

*Convenio Atención
Sanitaria Inmigrantes*

*II Jornadas de
Coordinación y Seguimiento
2 de junio de 2003*

C O N C L U S I O N E S



CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

II Jornada de Coordinación y Seguimiento

2 de junio de 2003

CONCLUSIONES



III. II^{as} Jornadas de coordinación del convenio de atención sanitaria a inmigrantes de Andalucía. Conclusiones

Edita: *Fundación Progreso y Salud*
Consejería de Salud
Junta de Andalucía
C/ Max Planck, s/n. Isla Cartuja
41092 Sevilla

Dep. Legal: SE-3157-2003

Producción: *Gráficas Manterreina, S.A. (Sevilla)*

Ejemplar Gratuito. Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso del editor.

PRESENTACIÓN

Se presentan en esta publicación las conferencias, comunicaciones y trabajos desarrollados en los talleres de las II Jornadas de Coordinación del Convenio de Colaboración en Salud Pública para Inmigrantes celebradas en Sevilla el 2 de junio de 2003.

El objetivo es acercar las valiosas aportaciones realizadas en el curso de las mismas a todas las personas interesadas en este tema, así como profundizar en el conocimiento de la problemática que presenta este colectivo y avanzar en la mejora de la atención que se le presta desde todos los ámbitos relacionados: administración pública, profesionales sanitarios, ongs y sindicatos.

PRESENTACIÓN	3
CONFERENCIA DE APERTURA	7
Exma. Sra. Dña. M ^a . Jesús Montero Cuadrado Viceconsejera de Salud. Junta de Andalucía.	
CONFERENCIA INAUGURAL: LA EXPERIENCIA DE ACOGIDA Y ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES SIN RECURSOS EN LA UNIÓN EUROPEA.	11
Francisca Sauquillo Pérez del Arco	
MESA REDONDA: PANORAMA GENERAL DE LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA	33
1. Algunos aspectos de la demografía de la inmigración en Andalucía (Pilar Lobato Astorga)	35
2. La atención sanitaria a los inmigrantes en Andalucía (Carmen Escalera de Andrés)	45
3. El trabajo y el empleo de los inmigrantes (José Antonio Jiménez Gálvez)	57
4. La vivienda, la educación y la defensa jurídica de los inmigrantes (Khalid Zaidi El Younsi)	63
5. Plan Integral para la inmigración en Andalucía (Victor Manuel Bellido Jiménez)....	67
TALLER 1: ESTRATEGIA DE MEDIACIÓN EN SALUD	71
• Presentación y preguntas	73
• Intervención de Francisco Ramos Cabaleiro: La mediación intercultural en el Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes	74
• Intervención de Abdennour Al Ghouch: Problemas de los Inmigrantes	83
• Intervención de Ndubuisi Oji: Fases de la Mediación	87
• Conclusiones	91



TALLER 2: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ	93
• Presentación y preguntas	95
• Intervención de Luis Torrecilla Rojas: El Hospital Punta Europa Amigo de los Inmigrantes	96
• Intervención de Carmen Zamora: Problemas de acceso de los inmigrantes al servicio sanitario	102
• Intervención de Marcelo Lorenzo y José Luis Martínez: Organización Provincial de Seguimiento del Convenio*	
• Conclusiones	105
TALLER 3: PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES	109
• Presentación y preguntas	111
• Intervención de José Vázquez Villegas: Impacto de la Inmigración en la consulta del Médico de Familia	112
• Intervención de Nabil Sayed-Ahmad: Dificultades en la Atención sanitaria a Inmigrantes	114
• Intervención de Pilar Baraza: La diversidad de los cuidados	118
• Intervención de Nieves Lafuente: Educación terapéutica en población inmigrante: estrategias de abordaje	121
TALLER 4: INMIGRACIÓN, GÉNERO Y SALUD	125
• Presentación y preguntas	127
• Intervención de Enriqueta Barranco: Género e inmigración, una perspectiva sociosanitaria	128
• Intervención de Santiago Yerga: Mujeres Inmigrantes acogidas	139
• Intervención de Adela Abarrategui: Perspectiva de Género de la Inmigración*	
• Conclusiones	141

* No se dispone de la intervención

CONFERENCIA DE APERTURA

En primer lugar quiero agradecer la presencia de todos ustedes en estas II Jornadas de Coordinación y Seguimiento del Convenio en materia de salud pública para el Colectivo de Inmigrantes, Jornadas que son para mí una satisfacción y un orgullo por lo que representan de consenso y participación entre nuestro sistema sanitario público y las organizaciones de base social en el objetivo común de acercar la protección social a personas que de otra forma podrían quedar excluidas de él.

