaharianos proyectaría una imagen de mucho “aguante”, de mucha “capacidad de sufrimiento” sin expresión explícita del mismo, desde la decisión y el arrojo de los viajes en las pateras, a sus formas de vida y trabajo en España, a la mencionada expresión del dolor, aún en las circunstancias más difíciles.

En este sentido, cuando se habla de subsaharianos se mencionan o bien enfermedades tropicales desconocidas y de difícil diagnóstico por parte de los profesionales del sistema de salud, o bien de verdaderos y graves problemas de salud.

Los Marroquíes

El colectivo de marroquíes se situaría, a su vez, en una posición próxima al subsahariano pero con un umbral de dolor algo más reducido, con su consiguiente traducción en un mayor grado de utilización del sistema de salud.

“El marroquí tiene más o menos los mismos problemas que la población subsahariana. El marroquí no acude al médico; se queja poco. Tiene un elevado sentido del pudor y...”

Sí. Eso sí.

y son bastante sufridos, ¿eh? ... Siempre vienen acompañados de alguien, de algún compañero marroquí o de cualquier otra nacionalidad por un tema grave. Un marroquí te viene por un cólico o te viene por una cosa....”.

(GT. P. Médico SUAP H.)

Las personas de los Países del Este de Europa

El colectivo de inmigrantes procedentes de los Países del Este vendría a ser, hasta cierto punto, el que ocuparía una situación más intermedia y más próxima a las formas expresivas de los propios españoles autóctonos. Para los profesionales entrevistados, las vivencias y las formas expresivas para sintomatizar los padecimientos y la enfermedad de los inmigrantes procedentes de los Países del Este serían las “formas ideales de expresión” ya que acudirían al sistema de salud sólo cuando se tiene una cierta seguridad en el padecimiento y sólo cuando es necesario acudir al médico.

“Sí, luego están los de Europa del Este, que éstos son, la verdad, los más correctos, los más educados... Si vienen realmente vienen porque están fastidiados, por fatigas, por fiebres altas, por sospecha de neumonía... Es que te vienen por causas muy justificadas, e incluso una meningitis vimos en una chica, en una adolescente, y sí que son..., bueno, pues la verdad es que son..., tú les explicas cómo funciona y ellos te lo aceptan...”.

(GT. P. Médico SUAP H.)

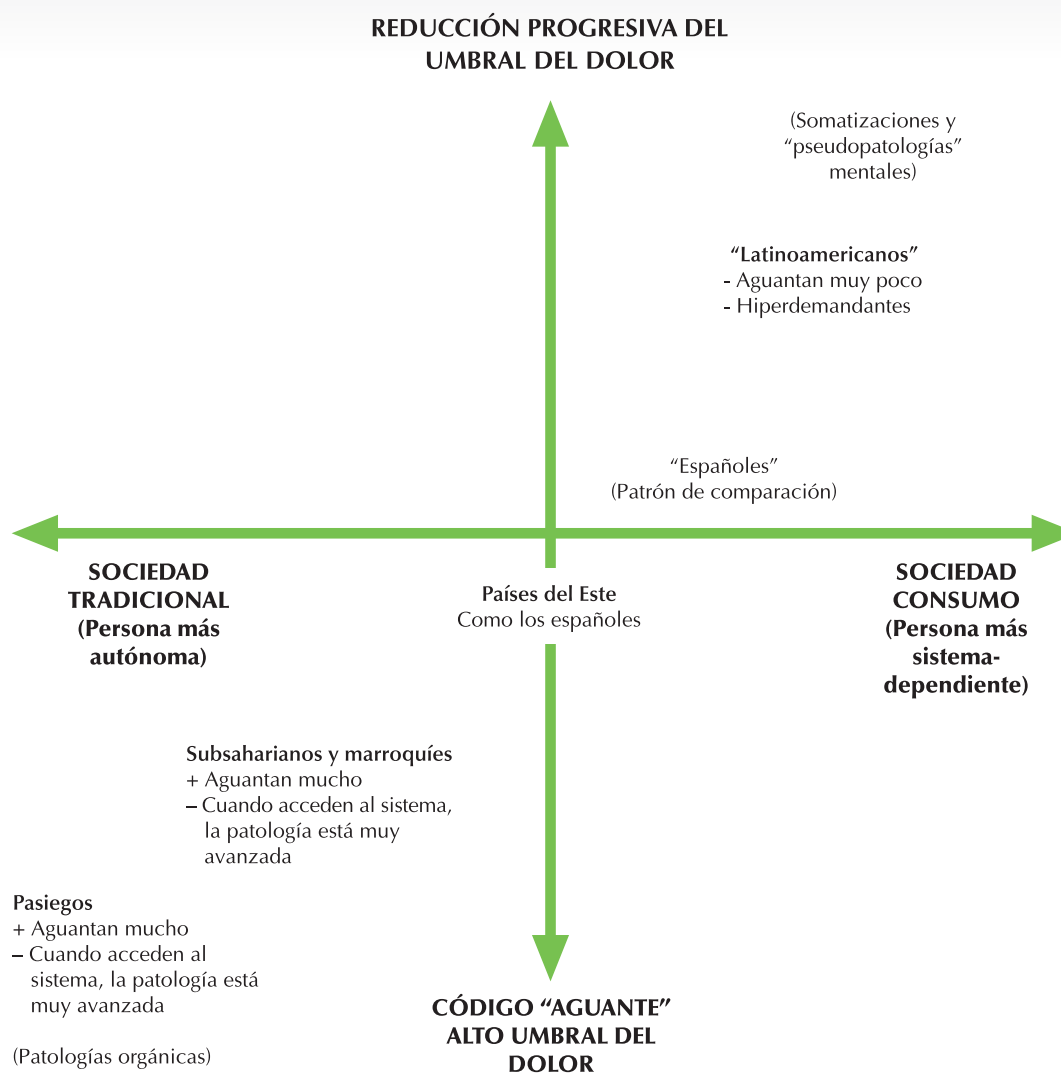
En este mismo sentido, los colectivos de inmigrantes procedentes de los Países del Este se asocian con patologías reales pero más corrientes y similares a la que pueda padecer, por ejemplo, un autóctono de similar edad y condición.

Los Latinoamericanos

El colectivo de latinoamericanos, más llamados “sudamericanos” aunque sean de Centroamérica o el Caribe, vendría a ocupar la posición más distante de los pasiegos, la más “quejica”, expresando, en el decir de los profesionales, una “sintomatología” más excesiva, “incrementando” y “escenificando” la existencia de patologías más o menos banales, de situaciones “emocionales” (crisis de pareja, conflictos personales, familiares, etc.) que ni siquiera llegarían a alcanzar el nivel de patología clínica y orgánica que haría necesaria la intervención de un profesional médico.

El conjunto de posiciones descritas se representan gráfica y sintéticamente en el siguiente esquema:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA CULTURA DEL DOLOR DE LOS DISTINTOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES



Este sistema de imágenes y de representaciones sociales de los profesionales sanitarios sobre las dimensiones del dolor y del nivel de integración en el modelo de consumo de nuestras sociedades occidentales, y más en concreto de la española, vendría una vez más y desde esta nueva perspectiva, a situar al colectivo de latinoamericanos como el colectivo con una imagen más negativa en cuanto a sus relaciones con los profesionales y con el sistema de salud en su conjunto.

6.3.3. La dimensión de género

Las diferencias entre mujeres y hombres son mencionadas por los profesionales en relación fundamentalmente con: el machismo de algunos colectivos, el dolor, el perfil de utilización de determinados servicios y las condiciones de trabajo.

El machismo

El conjunto de entrevistados, y especialmente el conjunto de entrevistadas, hace fundamentalmente mención a la característica “machista” y “misógina” de la cultura marroquí, lo cual afecta sobremedida a su relación con el personal de administración y admisión, habitualmente femenino. En concordancia con los resultados del estudio realizado en Cataluña por (Vázquez Navarrete, et al., 2007), el conjunto de profesionales señala de forma redundante que a la hora de relacionarse con el sistema de salud nunca viene la mujer sola sino que siempre aparece en pareja, con el agravante de que siempre es el hombre quien toma la palabra, permaneciendo en silencio la mujer, con la dificultad que ello conlleva para el abordaje de muchas de las problemáticas planteadas en las consultas.

“...a veces cuando vienen solas o con los maridos..., te estoy hablando de gente de Marruecos, musulmana, ¿no?, con el velo, o con traje largo, sumisas, calladas, que habla el marido, que el marido habla muy mal el español y ella no habla nada, entonces la comunicación pues bueno, pues se supone”.

(GD. P. Médico AP)

Las formas de expresión del dolor

A la hora de caracterizar las formas de expresión del dolor y del aguante, las expresiones utilizadas para señalarlo evidencian una clara dimensión de género. En general y salvo excepciones, el conjunto de anécdotas, experiencias e indicios apuntados en los grupos de discusión en relación con el espacio marcado por los colectivos con una mayor capacidad de aguante del dolor físico se tiende a expresar siempre en masculino, “como si” los actores exclusivos de las situaciones referidas en los grupos y entrevistas fuesen hombres. Mientras que cuando se describe la posición más distante a ésta, la más “quejica” y “emocional” se expresa en femenino.

El perfil de utilización de determinados servicios

Las mujeres inmigrantes, de acuerdo a los profesionales entrevistados, utilizan más intensamente que los hombres el Servicio Cántabro de Salud¹³². Esta mayor utilización de servicios por parte de las mujeres vendría deter-

¹³² Según los datos de 2006 analizados en los tres hospitales cántabros entre personas con TSI españolas e inmigrantes, el número de mujeres que han acudido a Urgencias es superior al de hombres, excepto entre la población española en el Hospital de Sierrallana, que no cuenta con Servicio de Obstetricia, donde el número de hombres supera al de mujeres. Sin embargo cuando se eliminan los ingresos por gineco-obstetricia, en los dos hospitales que cuentan con dicho servicio, la relación se invierte, siendo los hombres quienes más ingresan. Ver capítulo 4.3.2. Utilización de los Servicios de Hospitalización en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006. No se cuenta con datos de Atención Primaria por no constar en el sistema informático OMI-AP el país de procedencia o nacionalidad.

minada por la demanda ginecológica y obstétrica¹³³, así como de atención pediátrica, que se une a las mujeres en la clásica concepción de “binomio” madre-hijo. Dado que este tipo de asistencia está garantizada por ley, aunque no se disponga de TSI, la presencia de mujeres inmigrantes en el sistema de salud no deja de ser un corolario hasta cierto punto lógico de dicha situación.

En lo que se refiere al colectivo de latinoamericanos, la representación dominante en los servicios es claramente femenina, tanto en su dimensión ginecológica y de planificación familiar como, sobre todo, en la expresión de una mayoría de las dolencias y de los problemas de orden más psicológico y de salud mental que según los profesionales entrevistados, constituiría el rasgo distintivo de este colectivo desde este punto de vista de la expresión de sus dolencias.

Por otra parte, en relación con las personas inmigrantes procedentes de los Países del Este aparecen dos tipos de menciones en clave de género: en masculino, cuando se trata de referirse a la mayoría de las situaciones y problemáticas de salud, y en femenino fundamentalmente en relación con la prostitución.

Las condiciones de trabajo

Las condiciones de trabajo en las que desempeña su actividad la población inmigrante son señaladas como determinantes sociales importantes a la hora de explicar sus condiciones de salud y algunas de las demandas de asistencia sanitaria más relevantes, como los accidentes laborales y los problemas osteo-musculares.

“Todos vienen con lumbalgias, o catarro, o demás; ... es que vienen: “no, es que me duele la espalda”; muchos de ellos. Además están trabajando en la construcción y te vienen con lumbalgia. La verdad es que tampoco hay mucho que indagar”.

(RG. Coord. EAP. H.)

“En hombres; pues con problemas más musculares, pero que enseguida... Porque trabajan muchísimo y quieren el alta rápido. Problemas de espalda, de hombro...; porque muchos trabajan en la construcción, o en lumbares también”.

(E. P. Médico AP. H.)

En el caso de las mujeres, muy presentes en los cuidados a menores, mayores y personas dependientes, y en la hostelería, se dan igualmente muchos problemas de salud derivados de dichas condiciones laborales, desde los músculo-esqueléticos a la ansiedad y la depresión.

En este contexto, los profesionales entrevistados han señalado algunas formas de encarar estas situaciones por parte de la población inmigrante que les diferenciarían de las reacciones más frecuentes de la población autóctona. Por ejemplo:

133 En 2006 la principal causa de ingresos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Hospital de Laredo entre las personas inmigrantes con TSI es la obstétrica. En el Hospital de Sierrallana, sin Servicio de Obstetricia, son las enfermedades del aparato digestivo. Ver capítulo 4.3.2. Utilización de los Servicios de Hospitalización en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006.

- El “retraso” en señalar la aparición del dolor o malestar (sobre lo que se elaborará más adelante en este informe).
- El escaso número de bajas laborales solicitadas por las personas inmigrantes a diferencia de la población autóctona. De acuerdo a las opiniones vertidas por los profesionales entrevistados, las personas inmigrantes que trabajan “como una fiera” y de “sol a sol” van a hacer un menor uso de esta situación.

Asimismo, las condiciones de trabajo de la población inmigrante son decisivas para ayudar a comprender algunos comportamientos de ciertos sectores de inmigrantes con respecto a su relación con el sistema de salud (sistema de citas, horarios de atención, etc.).¹³⁴⁻¹³⁵.

6.3.4. La estabilidad o movilidad residencial

La existencia de una amplia movilidad residencial entre la población inmigrante se dice que dificulta el acceso y el seguimiento sanitario de este tipo de pacientes. Mientras la atención a las personas inmigrantes más estabilizadas no presentaría, en principio, una problemática diferente a la de cualquier otro residente, la atención a la población inmigrante más móvil presenta una problemática más singular y compleja: Por un lado, en bastantes casos se realiza una atención sanitaria sin posibilidad de seguimiento, con las consiguientes incertidumbres sobre la salud de las personas atendidas. Por otro lado, se destacan las dificultades administrativas y de incremento de carga de trabajo que conlleva a su vez la atención a este tipo de población.

Existe una cierta división de opiniones sobre el peso relativo de la población inmigrante más móvil o más asentada, mientras que los profesionales de Atención Primaria tienden a destacar la estabilidad; el personal de Urgencias de Atención Primaria y de la red hospitalaria tiende a subrayar la movilidad.

6.3.5. La situación de regularidad e irregularidad administrativa

La otra característica más destacada y con más repercusiones en la atención sanitaria a las personas inmigrantes se refiere a su situación administrativo-legal que permite o dificulta su posesión de la documentación necesaria para acceder al sistema de salud.

“Yo por mi parte diferencio un poco en mi experiencia dos tipos de inmigrante: el inmigrante que viene con un contrato de trabajo y viene de una forma diferente, al inmigrante que te viene a solicitud sin recursos por ejemplo; esa es mi experiencia, como creo que es... El inmigrante que te viene con recursos pues es...”

¿Cuál es más mayoritario, el que viene sin recursos o el que viene con...?

Sin recursos más.

En mi centro sin recursos.

134 De acuerdo a las personas inmigrantes entrevistadas en este estudio, las condiciones laborales y el tipo de actividades a las que se dedican, sumado al proceso migratorio repercuten tanto sobre la salud mental como física. Ver capítulo 5.1.1. Introducción: el proceso migratorio.

135 El estudio “Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona” también identifica que entre las diferencias en la utilización de recursos entre la población inmigrante y española influye la situación laboral más precaria que obliga a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas de horario (Cots, et al., 2002).

En mi zona sin recursos. Entonces el que te viene como “sin recursos”, pues bueno, viene pues menos adaptado; menos adaptado en el idioma, viene menos adaptado en las costumbres, entonces pues es el..., que decíamos antes, decía antes mi compañera, el tema de Urgencias, ¿no?, el que no usa, vuelve a una cita. Y la otra persona pues que ya ha entrado un poco en la dinámica administrativa de este país, o de la Comunidad, o de lo que sea, pues ya sí que toma otro tipo de relación diferente”.

(GD. P. Administrativo AP)

La posible “regularidad” o “irregularidad” de las personas inmigrantes se acaba convirtiendo en la piedra angular de la atención sanitaria a las mismas. Mientras la población “regularizada”, es decir, estabilizada y con permiso de residencia acaba presentando un perfil de atención progresivamente similar al de la población de origen cántabro, las personas en situación irregular presentan todo un conjunto de problemáticas que colocan a dicho colectivo en una situación de mayor vulnerabilidad, con mayores dificultades de acceso a la atención sanitaria, como ya han subrayado el conjunto de personas y colectivos inmigrantes entrevistados a lo largo de la investigación.

6.3.6. El tiempo de estancia en la el país receptor

La mayoría de los profesionales entrevistados subraya en principio la teórica similitud del perfil de las enfermedades presentadas por la población inmigrante y por la autóctona, en personas de similar edad y condición social y de vida.

Sin embargo, un sector minoritario de los profesionales entrevistados, en coincidencia con diversos estudios realizados a este respecto¹³⁶⁻¹³⁷⁻¹³⁸, señala sin embargo, que dicha semejanza se alcanza trascurrido un cierto tiempo de estancia en España. Los profesionales que sostienen esta opinión más minoritaria subrayan que el tiempo de estancia de las personas inmigrantes en España tiene una importancia decisiva en esta cuestión de los problemas de salud desde un doble punto de vista:

- La supuesta presencia inicial de unas posibles patologías o problemas de salud “importados” desde los lugares de origen. Problemas de salud entre los que se señalan de una forma algo tópica y sin ninguna base epidemiológica que la sustente, la posible presencia de “enfermedades tropicales”, desconocidas en España, y algunas posibles enfermedades infecto-contagiosas¹³⁹.

136 La relación entre tiempo de estancia, etapas del proceso migratorio y la continuidad o temporalidad sobre el establecimiento de prioridades vitales y sobre la salud es abordado desde el punto de vista de la población inmigrante. Ver capítulo 5.1.1. Introducción: el proceso migratorio.

137 Jansà y García de Olalla (2004) señalan la relevancia de considerar la etapa del proceso migratorio en la que se encuentra la persona, siendo los parámetros respecto a la salud distintos de acuerdo a cada etapa. Cuando la persona ya está instalada en la nueva realidad tiende a identificarse desde la perspectiva de la salud con la situación de la población del país receptor.

138 Rivera y colaboradores (2008) matizan sobre la relación directa entre el tiempo de residencia en el país e incremento de la propensión a padecer problemas de salud. El efecto del inmigrante sano se reduce a medida que transcurre el tiempo de permanencia del inmigrante en el país de acogida y su estado de salud acaba convergiendo con el de la población nacional.

139 Fuertes y Martín Laso (2006) apuntan a que el riesgo de transmitir una enfermedad importada a la sociedad receptora es mínima. Asimismo se señala que el riesgo de los inmigrantes de padecer enfermedades importadas disminuye con el tiempo de estancia en el país de destino.

- La posterior evolución hacia unas “patologías” más similares a las ya existentes en España, con una modificación paralela de la propia “expresión” de salud y malestar, así como de la demanda de salud cada vez más “sistema-dependiente”, como ocurre entre la población autóctona.

De esta forma, en este discurso más minoritario, el paso del tiempo llevaría a la población inmigrante a un doble proceso de “in-corporación” de los perfiles de los padecimientos y enfermedades existentes en España y de “aculturación”¹⁴⁰ a la propia cultura del sistema de salud español, lo cual se traduciría en un comportamiento sanitario por parte de dichos inmigrantes prácticamente indistinguible de cualquier otra persona autóctona de similar condición.

En todo caso, el hecho de que la opinión mayoritaria de los profesionales entrevistados subraye la similitud de los perfiles de salud y enfermedad entre la población inmigrante y la autóctona, puede llevar a elaborar una hipótesis en cuanto a la tardanza en el acceso inicial de las personas inmigrantes al sistema de salud en Cantabria. En efecto, el que no se perciban ni detecten problemas de salud diferenciales entre la población inmigrante y la autóctona, dándose apenas cuenta por parte de los profesionales entrevistados de casos “anecdóticos” relativos a alguna enfermedad, patología o infección “desconocida” en España, podría apuntar a la existencia de un lapso de tiempo inicial, más o menos amplio, durante el cual las personas inmigrantes no acudirían al sistema de salud cántabro¹⁴¹.

6.4. Las problemáticas más relevantes respecto a la salud de la población inmigrante

Las problemáticas de salud y de enfermedad más mencionados por el conjunto de profesionales del sistema de salud son fundamentalmente de orden ginecológico y pediátrico, así como los problemas derivados de la situación laboral.

En relación a la infancia, los profesionales entrevistados han señalado la importancia del tema de las vacunas y del posible impacto de las condiciones de vida y de trabajo de padres y madres en la salud de sus hijos/as.

En relación con **las vacunas** se señala que, en general de acuerdo a las leyes y normativas estatales y autonómicas, todos los niños, tanto autóctonos como inmigrantes, deberían estar vacunados. Sin embargo, existe una cierta corriente de opinión entre los profesionales que expresa sus dudas ante esta cuestión y pone de manifiesto las incertidumbres derivadas de la documentación aportada por los padres y madres inmigrantes recién llegados en relación con la vacunación de sus hijos.

“Hasta que ellos no demandan una..., no van a la consulta por algún motivo, que no tenemos la oportunidad de hacer esa revisión, ni revisar las vacunas y demás. Con las vacunas también tenemos problema, porque muchas veces no tienen cartilla de vacunas, y si no tienes un documento escrito, pues muchas veces lo que hacemos es curarnos en salud y volver a vacunar de todo. Vamos, nos pasa con..., eso, con América..., Sudamérica, y con otros Países del Este, la falta de información de vacunas”.

(RG. Coord. EAP. H.).

140 Como se comentó en el capítulo 5.1, el proceso de aculturación (entendido como la pérdida con el tiempo de algunos rasgos identitarios de un grupo minoritario pasando a formar parte del grupo al que se asimila y/o integra) puede tener un profundo impacto en los cambios personales, relacionales y culturales, y como consecuencia en el proceso de integración en el país y en el acceso a servicios y oportunidades.

141 Como se mencionó en el capítulo 5.1, la salud adquiere mayor importancia y se va priorizando a medida que se van superando las principales barreras de integración ya descritas, como la situación administrativo-legal, el alojamiento y el primer trabajo.

En este terreno, al igual que ocurre en otros temas de salud pública, parece existir una duda razonable sobre el grado de vigilancia y de cobertura de las vacunas en la totalidad de la población inmigrante.

El colectivo de **mujeres cuidadoras**¹⁴² de menores, mayores o personas dependientes, constituido por un número importante de mujeres mayoritariamente latinoamericanas, sería en el decir de los profesionales entrevistados, el colectivo laboral más “invisibilizado” por sus propias condiciones de trabajo y uno de los que tendría más dificultades para acceder al sistema de salud, bien por carecer de permiso de residencia o por no disponer de contrato de trabajo.

Este colectivo de mujeres presenta un importante perfil de riesgo derivado de la propia condición del “trabajo de cuidados” contemplado desde una doble dimensión:

- a) La emocional, con el consiguiente potencial de impacto en su salud mental (ansiedad y depresión fundamentalmente), derivada en muchos casos del aislamiento que condiciona el trabajo en la casa de la persona atendida así como de la movilización de los afectos hacia la misma. Considerando además que muchas mujeres cuidadoras mantienen a sus propias familias separadas a una gran distancia, con hijos y parejas en sus países de origen.
- b) La dimensión más instrumental de la carga del trabajo, con una importante repercusión en su salud física, con problemas de tipo ergonómico y muscular derivados de las propias condiciones materiales de la realización del trabajo: atender a la persona, ayudar a desplazarla, a movilizarla, etc.

De ahí que los profesionales entrevistados señalen la **conveniencia de formalizar un tipo de intervención con las mujeres cuidadoras**, “aprovechando” la visita que se realiza a la persona dependiente, en una doble dirección: por un lado de mejorar la profesionalidad de la cuidadora, mejora que puede descargar de trabajo al personal sanitario; y por otro de atender su estado de salud, en especial en su vertiente más emocional.

Asimismo los profesionales entrevistados han señalado también los siguientes problemas de salud:

- Los **problemas bucodentales**, que se agudizan en las situaciones de mayor precariedad económica por no formar parte la atención bucodental de las prestaciones del sistema de salud, excepto en los niños hasta los 10 años.
- Problemas relativos al **aparato digestivo** derivadas de los **desarreglos alimentarios** y de los **cuadros de ansiedad** asociados con los procesos migratorios y de adaptación a Cantabria.
- **El maltrato y la violencia de género** que pareciera estar experimentando un cierto crecimiento entre la población inmigrante. Según datos de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria, el 20% de las mujeres asistidas entre abril de 2007 y 2008 eran de nacionalidad no española¹⁴³.
- De forma más minoritaria se mencionan las neumonías y **enfermedades del aparato respiratorio**.
- En último lugar y casi de forma anecdótica, las **enfermedades infecciosas** como la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, sobre lo que se ofrece información más adelante en este mismo apartado dada la relevancia mediática del tema y por tanto la importancia de aclarar cual es el impacto real del mismo.

¹⁴² El trabajo de las mujeres cuidadoras, es abordado desde el punto de vista de la población inmigrante y el tejido social en el capítulo 5.

¹⁴³ Informe de la Ley N° 1/2004 Integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas de Cantabria (Dirección General de la Mujer, 2008).

A la hora de indicar la presencia de estas problemáticas de salud, los profesionales han señalado la importancia discriminante de la edad, el género y la situación laboral de las personas inmigrantes.

Es interesante por otro lado observar que a diferencia de las personas inmigrantes y las entidades sociales, los profesionales entrevistados no reconocen a la salud mental en general como una de las principales problemáticas de salud de la población inmigrante¹⁴⁴, exceptuando a las mujeres cuidadoras. Sin embargo se da una gran importancia (especialmente desde los profesionales de enfermería y trabajo social) a la evolución de las pautas de reproducción familiar y a la utilización de métodos anticonceptivos, así como a los cambios en los hábitos de vida y a la ausencia de la población inmigrante en los programas de educación para la salud.

6.4.1. La evolución de las pautas de reproducción familiar

La problemática de las pautas reproductivas y la utilización de métodos anticonceptivos constituyen unas de las escasas dimensiones de la atención sanitaria a la población inmigrante en la que la práctica unanimidad de los profesionales entrevistados reconoce la existencia de una diferencia sociocultural en relación a las mujeres autóctonas.

“Otra cosa, las mujeres..., por lo menos en mi centro, son muy jóvenes; tienen los hijos muy jóvenes, que es una cosa que te llama la atención con respecto a las españolas, claro. Tenemos los dos polos, ¿no?, la española de treinta y..., y cuarenta...”.

Sí, y las... Claro, las inmigrantes sudamericanas la mayoría jóvenes; jóvenes de veintipocos, veinte...”.

“Eso pasaba en España hace cuarenta años”.

(GD. P. Enfermería AP)

Los profesionales de Enfermería y de Trabajo Social, si bien coinciden con el resto de profesionales acerca de los problemas de ginecología, aportan un panorama de mayor exhaustividad respecto a las pautas de reproducción familiar y los factores diferenciales entre las propias poblaciones inmigrantes según sus orígenes, cultura, etc., e incluso respecto a la población española.

Las diferencias más subrayadas en la investigación se concentran en varias cuestiones:

1. Las concepciones sobre la familia y las relaciones entre hombres y mujeres
2. La expectativa sobre el número de hijos
3. La edad para tener los hijos
4. La utilización de los métodos anticonceptivos

6.4.1.1. Las concepciones sobre la familia y las relaciones entre hombres y mujeres

La imagen dominante de los modelos familiares y las relaciones entre hombres y mujeres se acercan a lo que podríamos llamar el modelo de familia más tradicional, como *“la que podría existir en España hace cuarenta años”*, como

¹⁴⁴ Los principales problemas de salud percibidos por la población inmigrante son abordados en el capítulo 5.1.2. y los percibidos por las entidades sociales en el capítulo 5.2.2.

se apuntaba en el grupo de profesionales de enfermería. Modelo de familia tradicional configurado en torno a unas relaciones de género muy marcadas por el signo del machismo y por la expectativa de un número amplio de hijos. En función de sus experiencias de relación en la atención a las mujeres de estos colectivos, los profesionales señalan la existencia de unas diferencias en el seno de los distintos colectivos de inmigrantes:

- Familias marroquíes. Las más tradicionales y las más marcadas por unas relaciones de machismo y de desigualdad en el seno de la pareja.
- Familias “sudamericanas”¹⁴⁵. Familias de tipo tradicional y marcadas por el machismo pero con cierto principio de evolución por parte, sobre todo, de las mujeres.
- Familias de los países de Europa del este. Familias más cercanas a las “autóctonas” en cuanto al desarrollo en su seno de relaciones de pareja más caracterizadas desde la “igualdad”.

Gradiente que deja fuera del mismo a las familias chinas o asiáticas y a las procedentes de los países subsaharianos, muy desconocidas, desde este punto de vista, por los profesionales entrevistados.

6.4.1.2. La expectativa sobre el número de hijos

La expectativa sobre el número de hijos¹⁴⁶ “ideal” para configurar una familia es también muy diferente, según los profesionales entrevistados, en función de los países de origen. Mientras las familias “sudamericanas”, al igual que las familias marroquíes, aspirarían inicialmente a lo que desde la perspectiva española se podría considerar una “familia numerosa” con tres o más hijos, las familias chinas tenderían a ser más pequeñas, por estar en principio más acostumbradas al modelo de control familiar en su país de origen en el que estaría penalizada la existencia de más de un hijo. Por otro lado, las familias de inmigrantes procedentes de los países de Europa del este estarían consideradas como más próximas a los patrones de familia existentes en España.

En el marco de esta diversidad de situaciones de partida y de diferentes expectativas en cuanto al número de hijos, los profesionales entrevistados han apuntado cómo, a medida que se estabiliza la población inmigrante en Cantabria, las mujeres inmigrantes tienden a desarrollar una actitud reproductiva crecientemente cercana a la desarrollada por las mujeres españolas. Así, por ejemplo, las familias chinas tenderían a incrementar su número de hijos en Cantabria, mientras las familias “sudamericanas” tenderían a reducirlo¹⁴⁷.

6.4.1.3. La edad para tener los hijos

Desde la perspectiva de la edad deseable para tener hijos, las personas entrevistadas han señalado cómo, en líneas generales y sin mucha distinción por países de origen, los hombres y las mujeres inmigrantes desean tener los hijos en edades más tempranas de lo que viene siendo la pauta española en estos últimos años¹⁴⁸.

145 Denominadas “sudamericanas” en vez de “latinoamericanas” aunque incluyan a familias centroamericanas y caribeñas.

146 La media de hijos de las mujeres inmigrantes es mayor que en las mujeres españolas. Sin embargo, los datos analizados permiten observar una disminución de la brecha entre ambas. Ver capítulo 3.2. Movimiento Natural de la Población.

147 Jansà (2006) también señala este acercamiento del patrón reproductivo entre inmigrantes y población española, ya que la capacidad reproductiva de la población no depende esencialmente de determinantes biológicos sino de patrones sociales y culturales.

148 Para las edades en que las mujeres inmigrantes y las españolas suelen tener hijos. Ver capítulo 3.2. Movimiento Natural de la Población.

Esta expectativa, de acuerdo a las entrevistas, es tan fuerte entre las mujeres “sudamericanas”, especialmente, que tienden a demandar rápidamente un estudio de esterilidad si llevan un cierto tiempo queriendo tener hijos sin obtener dicho objetivo. Esta demanda choca con el protocolo existente en el Servicio Cántabro de Salud que recomienda dicho estudio tras dos años de relaciones sin resultados.

6.4.1.4. La utilización de los métodos anticonceptivos

Los profesionales entrevistados señalan cómo las mujeres inmigrantes expresan unas actitudes y mantienen unos comportamientos ante los métodos anticonceptivos relativamente diferentes a los de las mujeres autóctonas, utilizando métodos que suelen alejarse del patrón más generalizado en España y que, en algún caso, resultan desconocidos para los profesionales, como puede ser algún método aparentemente utilizado por las mujeres chinas. Dentro de este alejamiento de las pautas más habituales en España en relación con los métodos anticonceptivos, los profesionales han subrayado el rechazo dominante en la mayoría de la población inmigrante hacia la utilización del condón. Rechazo argumentado desde la perspectiva que subraya el “machismo imperante” entre un amplio sector de inmigrantes y el escaso control o capacidad de negociación por parte de la mujer cuando el hombre no quiere utilizar dicho método (Seoane, Pires, Lasheras, Aguirre, & Izarra, 2008).

En el marco de este rechazo generalizado al uso del condón, se ha apuntado la existencia de ciertas diferencias entre las mujeres de los diversos colectivos de inmigrantes.

Las mujeres “sudamericanas”¹⁴⁹

La relación de las mujeres del continente latinoamericano con los profesionales del sistema sanitario en cuanto a este tipo de problemáticas estaría marcada por el “pudor”, no entrando a comentar estos temas más íntimos y personales, al menos hasta haberse establecido una cierta relación de confianza. Aún así y en este marco, las profesionales tanto de enfermería como de trabajo social señalan la dificultad de hablar de estas cuestiones con las mujeres “sudamericanas”.

Un sector muy minoritario entre los profesionales entrevistados señala la gran diversidad de situaciones, de culturas y de modos de encarar esta problemática por parte de los colectivos de mujeres “sudamericanas” con más presencia en Cantabria. En la opinión de las personas entrevistadas, las mujeres colombianas, especialmente las más jóvenes, son las que dispondrían de una educación sexual más desarrollada desde su país, siendo las que a su vez se incorporarían más rápidamente a los modelos de planificación familiar y al uso de los métodos anticonceptivos más habituales en España. Por el contrario, se proyecta la imagen de las mujeres peruanas, ecuatorianas o bolivianas, especialmente en estos dos últimos casos¹⁵⁰, como las que mantendrían una pauta de reproducción familiar y una actitud ante los anticonceptivos de corte más tradicional.

Por otro lado, a este respecto, las mujeres “sudamericanas” una vez que han llegado a la conclusión de utilizar un método anticonceptivo, parecerían mayoritariamente decantarse por las inyecciones hormonales cada tres me-

¹⁴⁹ Siempre utilizada la expresión “sudamericana” por latinoamericana.

¹⁵⁰ Hay que tener además en cuenta que el colectivo de mujeres peruanas es uno de los que lleva más tiempo asentado en Cantabria.

ses, a pesar de la mayor accesibilidad del condón. Preferencia que parece descansar en el hecho de que las inyecciones pueden ser más controladas por la mujer sin que la pareja lo perciba, y de esta forma evitar los embarazos no deseados sin que, aparentemente y ante los ojos de la pareja, la mujer haga algo por impedirlo.

Las mujeres procedentes de los Países del Este de Europa

Entre la diversidad de mujeres inmigrantes procedentes de los Países del Este de Europa parecen establecerse pocas diferencias. El colectivo de mujeres rumanas sería el que proyecta una imagen más dominante a este respecto, al punto de constituirse para estos profesionales como el patrón o modelo de conducta del conjunto más plural de mujeres procedentes de estos países.

El aspecto más subrayado por parte de los profesionales respecto a las mujeres rumanas es su rechazo al uso del condón y su preferencia por el DIU. Respecto a sus actitudes ante las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), llama poderosamente la atención la supuesta consideración de las IVE como si fuera prácticamente un método anticonceptivo más.

6.4.2. Los cambios en los hábitos de vida

Otra de las cuestiones que preocupa fundamentalmente a profesionales de enfermería y trabajo social en cuanto a los hábitos de vida saludable es la transformación de los hábitos alimenticios.

La cuestión de **la alimentación** aparece sobre todo en los grupos de profesionales de enfermería y de trabajo social como uno de los impactos más importantes del proceso migratorio en su relación con la salud, ligado a otros factores de adaptación al nuevo medio.

“Son poblaciones sanas. Sanas. Que tú las ves que te cuentan síntomas o signos que están relacionados con el proceso que están viviendo, nada más; todo ese proceso adaptativo de cambios de alimentación, climas, el tema de lo que influye, la pareja si han estado separados o no, por supuesto, y si hay hijos adolescentes. Todo eso se ve. Eso es una bomba, claro, en eso. Si ella ha venido antes y está sola, depende del tiempo que lleve, pero en principio yo creo que lo que hay es un problema de..., ella dice que es digestivo pero en realidad es de adaptación a la nueva alimentación, porque comen en las casas y entonces claro, hay un cambio radical de los horarios y del tipo de alimentación, ¿no? Entonces eso les lleva... Eso les lleva a tener una alimentación muy desorganizada, porque luego intentan por la noche recuperar y de hacerse sus fríjoles, arroz y no sé qué, cosa que bueno, después de las comidas pues el ritmo de aquí pues como que no da para ese tipo de alimentación y alto consumo de bebidas gaseosas... Bueno, la Coca-Cola..., es decir, como que ahí necesitan compensar pues cosas que igual no han tenido tanto y como que son aquí más baratas; o sea, en proporción a lo que tú..., a tu poder adquisitivo, pues beber Coca-Cola es barata; pero no sólo la Coca-Cola, como tienen tanto..., cierta costumbre, sobre todo en Colombia y por ahí, de las bebidas..., de los jugos, pues se van a las tiendas y se inflan a jugos, que tienen unos azúcares que te mueres, porque no es la fruta de allí, que es que...

Ya, ya, ya...

*Si aquí me como los garbanzos de México, imagínese usted cómo han llegado aquí.
Es decir, que eso produce trastornos digestivos de estreñimiento, de tal...".*

(GD. P. Enfermería AP)

La alimentación tiene una gran importancia para la salud no sólo por su relación más directa con el desarrollo y el bienestar físico, sino por su trascendencia en la cuestión más simbólica e identitaria de los propios procesos de adaptación y de enraizamiento en la nueva sociedad y cultura cántabra. Además, la alimentación puede "sintomatizar" otros problemas derivados del proceso migratorio como, puede ocurrir, en algunos casos descritos, con una actitud bulímica.

En este contexto adaptativo, la falta de costumbre en la ingesta de ciertos alimentos en sus determinados modos de cocinarlos a la "española" o a la "cántabra", por ejemplo, con un mayor uso del aceite y de los "fritos", así como el incremento en la accesibilidad de refrescos azucarados, se transforma, a veces, en una "mezcla explosiva" por su repercusión en los desarreglos alimentarios y gástricos entre las personas inmigrantes.

Desarreglo alimentario, además, que es difícil de visualizar y de evaluar tanto por parte de la propia persona inmigrante, que cree mantener la misma pauta de consumo que en su país de origen, como por parte de los profesionales de salud, en la medida en que éstos suelen desconocer los componentes y aportes proteínicos, vitamínicos, de grasas, etc., de muchos de los productos consumidos fundamentalmente de origen latinoamericano y asiático por estos colectivos de inmigrantes.

En el contexto de esta situación de "desconocimiento" mutuo de las culturas y hábitos alimentarios, también reconocida en estudios realizados en Cataluña (Berra et al., 2004), los profesionales de enfermería subrayan la dificultad de ayudar a establecer una pauta de dieta saludable entre las personas inmigrantes a partir de los productos disponibles en el mercado de Cantabria¹⁵¹.

Además de la dificultad del idioma y de la comunicación ya señalada, los profesionales de enfermería apuntan la dificultad de sustitución de los platos y productos más específicos de sus países de origen por otros más propios de Cantabria. Por un lado, a veces la aparente sustitución de un producto por otro más o menos equivalente puede conllevar el mencionado problema de identidad y a un rechazo por parte de la persona inmigrante a realizar dicha "sustitución". Por otro lado, algunos de los productos que habitualmente se aconsejan para la realización de dietas más saludables, como es el consumo de pescado, frutas, verduras, etc., puede suponer además un gasto que no pueden costear importantes colectivos de la población inmigrante.

Este conjunto de dificultades conduce a los profesionales de enfermería a señalar la necesidad de varias líneas de trabajo a este respecto, como son:

- La formación de los profesionales del sistema de salud y el desarrollo de unas líneas de información institucional acerca de las características de los "productos" alimentarios consumidos más habitualmente por los principales colectivos de inmigrantes presentes en Cantabria¹⁵².

151 *Por lo que se considera necesario conocer los hábitos alimentarios de los colectivos inmigrantes para adecuar las prescripciones dietéticas y los planes de educación alimenticia respetando el valor cultural y religioso de la alimentación, como se destaca en Berra y colaboradores (2004).*

152 *La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria plantea la necesidad de "formación de los profesionales sanitarios en inmigración y salud, priorizando aspectos de medicina transcultural (hábitos dietéticos, itinerarios de sanación, concepto de salud-enfermedad, restricciones religiosas, efectividad de algunos medicamentos en diferentes etnias, etc.), tanto en el pregrado como en el postgrado y como formación continuada" (Vázquez-Villegas, 2006).*

- El desarrollo de dietas saludables en base a una adaptación y combinación de ciertos productos tradicionales y otros productos más asequibles en Cantabria de forma que se equilibre el mantenimiento del vínculo identitario (y del propio gusto) con la incorporación de nuevos productos y modos de cocinar que consigan reducir los mencionados desarreglos alimentarios.

6.4.3. La ausencia de inmigrantes en los programas de educación para la salud

La educación para la salud es un componente esencial de la oferta de servicios del sistema de salud de Cantabria que, de acuerdo al conjunto de profesionales del sistema de salud, no llega a la población inmigrante. La necesidad de trabajar para alcanzar a toda la población inmigrante supone al menos dos líneas de trabajo: por un lado adaptar los programas de salud a la población inmigrante para mejorar su eficacia, impacto y cobertura, y por otro lado, la necesidad de alcanzar aquella población que no acude a los servicios sanitarios por las barreras mencionadas y que por lo tanto deberían ser destinatarios prioritarios debido a su situación de mayor vulnerabilidad (Blázquez Rodríguez, et al., 2004).

Con la excepción parcial de la preparación al parto, los profesionales han puesto de manifiesto la prácticamente nula presencia de inmigrantes en el desarrollo de los programas correspondientes. Como explicación a esta ausencia de personas inmigrantes en los programas de educación para la salud, los profesionales sugieren que puede derivarse tanto de sus condiciones de vida y de trabajo como de la inexistencia de lo que podríamos llamar una cultura preventiva entre los mismos.

6.4.4. Las enfermedades infecciosas

A pesar de que en algunos medios de comunicación se suele presentar a la población inmigrante como un vector de desarrollo de las enfermedades infecciosas, especialmente de la tuberculosis, la incidencia de ésta en la población inmigrante en Cantabria es muy baja, en la opinión de las personas entrevistadas.

Hasta tal punto es patente la ausencia de casos, en la experiencia de los profesionales entrevistados, que esta problemática no surge en la discusión de los grupos. En todo caso, cuando se les pregunta, los profesionales mencionan dos tipos de enfermedades infecciosas: la **tuberculosis** y las enfermedades de transmisión sexual. Respecto a la primera, solo en algún caso anecdótico se ha referido la presencia de alguna persona inmigrante afectada, siendo seguidos estos casos desde Salud Pública¹⁵³.