Este Convenio, firmado en 1999 entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Federación Andalucía Acoge, la Asociación Médicos de Mundo, la Cruz Roja Española en Andalucía y la Fundación Progreso y Salud, al que se adhirieron en fecha 8 de octubre de 1999 los sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores, en fecha 14 de noviembre de 2001 la Asociación Cardijn-Tartessos y en septiembre de 2002 la asociación Movimiento por la Paz el Desarme y la Libertad de Málaga, venía a completar la atención sanitaria que desde los servicios y centros públicos se estaba prestando ya a la población inmigrante de forma solidaria; solidaridad que abunda en nuestro sistema y que surge espontáneamente porque está en la base misma de compromiso personal de cada uno de los que lo integramos.

Como digo, este Convenio ha sido muy importante para todos nosotros. A través de él y a lo largo de los escasos cuatro años que lleva funcionando, se ha dado cobertura sanitaria pública a más de 100.000 inmigrantes que por su situación administrativa irregular y/o por su ausencia de recursos básicos vitales, podrían haber quedado excluidos de un derecho humano fundamental como es la asistencia sanitaria.

El Convenio de salud para inmigrantes surge de un sistema sanitario público que, teniendo claro cual es su cometido en lo relativo a la protección de salud de todos los individuos y teniendo claro que hay determinados grupos que por su situación social corren mayores riesgos de exclusión de éste sistema, tal y como refleja el II PAS, llama a la colaboración activa y solidaria de las organizaciones y entidades de base social que les atienden, para mejorar su acceso.

Se dirige por lo tanto, y fundamentalmente, a las personas extranjeras procedentes de países menos desarrollados que han venido a trabajar a nuestro país –llamados inmigrantes- y que por su situación administrativa, económica, laboral, etnocultural, de falta de información o educación, lingüística, social, etc. podrían verse excluidas del sistema, con el consiguiente riesgo añadido para su salud y para la salud pública del conjunto de la población en la que residen.

El Convenio se dirige a esta población, pero el Sistema Sanitario Público Andaluz se dirige a todos, sean andaluces, nacionales o extranjeros y vengan éstos de turismo, de tránsito hacia otro país, a trabajar, a estudiar o a residir, temporal o permanentemente. Pero se dirige de forma equitativa, dando a cada cual según sus necesidades, dando el mismo tratamiento para la misma necesidad y mediante los mecanismos que tiene públicamente establecidos: Tarjeta de Seguridad Social, E-111, E-112, Tarjeta de Reconocimiento Temporal del Derecho de Asistencia Sanitaria, etc.

Por darles algunos datos de la actividad del SSPA y de sus profesionales en torno a esta población, les cuento que durante el año pasado se realizaron casi 80.000 consultas médicas, más de 30.000 consultas de enfermería y cerca de 40.000 intervenciones de urgencia en atención primaria. Aunque estas cifras les resulten elevadas, debo decir que suponen un escaso 0,2% de las que normalmente se proporcionan a la población general.

También quiero destacar la labor que se presta desde la asistencia sanitaria especializada. Durante el último año se atendieron más de 34.000 urgencias de extranjeros en los hospitales públicos, más de 15.000 consultas de especialistas y se produjeron cerca de 4.500 ingresos. También debe destacarse que en nuestro sistema han nacido más de 900 niños de madres inmigrantes, que viene a suponer el 1,8% de todos los partos atendidos en el SSPA.

Como ven nuestro sistema funciona perfectamente cuando se trata de forma sistemática un problema que afecta a las raíces mismas de nuestra ética personal y profesional. Toda esta actividad responde decididamente a unas circunstancias –el incremento notable de la población inmigrante en nuestra comunidad autónoma- y a una política clara de la Junta de Andalucía que enmarca otra manera de entender la inmigración. Una política que pretende la integración de la diversidad humana en nuestra sociedad en condiciones de normalidad, como una riqueza que se añade a nuestro bagaje cultural, tan amplio y tan fundamentado que permite que la aportación de otras culturas lo ennoblezca.

Estas Jornadas nos van a permitir reflexionar entre todos, entre todo el extenso elenco de personas, personalidades y expertos de diferentes ámbitos, sobre los problemas que de alguna manera se pueden presentar en la atención a esta población, problemas que entre todos y con la mejor voluntad iremos haciendo frente para su solución, avanzando cada vez más rápido en mejorar los instrumentos que nos permitan ofrecer una atención de mayor calidad humana.