Los profesionales entrevistados vienen a expresar, en todo caso, un imaginario en el que la presencia de la tuberculosis suele ser abundante en varios de los países de origen de los inmigrantes presentes en Cantabria. Este imaginario induce a concebir la tuberculosis como una enfermedad “importada” en la actualidad, por más que, desde una opinión más minoritaria pero relevante se señale que el posible desarrollo de la tuberculosis en los mencionados casos de inmigrantes es una consecuencia más directa de sus condiciones de vida en España que de su posible “importación” desde su respectivo país de origen.

153 Los datos de la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, muestran la baja incidencia de la tuberculosis, a pesar de que se observa una tendencia creciente de personas inmigrantes afectadas respecto al total de la región. En 2006 se registraron 86 casos de tuberculosis en personas españolas y 11 en inmigrantes (12,8% del total de casos). Durante 2007 hubo 86 casos en personas españolas y 15 en inmigrantes (17,5% del total). Y en 2008 se registraron 64 casos en población española y 16 inmigrantes (25% del total de casos).

En cuanto a las **infecciones y enfermedades de transmisión sexual**, los profesionales entrevistados apuntan más a la existencia de ciertas prácticas sexuales entre grupos de riesgo, que a la presencia como tal de un número de casos significativos en personas inmigrantes con infecciones de transmisión sexual¹⁵⁴.

Se señala, especialmente en el caso de la inmigración latinoamericana, cómo el proceso migratorio suele ir asociado a una recomposición de las redes familiares, a ciertos cambios de pareja y a unas prácticas de relaciones heterosexuales ocasionales fuera de la pareja más habitual que puede estar en el origen de algún caso de sífilis diagnosticado en algún centro de salud.

En todo caso, los profesionales entrevistados subrayan que el incremento de los casos de sífilis en España se debería más a la propia población autóctona joven que a la población inmigrante.

En algunas de las entrevistas realizadas, los profesionales han señalado la presencia en los centros de salud de **trabajadoras sexuales**¹⁵⁵⁻¹⁵⁶ (se han mencionado mujeres brasileñas y rusas) que trabajan en locales cerca de Torrelavega y de Castro Urdiales, pudiendo presentar problemas de salud relacionados fundamentalmente a enfermedades infecciosas. Estas mujeres presentan además dificultades añadidas de acceso al sistema de salud. Es relevante señalar la invisibilidad en el sistema de salud de los trabajadores sexuales masculinos que no son mencionados en ningún caso por los profesionales de los servicios de salud.

Por otro lado el colectivo de **transexuales** parece ser el más desconocido por los profesionales entrevistados, quienes mencionan algunos casos más de oídas que de experiencia propia, ya que estas personas suelen acudir a las asociaciones, más que a los centros de salud, para resolver sus problemas tanto legales y administrativos como de salud. Desde el punto de vista de estos profesionales, las transexuales, que en todo momento son identificadas como prostitutas, presentarían un perfil similar de riesgo y de dificultades de acceso al sistema de salud (idioma, presencia de los “chulos”, etc.) que el colectivo de trabajadoras sexuales. Es importante destacar aquí las dificultades añadidas, e invisibles en su mayoría al sistema de salud, que enfrenta este colectivo en el acceso a los servicios, primeramente en cuestión de identidad no reconocida. Además no existe en Cantabria, ni aun en muchas comunidades autónomas, una unidad de género que valore y trate las necesidades en salud de este colectivo que se ve obligado a acudir de forma privada a las comunidades que cuentan con estos servicios.

154 De acuerdo a los datos sobre SIDA de la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, en 2007 no se registraron casos en población inmigrante, aunque existen 7 casos en los que no consta la nacionalidad (2 mujeres y 5 Hombres). En el caso de la población autóctona se registraron el mismo año 3 casos en mujeres y 19 en hombres. En el año 2008 se registró un solo caso de una mujer inmigrante, 2 mujeres autóctonas y 9 hombres (existen 5 casos en los que no consta la nacionalidad).

155 Denominadas “prostitutas” por el colectivo de profesionales de los servicios de salud.

156 También constituyen un colectivo con problemáticas específicas identificado por las asociaciones de inmigrantes. Ver cuadro de colectivos con problemáticas especiales o en situación de vulnerabilidad en el capítulo 5.1.5.

6.5. La accesibilidad de la población inmigrante al sistema público de salud en Cantabria

Como se había mencionado al inicio de este capítulo en referencia a los discursos de los profesionales, son las trabajadoras sociales quienes más han hecho énfasis sobre las dificultades de accesibilidad de la población inmigrante al sistema de salud. Pero antes de entrar a analizar las opiniones expresadas a lo largo de la investigación acerca de la accesibilidad de las personas inmigrantes al sistema de salud en Cantabria, es necesario señalar el reconocimiento que hace una mayoría de profesionales, particularmente subrayado por el personal que trabaja en los servicios de administración y admisión en los diferentes niveles del sistema de salud, de la notable **falta de información del personal del sistema de salud acerca de las condiciones “jurídicas” de acceso y de atención a la población inmigrante.**

“Pero ni nosotros tenemos información. Porque realmente no tenemos información sobre las leyes de extranjería, ni sobre los derechos que tienen, ni sobre realmente cómo tenemos que trabajar con ellos. Es que nosotros estamos totalmente desinformados”.

(GD. P. Administrativo AP)

Asimismo, un importante sector del personal entrevistado ha señalado el **desconocimiento del funcionamiento efectivo de los procesos de atención y de derivación de las personas inmigrantes sin Tarjeta Sanitaria Individual** que puedan ingresar por el servicio de urgencias y que necesiten atención posterior.

“Pues efectivamente muchas veces primero les mandamos al médico de cabecera. Si es que vienen sin volante y sin datos les mandamos al médico de cabecera. Claro, ¿qué ocurre? Si es una persona, un adulto que no tiene Seguridad Social, se le explica que no se le puede atender, porque según la Ley de Extranjería no se le puede atender. Pues yo creo que en esos casos ellos se buscan la vida y se vienen a Urgencias, que es donde les atienden sin necesidad de los pasos previos a...”.

(E. P. Enfermería H. M.)

Esta carencia de información manifestada en ambos aspectos de la atención a la población inmigrante **dificulta el trabajo del personal del sistema de salud**, pudiendo incidir negativamente en la atención a las personas inmigrantes. Además, como veremos más adelante, **deja en manos del juicio de cada profesional la resolución de muchos de los problemas** concretos que se pueden presentar en la atención a este colectivo de usuarios del sistema.

Las opiniones de los profesionales entrevistados sobre la accesibilidad al sistema de salud en Cantabria están mediadas por dos cuestiones básicas:

- La accesibilidad general al sistema de salud
- Las condiciones concretas fijadas institucionalmente para la accesibilidad de las personas inmigrantes

En relación a la accesibilidad general al sistema de salud, hay que señalar que el **discurso dominante** y más generalizado entre los profesionales es que **el sistema de salud español es muy accesible**¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Para la posición de las personas inmigrantes en cuanto al acceso al sistema de salud ver capítulo 5.1.4. Etapas de relación con el sistema de salud. El tema del acceso constituye la principal preocupación para las entidades sociales que proveen servicios a la población inmigrante (capítulo 5.2.4.).

En el marco de las condiciones legales y teóricas del derecho a la asistencia sanitaria por parte del sistema público, ya mencionadas en este informe¹⁵⁸, se produce un fuerte debate entre los grupos de profesionales del sistema de salud en cuanto al grado de cumplimiento de estas condiciones y, de una forma más generalizada, respecto al grado de “igualdad” de acceso para todos, inmigrantes y autóctonos, al sistema de salud en Cantabria.

En primer lugar se deslindarían del debate **dos vías de acceso** que representan problemáticas diferenciadas:

- Por un lado el acceso **“formal”** al sistema a través de la TSI.
- El acceso **“informal”** al sistema de la población inmigrante sin TSI

Teniendo en cuenta esta dimensión de las formas de acceso más institucionales y regladas, vía TSI, o más informales, sin TSI, el análisis de las opiniones de los profesionales permite señalar la existencia de una **corriente de opinión mayoritaria y dos minoritarias** relativamente matizadas en relación con esta problemática del acceso.

1) La corriente mayoritaria y central que señala la **relativa facilidad de acceso** al sistema de salud cántabro. La mayoría de los profesionales entrevistados, en función de su propia experiencia en los centros sanitarios, reconoce la existencia de ciertas barreras institucionales para el acceso de toda la población inmigrante al sistema de salud, aunque al mismo tiempo señalan que, como resultado de las distintas **vías “informales”** que se desarrollan, ningún inmigrante se queda en Cantabria sin la asistencia sanitaria en caso de que la necesite. Una de estas vías “informales” más utilizadas sería el uso del Servicio de Urgencias de la red hospitalaria y de la Atención Primaria como puerta de entrada en el sistema de salud, el cual atiende a las personas inmigrantes que acuden a dicho servicio independientemente de su situación administrativo-legal.

En segundo lugar, los profesionales entrevistados apuntan a como informalmente se buscan “caminos” o “artilugios” para poder resolver de forma puntual la demanda de atención sanitaria que se presenta directamente en los centros de salud, sin utilizar la puerta de Urgencias. De igual forma subrayan que independientemente de la situación administrativo-legal y de la posesión de TSI o del número de Seguridad Social, si el inmigrante acude a un centro de salud siempre se le atiende, como resultado de la propia **ética profesional** de los trabajadores de la salud.

2) La corriente minoritaria que mantiene la facilidad de acceso al circuito sanitario de la población inmigrante en la misma medida que para el conjunto de la población autóctona. Esta posición se fundamenta desde una doble perspectiva:

- **La población inmigrante está suficientemente bien informada** sobre el funcionamiento del sistema de salud español, como para saber acceder al mismo y poder utilizar su oferta de recursos.
- **El acceso a la TSI es muy fácil**, en la medida que los requisitos que se plantean pueden ser satisfechos por el conjunto de la población inmigrante.

¹⁵⁸ En relación con las condiciones concretas de acceso de la población inmigrante al sistema de salud en Cantabria, como ya se ha mencionado, cualquier persona inmigrante tiene garantizado el acceso al mismo sólo por el hecho de estar empadronada en cualquiera de sus municipios. Asimismo, aquellas personas inmigrantes que no estén empadronadas tienen garantizado el acceso a la asistencia sanitaria pública de urgencia en casos de enfermedades graves o accidentes, sea cual sea la causa, y a la continuidad de la atención hasta el alta médica. Igualmente tienen derecho a la asistencia los extranjeros no empadronados menores de 18 años y las embarazadas durante en el embarazo, el parto y el posparto. Ver capítulo 1.4. Marco Legal Autonómico.

En el seno de este sector de profesionales se ha expresado un núcleo cuya opinión acentúa la dimensión de la accesibilidad y una cierta deriva hacia el posible **“abuso” en la utilización del sistema** por parte de un sector de la población inmigrante.

3) La corriente minoritaria, entre quienes destaca el grupo de trabajadoras sociales, **que señala la dificultad de acceso al sistema de salud**. Esta corriente mantiene que no sólo hay dificultades de obtención de la TSI sino que existen además otra serie de problemáticas (falta de información, limitaciones que se presentan por las condiciones de trabajo, miedo de las personas inmigrantes “sin papeles”, etc.) que actúan a modo de frenos para acceder al sistema de salud, ya sea con TSI o por la vía de Urgencias o cualquier otro resquicio del sistema. De esta forma, **podría quedar un número indeterminado de inmigrantes sin la adecuada atención sanitaria**. Esta corriente de opinión es la mas cercana a las opiniones vertidas dentro del tejido social, tanto de personas inmigrantes como de entidades sociales proveedoras de servicios.

Para este sector de profesionales existe una clara desinformación y un cierto miedo en algunos colectivos de inmigrantes que actúan como **barreras** a la demanda de empadronamiento y a la solicitud de la TSI, y por tanto al acceso al sistema de salud, como ya indicaron tanto las personas inmigrantes entrevistadas como las entidades sociales. La dificultad para empadronarse¹⁵⁹ es señalada en relación a varios factores, como son: el difícil acceso a la información existente, la movilidad de ciertos sectores de trabajadores inmigrantes, y el propio miedo a empadronarse si no se dispone de permiso de trabajo o de residencia que genere una sensación de protección. Se destaca que un número indeterminado de personas inmigrantes que no cuenta con estos permisos pero que tiene derecho a la solicitud de empadronamiento y de TSI, no se atrevería a solicitarlo por “miedo” a ser localizados y a que pueda ser utilizada dicha información por la policía en perjuicio del solicitante.

“...en Santander para poder entrar a los centros de salud existe eso, existe ese miedo a: “Si aquí van a cruzar datos; aquí van a ver que no sé qué”.

(GT. P. Trabajo Social AP. M.)

A estas **dificultades al empadronamiento, y por tanto a la solicitud de la TSI**¹⁶⁰, se añadiría el requisito de un certificado de alquiler o de propiedad, en todo caso de “residencia” de forma regular en una vivienda. El acceso a dicho documento inicial entraña a veces una serie de dificultades, ya sea por las propias condiciones de contrato formal de la vivienda o de “contrato informal” con las personas que cohabitan en la misma, o por el coste económico que, en algunos casos, habría que afrontar para conseguir el documento necesario. Como señalan las trabajadoras sociales, en algunos casos, las personas inmigrantes se verían obligadas a desembolsar una cierta cantidad de dinero al “titular” del contrato de la vivienda para que éste les facilite la documentación necesaria para poder realizar el proceso administrativo del empadronamiento.

En este mismo sentido de las posibles dificultades de acceso a la TSI, tanto el personal administrativo como las trabajadoras sociales han puesto de manifiesto la existencia de **problemas lingüísticos, culturales y de comunicación** que pueden dificultar la relación con la población inmigrante e incidir negativamente en su tramitación.

¹⁵⁹ El estudio de la Comisión Europea sobre equidad en el acceso a los servicios de salud, destaca que las principales barreras de acceso en España se encuentra en las dificultades que existen para empadronarse (European Commission & Directorate-General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities, 2008).

¹⁶⁰ Ver Anexo 1: Requisitos previos de acceso a la TSI en Cantabria.

Este sector de profesionales destaca igualmente las propias **condiciones de trabajo de las personas inmigrantes** como otro posible obstáculo a la atención sanitaria, tanto por la incompatibilidad con los horarios de trabajo como por la renuencia a pedir unas horas al empresario para la consulta médica por temor a perder el empleo. Por último, de una forma minoritaria dentro de este colectivo de profesionales se apunta a los **hábitos de relación con los sistemas sanitarios en los países de origen**, así como a la supuestamente generalizada **ausencia de una cultura “preventiva” en el ámbito de la salud**, como posibles barreras de acceso a los programas de promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria.

El resultado de todo ello, en el decir de este sector de profesionales, es la **existencia de una bolsa de personas inmigrantes sin TSI**, por más que no se pueda determinar con exactitud su cuantía y por tanto su importancia relativa en el conjunto de la población inmigrante¹⁶¹.

A modo de conclusión, en el siguiente cuadro hemos sintetizado las tres posiciones básicas que han expresado los profesionales ante la cuestión del acceso al sistema de salud público por parte de las personas inmigrantes en Cantabria.

Sistema de discursos existentes entre los profesionales del sistema de salud sobre la accesibilidad a la atención sanitaria pública en Cantabria

DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD		
Corriente minoritaria que sostiene la existencia de dificultades de acceso al sistema	Corriente mayoritaria y central que reconoce dificultades de acceso que se resuelven de forma individual e informal	Corriente minoritaria que defiende la facilidad de acceso al sistema de salud
Existen barreras institucionales para el acceso al sistema de salud por parte de la población inmigrante.		La población inmigrante tiene fácil acceso al sistema de salud.
Existen barreras para conseguir la TSI.		Es fácil obtener la TSI.
Existe un importante colectivo de inmigrantes sin TSI.		La mayoría de inmigrantes tiene TSI.
Quedaría un número indeterminado de inmigrantes sin la adecuada atención sanitaria.	Pese a ello, las personas inmigrantes acceden al sistema de salud, siendo siempre atendidos por los profesionales del mismo.	La mayoría de inmigrantes dispone de la información como para saber, usar (y abusar) del sistema.

¹⁶¹ Se estima alrededor de 5.663 personas sin TSI en Cantabria a 1 de enero de 2009. Ver capítulo 4.2. Acceso de la población inmigrante a la TSI en Cantabria.

6.5.1. La problemática de la atención a la población inmigrante sin TSI

Los profesionales entrevistados desconocen la estimación del número de inmigrantes sin TSI y sin documentación. En todo caso, el personal administrativo de los Centros de Atención Primaria señala que en su trabajo tienen más peso y presencia numérica la población inmigrantes sin TSI, o carentes de documentación en general, que las personas inmigrantes con la documentación en regla para ser atendidos como cualquier autóctono.

“Porque vienen normalmente sin ningún tipo de documentación; o sea, tú les tienes que dar..., les tienes que mandar a la Seguridad..., al INSS, les tienes que decir todo lo que tienen que hacer; unas veces lo traen bien, otras mal....”.

(GD. P. Administrativo AP)

La atención a la población inmigrante sin TSI, como en general la atención a toda persona sin TSI, sea cual sea su país de origen, presenta, en el decir de los profesionales entrevistados, una problemática singular en relación con el siguiente conjunto de cuestiones:

1. **El acceso al sistema y la identificación personal**, especialmente destacado por el personal administrativo de los centros de salud.
2. **La pluralidad de criterios de respuesta** desarrollados por las dos gerencias de Atención Primaria y por la diversidad de equipos y profesionales preocupa principalmente a los profesionales de salud de Atención Primaria.
3. **La dificultad del seguimiento médico** es fundamentalmente señalado por los profesionales sanitarios de la red hospitalaria¹⁶².

6.5.1.1. El acceso al sistema y la identificación personal

Una de las problemáticas más subrayadas por el personal administrativo de los centros de salud es **la dificultad de identificar correctamente a una persona inmigrante**.

“No conoces a veces si es nombre o..., no sabes cuál es el nombre o el apellido, entonces fichas duplicadas, mal hechas....”

Para averiguar cuál es el nombre y el apellido... Pero el problema nuestro es que no tenemos información, porque nos tendrían que haber enseñado un pasaporte cómo era..., cuál era el nombre y cuál el apellido, porque lo estábamos metiendo mal en todos los rumanos”.

(GD. P. Administrativo AP)

La **dificultad del idioma**, el hecho de que en cada país de origen existe un hábito diferente de escribir la secuencia de los nombres y apellidos (en unos, el nombre figura en primer lugar seguido de los apellidos, en otros lugares sucede al revés), la inexistencia de fotos identificativas y otras cuestiones similares, generan ya un primer y engorroso problema de saber quién es la persona que accede al sistema de salud sin TSI y con la documentación de su país de origen (pasaporte, por ejemplo). Situación aún más difícil en el caso de los subsaharianos que acceden al sistema sin el pasaporte y sin prácticamente ningún tipo de documentación.

¹⁶² También señalado por las personas inmigrantes y por las entidades que proveen servicios entrevistadas en este estudio.

La problemática de la correcta identificación de la persona inmigrante presenta, en el decir del personal entrevistado, una doble repercusión según el nivel asistencial que estemos considerando:

- En el terreno más estrictamente administrativo representa un **incremento** de la carga y, sobre todo, del **tiempo de trabajo** de quien le está atendiendo. En un segundo momento, la incorrecta identificación de la persona genera un considerable **problema burocrático** (duplicación de historias, no reconocimiento de la historia en caso de que la escritura del nombre o del apellido presente alguna falta o modificación de la misma, etc.); problema aún más importante si se tiene en cuenta que no parecen existir criterios unificados de cómo rellenar las fichas, de cómo escribir los nombres y apellidos (fonéticamente cuando no presentan papeles). En este sentido, la dificultad de la propia escritura de los nombres de las personas inmigrantes se ve acentuada por la existencia de **diversos criterios de recogida de la información en los distintos centros de salud**, con la consiguiente **multiplicación de tarjetas**, usos indebidos de las mismas, **dificultades del seguimiento**, confusión entre los usuarios, etc.
- En el terreno de la asistencia sanitaria más estricta, esta problemática de la correcta identificación de la persona inmigrante puede traducirse, por ejemplo, en errores en el diagnóstico o en la medicación, si se acude a una historia clínica asignada a otra persona de nombre o pronunciación del mismo muy similar, como se relata que ocurre con inmigrantes de origen marroquí.

6.5.1.2. La pluralidad de criterios de respuesta

Los profesionales entrevistados subrayan la pluralidad de criterios de respuesta a los problemas presentados por la población inmigrante en los diferentes niveles de gestión y asistenciales, con los consiguientes efectos negativos que puede producir dicha disparidad:

- Entre las dos Gerencias de Atención Primaria
- Entre los distintos centros de Atención Primaria
- Entre la diversidad de profesionales dentro de cada equipo

La mencionada **disparidad de criterios** se extiende desde dimensiones aparentemente más banales, como pueden ser los horarios de acceso a los sistemas informáticos, hasta dimensiones expresamente más relevantes como son los diferentes criterios de respuesta institucional en la atención a inmigrantes con el permiso de residencia “vencido” o en trámite de nuevo permiso. Según se relata en el grupo de personal administrativo, mientras en una gerencia se daría automáticamente de baja la TSI, en la otra no parece ocurrir así. En este mismo sentido, no hay una consistencia entre equipos y profesionales en cuanto a la firma de recetas médicas a los pacientes inmigrantes sin posesión de TSI.

De ahí que el personal administrativo sobre todo, haya subrayado **la importancia de la coordinación y de la unificación de criterios de actuación** entre las dos Gerencias de Atención Primaria y entre los distintos niveles de atención dentro de cada centro de salud y, en general, entre el conjunto de actores relacionados con la asistencia sanitaria en cualquiera de sus niveles de intervención.

Las respuestas adoptadas por los equipos y profesionales para atender a la población inmigrante sin TSI:

Los profesionales entrevistados subrayan el dilema práctico que tienen que resolver en cada ocasión que se en-

frentan a una demanda de asistencia por parte de una persona sin TSI. Por un lado, desde el punto de vista jurídico e institucional se sabe o se cree saber que una persona sin TSI debe ser atendida de acuerdo a los supuestos marcados en la Ley de Extranjería. Por otro lado, la ética profesional y, en general, el espíritu de la Ley de Sanidad, tal como la entienden la mayoría de los profesionales del sistema de salud, les conduce a atender y a dar salida a la demanda de atención sanitaria por parte de las personas inmigrantes, independientemente de su situación administrativo-legal o posesión de TSI.

“Y creo que además que acudir a mi consulta es muy fácil, a cualquiera de nuestras consultas; la tarjeta sanitaria es muy facilita de sacar. ¿Que no la tienen? Bueno, pues me le apuntas como desplazado, le veo, y vamos mientras sacando la tarjeta. Hay excepciones como esta mujer que ya os he contado, ¿no?, que está embarazada... Que bueno, tendrá que tramitar otras cosas..., pero desde luego la Urgencia siempre se la..., siempre se la atiende, ¿no?, lo que tú decías...”.

(GT. P. Trabajo Social AP. M.)

El problema surge en relación con el cómo canalizar administrativamente dicha atención en la medida que las normas y los dispositivos (incluidos los sistemas informáticos) no están diseñados para “admitir” dichas situaciones y los profesionales tienen que buscar “rodeos” para atender a la población inmigrantes sin TSI sin verse “penalizados” por las propias instituciones del sistema de salud.

Las formas de arbitrar estos “rodeos” son muy variadas, pudiéndose diferenciar, en todo caso, entre aquellas más generalizadas como resultado de una “aplicación más o menos flexible” de las propias normas existentes, y las más personalizadas y minoritarias.

Las respuestas más generalizadas: en primer lugar conviene recordar que, como es sabido por una mayoría¹⁶³ y se ha mencionado previamente en este informe, la existencia de la base jurídica que garantiza la atención sanitaria de Urgencias a todas las personas, así como a las embarazadas y menores de 18 años, abre la puerta a la resolución de dos de las demandas más generalizadas de atención por parte de las personas inmigrantes: la atención a **las embarazadas y los niños**, y las visitas a **Urgencias**. La única salvedad manifestada por los profesionales es la **incomodidad del incremento del “papeleo”** y la **difícil tarea de la gestión** de las “derivaciones” a los diferentes profesionales y servicios que hay que movilizar para resolver formalmente la atención.

“Yo por ejemplo en los niños si tengo que..., bueno, si no tiene tarjeta es un rollo porque si tienes que hacerle una analítica o una interconsulta tienes que hacerlo a mano.

Y luego, bueno, no sé lo que harán con la interconsulta. Y las recetas por ejemplo pues como alguna vez tuve algún problema y en farmacia me dijeron que podía poner lo de Ley 1/96, que les...

Tú haces la receta a mano, pones el nombre, y Ley 1/96. En vez de poner número de la Seguridad Social, Ley 1/96...”

(RG. Coord. EAP. M.)

¹⁶³ Se señala esta dimensión mayoritaria porque en la investigación se ha encontrado un número relevante y significativo de profesionales que declaran no conocer la legislación existente en cuanto a la atención a las personas sin TSI.

Más allá del debate sobre qué tipo de demanda puede considerarse como “urgente”¹⁶⁴, en el caso de las personas sin TSI que no son mujeres embarazadas, ni niños, el acudir al recurso de la consideración de la atención como “urgente” es otra de las vías más utilizadas para hacer frente a una posible demanda de atención sanitaria por parte de un inmigrante sin TSI.

“Los casos que vienen sin papeles...”

Se les atiende. Por ejemplo, a esta mujer se la atiende.

Se les atiende en la emergencia y en la urgencia, y luego se les dice que hay que hacerse la tarjeta sanitaria pues para poder ir a consultas de otro tipo, ¿no? ”.

(GT. P. Trabajo Social AP. M.)

En otros casos, la forma de atender a las personas inmigrantes sin TSI, en especial, cuando requieren de alguna medicación que dicha persona no puede pagar, es acudir a la posible existencia y donación de las “muestras” gratuitas de medicamentos que suelen tener los médicos, derivarlo a la trabajadora social del centro de salud para que pueda, vía servicios sociales, ayudar a resolver la financiación de la medicación o, en su defecto, reenviar directamente a la persona a las Urgencias hospitalarias donde “se supone” pueden ser atendidos de una forma más eficaz y completa.

Las soluciones más particularizadas surgen para tratar de atender sanitariamente a la población inmigrante sin TSI mayor de 18 años, no embarazada y que no expresa una demanda urgente de atención.

Es en este tipo de situaciones se suele acudir a una serie de **caminos “informales”** para responder positivamente a dicha demanda de asistencia. Los más mencionados y supuestamente practicados serían:

- Tratar el caso como urgente, aunque no lo sea
- La receta en blanco
- Promover la realización de un seguro privado (en el caso de ciertos colectivos de inmigrantes que cuentan con un mínimo de recursos)
- Acudir a la consideración de la persona inmigrante sin TSI como desplazada.
- El uso de la TSI por parte de varias personas

Desde el punto de vista legal, acudir **a la figura del desplazado o de “tarjeta en trámite”** permite desarrollar durante un cierto lapso de tiempo la atención sanitaria a las personas inmigrantes sin TSI. Ahora bien, acudir a dicha figura presenta distinto tipo de problemas, tanto desde el punto de vista de la atención en sí, como de la gestión administrativa de la propia figura (el sistema informático parece rechazar dicha posibilidad), o como desde la posible desviación de los profesionales y equipos que acudan a la misma, de los objetivos fijados por la dirección de las gerencias que, en el decir de los profesionales entrevistados, parecería “penalizar” la tramitación de la figura del “desplazado”.

¹⁶⁴ La mayoría de los profesionales entrevistados consideran que hay que aceptar como “urgente”, gestionarla y tratarla institucionalmente como tal, a cualquier demanda de asistencia que sea explicitada como tal por parte del usuario.

“...No dispones de ninguna atención urgente y no tiene datos, y no te deja pasar el programa, y entonces tienes que hacer una ficha corta, y eso te está penalizando a ti. Tú le estás atendiendo con buena cara pero sabes que eso te está penalizando.

¿por...?

Porque tú no tienes que hacer ficha corta. Nos permiten menos de un 10% de ficha corta.

Nos lo valoran para productividad. .”

(GD. P. Administrativo AP)

Una de las fórmulas utilizadas radica en lo que podríamos llamar la Tarjeta Sanitaria Multipersonal (TSM.) en lugar de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). En estos casos, parecería que la TSI es utilizada no tanto para resolver una demanda individualizada de atención sanitaria sino como medio para pagar la medicación necesitada por alguna otra persona diferente al titular de la misma.

“Pues nos ha pasado veces de decirnos que hay uno legal en la familia, si les podemos hacer las recetas a nombre de esa persona para que no tengan que pagar toda la... Eso es muy frecuente; dentro de lo que vemos allí”.

(GT. P. Médico H. M.)

6.5.1.3. La dificultad del seguimiento médico

En este mismo sentido, la tercera gran problemática señalada por los profesionales entrevistados en relación con la atención a las personas inmigrantes sin TSI se refiere a la dificultad, por no decir práctica imposibilidad, de realizar un adecuado seguimiento del paciente a lo largo de su posible paso por los diferentes niveles de la atención sanitaria.

“Sobre todo de..., luego muchos de ellos que no tienen Seguridad Social o que no tienen médico de cabecera pues le pones el tratamiento pero luego te puedes quedar con la incertidumbre de si te han entendido bien, si lo cumplirá, si no lo cumplirá... A veces te lo puedes volver a citar para intentar hacer tú el seguimiento; hay veces que vienen, otras que no..., entonces en ese sentido sí que se queda un poco descolgado el paciente.”

(GT. P. Médico H. M.)

6.6. Las dimensiones que inciden en las relaciones entre el personal del sistema de salud y las personas usuarias inmigrantes

Del conjunto de características socioeconómicas, laborales, étnicas, culturales, lingüísticas, etc. que presentan las personas inmigrantes, el personal entrevistado tiende a subrayar aquellas “variables” que más relación tienen con lo que podríamos denominar una aproximación “identitaria” y “cultural” al fenómeno de la inmigración. En este sentido, a la hora de analizar las relaciones de las personas inmigrantes con el sistema de salud se ha señalado la importancia de:

1. El idioma y la comunicación.
2. El “trato” del personal del sistema de salud y las relaciones con las personas usuarias inmigrantes.

En función de este conjunto de dimensiones, aunque el personal entrevistado subraya que no se puede hablar de los inmigrantes como un todo homogéneo, establece por otra parte, como ya se ha descrito en cuanto al afrontamiento del dolor, una división de los colectivos inmigrantes por grandes zonas “geográficas” de procedencia, más que por países o por grupos étnicos o culturales:

- Sudamérica (expresada así aunque se refieren a la región latinoamericana)
- Europa del este
- Marruecos
- África subsahariana
- China
- Portugal

Este sistema de clasificación no deja por otra parte de reproducir, ampliar y matizar el gran sistema de diferencias que se establecen más en general por parte de la sociedad y los medios de comunicación.

6.6.1. El idioma y la comunicación

El idioma emerge en las entrevistas y grupos como la dimensión central y más importante a la hora de caracterizar a la población inmigrante y de diferenciar entre la diversidad de colectivos. Asimismo, el idioma es la dificultad que más directamente afecta a la relación entre el personal sanitario con las personas inmigrantes que acuden a los servicios de salud y que constituye el principal “problema” que plantea la presencia de la inmigración en Cantabria¹⁶⁵.

La cercanía al español y la mayor o menor rapidez en su aprendizaje sirve por un lado para diferenciar entre las grandes agrupaciones de colectivos inmigrantes. Sin embargo, el español como idioma común, en el caso de las personas procedentes de países latinoamericanos, invisibiliza por otra parte las diferencias entre colectivos, grupos étnicos y países muy diferentes entre sí, que cuentan además con otras lenguas nativas.

De la misma forma, es muy distinta la inmigración procedente de Rumanía, de Moldavia o de Rusia por más que dichos países se les califique del “este” de Europa, o el colectivo “subsahariano” que integra poblaciones de origen muy diferente (Mali, Senegal, Guinea,..) y de idiomas muy distintos (wolof, soninké, mandinga...), aunque por haber sido la mayor parte de países del oeste africano antiguas colonias francesas, sea el francés mayoritariamente el idioma común de referencia.

Los profesionales entrevistados en todo caso, tienden a diluir estos matices y a construir un cierto gradiente de proximidad-distancia en relación a la estricta facilidad de comunicación verbal vía idioma más o menos compartido.

.....
 165 La comunicación en la atención a población inmigrante es un problema compartido entre los profesionales de salud en otras Comunidades Autónomas (Vázquez Navarrete, et al., 2009).

“Yo he tenido sudamericanos y no hay ningún problema. También he tenido una marroquí que no..., todavía sigue sin saber hablar absolutamente nada y es muy complejo. Yo creo que sí tiene razón en el aspecto de la comunicación, pero por lo demás no veo yo mucha problemática”.

(RG. Coord. EAP H.)

En este sentido, para el discurso dominante entre el personal de salud y administrativo, el idioma sería en principio el único problema que se plantearía en la atención sanitaria a las personas inmigrantes. Dicha problemática repercutiría negativamente en varios planos de la relación con los usuarios inmigrantes: desde el incremento del tiempo de la atención, a la inquietud por el diagnóstico y las dudas sobre la comprensión de los diagnósticos y las medidas sanitarias aconsejadas.

La práctica totalidad de profesionales entrevistados señala que la dificultad idiomática conlleva una mayor lentitud en la comunicación y una mayor dificultad en la comprensión, lo cual comporta una necesidad de buscar otras formas de comunicación menos rápidas en su eficacia comunicativa, como es el lenguaje no verbal, lo cual se acaba traduciendo en que las personas inmigrantes con mayor dificultad lingüística suponen un **incremento del tiempo de la atención**.

En lo que respecta a la comunicación en su sentido más amplio, una minoría de profesionales apunta la existencia de un doble problema de comunicación que va más allá de la cuestión del idioma. En primer lugar se señala que el hecho de **utilizar el castellano**, incluso como lenguaje materno, **no es garantía de una buena comunicación**¹⁶⁶ 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.

“...entonces aunque nosotros intentemos... Hablamos el mismo idioma, sí; pero no hablamos lo mismo, ni comunicamos, ni queremos decir lo mismo cuando decimos una cosa, ¿no?, ni ellos te lo entienden igual tampoco, aunque sean latinos”.

(GD. P. Médico AP)

En segundo lugar, y en plena coincidencia con lo observado a este respecto en otras comunidades autónomas como Cataluña (Vázquez Navarrete, et al., 2007), los profesionales médicos señalan la existencia de **dificultades de comunicación a la hora del diagnóstico y tratamiento** de las dolencias y problemas de salud de los pacientes inmigrantes, así como del seguimiento de la medicación prescrita, como ya se ha mencionado anteriormente. Estas dificultades parecen derivarse de lo que podríamos llamar diferentes “códigos expresivos de los problemas de salud”, es decir, que ciertos colectivos de inmigrantes utilizarían unos códigos “culturalmente” más próximos a la cultura sanitaria dominante en el sistema de salud español, mientras que otros, independientemente del grado de conocimiento del castellano, hablarían de sus malestares con unos códigos expresivos más alejados de los mencionados códigos dominantes en España.

Aunque la mayoría de los casos atendidos no conllevan una dificultad diagnóstica, en situaciones más graves, como en los casos de algunas urgencias hospitalarias, la dificultad derivada del idioma se incrementa, más aún cuando se suma un problema de comunicación más amplio como puede ser:

¹⁶⁶ Las personas inmigrantes entrevistadas opinan igualmente en este sentido. Ver capítulo 5.1.3. Percepciones sobre el sistema de salud.

- Los nombres que en cada cultura son utilizados para describir la multiplicidad de síntomas.
- La falta de conocimiento sobre los fármacos prescritos en otros países y que en España pueden denominarse de otra forma.
- La sintomatología y patología que en el contexto de cada cultura social y sanitaria de referencia pueden ser descritas y denominadas de forma muy diferente.

Los profesionales médicos de Urgencias entrevistados señalan cómo el lenguaje no verbal de los signos corporales y la propia realización de las pruebas clínicas ayudan a reducir el nivel de incertidumbre en el diagnóstico, aunque la duda, la ansiedad por la certeza no deje de estar presente.

A esta relativa sensación de inseguridad se añaden **las dudas sobre la comprensión de los diagnósticos y de las medidas sanitarias aconsejadas** por parte de los pacientes inmigrantes.

“...toda la gente jovencina que viene, que se embaraza... Claro, todas esas chicas vienen a la consulta, y se va a seguir un embarazo; y estamos ahí pues el ginecólogo, la matrona, la enfermera, yo... ¿Y cuánto pilla la chica de todo lo que le decimos?

Ni tampoco te puede contar cómo se siente...”.

(GD. P. Médico AP)

6.6.2. El trato del personal del sistema de salud y las relaciones con las personas usuarias inmigrantes

Junto al “idioma” aparece constantemente en las entrevistas la cuestión de la mayor o menor “facilidad del trato” con la población inmigrante como la otra gran dimensión relacionada con la facilidad de comunicación en el seno de las relaciones entre profesionales del sistema e inmigrantes.

En plena coincidencia con lo observado en Cataluña (Vázquez Navarrete, et al., 2007), si el no compartir formalmente el “idioma” produce un tipo de dificultad en la comunicación, el genera otra problemática en la relación que se valora de una forma más crítica por parte de los profesionales. Hasta cierto punto, las dificultades derivadas del “idioma” serían justificables, al menos durante el lapso de tiempo que se requiere para que los colectivos inmigrantes que no lo hablan puedan aprender el castellano. Sin embargo, las dificultades derivadas del tipo de trato producirían problemas en la comunicación con las personas inmigrantes más intensos y menos comprendidos y compartidos por parte de los profesionales entrevistados.

De hecho, y desde este nuevo punto de vista, se produce una práctica inversión en cuanto a los colectivos de inmigrantes con los que, según los profesionales entrevistados, resulta más fácil o más difícil tratar: siendo los latinoamericanos, con quienes se comparte idioma, caracterizados como los pacientes más problemáticos. Es decir, el “idioma” que aparece en un primer momento como la piedra angular de la “comunicación”, en un segundo momento se proyecta como una situación que, de la misma forma que puede facilitar la relación, también puede perjudicarla si va asociada con lo mayor facilidad de expresar lo que caracterizan como actitudes más “exigentes” o “reivindicativas”.

“Yo hispanos, y para mí son los peores, porque es que es eso, son muy exigentes y son muy demandantes. Y además a mí lo que más me molesta, porque yo veo la pérdida, es que tienen mil

citas y luego no van; o llegar tarde; llegan cuando les da la gana, o sea, y encima quieren que les atiendan. Es el problema... No tienen la conciencia de: "Si me han dado a las ocho, puede que el médico no me vea hasta las ocho y media, pero eso ya es culpa del médico, de que lleva un retraso, y además yo tengo que asumirlo pero yo tengo que estar a mi hora". Ellos llegan cuando les da la gana. Igual tienen la cita a las ocho y llegan a las doce: "Y aquí estoy yo, y que me vea".

(GD. P. Administrativo AP)

Frente a esta supuesta actitud más exigente y reivindicativa de los "latinoamericanos", se situaría el colectivo de los llamados "subsaharianos"¹⁶⁷. Muy distantes desde el punto de vista idiomático y con un abordaje difícil de la comunicación por dicha razón, su actitud más "adaptada" y "dócil", se llega a caracterizar como facilitadora, en gran medida, del trabajo del profesional del sistema de salud.

"El senegalés es más..., no es sumiso a lo mejor la palabra, pero es de otra forma..."

"(El senegalés) es más tranquilo".

"Es lo que decía XXX; es más tranquilo, está más a lo que..., a que le ayudes más que a otra cosa".

(GD. P. Administrativo AP)

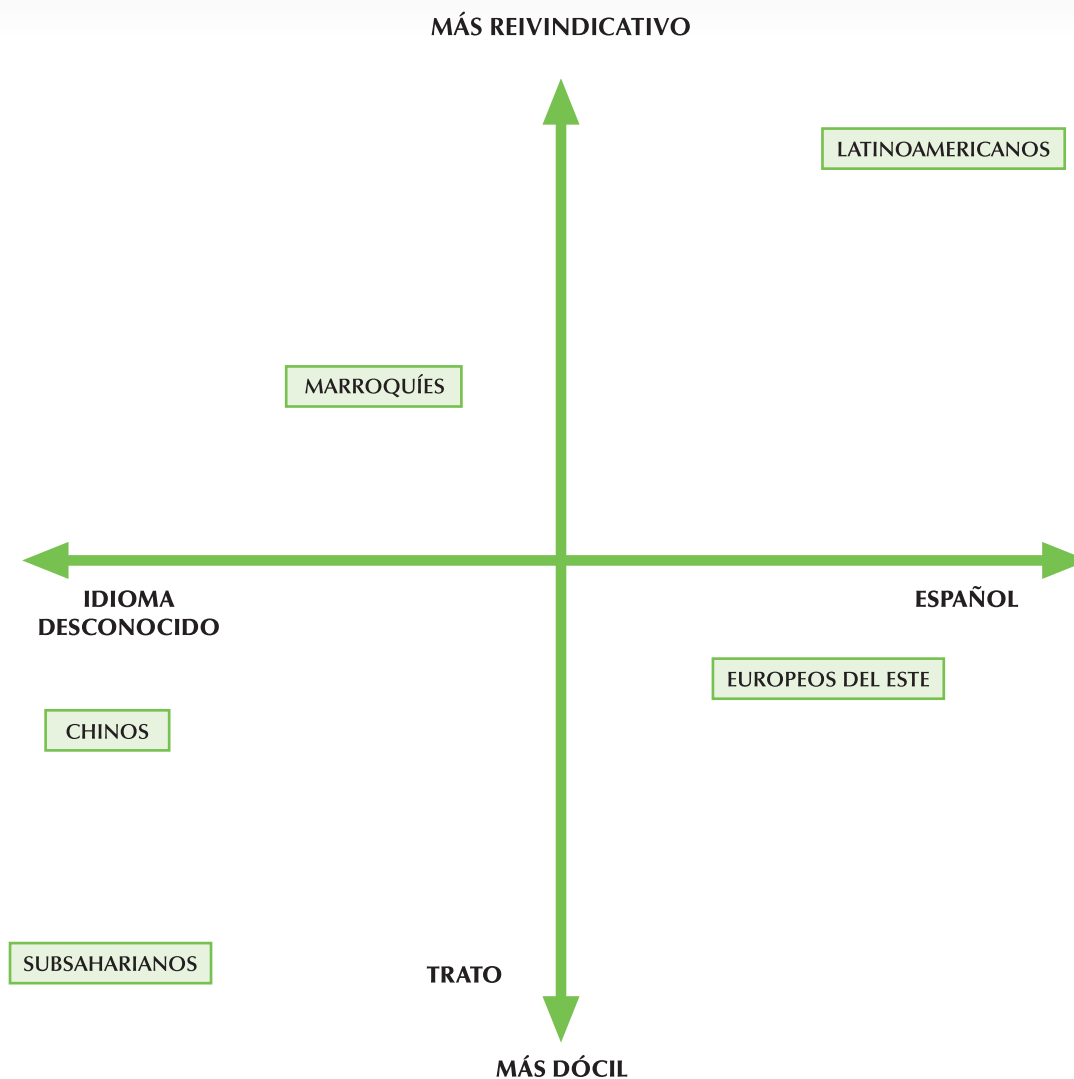
Entre ambos polos de la "exigencia" y de la mayor "docilidad" se situarían, en la imagen dominante construida por los entrevistados, los otros colectivos anteriormente mencionados.

- Las personas marroquíes, con una cierta división de opiniones, tienden a proyectar la imagen de una comunidad relativamente exigente y reivindicativa en relación con el sistema de salud.
- Los inmigrantes procedentes de los Países del Este de Europa proyectan una imagen de personas más adaptadas, que tienden a aceptar las reglas y normas del sistema de un modo más próximo a lo que pueda ocurrir con la propia población española.
- El colectivo "chino" vendría a proyectarse en una posición intermedia entre las personas subsaharianas y las procedentes de los ex Países del Este, en la medida en que su trato expresivo con el sistema de salud es siempre muy positivo y sonriente, por más que los profesionales expresen sus dudas acerca de la sinceridad de dicha respuesta expresiva y la valoren más bien como una puesta en escena ante la dificultad de la comunicación, entre otros factores.

De este modo, centrándonos en la problemática de la comunicación en función de la citada doble dimensión del idioma y del trato, en el siguiente mapa hemos tratado de representar la situación "relativa" de cada colectivo de inmigrantes en función del sistema de representaciones sociales y profesionales dominantes producidas por los interlocutores de la investigación a este respecto.

167 Desde el punto de vista del trato, en concordancia con nuestro estudio, Vázquez Navarrete y colaboradores (2007) señalan en el estudio sobre "Atención a la salud de los inmigrantes: necesidades sentidas por el personal responsable" en Cataluña, que los subsaharianos también son identificados con una actitud más pasiva, más manejables y más adaptables mientras que los latinoamericanos son percibidos como más exigentes.

**ESQUEMA DE IMÁGENES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS POSIBLES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN
CON LOS DIVERSOS COLECTIVOS DE INMIGRANTES POR PAÍSES DE ORIGEN**



Este esquema sintético de las representaciones sociales muestra como la dimensión que más “penaliza” y más carga negativamente a la imagen de las personas inmigrantes es la asociada con la dimensión vertical de lo “reivindicativo” versus la “docilidad”.

Una minoría de profesionales entrevistados señala por otro lado cómo el “trato” con los pacientes inmigrantes puede dar lugar a un problema de comunicación con dichos colectivos. La posible incompreensión de los propios tonos y estilos comunicativos de la población española, muy diferentes en muchos sentidos de los utilizados por la población inmigrante¹⁶⁸, podría dificultar la comunicación.

“Luego ese es otro factor el trato personal que nosotros tenemos..

Sí, sí. Estoy de acuerdo, ¿eh?

...y qué barrera ponemos para que..., para... bueno, pues para facilitar el acceso a la integración de los demás; que también tenemos que aprender nosotros”.

(GT. P. Enfermería H. M.)

El tono de voz más alto y fuerte de pronunciación del castellano de los españoles y del personal sanitario en concreto puede cohibir a las personas inmigrantes por lo que pueden interpretar como una actitud de malestar o de riña. Esta interpretación puede agudizarse por varios factores añadidos, como la pérdida de autoestima que a veces conlleva el propio proceso migratorio o el desconocimiento derivado de estar en un medio extraño del que no se conocen los códigos expresivos y de funcionamiento. Todo ello puede desencadenar un proceso de inhibición de la expresión del malestar o de la dolencia por parte de las personas inmigrantes. Dicha inhibición puede ser superada cuando los profesionales sanitarios expresan una predisposición a la escucha y a la comprensión que logre, en cierto modo, suavizar y reducir la distancia que genera la imagen de autoridad distante.

6.7. El sistema de relaciones de la población inmigrante con el sistema de salud en Cantabria

El sistema de relaciones de la población inmigrante con el sistema de salud en Cantabria es abordado por los profesionales entrevistados desde varios puntos de vista:

1. *El nivel de información y comprensión de las personas inmigrantes acerca de la organización y funcionamiento del sistema de salud español*
2. *Los modelos de referencia de los sistemas de salud de los países de origen*
3. *Las conductas de la población inmigrante en su relación con el sistema de salud cántabro*

En este sentido, se aborda al final de este capítulo la demanda de traductores y de mediadores interculturales por parte de un sector de profesionales entrevistados, como posible ayuda a mejorar la comunicación y las relaciones con los usuarios inmigrantes del sistema de salud.

6.7.1. El nivel de información de las personas inmigrantes acerca del sistema de salud

La opinión de los profesionales sobre el grado de información con el que cuenta la población inmigrante acerca del sistema de salud de Cantabria guarda una estrecha relación, como no podía ser menos, con sus propios

¹⁶⁸ La interacción con el personal de salud desde la perspectiva de las personas inmigrantes se aborda en el capítulo 5.1.4. Etapas de relación con el sistema de salud.

discursos acerca de la accesibilidad de las personas inmigrantes al sistema, como queda reflejado en el siguiente cuadro:

Sistema de discursos existentes en los profesionales acerca del nivel de información de la población inmigrante sobre el sistema de salud público en Cantabria

DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD		
Corriente minoritaria que sostiene la existencia de dificultades de acceso al sistema	Corriente mayoritaria y central que reconoce dificultades de acceso que se resuelven de forma individual e informal	Corriente minoritaria que defiende la facilidad de acceso al sistema de salud
Existen barreras institucionales para el acceso al sistema de salud por parte de la población inmigrante.		La población inmigrante tiene fácil acceso al sistema de salud.
Las personas inmigrantes no conocen el sistema de salud, ni sus derechos como usuarios.	Existe mucha diversidad de situaciones en la población inmigrante.	Las personas inmigrantes conocen bien el sistema de salud.
Las instituciones no se movilizan lo suficiente para informar a la población inmigrante.	Existen importantes lagunas en la información sobre el sistema de salud.	Una minoría señala que los inmigrantes conocen el sistema de salud y sus derechos mejor que los propios autóctonos.

En lo que sí parece existir consenso mayoritario entre los profesionales entrevistados es en relación con las posibles **fuentes de información de las personas inmigrantes sobre el sistema de salud**.

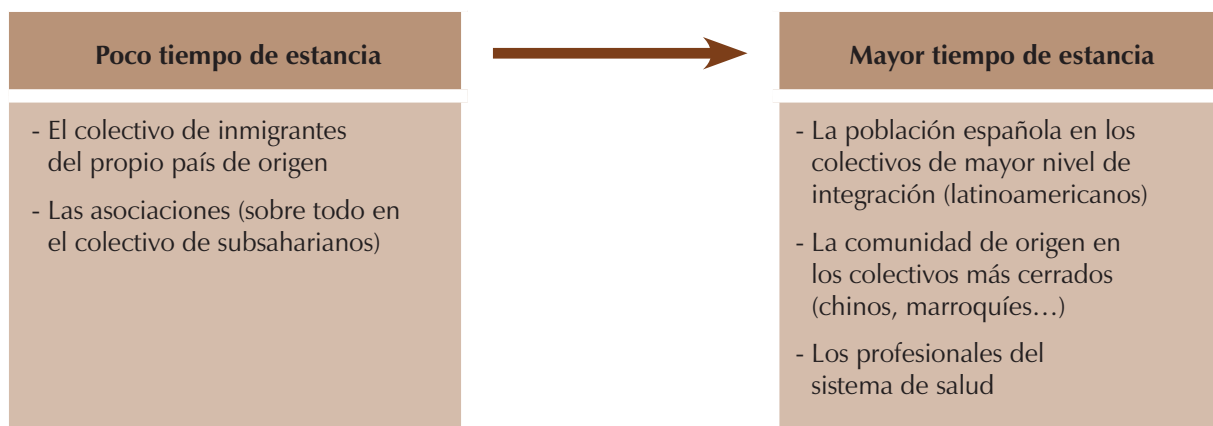
La opinión mayoritaria es que **las asociaciones**, en algunos casos, y **el “boca a boca”** en otros, serían las primeras y principales fuentes de información, en detrimento de la información que pudieran producir las propias instituciones sanitarias. El transcurso del tiempo tendería a diversificar estas fuentes de información que, en todo caso, parecerían seguir estando más signadas por las informaciones informales que por las informaciones institucionales por parte de la Administración Sanitaria.

Además, una fuente de información importante sería **la propia población autóctona**. Ésta, especialmente en las salas de espera, en las experiencias compartidas en el sistema de salud, transmite sus opiniones y experiencias a la población inmigrante, especialmente con la que puede más fácilmente expresarse en castellano. Fuente de información “informal” por la que pasan muchos de los “trucos”, de los caminos utilizados por los propios autóctonos para relacionarse con el sistema, como pueda ser, por ejemplo, la utilización de Urgencias como puerta de entrada al sistema.

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA

Por otro lado, para las personas inmigrantes que por una diversidad de motivos tengan que acudir con una cierta frecuencia a los centros de salud, mujeres embarazadas, por ejemplo, son **los propios profesionales del sistema de salud** quienes se erigen en vías de información sobre el funcionamiento de dicho sistema¹⁶⁹. De esta forma, el paso del tiempo va modificando la importancia de las distintas fuentes de información, tal como hemos tratado de sintetizar en el siguiente cuadro.

Vías de información preferentes sobre el acceso y funcionamiento del sistema de salud



6.7.2. Los modelos de referencia de los sistemas de salud de los países de origen

Una de las suposiciones que realiza un sector de profesionales entrevistados es que el modelo de sistema de salud existente en los países de origen de cada uno de los colectivos de inmigrantes presentes en Cantabria y el tipo de relación establecida por éstos en sus respectivos países y sistemas de salud puede ejercer una influencia importante en su forma de relacionarse con el sistema español¹⁷⁰.

Más allá de esta suposición, expresada a modo de mera hipótesis, las opiniones formuladas en el conjunto de la investigación permiten afirmar que en los profesionales del sistema salud de Cantabria se evidencia un gran desconocimiento sobre las características de los sistemas de salud de los países de origen de los distintos colectivos de inmigrantes.

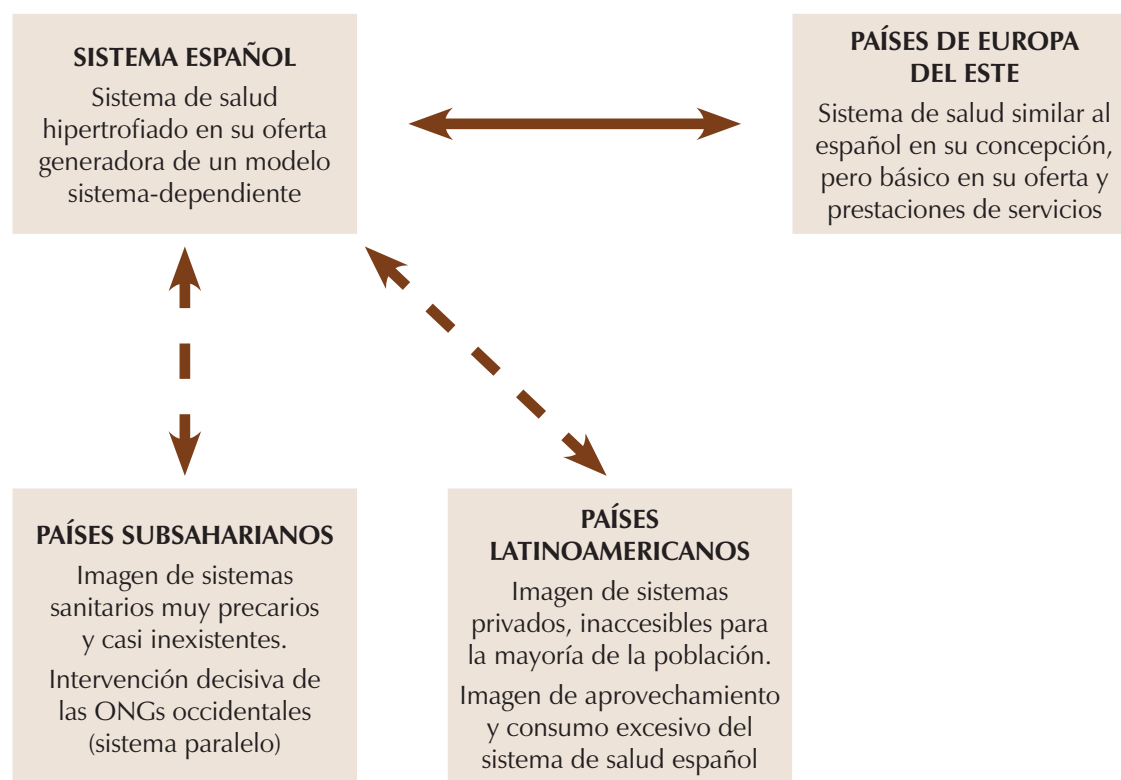
En ausencia de dicho conocimiento, lo que se hace en las entrevistas y grupos de discusión es “proyectar” sobre el sistema de salud de cada país el conjunto de estereotipos, más o menos prejuiciosos, que pueden existir acerca del propio país y, sobre todo, acerca de la distancia del sistema de cada país con el sistema español.

En este contexto de pura especulación proyectiva, en los grupos se dibuja un claro gradiente de construcción de la imagen de los sistemas de salud en directa relación con el presumible nivel de pobreza y de desarrollo de cada país y, por consiguiente, de una supuesta mayor distancia con el modelo español. En este sentido se establece

¹⁶⁹ Necesidad también expresada por el personal sanitario en el estudio de Vázquez Navarrete y colaboradores (2009)

¹⁷⁰ También abordado por la población inmigrante. Ver capítulo 5.1.3. Percepciones sobre el sistema de salud.

por un lado una correlación prácticamente lineal entre el nivel económico de un país y el nivel de desarrollo de su sistema de salud, mientras que por otro se proyectan de forma igualmente lineal las características del modelo español en sus diferentes niveles de organización y de prestaciones (Atención Primaria, Especializada y Hospitalaria) a todos y a cada uno de los países.



6.7.3. Las conductas de la población inmigrante en su relación con el sistema de salud cántabro

En el terreno de las conductas de la población inmigrante en el ámbito de la atención sanitaria, los profesionales entrevistados tienden a señalar fundamentalmente:

1. La utilización de Urgencias como “puerta de entrada” al sistema de salud
2. La problemática del respeto a las normas de funcionamiento y la utilización del sistema de salud

6.7.3.1. La utilización de Urgencias como “puerta de entrada” al sistema de salud

Una opinión relativamente compartida sobre el comportamiento de las personas inmigrantes en relación con el sistema de salud es la utilización directa del Servicio de Urgencias, ya sea de Atención Primaria o de Atención

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE CANTABRIA

Hospitalaria, como vía de acceso al sistema, en lugar de la utilización más adecuada, institucional y económica de la Atención Primaria¹⁷¹.

Las razones explicitadas por los profesionales a este respecto destacan el hecho de que las personas inmigrantes entran por Urgencias, al igual que ocurre con las autóctonas, porque saben que les van a atender y que no tienen que esperar.

“Están acostumbrados a que al médico van y si dicen que vienen de Urgencias saben que les van a atender”.

(GD. P. Administrativo AP)

En este marco de valoraciones se expresa una cierta división de opiniones entre los profesionales acerca de otras posibles razones que ayuden a explicar estos comportamientos tan tópicamente asociados con la población inmigrante (y también, de forma creciente, con la población autóctona). División de opiniones que de nuevo guarda una estrecha relación con las posiciones más generales recogidas anteriormente sobre la accesibilidad al sistema para la población inmigrante, tal como hemos tratado de recoger y de sintetizar en el cuadro adjunto.

Sistema de discursos existentes entre los profesionales acerca de las razones de utilización de Urgencias como puerta de entrada preferente de los inmigrantes al sistema de salud

DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD		
Corriente minoritaria que sostiene la existencia de dificultades de acceso al sistema	Corriente mayoritaria y central que reconoce dificultades de acceso que se resuelven de forma individual e informal	Corriente minoritaria que defiende la facilidad de acceso al sistema de salud
Desinformación entre la población inmigrante del funcionamiento del sistema de salud	• Comodidad de las personas inmigrantes • Inmediatez en querer resolver de forma rápida el dolor y los problemas de salud	
Horarios y condiciones de trabajo		“Tener aprendido” que por Urgencias las cosas se resuelven más rápido

Más allá de estas opiniones más explícitas, el conjunto de debates desarrollados entre el personal administrativo coloca el problema en el plano de **la incomprensión por parte de la población inmigrante del modelo de medicina de familia que se practica en España en Atención Primaria**. En este sentido se plantea un doble plano de consideraciones:

171 Los datos descritos en el capítulo 4.3.1. Utilización de los Servicios de Urgencias en los tres principales hospitales de Cantabria durante el año 2006, desmitifican la opinión generalizada, tanto entre la población general como entre los profesionales de la salud, del abuso de las Urgencias por parte de la población inmigrante.

- Un primer nivel más general de incomprensión del tipo de medicina familiar que se practica en Atención Primaria.
- Un segundo nivel de incomprensión más particular del conjunto de roles que desarrollan las profesiones sanitarias representadas en Atención Primaria: los profesionales de la medicina de familia y de la enfermería.

Este doble plano de incomprensión proyectaría sobre la Atención Primaria una imagen a modo de barrera casi burocrática para dificultar el acceso al médico especialista¹⁷², única figura en quien realmente se confía para hacer pruebas y análisis, y para resolver los posibles problemas de salud.

“Ellos quieren ir al otorrino y quieren ir al otorrino o al oftalmólogo. No quieren ir al de cabecera que le haga un volante. Él lo que quiere es un especialista, un médico”.

(GD. P. Administrativo AP).

La consecuencia de todo ello es que el paso por Atención Primaria no se acabaría de comprender con claridad. Más aún, parecería que importantes sectores de inmigrantes vivirían el paso por la AP como una especie de “rodeo obligatorio”, de frontera construida precisamente para disuadir del acceso al propio sistema “especializado” de salud. Esta imagen de “paso obligatorio” sin un significado claro para la población inmigrante proyecta sobre el nivel de Atención Primaria y sobre la propia figura institucional del profesional médico de familia, una imagen negativa como “barrera” de acceso.

6.7.3.2. La problemática del respeto a las normas de funcionamiento y la utilización del sistema de salud

Además de la cuestión de la utilización de Urgencias como “puerta de entrada” al sistema de salud como una problemática importante a resolver en relación con la atención sanitaria a la población inmigrante, los profesionales entrevistados han señalado otras cuestiones relacionadas a la falta de respeto a las normas de funcionamiento y a la mala utilización del sistema de salud que afectan en diferente medida a distintos colectivos de inmigrantes. En concreto las problemáticas destacadas son:

- La falta de puntualidad y de cumplimiento con la cita previa
- La hiperfrecuentación e hiperdemanda de servicios de atención sanitaria

La falta de puntualidad y de cumplimiento con la cita previa

Una mayoría de los profesionales entrevistados señalan la falta de puntualidad como uno de los comportamientos más generalizados de la población inmigrante.

“...entre los médicos y las enfermeras la queja principal es esa de la puntualidad y de la ausencia de cita, ¿no?, que vienen sin cita, que no vienen cuando tienen que venir y sin embargo vienen cuando no están citados. Esa es la principal queja”.

(RG. Coord. EAP. M.).

Los profesionales indican que la falta de puntualidad suele presentarse estrechamente asociada con la falta de cumplimiento con las normas del sistema que requieren hacer una cita previa para el acceso a la consulta de

¹⁷² Señalado por la población inmigrante como una de las principales diferencias con respecto a sus sistemas sanitarios de origen.

Atención Primaria. El incumplimiento con este requisito viene tanto por el escaso uso de la llamada para hacer la cita, como de no presentarse a ésta una vez que ha sido solicitada y confirmada, demandando ser atendidos en otro momento.

“... La cita previa nunca jamás entran por ella. O sea, tú les citas pero no vienen, y a partir de ahí te vienen a la hora que quieren, cuando quieren, cuando les da la gana...”.

(GD. P. Administrativo AP)

La situación descrita perturba, en opinión del personal administrativo y de salud, el desarrollo de la atención sanitaria, especialmente en las zonas del interior de la región en las que los profesionales sanitarios tienen que pasar consulta en varios consultorios de salud.

El personal entrevistado da cuenta asimismo de reacciones de protesta por parte de los usuarios inmigrantes cuando se les recuerda su obligación de cumplir con los requerimientos del sistema en cuanto a la demanda de la cita previa y la adaptación a los horarios del centro de salud,

“Muchas veces es preferible no decir así de frente, ¿eh? No.

Porque entonces te tratan por racista.

Claro.

Tú quieres mantener un orden pero te tratan por racista; entonces es que eres racista...”

(GD. P. Administrativo AP)

Los profesionales entrevistados están divididos sobre las posibles razones de esta “falta de formalidad y de respeto” de las normas de funcionamiento del sistema de salud por parte de la población inmigrante. Los sectores más críticos con la población inmigrante tienden a destacar su falta de disciplina, y su diferente concepción del tiempo y de la formalidad en los acuerdos. Mientras que los sectores más comprensivos, sin negar la existencia de ciertas cuestiones socioculturales relativas, como la concepción del tiempo, tienden a subrayar las condiciones de vida y, sobre todo, de trabajo (precariedad en el empleo, horarios de trabajo, etc.) que dificultarían el respeto de los horarios habituales de atención por parte de algunos colectivos de inmigrantes. Estos experimentarían una mayor dificultad que la población autóctona a la hora de solicitar tiempo a su empleador para poder ir al médico. En este contexto, el colectivo de inmigrantes “sudamericanos” aparece mencionado en las entrevistas como “el más informal” y el que más se salta las normas de funcionamiento del sistema de salud.

La hiperfrecuentación e hiperdemanda de servicios de atención sanitaria

En cuanto a las opiniones sobre utilización del sistema de salud se da una **situación paradójica** en la que **por una lado existe una opinión** más mayoritaria entre los profesionales entrevistados **que señala el escaso uso del sistema por parte de la población inmigrante**, mientras que **otra parte de las personas entrevistadas subraya la tendencia hacia la utilización excesiva e inadecuada** referida fundamentalmente a un sector de inmigrantes de origen “sudamericano”.

La mencionada existencia de un colectivo hiperfrecuentador e hiperdemandante en relación con la atención y con las prestaciones del sistema de salud en Cantabria, en especial en lo relativo a la demanda de chequeos, aná-

lisis y radiografías, coincide de nuevo con lo señalado en el informe ya mencionado sobre las opiniones de los profesionales sanitarios en Cataluña (Vázquez Navarrete, et al., 2007).

“los sudamericanos es una gente muy..., muy educada, muy cortés..., muy..., pero altamente demandante. Es una cosa bárbara. Bárbaro, bárbaro, bárbaro. Están... Demandan mucho. Demandan mucho, de todo tipo, de todo tipo. Ellos..., bueno, de buenas maneras y tal, pero son..., bueno, bueno, inasequibles al desaliento. Una cosa bárbara. O sea, bárbara”.

(GD. P. Enfermería AP).

Estas opiniones son por otra parte rebatidas en lo que se refiere a las visitas a Urgencias y a las hospitalizaciones por los datos analizados para este estudio¹⁷³. En este sentido, el artículo sobre “Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles” (Rivera, et al., 2008) afirma que existe una menor frecuentación de los servicios de salud por parte de la población inmigrante, lo cual se atribuye a la existencia de una serie de barreras que dificultan el acceso a los mismos y que complican la integración social y económica, contribuyendo a aumentar su vulnerabilidad en materia de salud.

Las razones aducidas por los profesionales en cuanto a la supuesta hiperdemanda de estos colectivos de inmigrantes se achacan fundamentalmente al contraste entre la pobreza y la riqueza de los respectivos sistemas sanitarios de los países de origen y de España. Desde esta perspectiva, todo viene a ocurrir “como si” los inmigrantes al conocer las prestaciones que ofrece el sistema de salud español y la gratuidad de las mismas quisieran “desquitarse” de las carencias de los respectivos países de origen y “aprovecharse” del sistema español, en relación con las posibles necesidades de cuidados que requiera su estado de salud.

De forma más minoritaria se señala, sin embargo, que esta posible hiperdemanda de las personas inmigrantes procedentes de países latinoamericanos puede nacer principalmente de otras situaciones, como puedan ser las necesidades de atención a la salud derivadas de su actual situación en Cantabria, y la posibilidad de que no encuentren una respuesta adecuada a su malestar por parte del sistema de salud.

“Que necesitas bastante tiempo para poder llegar a una conclusión. Entonces estamos viendo... En el centro hay gente que se queja de que son muy demandantes a veces, y yo creo que lo que pasa es que vienen una y otra vez porque nadie... Van de un médico a otro a lo mejor porque no les entiende lo que quieren comunicar, por lo que vienen”.

(RG. Coord. EAP. M.)

Por último, un sector de profesionales entrevistados ha señalado, con sorpresa, los casos de ciertos colectivos de inmigrantes de procedencias diversas, como chinos y rumanos, que aprovechan, por ejemplo, un viaje de vacaciones a su país de origen para realizar algunas de las pruebas que aquí podrían realizar de forma gratuita.

173 Las personas inmigrantes que cuentan con TSI en Cantabria hacen un uso similar a las personas autóctonas de los servicios sanitarios de Urgencias y Hospitalización, si exceptuamos los ingresos por motivos obstétricos.

6.7.4. La demanda de traductores y de mediadores interculturales

La consecuencia de los problemas de comunicación y de entendimiento con los pacientes inmigrantes abordados por los profesionales en este estudio lleva a la formulación por parte de un importante sector que ha participado en el mismo de una de las demandas más generalizadas entre los profesionales del sistema de salud: la puesta en marcha de un mínimo cuerpo de “traductores” que, al igual que ocurre en las oficinas judiciales, pueda facilitar esa exigencia de la mínima comunicación entre profesionales y la población inmigrante, en especial en las consultas de Atención Primaria.

La práctica actual de contar con un familiar o amigo, que en muchos casos es un menor, el hijo o hija de la persona que acude a la consulta, a modo de intérprete informal parece insuficiente e incluso, en ocasiones, inapropiado, sobre todo cuando se trata de un menor. Considerando además que **las demandas hacia el futuro aumentarán**, no sólo en términos de incremento del número de inmigrantes de distintas procedencias y con diversos niveles de dificultades de comunicación en castellano, sino por el trasfondo de creencias que pueden subyacer en los síntomas de sus padecimientos y enfermedades, así como su nivel de desconocimiento de la cultura del sistema de salud español y de las peculiaridades de cada región o localidad, **todo parece aconsejar la presencia de otras figuras que vayan más allá de la mera traducción**, como puedan ser los mediadores interculturales¹⁷⁴.

Es importante observar que mientras que las personas inmigrantes, mediadoras interculturales y entidades sociales entrevistadas para este estudio manifiestan igualmente la necesidad de mediadores interculturales en el sistema de salud, su concepción de esta figura es diferente a la que aportan en general los distintos colectivos del personal del sistema de salud¹⁷⁵. La figura “ideal”, por tanto, del mediador o mediadora intercultural garantizaría tanto los conocimientos técnicos del idioma y del sistema de salud como la comunicación entre las culturas de las personas inmigrantes y de los profesionales del sistema de salud.

174 Varios estudios formulan la misma necesidad: (Seoane & Portero, 2006); (Berra, et al., 2004); (Godoy y Asociados, Portero, & Mattiu, 2005b); (Vázquez Navarrete, et al., 2009).

175 La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria apunta a la necesidad de “definir y desarrollar la utilización de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud como un recurso disponible para los profesionales sanitarios y que puede mejorar la accesibilidad, tanto de los inmigrantes al sistema sanitario como de los profesionales a sus problemas reales” (Vázquez-Villegas, 2006).

6.8. Recomendaciones y propuestas de los profesionales de salud

Respecto a la planificación y adecuación del sistema de salud:

- *Implementar planes de trabajo que tomen en cuenta la nueva realidad demográfica y las diferencias entre la propia población inmigrante.*
- *Adoptar un conjunto de medidas que favorezcan una respuesta más positiva y de calidad que evite el alejamiento de la población inmigrante del sistema de salud.*
- *Introducir la figura del “traductor” o “mediador” que facilite el entendimiento y la relación con los pacientes inmigrantes.*
- *Adaptar los recursos humanos y técnicos para mantener el ratio actual de número de cartillas por profesionales.*
- *Asegurar mecanismos para el seguimiento de los pacientes inmigrantes desde todos los niveles de Atención Primaria y Hospitalaria.*
- *Integrar a la población inmigrante en programas de promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria.*
- *Tomar medidas para facilitar el acceso de la población inmigrante al sistema de salud, en especial de personas sin TSI, evitando la necesidad de estrategias informales por parte de los profesionales del sistema.*
- *Establecer mecanismos para formalizar las atenciones y derivaciones dentro del sistema de salud.*
- *Crear un sistema sociosanitario con las competencias en tratar cuadros psicosociales.*

Respecto a la coordinación:

- *Coordinación y unificación de criterios administrativos y médicos de actuación entre:*
 - *Gerencia y Centros de Atención Primaria.*
 - *Los distintos niveles profesionales dentro de cada equipo.*
 - *El conjunto de actores relacionados con la asistencia sanitaria en cualquiera de sus niveles de intervención.*
- *Contar con espacios para debatir y compartir inquietudes, saberes y conocimientos sobre la salud de la población inmigrante.*
- *Promover iniciativas de trabajo en equipo en Atención Primaria.*

Respecto a la información y formación:

- *Mejorar la información que se ofrece a la población inmigrante respecto a la estructura y funcionamiento del sistema de salud, así como sobre el modelo de medicina de familia que se practica en Atención Primaria y las competencias y espacios de intervención de los distintos profesionales del sistema, fundamentalmente de enfermería y medicina.*
- *Desarrollar estrategias de alcance a aquella población que no acude a los servicios sanitarios por las barreras mencionadas y que por lo tanto deberían ser destinatarios prioritarios debido a su situación de mayor vulnerabilidad.*
- *Informar a todos los niveles profesionales acerca de las condiciones “jurídicas” de acceso y de atención a la población inmigrante.*
- *Mejorar la formación profesional del personal del sistema de salud para hacer frente a los problemas de comunicación en la atención a las personas inmigrantes y a los posibles problemas específicos de salud que éstas presenten.*
- *Ofrecer formación a los profesionales en cuanto a los calendarios o programas vacunales de los países de origen de la población inmigrante infantil que acude a los servicios de salud.*
- *Formación a los profesionales del sistema de salud y desarrollo de unas líneas de información institucional acerca de las características de los “productos” alimentarios consumidos más habitualmente por los principales colectivos de inmigrantes presentes en Cantabria.*

Respecto a la atención sanitaria:

- *Adaptar los programas de salud a la población inmigrante para mejorar su eficacia, impacto y cobertura.*
- *A colectivos en situación de mayor vulnerabilidad como las mujeres cuidadoras, se sugiere aprovechar las visitas a domicilio a las personas dependientes para acercarse a este colectivo de personas más invisibilizadas y con mayores dificultades de acceso al sistema de salud por sus condiciones de trabajo, y poder abordar con ellas los factores físicos y emocionales que tienen un impacto sobre sus salud.*
- *Desarrollar dietas saludables en base a una adaptación y combinación de los productos tradicionales de las culturas de origen asequibles en Cantabria, de forma que se equilibre el mantenimiento del vínculo identitario (y del propio gusto) al tiempo que se incorporan nuevos productos y modos de cocinar que consigan reducir los mencionados desarreglos alimentarios.*

Respecto a los sistemas de información:

- *Recoger información en los registros sanitarios sobre país de procedencia o nacionalidad.*
- *Sistematizar la información y facilitar el flujo de la misma entre niveles de la administración.*
- *Adecuar el sistema informático de Atención Primaria (OMI) para admitir nuevas situaciones en los campos a cumplimentar, por ejemplo para las personas que no posean TSI.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio sobre los determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria representa el primer análisis de este tipo que se realiza en nuestra Comunidad Autónoma con el objetivo de analizar y corregir posibles desigualdades en salud de esta población. El análisis múltiple que, desde metodologías cuantitativas y cualitativas, se ha llevado a cabo de 2007 a 2009 ha tratado de dar respuestas a las variadas necesidades informativas formuladas por distintos agentes políticos, gestores y profesionales del sector salud, además de actores sociales de los colectivos inmigrantes y del tejido asociativo.

El estudio ofreció la oportunidad de indagar sobre las percepciones y actitudes de toda la diversidad de participantes que han problematizado y aportado posibles vías de soluciones, con recomendaciones precisas y muchas preguntas abiertas que buscan espacios de diálogo y negociación. Al mismo tiempo ha permitido explorar y explotar las fuentes disponibles de información secundaria de acuerdo a las posibilidades que ofrecen. En este sentido, se han encontrado limitaciones al análisis cuantitativo, debidas por un lado a la variabilidad existente en cuanto a las definiciones y clasificación de la condición de inmigrante o extranjero de las distintas fuentes secundarias, así como a la insuficiencia de información para analizar las diferencias entre colectivos. Estas condiciones que dificultan la comparabilidad entre fuentes obligaron a redefinir criterios de agrupación de datos para facilitar el análisis por regiones y países de origen. Por otra parte, la falta de representatividad de los colectivos inmigrantes en las encuestas a nivel autonómico impide conocer aspectos relevantes para la salud y las condiciones de vida de la población inmigrante. Por tanto, ante la falta de información sobre la temática, este proyecto decidió ampliar la investigación cualitativa para contar con una mayor diversidad de agentes participantes que aportaran profundidad y pluralidad al análisis.

Como se ha descrito, el fenómeno de la inmigración comienza a adquirir relevancia en Cantabria a partir del año 2000, llegando al 6,5% de la población total a comienzos de 2009, aún a distancia numérica y problemática con relación a otras Comunidades Autónomas. A este respecto, los distintos actores participantes en el estudio difieren en cuanto a la percepción de la presencia de la población inmigrante en Cantabria, considerando por un lado los profesionales de salud y personal administrativo del sistema que aún hay pocos inmigrantes en nuestra Comunidad Autónoma, mientras las propias personas y asociaciones de inmigrantes perciben la presencia como numerosa. No obstante, a la hora de hacer proyecciones a futuro ambos coinciden en que el reto que representa en la actualidad la población inmigrante en Cantabria puede convertirse en un problema, como en otras comunidades autónomas, si no se actúa a tiempo.

De otra manera, la ventaja planteada por los distintos participantes entrevistados, incluyendo un sector del personal del sistema de salud, respecto a otras comunidades autónomas con mayor carga de población inmigrante, es poder aprender de sus experiencias, anticipando problemas a través de intervenciones oportunas. Los discursos de los participantes en el estudio concuerdan además con que el punto de mira sobre la presencia de la inmigración ha evidenciado algunas viejas carencias o necesidades del sistema, convirtiendo por tanto a este nuevo reto en oportunidad de mejora de la calidad de la asistencia a toda la diversidad de la población cántabra.

La población inmigrante es en principio percibida por parte del sector de profesionales de la salud como un grupo heterogéneo, lo cual estaría en consonancia con el reconocimiento de la diversidad que hacen las personas inmigrantes sobre sus propios colectivos. Sin embargo, los discursos de los profesionales aluden constan-

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

temente a las personas inmigrantes como a un “todo”, al tiempo que éstas manifiestan ser tratadas como tal, sin que el sector de profesionales llegue a entender en su magnitud las diferencias entre los diversos colectivos inmigrantes.

El abordaje de las desigualdades en la salud de la población inmigrante pone asimismo sobre el tapete la necesidad de investigar sobre los factores determinantes de la salud, con las dificultades y desafíos que ello comporta. Hemos comprobado como uno de los determinantes más relevantes de la salud y la calidad de vida de la población inmigrante es la vivienda, cuyo acceso representa un importante reto debido a los requisitos para su obtención, que aun siendo algunos de éstos comunes a la población autóctona, implican mayores dificultades para la población inmigrante, además de enfrentar otros requisitos añadidos por su condición de inmigrantes. Por otra parte, la vivienda constituye un requerimiento imprescindible para obtener el empadronamiento, el cual a su vez es indispensable para conseguir la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- que abre el acceso al sistema de salud. La cifra estimativa de 4.383 personas sin permiso de residencia o de TSI en Cantabria a 1 de enero de 2009, o los datos de cobertura de TSI (de los 102 municipios de Cantabria, 60 tienen una cobertura de TSI inferior al 80% y 7 están por debajo del 50%), sugieren que hay una población invisible sin cobertura sanitaria.

Pero además, y en consonancia con otros estudios realizados en España, se ha visto en los datos presentados en este informe que las personas inmigrantes, por un lado, tienen un nivel de estudios superior a la población general, y por otro, quienes cuentan con TSI hacen un uso similar de los servicios sanitarios de Urgencias y Hospitalización que las personas autóctonas, si exceptuamos los ingresos por motivos obstétricos. Los mismos participantes en el estudio han manifestado la necesidad de difundir información fidedigna en cuanto a la preparación y capacidades de la población inmigrante, así como divulgar los datos reales de la utilización de servicios sanitarios entre la población general y entre los profesionales sanitarios en particular, con el fin de desmontar las ideas preestablecidas que tienen muchas personas y profesionales, basadas en mitos o leyendas urbanas de las que se han hecho eco algunos medios de comunicación y han sido repetidas a través del acervo popular.

Respecto a la situación de empleo, en general las mujeres registran una tasa de paro superior a los hombres y contribuyen en mayor medida a la economía sumergida, fundamentalmente a través del trabajo de cuidadoras en los hogares cántabros. En este sentido se da una situación muy común, fundamentalmente entre las mujeres, que con un nivel de estudios medio y universitario realizan tareas para las que, aunque no estén entrenadas, están sobre cualificadas, como son las más comunes del cuidado de personas mayores o dependientes. A la larga esta situación laboral genera problemas de baja autoestima y frustración al no poder ver satisfechas sus expectativas de mejora.

Los distintos agentes entrevistados, colectivos inmigrantes, entidades sociales y personal del sistema de salud hacen importantes aportaciones a lo largo del estudio en cuanto a las necesidades en salud de la población inmigrante, discrepando en algunas y coincidiendo en otras, aunque desde ópticas heterogéneas, como se ha venido abordando. Estas discrepancias y ópticas contrapuestas provocan tensiones diversas entre las culturas de los distintos colectivos inmigrantes con sus necesidades particulares, y la cultura del sistema de salud y sus profesionales, determinada en parte por las propias normas y ritmos que impone la administración.

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, como hemos visto, el proceso migratorio. La diversidad de trayectorias y condiciones socio-económicas de las personas inmigrantes a través de sus itinerarios migratorios marcan sus po-

sibilidades y prioridades en el país y región receptora. El grado de temporalidad o continuidad en la misma guarda además una proporcionalidad directa con su nivel de integración a la nueva sociedad. Las dificultades experimentadas por las personas inmigrantes en este proceso y la alienación, como contraposición al concepto de integración, que se puede derivar del mismo, tienen un efecto indudable sobre su salud mental.

El proceso migratorio se constituye por tanto, en la visión de los diversos agentes sociales, como inseparable de la salud de las personas que deciden migrar. Por el contrario, los profesionales de la salud lo perciben como algo diferenciado, no entrando a debatir sobre sus posibles repercusiones psicosociales en sus pacientes, ni considerándolo, por ende, un problema de atención sanitaria. Esta ausencia de visión psicosocial por parte de un sector importante de los profesionales del sistema de salud se construye como un nudo gordiano sobre el que debaten tanto las personas inmigrantes como las entidades sociales, enfatizando la relevancia de construir un modelo que responda a la necesidad de atención integral que reclaman las personas inmigrantes desde una perspectiva más biopsicosocial de la atención en salud, frente al modelo biomédico dominante.

Tanto las asociaciones de inmigrantes como las mujeres inmigrantes no asociadas consideran la salud mental y la salud laboral (ambas vistas como estrechamente relacionadas) como sus principales problemas de salud, priorizando la necesidad de una mayor cobertura sanitaria al respecto. Por otro lado, las entidades sociales, y en concreto los sindicatos, subrayan la influencia de las condiciones laborales sobre la salud mental, mientras que en los discursos de los profesionales de salud las condiciones de trabajo aparecen más como influyentes en la relación de las personas inmigrantes con el sistema de salud. No obstante, y a pesar de no relacionarlo expresamente con la salud mental, el sector de profesionales destaca como principales demandas de consultas de la población inmigrante las consecuencias del trabajo, como los accidentes y los problemas osteo-articulares en los hombres, y los derivados del trabajo asociado al cuidado de menores, mayores y personas dependientes, en las mujeres.

Asimismo, como consecuencia de lo que las personas inmigrantes, fundamentalmente las mujeres, perciben como escasa atención del sistema a los factores más psicosociales de la salud, se identifica la mayor dificultad en la relación médico-paciente. Las entidades sociales por su lado inciden más sobre la interacción con el personal administrativo de los centros de salud de Atención Primaria, en la instancia del mostrador donde se da el primer acercamiento al sistema de salud. La consideración, tanto por parte de las personas inmigrantes como de las asociaciones, de un trato más despersonalizado que en sus países de origen plantea la importancia de la influencia de los sistemas sanitarios de referencia de la población inmigrante en su percepción del modelo sanitario español y en una mayor o menor aceptación o rechazo del mismo. En suma, mientras que las personas inmigrantes en general tienen una buena opinión de la calidad del sistema de salud español, éste obtiene una puntuación más baja en la asignatura de sensibilización y conocimiento intercultural, calidad de trato y cercanía a sus usuarios.

Por otra parte, el sector de profesionales percibe la influencia de los sistemas sanitarios de los países de origen en la forma de relación de las personas inmigrantes con el sistema de salud. La utilización de los servicios de Urgencias como “puerta de entrada” al sistema, las dificultades en el idioma y la comunicación, y el escaso respeto a las normas de funcionamiento del sistema son las problemáticas más señaladas por el personal de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El acceso al sistema de salud se constituye en un eje común para todos los agentes participantes en el estudio. Mientras que las personas inmigrantes y las entidades sociales lo plantean en términos de dificultad en los requisitos de acceso, suponiendo un escollo a la atención sanitaria, la mayoría de profesionales lo percibe como fácil, estando en minoría quienes creen que existen barreras de distinto orden, como las ya mencionadas, que dificultarían la accesibilidad al sistema. Todos los agentes coinciden, sin embargo, en señalar que ésta representa un problema para las personas inmigrantes en situación irregular o “sin papeles”.

Un punto importante de consenso entre todos los agentes sociales y profesionales entrevistados, que guarda estrecha relación con el acceso al sistema, es la aludida falta de información, por un lado de las personas inmigrantes en cuanto a la cultura y estructura del sistema de salud, y por otro de los profesionales en cuanto a las particularidades lingüísticas, étnicas y culturales de la diversidad de colectivos de inmigrantes que acuden al sistema de salud, además de un insuficiente conocimiento de la legislación española respecto a la atención a los mismos. Todo ello indica un desconocimiento mutuo sobre el que se hace preciso intervenir. Esta coincidencia despliega una serie de necesidades formativas por ambas partes, con sugerencias notables de contribución a la formación del “otro”, en concreto, desde una perspectiva cultural, desde las personas inmigrantes hacia el personal de salud.

Como consecuencia de la desinformación se evidencia una pluralidad de respuestas que afecta tanto a pacientes como a profesionales, ya que suele demandar la realización de más trámites o mayor tiempo de atención, generando una sensación de malestar o insatisfacción en ambos.

Los problemas de acceso al sistema de salud conllevan un despliegue, en el decir de todos los agentes sociales y profesionales, de estrategias informales para resolver la atención y provisión de servicios a la población inmigrante. Aunque el tipo de estrategias varía, teniendo más que ver con la pertenencia profesional e institucional, lo que está claro es el esfuerzo compartido para que las personas inmigrantes no se queden sin la atención sanitaria necesaria. Estas vías informales para satisfacer las demandas dejan a unos y otros con la sensación de estar poniendo “parches” que no resuelven el problema de fondo y no favoreciendo la calidad de la atención ni el seguimiento de los pacientes. Simultáneamente, las entidades sociales argumentan que la falta de políticas y acciones formales concretas trae como consecuencia la saturación de sus organizaciones por la demanda de servicios por parte de la población inmigrante y del propio sistema de salud. Demanda que en muchos casos las entidades manifiestan no estar preparadas para satisfacer.

Al final, todos los agentes entrevistados coinciden en la misma pregunta: si todos hacemos el esfuerzo y resolvemos por vías informales, ¿porque no hacerlo formalmente? En este sentido hay un cierto consenso en cuanto a que las estrategias o prácticas informales no contribuyen a sensibilizar a mayor cantidad de personal, ni fomentan la institucionalización de las normativas y la unificación de criterios. Por el contrario, el fomento de la “informalidad” contribuirá a mantener la arbitrariedad personalizada de acuerdo a las posibilidades o voluntades de cada quien, lo cual puede conllevar a generar malestar y desigualdad. Por esta razón la demanda generalizada es de mayor consenso, coordinación, y unificación de criterios de actuación y procedimientos.

Ante esta necesidad de estandarizar criterios y sistematizar procedimientos mas simples, se plantea conjuntamente por parte de los colectivos inmigrantes y de las entidades sociales la necesidad de adaptación y flexibilidad a las

diversas situaciones de las personas inmigrantes, contemplando que lo que para una persona española representa tan solo un trámite administrativo, para una persona inmigrante puede resultar muy costoso o difícil de obtener.

Este planteamiento de la adaptación se complejiza desde perspectivas encontradas en lo referente a quiénes deben de adaptarse a qué o a quién. Por un lado, los profesionales del sistema mayoritariamente consideran que son las personas inmigrantes que llegan a nuestra Comunidad quienes deben de adaptarse a nuestro estilo de vida y sistema de salud. En el discurso opuesto están las entidades sociales argumentando la necesidad de que el sistema y sus profesionales deben adaptarse a las necesidades peculiares de la población. Y finalmente en un discurso intermedio estaría un sector de las propias personas y asociaciones de inmigrantes, quienes plantean que ambos, sistema e inmigrantes, deben de adaptarse mutuamente.

Por otra parte, en lo relativo a la adaptación del propio sistema de salud en materia de recursos, tanto humanos como técnicos y materiales, a las nuevas demandas, todos los agentes entrevistados convienen en la necesidad de crecimiento progresivo de los recursos a medida que crece la población, entendiendo un sector de personas entrevistadas que la actual situación de crisis económica del país (al momento de cierre de este estudio) puede ralentizar esta adaptación.

Una de las fórmulas encontradas por los distintos agentes entrevistados, pero de nuevo abordadas desde enfoques diversos, es la necesidad de una figura que “ayude” tanto a las personas inmigrantes a hacer un uso adecuado del sistema, como a los distintos niveles profesionales a cubrir las necesidades de atención, mejorando la calidad de la misma. Esta nueva figura se intuye por parte de los profesionales del sistema de salud como “traductora” o “intérprete”, fundamentalmente desde el punto de vista idiomático y lingüístico, tanto de la traducción literal de otro idioma como de la interpretación de distintas expresiones o definiciones de síntomas o enfermedades. Adicionalmente, las entidades sociales plantean la necesidad de una figura “mediadora” que vaya más allá de la traducción e interpretación hacia facilitar la comunicación intercultural y resolver posibles conflictos.

En suma, las recomendaciones planteadas por las personas y asociaciones de inmigrantes y las entidades sociales abarcan más de lo macro a lo micro que las de los profesionales, yendo dirigidas primeramente desde el nivel de las políticas, en un orden más transversal, a toda la Administración (municipal y autonómica) desde los siguientes enfoques:

- Promover la ciudadanía de las personas inmigrantes desde una perspectiva intercultural y de género
- Sensibilizar a todos los niveles de la administración
- Flexibilizar requisitos de acceso tanto al empadronamiento como al sistema en general
- Mejorar la coordinación interinstitucional
- Abrir espacios de participación a los colectivos inmigrantes

En un orden más específico, las recomendaciones al sistema de salud incluyen:

- Universalizar la tarjeta sanitaria
- Promover un modelo más integral de salud que mejore la atención en salud mental y laboral

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Integrar a más profesionales de la psicología y el trabajo social a los servicios de salud
- Fomentar la formación intercultural entre los distintos niveles profesionales, con aportaciones de la propia población inmigrante
- Incluir la figura de mediador/a intercultural en el sistema de salud

Las recomendaciones del personal del sistema de salud están por otra parte más enfocadas hacia la facilitación de su labor profesional, estando algunas claramente diferenciadas por colectivos profesionales. En general se incluyen las siguientes:

- Mejorar la información a los usuarios inmigrantes respecto al sistema de salud
- Normalizar y garantizar su acceso al mismo
- Asistir con la traducción del idioma y la interpretación de los procesos
- Unificar criterios de actuación y homogeneizar procedimientos
- Establecer protocolos de seguimiento
- Mejorar la coordinación entre niveles
- Obtener información relevante en cuanto a aspectos relacionados con los estilos de vida de los diferentes colectivos de inmigrantes (reproducción, nutrición, etc.)

Esta suma de recomendaciones aportadas por los distintos colectivos que han participado en el presente estudio son el producto de una reflexión desde visiones diferentes y complementarias, en ocasiones consensuadas, que reflejan las distintas necesidades de unos y otros para la consecución de un fin común, que es la mejora de la atención a la salud de las personas inmigrantes en Cantabria. Los consensos o posiciones intermedias entre los distintos agentes y sectores nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de abrir espacios comunes de participación y de negociación de propuestas de soluciones a los problemas que enfrentan los distintos actores. Estos espacios no fueron proporcionados en el transcurso de la investigación pero fueron sugeridos por algunos participantes que intentaron en distintos momentos visualizar y comprender las posibles perspectivas de “los otros”.

El objetivo de este estudio de contribuir a generar información relevante en cuanto a los factores determinantes de la salud y principales necesidades de los colectivos inmigrantes residentes en Cantabria, con el fin último de garantizar la equidad en salud en nuestro territorio, se ha visto sobredimensionado por las experiencias y los discursos de los agentes participantes.

Más allá de la información generada, a lo largo del desarrollo del estudio hemos sido testigos de un proceso de aperturas y pequeños cambios generado en distintos agentes participantes que, desde diferentes ideologías y visiones sobre el fenómeno de la inmigración, se han aventurado a salir del espacio de pensamiento, más cómoda o incómodamente habitado, hacia otro de reflexión, diálogo y replanteamiento de sus propias posiciones. Se han despertado nuevos intereses y como tal se han empezado a abrir puertas a nuevas áreas de conocimiento o de desconocimiento a las que se hace preciso dar continuidad. Se han abierto nuevos canales de comunicación entre actores y se han planteado nuevas necesidades. Así, se ha dado un proceso de sensibilización en unos ca-

sos, de curiosidad en otros, también de incomodidad en algunos, pero en ningún caso, de indiferencia. Se ha comenzado a andar un camino que no se puede emprender sin la participación de todos los sectores involucrados en la salud. La participación intersectorial representa quizá el mayor reto a las posibles estrategias de intervención. Y el reto puede convertirse, como han indicado los agentes participantes, en una oportunidad de aprendizaje y de mejora de nuestro sistema de salud en la garantía de una atención equitativa y de calidad en salud a toda la población residente en Cantabria.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- Ahmad-Sayed, N., García, G. R., & González, R. E. (2008) Salud Mental en la Inmigración. En Escuela Andaluza de Salud Pública (Ed. Serie), *Colección Inmigración y Salud*: Junta de Andalucía. Red ISIR.
- Atxotegui Lozarte, J. (2005) Emigrar en el siglo XXI: el síndrome del inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo (Síndrome de Ulises). En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed. Serie), *Colección documentos-Serie Encuentros: Vol. 23001. La salud mental es cosa de todos: El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales* (pp. 200-211). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Bacigalupe de la Hera, A., & Martín Roncero, U. (2007) Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud. En ARARTEKO (Ed. Serie), *Colección Derechos Humanos Juan San Martín* (pp. 185). Vitoria-Gasteiz.
- Barañano, A., García, J. L., Cátedra, M., & Devillard, M. J. (Eds.). (2007) Diccionario de relaciones interculturales, diversidad y globalización. Madrid: Editorial Complutense.
- Berra, S., Elorza Ricart, J. M., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Sutton, V., & Rajmil, L. (2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Berra, S., & Elorza-Ricart, J. M. (2009) Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*, AATRM Núm. 2007/08. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Blázquez Rodríguez, M. I., Mazarrasa Alvear, L., & Otero García, L. (2004). Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades inmigrantes. Experiencias desde la práctica. *OFRIM Suplementos*, 11, 69-90.
- Bron, A. (2000). *Existential, Sociological and Psychological Dimensions in the Analysis of Immigrants Narratives*. Paper presented at the The Education Perspective.
- Buron, A., Cots, F., Garcia, O., Vall, O., & Castells, X. (2008). Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Services Research*, 8, 51.
- Cantabria Acoge. (2009). Memoria 2008. Disponible en <http://www.cantabriaacoge.com/memoria-2008>
- Castillo, S., Mazarrasa, L., & Sanz, B. (2001). Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. *Index de Enfermería*, 34, 9-14.
- Centro de Orientación Familiar La Cagiga. (2009). *Memoria de Actividades 2008*. Santander: Servicio Cántabro de Salud.
- Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. París: Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo.
- Comelles, J. M., & Bernal, M. (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes online*, nº 13, 1-17. Disponible en http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero13/revista.html
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social-determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Consejería de Educación. (2005). *Plan de Interculturalidad*. Disponible en <http://www.aulaintercultural.org/IMG/pdf/plancantabria.pdf>.

Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, & Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2009). *Encuesta de Salud de Cantabria 2006*. Santander: Gobierno de Cantabria.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, & Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. (1997). *Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud*. Madrid: Gobierno de Madrid.

Consejo Económico y Social Cantabria. (2008). Memoria Socioeconómica y Laboral de la Comunidad de Cantabria 2007. Santander: Consejo Económico y Social.

Cots, F., Burón, A., Castells, X., Riu, M., García, O., & Vall, O. (2007) *Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant*. En DG de Planificació i Avaluació (Ed. Serie), *Estudis d'Economia de la Salut*: Vol. I (pp. 92-109). Barcelona: Generalitat Catalunya. Departament de Salut.

Cots, F., Castells, X., García, O., Riu, M., Felipe, A., & Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 9.

Cots, F., Castells, X., Ollé, C., Manzanera, R., Varela, J., & Vall, O. (2002). Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16 (Supl. 5), 376-384.

Dirección General de la Mujer. (2010). *Informe de la Ley de Cantabria 1/2004, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*. Santander: Vicepresidencia del Gobierno de Cantabria.

Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. (2009). *Interrupción voluntaria del embarazo: datos definitivos correspondientes al año 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

European Commission, & Directorate General for Health and Consumer Protection. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxembourg.

European Commission, & Directorate-General for Employment Social Affairs and Equal Opportunities. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Luxembourg: European Communities.

Federación de Mujeres Progresistas. (2009). *Tenemos la persona que necesita. Tres meses de garantía. Una mirada con perspectiva de género al sector de empleo doméstico*. Madrid. Disponible en: <http://www.fmujeresprogresistas.org/publicaciones/folleto%20jornada.pdf>

Frías, O., Río, B., & Jiménez, C. (2008). El proceso de adaptación y salud mental de las mujeres inmigradas,. En Escuela Andaluza de Salud Pública (Ed.), *Salud Mental en la Inmigración* (Monografía I, pp. 87-101). Granada: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Fuertes, C., & Martín Laso, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (supl.1), 9-25.

García-Calvente, M. M., & La Parra Casado, D. (2007) La investigación sobre cuidados informales de la salud desde una perspectiva de género. En A. M. García (Ed. Serie). *5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud*. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología.

Gastaldo, D., Gooden, A., & Massaquoi, N. (2005). Transnational health promotion: Social well-being across borders and immigrant women's subjectivities. *Wagadu Journal of Transnational Women's and Gender Studies*, 2, 1-16.

Gil, J. I., & Actis, W. (2005). *La inmigración extranjera en el sector de la construcción de Madrid. Su situación desde la perspectiva de la seguridad y salud laboral*. Madrid: Colectivo IOE.

Giménez Romero, C. (2000). Modelos sociopolíticos e ideológicos ante la diversidad cultural: la propuesta intercultural. En J. Alcina Franch & M. Calés Bourdet (Eds.). *Hacia una ideología para el siglo XXI* (pp. 132-145). Madrid: Akal.

- Godoy y Asociados, Portero, P., & Mattiu, G. (2005) Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. *Documentos Técnicos de Salud Pública* 91. Madrid: Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista Trabajo Social*, 7, 77-97. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-132-1-el-duelo-migratorio.html>
- Guerrero, E. A., & Colomina, R. J. (2004). Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 565 - 570.
- Instituto Cántabro de Estadística. (2007a). *Encuesta Condiciones de Vida Cantabria 2007*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- Instituto Cántabro de Estadística. (2007b). *Encuesta Social de Cantabria 2007*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- Instituto Cántabro de Estadística. (2008a). *Encuesta de Población Activa Cantabria 2008*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- Instituto Cántabro de Estadística. (2008b). *Movimiento Natural de Población Cantabria 2008*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- Instituto Cántabro de Estadística. (2008c). *Padrón Municipal de Habitantes Cantabria 2008*. Santander: Consejería de Economía y Hacienda. Gobierno de Cantabria.
- Instituto Cántabro de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2008). *Memoria anual de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en Cantabria 2008*. Santander: Consejería de Empleo y Bienestar Social.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: una monografía*. Madrid. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/eni07/eni07.htm>
- Izquierdo Escribano, A. (2008) El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión. En Fundación Foessa & Cáritas Española (Ed. Serie). *Colecciones Foessa. VI Informe FOESSA* (Capítulo 7, pp. 601-679). Madrid: Fundación Foessa.
- Jansà, J. M. (2006). Inmigración y envejecimiento. Nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl. 1), 10-14.
- Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl.1), 207-213.
- Junyent, M., Miró, O., & Sánchez, M. (2006). Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*, 18, 232-235.
- Junyent, M., Nuñez, S., & Miró, O. (2006). Urgencias médicas del inmigrante adulto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 1), 27-34.
- Malgesini, G., & Giménez, C. (1997). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid.
- Malmusi, D., & Jansà, J. M. (2007). Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 399-409.
- Martínez Buján, R. (2006). Domésticas Cuidadoras: el papel de las mujeres inmigrantes en el sector privado de asistencia a mayores. En R. Puyol & A. Abellán (Eds.), *Envejecimiento y dependencia: una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 186-201). Madrid: Mondial Assistance.
- Martínez Buján, R. (2008). Los beneficios de la inmigración al Estado de Bienestar. Mujeres inmigrantes en el sector doméstico de cuidados. En Fundación Foessa & Cáritas Española (Ed. Serie), *Colección Estudios: Vol. 25. El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión. Documento de trabajo para el Informe FOESSA*. Madrid: Fundación Foessa.

- Martínez, J. L., & Fernández, M. (2006). Inmigración y exclusión social. En F. Vidal Fernandez (Ed.), *V Informe FUEM de políticas sociales. La exclusión social y el estado de bienestar en España*. (pp. 409-439). Madrid: FUEM.
- Médicos Sin Fronteras. (2005). *Mejora en el acceso a los servicios públicos de salud de los inmigrantes indocumentados en el área sanitaria de la comunidad de Madrid*. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010*. Disponible en <http://www.mtin.es/es/migraciones/Integracion/PlanEstrategico/Docs/PECIDEF180407.pdf>.
- Montero, J., Muñoz, C., García, P., Padilla, N., Porcuna, C., Viana Pozo, C., et al. (2007). *Interrupción Voluntaria de Embarazo: El derecho de las mujeres a decidir*. Madrid: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado español.
- Navarro, M. A. (2008). *Discriminación y Acceso a la Vivienda de las personas inmigrantes en Bilbao*. Bilbao: SOS Racismo-Bizkaiko SOS Arrazakeria.
- O'Kelly, M., & Zumarán, A. (2008). *Acceso al aborto en el estado español. Un mapa de inequidad*. España: Grupo de interés español en población, desarrollo y salud reproductiva y Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo.
- Observatorio de las Ocupaciones de Cantabria. (2008). *Informe del Mercado de Trabajo de los extranjeros*. Santander: Servicio Público de Empleo Estatal-SPEE.
- Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2007). *Plan de Actuación 2007-2010*. Santander: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Observatorio de Salud Pública de Cantabria. (2008). *Diferencias en la utilización de servicios de atención hospitalaria entre hombres y mujeres de Cantabria 2002-2006*. Santander: IFIMAV-FMDV. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Pérez Orozco, A., Paiewonsky, D., & García Domínguez, M. (2008). *Cruzando fronteras II: Migración y desarrollo desde una perspectiva de género*. Santo Domingo, República Dominicana: UN-INSTRAW.
- Red2Red Consultores. (2008) Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres. Valoración Económica. En Instituto de la mujer (Ed. Serie), *Serie Estudios*: Vol. 102 (pp. 196). Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Regidor, E., Borrell, C., Pasarín, M. I., Gutiérrez-Fisac, J. L., Lostao, L., & Galán, I. (2002). Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX. *Revista Española de Salud Pública*, 76, num. 1, 65-67.
- Rivera, B., Casal, B., Cantarero, D., & Pascual, M. (2008). Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl 1), 86-95.
- Rodríguez Álvarez, E., Lanborena Elordui, N., Pereda Riguera, C., & Rodríguez Rodríguez, A. (2008). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 209-220.
- Romaní, O. (2002). La Salud de los inmigrantes y la Salud de la sociedad. Una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9, 498-504.
- Rué, M., Cabré, X., Soler-González, J., Bosch, A., Almirall, M., & Serna, M. C. (2008). Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research*, 8, 81.
- Salazar, A., Navarro-Calderón, E., Abad, I., Alberola, V., Almela, F., Borrás, R., et al. (2003). Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 77, 713-723.
- Sanz, B., Torres, A. M., & Schumacher, R. (2000). Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 26, 314-318.

- Seoane, L., Pires, M., Lasheras, L., Aguirre, R., & Izarra, C. (2008). *Las decisiones en materia de contracepción e interrupción voluntaria del embarazo en mujeres y hombres inmigrantes latinoamericanos en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud y Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Madrid.
- Seoane, L., & Portero, P. (2006). *Actitudes y demandas de los distintos profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes*. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Madrid.
- Servicio Cántabro de Salud. (2008). *Registro Tarjeta Sanitaria Individual*. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Solanes, A. (2004). La Realidad Local de la Inmigración: El Padrón Municipal como forma de integración. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 10. Disponible en <http://www.uv.es/CEFD/10/solanes.pdf>
- Torné Vilagrasa, E., Guarga Rojas, A., Torras Boatella, M. G., Pozuelo García, A., Pasarin Rua, M., & Borrell Thió, C. (2003). Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Atención Primaria*, 32, 423-429.
- Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., & Vargas Lorenzo, I. (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Barcelona: Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut–Consortio Hospitalario de Catalunya. Direcció general de Planificació y Evaluació (DGPA) del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Vázquez Navarrete, M. L., Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I., & Lizana Alcazo, T. (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23, 396–402.
- Vázquez-Villegas, J. (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria*, 37 (5), 249-250.
- Velasco Arias, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22, 429-445.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts* (Second ed.). Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization.

LISTADO DE GRÁFICOS, TABLAS Y MAPAS



LISTADO DE GRÁFICOS, TABLAS Y MAPAS

- Gráfico 1: Evolución de la población inmigrante en Cantabria y en España, 2000-2008 (en %).
- Gráfico 2: Evolución del crecimiento anual de la población inmigrante en Cantabria y España, 2000–2009 (incremento interanual en %).
- Gráfico 3: Pirámide de la población española e inmigrante en Cantabria, 2008 (en nº).
- Gráfico 4: Población inmigrante en Cantabria y en España por tipo de renta del país de origen, 2008 (en %).
- Gráfico 5: Población inmigrante en Cantabria y en España por regiones de origen, 2008 (en %).
- Gráfico 6: Población inmigrante en Cantabria y España por los 10 países de mayor afluencia en Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 7: Población inmigrante en Cantabria y en España por sexo y tipo de renta de país de origen, 2008 (en %).
- Gráfico 8: Evolución de la población inmigrante de los países de mayor afluencia, 2003-2008 (en nº).
- Gráfico 9: Distribución de la población inmigrante por sexo y regiones de origen de mayor afluencia en Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 10: Distribución por sexo de la población inmigrante de países de mayor afluencia en Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 11: Distribución de la población inmigrante en Cantabria por tamaño de municipio de residencia, 2008 (en %).
- Gráfico 12: Proporción de la población inmigrante sobre la población total en los municipios de mayor presencia de inmigrantes en Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 13: Evolución de la Tasa de Fecundidad General de mujeres españolas e inmigrantes. Cantabria, 2000-2008.
- Gráfico 14: Tasas de Fecundidad Específicas de mujeres españolas e inmigrantes. Cantabria, 2008.
- Gráfico 15: Tasa de Fecundidad de la población española por edad. Cantabria, 2000-2008.
- Gráfico 16: Tasa de Fecundidad de la población inmigrante por edad. Cantabria, 2000-2008.
- Gráfico 17: Media de hijos/as de mujeres españolas e inmigrantes. Cantabria, 2000-2008 (en nº).
- Gráfico 18: Evolución de la distribución porcentual de nacimientos de Cantabria según sea la madre española o inmigrante, 2000–2008 (en %).
- Gráfico 19: Evolución de la distribución porcentual de nacimientos de parejas en las que uno de los miembros, madre o padre, es español. Cantabria, 2000-2008 (en %).
- Gráfico 20: Evolución de la distribución porcentual de nacimientos de madre y padre inmigrantes. Cantabria, 2000-2008 (en %).
- Gráfico 21: Nacimientos de madre inmigrante por región de origen. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 22: Nacimientos de madre inmigrante por país de origen. Cantabria, 2008 (en nº).

- Gráfico 23: Evolución del número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Cantabria, 1990-2008 (en nº).
- Gráfico 24: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Cantabria y España, 2000-2008.
- Gráfico 25: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, según Comunidad Autónoma de residencia, 2006 a 2008.
- Gráfico 26: Interrupción Voluntaria del Embarazo de mujeres residentes en Cantabria según país ó región de nacimiento, 2008 (en %).
- Gráfico 27: Tasa Bruta de Mortalidad de la población española e inmigrante. Cantabria, 2000-2008.
- Gráfico 28: Tasa Bruta de Mortalidad por sexo. Cantabria, 2000-2008.
- Gráfico 29: Población general e inmigrante según mayor nivel de estudios terminados. Cantabria, 2007 (en %).
- Gráfico 30: Viviendas familiares de población general e inmigrante según número de personas en la vivienda. Cantabria, 2007 (en %).
- Gráfico 31: Viviendas familiares de población general e inmigrante según régimen de tenencia de la vivienda. Cantabria, 2007 (en %).
- Gráfico 32: Población de 16 y más años activa según española o inmigrante y sexo. Cantabria, 2008 (en % sobre población ocupada y parada).
- Gráfico 33: Personas inmigrantes según relación entre su situación laboral actual e inicial. Cantabria, 2007 (en %).
- Gráfico 34: Contratos de población inmigrante y española por sexo. Cantabria, 2007-2008 (en %).
- Gráfico 35: Contratos de población inmigrante y española, según temporales o indefinidos por sexo. Cantabria, 2007-2008 (en %).
- Gráfico 36: Población inmigrante por regímenes de cotización, según sexo. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 37: Población de 16 y más años ocupada española e inmigrante, según sectores económicos. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 38: Población española e inmigrante según accidentes laborales con baja, por sexo. Cantabria, 2007-2008 (en %).
- Gráfico 39: Accidentes laborales con baja según actividad de la empresa, por población española e inmigrante. Cantabria, 2005-2008 (en %).
- Gráfico 40: Población española e inmigrante con accidente laboral con baja según actividad de la empresa. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 41: Accidentes laborales de inmigrantes con baja por región de origen. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 42: Altas de inmigrantes en la Seguridad Social por región de origen. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 43: Comparación de evolución de TSI y de empadronamiento de personas inmigrantes. Cantabria, 2000-2008 (en nº).
- Gráfico 44: Personas inmigrantes con TSI por sexo y grupos de edad. Cantabria, 2008 (en nº).
- Gráfico 45: Pirámides de población inmigrante con TSI, según regiones de origen. Cantabria, 2008 (en nº).

- Gráfico 46: Personas inmigrantes con TSI por regiones de origen¹⁷⁶. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 47: Personas inmigrantes con TSI por países de origen y sexo. Cantabria, 2008 (en nº).
- Gráfico 48: Distribución de la población inmigrante con TSI según áreas básicas de salud de las GAP 1 y GAP 2. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 49: Tipo de farmacia en personas inmigrantes con TSI. Cantabria, 2008 (en %).
- Gráfico 50: Personas con TSI que acuden a Urgencias y distribución por sexo y grupos de edad según sean españolas o inmigrantes. Cantabria, 2006 (en %).
- Gráfico 51: Población inmigrante con TSI que acude a Urgencias hospitalaria según región de origen. Cantabria, 2006 (en %).
- Gráfico 52: Personas inmigrantes con TSI, por sexo y región de origen, sobre el total de personas inmigrantes que han acudido a Urgencias. Cantabria, 2006 (en %).
- Gráfico 53: Población inmigrante ingresada con TSI, por regiones de origen. Cantabria, 2006 (en %).

.....
 176 Dentro de la categoría UE se incluyen todas las personas nacidas en España, tengan o no la nacionalidad.

TABLAS

- Tabla 1: Diferencias entre España y Cantabria de los diez países de mayor afluencia de inmigrantes, 2008.
- Tabla 2: Distribución de las demandas de información sobre IVE atendidas por el Centro de Orientación Familiar “La Cagiga”, 2002-2008 (en nº).
- Tabla 3: Causas más frecuentes de mortalidad por sexo (lista detallada a 3 dígitos). Cantabria, 2007 (en %).
- Tabla 4: Causas de muerte más frecuentes en población inmigrante por sexo y año. Cantabria, 2000-2007 (en nº).
- Tabla 5: Población de 16 y más años española e inmigrante por sexo, según relación con la actividad económica. Cantabria, 2008 (en %)
- Tabla 6: Tasas de Temporalidad y Estabilidad de la contratación en Cantabria y España de población inmigrante y española, 2007-2008.
- Tabla 7: Padrón Municipal de Habitantes, ICANE 2007-2008 y Tarjetas o Autorizaciones de residencia en vigor - Secretaría de Estado de Inmigración y Migración, 2007-2008 (en nº).
- Tabla 8: Hospitalizaciones y estancias medias por sexo. Cantabria, 2006.
- Tabla 9: Diagnóstico de los ingresos según población española o inmigrante. Cantabria, 2006 (% según columnas).

MAPAS

- Mapa 1: Número y porcentaje de personas inmigrantes empadronadas en los municipios de Cantabria 2008.
- Mapa 2: Número y porcentaje de personas inmigrantes empadronadas en los municipios de Cantabria en 2008.
- Mapa 3: Número y porcentaje de personas inmigrantes con TSI en los municipios de Cantabria en 2008.
- Mapa 4: Porcentaje de personas inmigrantes con TSI sobre el total de personas inmigrantes empadronadas en Cantabria en 2008.

ANEXOS



ANEXO 1: REQUISITOS PREVIOS DE ACCESO A LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL EN CANTABRIA

ITINERARIO	REQUISITOS	Posibles situaciones no contempladas que pueden requerir de cierta flexibilidad o adaptación de los requisitos establecidos
PASO 1: Empadronamiento	1. Documento que acredite la identidad de las personas inscritas (Número de Identificación de Extranjero -NIE-, tarjeta de extranjero o pasaporte)	- Pasaportes caducados: Implica desplazarse a otra Comunidad Autónoma donde haya representación consular a actualizarlo (recursos económicos y tiempo) o en algunos casos debe realizarse en los países de origen. - Sin pasaportes¹⁷⁶: En los casos que en se realizan migraciones de riesgo (pateras, camiones) no se suele tener documento de identificación. - El personal de administración¹⁷⁷ debe comprobar el sello de entrada a España o país de la Unión Europea (y fecha de caducidad del pasaporte) de las personas de países no miembros de la U.E.
	2. Documento que acredite ocupación de una vivienda¹⁷⁸: a) Escritura de propiedad b) Contrato de arrendamiento c) Contrato de recibo de suministro de agua, luz etc. d) Carta de fe del propietario/ arrendatario de la vivienda	2. a) La posibilidad de compra de una vivienda, sobre todo al inicio del proyecto, es ínfima. 2. b) No siempre hay contratos por escrito dado que para la realización del mismo: 1) el inmueble debe estar declarado por el propietario como una vivienda para alquiler. 2) Se suele requerir aval bancario¹⁷⁹. 2. c) Si no existe contrato, los servicios suelen estar a nombre del propietario para ocultar el alquiler del inmueble. 2. d) Falta de voluntad del propietario o límite del número de empadronamientos por vivienda. Si se declara que se habita en un determinado domicilio y se comprueba que no es cierto, puede haber una sanción con una multa. Existen situaciones de exigencias económicas a cambio de ser empadronado en un domicilio.

177 Hay países en los que no existe un documento como el DNI o que no proporcionan pasaportes a su ciudadanía.

178 La comprobación de la fecha de entrada al país y de la fecha de caducidad del pasaporte se realiza en todos los pasos descritos en la presente tabla.

179 Ante la falta de empadronamiento, el Servicio Cantabro de Salud reconoce las casas de acogida como lugar de residencia, mediante un certificado de las entidades sociales: Cruz Roja, Cantabria Acoge, Caritas y de las residencias del Gobierno de Cantabria para menores de edad.

180 El aval bancario se basa en posesión de una propiedad o en contar con determinados ingresos. Este procedimiento se realiza transcurrido un tiempo determinado como cliente de la entidad bancaria.

ITINERARIO	REQUISITOS	Posibles situaciones no contempladas que pueden requerir de cierta flexibilidad o adaptación de los requisitos establecidos
PASO 2 Tarjeta Sanitaria Individual -TSI-	3. Formulario TA.1 Afiliación a la Seguridad Social.	Requiere documento que acredite la identidad de la persona y el empadronamiento previo con las dificultades mencionadas en el paso 1. A trabajadores activos, el Instituto Nacional de la Seguridad Social -INSS- les solicita: NIE, o permiso de residencia/trabajo a las personas de países no miembros de la UE.
	4. Formulario F.1 del Servicio Cantabro de Salud.	Requiere la obtención previa del número de la Seguridad Social o bien NIE o permiso de residencia/trabajo.
	La TSI se extiende por el mismo plazo que se haya otorgado el permiso de residencia, cuando existe este permiso, en caso contrario por dos años desde la fecha del empadronamiento, renovable por otros dos con certificado de empadronamiento actualizado (Ley 7/1985, art. 16.1).	Una vez caducada: - Si se cuenta con un contrato de trabajo: Renovar la TSI al renovar la Tarjeta de Residencia - Si no se está empleado en ese momento tendrá que tramitar la Tarjeta Sanitaria sin Recursos.
	5. Sin Recursos¹⁸⁰: Formulario F.6 (SCS) <i>Solicitud de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes.</i> (R.D. 1088/1989, de 8 de Septiembre).	Si se trata de una <i>solicitud sin recursos</i> , se tramita el expediente de persona sin recursos y se solicita simultáneamente el número de afiliación a la seguridad social. Se acompaña de una autorización previa del solicitante al Servicio Cántabro de Salud para corroborar datos de hacienda.

.....

181 En el caso de carecer de recursos todas las personas adultas son titulares de la TSI.

ITINERARIO	REQUISITOS	Posibles situaciones no contempladas que pueden requerir de cierta flexibilidad o adaptación de los requisitos establecidos
Tarjeta Sanitaria como usuarios beneficiarios	Para adultos¹⁸¹: a) Certificado de matrimonio (cuando proceda) del beneficiario principal. b) Certificado de convivencia .	- Requiere solicitarse en país de origen. - Se solicita en el Ayuntamiento y demora 15 días. - Lo solicita el INSS a todas las nacionalidades excepto para las personas sin recursos para su inclusión como beneficiario.
	Para menores: a) Pasaporte. b) Permiso de residencia. c) Partida de nacimiento. d) Solicitud firmada por uno de los tutores legales.	a) Dificultad de tramitar el pasaporte de otro país en España. En el caso de poder hacerse en España debe desplazarse a una CC.AA. donde haya delegación consular.
	Recién nacido/a de madres y padres sin recursos: e) Libro de familia	e) Se pide el libro de familia. En su ausencia el SCS procede al alta temporal con la presentación de la partida de nacimiento.
	Para reagrupación familiar: a) NIE o permisos de residencia de las personas en proceso de reagrupación. b) Formulario Ex_07 y se siguen los trámites legales para la misma ¹⁸² .	

182 En el caso de personas adultas, la TSI como beneficiario solo se emite para la inclusión en la cartilla correspondiente a trabajadores o pensionistas dados de alta.

183 No se especifican aquí los requisitos para la solicitud de reagrupación familiar (formulario Ex_07). Para ampliar información puede consultarse: http://www.mir.es/SGACAVT/modelos/extranjeria/modelos_extranje/index.html



ANEXO 2: SERVICIOS BRINDADOS POR LAS ENTIDADES SOCIALES A LA POBLACIÓN INMIGRANTE (2006-2008)

ASOCIACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO

• Asociación Evangélica Nueva Vida:

Desarrolla programas vinculados a la población reclusa, a víctimas de explotación sexual y trabajadores en beneficio de la comunidad¹⁸⁴. Asimismo desde 2006 gestiona dos Centros de Menores Extranjeros No Acompañados como fruto del convenio firmado con la Fundación Cántabra para la Salud y Bienestar Social.

ACTUACIONES RELATIVAS AL PROGRAMA DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS 2006-2008 (EN Nº).	
Año	Población atendida
2006	31
2007	73
2008	98

Fuente: Memorias de Actividad Anuales de Nueva Vida (2006-2008).

Tabla 2.1

El perfil de los menores extranjeros no acompañados que llegan derivados por los equipos de atención a la infancia del Gobierno de Cantabria, son hombres adolescentes de entre 16 y 18 años, principalmente Magrebíes y Subsaharianos, carentes de familiares o tutores y en ausencia de patologías graves que impidan la convivencia en grupo.

• Cantabria Acoge

Proporciona servicios de acogida e integración a inmigrantes no regularizados que incluyen asesoría jurídica y laboral, formación lingüística y sobre acceso a servicios, y alojamiento a las personas sin residencia.

ATENCIONES ANUALES DE CANTABRIA ACOGE, 2006-2008 (EN Nº).	
Año	Atenciones/Acogidas
2006	1.582
2007	1.894
2008	1.844

Fuente: Memorias de Actividades Anuales de Cantabria Acoge (2006-2008).

Tabla 2.2

Los datos no están sistemáticamente desagregados por sexo a lo largo del período. En 2008: 7 países representan el 68% (1.255) de la atenciones. Perú (299); Colombia (202), Marruecos (182), Paraguay (161), Moldavia (157), Ecuador (137) y Brasil (117).

184 Personas que salen de la cárcel por buena conducta y/o cumplimiento de condena a cambio de trabajo.

- **Cáritas**

Ofrece servicios de cobertura de necesidades básicas a través de las parroquias: acogida, manutención, medicamentos y alojamiento a personas extranjeras necesitadas. A continuación se aportan los datos procedentes de las memorias anuales de 2006 a 2008.

ACTUACIONES DE CÁRITAS POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2006 (EN N ^º).			
2006	Hombres	Mujeres	Total
América Latina	691	933	1.624
África	206	136	342
Europa no comunitaria	188	427	615
Asia	0	1	1
TOTAL:	1.085	1.497	2.582

Tabla 2.3

ACTUACIONES DE CÁRITAS POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2007 (EN N ^º).			
2007	Hombres	Mujeres	Total
América Latina	534	912	1.446
África	244	151	395
Europa no comunitaria	229	292	521
Asia	4	2	6
TOTAL:	1.011	1.357	2.368

Tabla 2.4

ACTUACIONES DE CÁRITAS POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2008 (EN N ^º).			
2008	Hombres	Mujeres	Total
América Latina	805	1.270	2.075
África	367	252	619
Europa no comunitaria	306	449	755
Asia	16	8	24
TOTAL:	1.494	1.979	3.473

Tabla 2.5



• Cruz Roja

Proporciona servicios de información y formación sobre el sistema sanitario y servicios sociales y de acogida, incluyendo revisiones sanitarias, acompañamiento a proceso de regularización y obtención de tarjeta sanitaria, charlas y talleres sobre diversos temas y acogida en residencia de la Cruz Roja a la llegada. Los siguientes datos se han obtenido de las memorias anuales de la Cruz Roja de Cantabria de 2006 a 2008.

ACTUACIONES DE CRUZ ROJA POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2006 (EN Nº).				
2006	Mujeres	Hombres	Menores	Total
África	23	126	18	167
Europa no Comunitaria	12	27	14	53
Asia	2	10	4	16
Latinoamérica	8	16	10	34
TOTAL:	45	179	46	270

Tabla 2.6

ACTUACIONES DE CRUZ ROJA POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2007 (EN Nº).				
2007	Mujeres	Hombres	Menores	Total
África	20	145	12	177
Europa no Comunitaria	19	27	19	65
Asia	1	12	2	15
Latinoamérica	9	16	10	35
TOTAL:	49	200	43	292

Tabla 2.7

ACTUACIONES DE CRUZ ROJA POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2008 (EN Nº).				
2008	Mujeres	Hombres	Menores	Total
África	14	148	4	166
Europa no Comunitaria	18	26	21	65
Asia	3	22	1	26
Latinoamérica	3	4	1	8
TOTAL:	38	200	27	265

Tabla 2.8

SINDICATOS

• Comisiones Obreras -CCOO-

Ofrece servicios de orientación sociolaboral y de asesoramiento jurídico a las personas inmigrantes que acuden a solicitarlo. La información recogida pertenece a las memorias anuales de la entidad de 2006 a 2008.

ATENCIÓNES ANUALES DE C.C.O.O. 2006-2008 (EN Nº)			
Año	Mujeres	Hombres	Total
2006	-	-	1.500
2007	720	608	1.328
2008	724	804	1.528

Fuente: Memorias de Actividades Anuales de CCOO (2006-2008).

Tabla 2.9

• Unión General de Trabajadores -UGT-

El Centro Guía de UGT para personas inmigrantes ofrece servicios de orientación laboral a asesoramiento jurídico.

ATENCIÓNES DE UGT POR SEXO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE 2007-2008 (EN % Y NÚMERO TOTAL)			
Año	Mujeres (%)	Hombres (%)	Nº
2006	-	-	3.301
2007	76	24	3.514
2008	66	34	4.831

Fuente: Datos facilitados por U.G.T.

Tabla 2.10

ATENCIÓNES DE UGT POR REGIONES DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE, 2007-2008 (EN %)		
	2007	2008
Latinoamérica	85,5	82,4
Europa	5,0	8,6
África	9,3	9,0
Norteamérica	0,2	-
	100%	100%

Fuente: Datos facilitados por U.G.T.

Tabla 2.11

ANEXO 3: ACCESO A LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas permiten que éstas tomen decisiones independientes en cuanto a sus mecanismos de afiliación de personas extranjeras al sistema de TSI.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas el órgano emisor de la TSI es el propio Servicio Autónomo de Salud o Unidad Territorial de Tarjeta Sanitaria.

El análisis de los procesos de acceso a la TSI que establece cada Comunidad Autónoma permite distinguir tres tipos de estrategias concretas. Entre las medidas tomadas para facilitar el acceso a la TSI de la población inmigrante destaca la creación de un nuevo tipo de Tarjeta Sanitaria o la simplificación de los requisitos de empadronamiento.

1. **Tarjeta Sanitaria Individual de acceso clásico a través del empadronamiento**, como en Cantabria, Asturias, Galicia, La Rioja, Islas Baleares o Castilla La Mancha.

2. **Tarjeta Sanitaria Individual de acceso alternativo al empadronamiento**, como por ejemplo en Cataluña y Navarra en donde las solicitudes de TSI de personas inmigrantes sin papeles se tramitan a través de los profesionales de Trabajo Social de los Centros de Atención Primaria -CAP-.

3. **Tarjeta Sanitaria Alternativa**: otorga el derecho a la utilización de los servicios sanitarios a la población inmigrante sin recursos y/o con dificultades para empadronarse.

Algunos ejemplos:

- **Tarjeta de Reconocimiento Temporal del Derecho a Asistencia Sanitaria** de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se entrega provisionalmente en los servicios sanitarios del Sistema Andaluz de Salud.
- **Tarjeta Solidaria**: modelo utilizado en las Comunidades Autónomas de Canarias, Murcia, Valencia o Castilla León.
- **Tarjeta de Atención Sanitaria**, aplicada por la Comunidad Autónoma de Extremadura. Los extranjeros no empadronados gozan de la misma cobertura sanitaria que el resto de extremeños mientras regularizan su situación administrativa.
- **Documento Provisional de Asistencia**: implantado en el País Vasco para personas de bajos recursos.
- **Documento para la Atención Sanitaria**: utilizado en la Comunidad de Madrid para personas en situación de exclusión social que carecen de documentación y/o no pueden empadronarse. Requiere de un informe de un trabajador social de la red pública de servicios sociales que justifique la situación de exclusión social y los motivos que impiden la tramitación de una TSI, por el procedimiento normalizado.

En Valencia, País Vasco y Navarra, la Tarjeta Sanitaria se puede solicitar a través de los servicios sociales o las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la atención de la población inmigrante, siendo posible solicitarlo por la persona inmigrante en Navarra. En otras CC.AA. , como el País Vasco, se dan plazos temporales que pueden ser extendidos a petición individual o de las asociaciones o servicios sociales que solicitaron la tarjeta. La Comunidad Valenciana es la única en todo el Estado Español que permite, a través de la Tarjeta Solidaria, que inmigrantes en edad de trabajar y regularizar su situación reciban las mismas prestaciones sanitarias que un pensionista, no pagando de esa forma el 40% del precio de los medicamentos.



OSPC

Observatorio de Salud Pública de Cantabria