Uno de estos instrumentos, que tengo el placer de presentarles ahora es el MANUAL DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES, que han recibido todos ustedes junto con la documentación de estas Jornadas.



Este manual es fruto del intenso trabajo desarrollado desde la Fundación Progreso y Salud junto con las entidades firmantes del Convenio y diversas organizaciones profesionales y científicas –entre ellas y fundamentalmente la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, la Asociación de Andalucía de Pediatras de Atención Primaria, la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas o el grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. A todos quiero darles mi agradecimiento personal porque nos han proporcionado un instrumento inigualable para seguir avanzando en la mejora de la atención a este colectivo.

Este Manual viene a añadirse a la larga lista de instrumentos para la atención a este colectivo desde todos los sectores implicados: administración pública, profesionales sanitarios y entidades colaboradoras del Convenio. Algunos de ellos se les proporcionan también entre la documentación de estas Jornadas: Guía Básica de Atención a Inmigrantes, Folleto de Información para Inmigrantes, Carpeta de salud, Folleto sobre derechos y salud de las mujeres, dossier con información sobre el Convenio, etc

Sé que la mayoría de ellos son conocidos y utilizados por todos ustedes y que muchos habrán participado en su elaboración. Desde aquí de nuevo mi agradecimiento y sin más mis mejores deseos de que estas Jornadas sigan sirviendo, como las del año pasado, para avanzar entre todos de forma imparable. Gracias de nuevo.

Ilma. Sra. M^a. Jesús Montero Cuadrado
Viceconsejera de Salud

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

II Jornada de Coordinación y Seguimiento

CONCLUSIONES

CONFERENCIA

Francisca Sauquillo Pérez del Arco
Europarlamentaria





LA EXPERIENCIA DE ACOGIDA Y ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES SIN RECURSOS EN LA UNION EUROPEA

I.- LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Las características fundamentales de los países en desarrollo son la pobreza –considerada como la falta de recursos económicos, materiales y humanos- y el bajo índice de desarrollo humano. A los problemas de salud específicos se une una asignación de recursos deficientes, inexistencia de servicios de salud, tradición y creencias religiosas: como un componente de fatalidad ante la enfermedad contra lo que es imposible luchar

PARALELISMO ENTRE LOS INDICADORES DE SALUD Y LOS SOCIOECONÓMICOS:

	Tasa de mortalidad	PNB Per cápita	Esperanza de vida
Níger	320‰	230	48
Angola	290‰	700	48
Sierra Leona	284‰	160	40
Mozambique	284‰	90	47
Afganistán	257‰	280	45
R. Unido	7‰	18.340	77
Suiza	7‰	37.930	78
Irlanda	7‰	13.530	76
Alemania	7‰	25.580	76
Dinamarca	7‰	27.970	76

Influye la situación geográfica, con climas extremos, desérticos o con desastres naturales, tienen situación sanitaria precaria y también determinantes culturales, políticos

Las diferencias entre Norte-Sur son:

- Falta de accesibilidad a un sistema de atención primaria permanente que afecta a más de la mitad de la población: carencia de personal cualificado, desvío del recurso humano hacia el medio urbano, condiciones de vida, etc, medicina privada en detrimento de la pública



- Falta de agua potable. Más de 2.000 millones de personas carecen de agua potable según la OMS
- Desnutrición. En determinados países Africanos el 40% de la población se encuentra por debajo de un nivel nutricional adecuado. Malnutrición e infección van unidos.
- Mortalidad materna. Más de 600.000 mujeres mueren al año por causas relacionadas con el embarazo y el parto, incluidas las causas hemorrágicas y sépticas
- Mutilaciones genitales femeninas. Afecta a entre 85 y 114 millones de mujeres y niñas, unos 6000 casos al día, lo que supone más de 2 millones de niñas sometidas a esta operación al año.

Causas del empuje a las migraciones:

- Un crecimiento económico bajo o negativo combinado con una distribución desigual de los ingresos.
- Superpoblación, crecimiento elevado de la población
- Altas tasas de subempleo y desempleo
- Fuerte presión sobre los medios rurales
- Conflictos armados, limpieza étnica
- Violación de derechos humanos, discriminación, persecución
- Catástrofes naturales
- Gobernanza deficiente

Los cinco países con mayor carga de refugiados son: Irán, Burundi, Guinea, Tanzania y Gambia según ACNUR. En África, la proporción entre la población de refugiados y el PIB per cápita es más de 25 veces mayor que en Europa.

II.- LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES MIGRANTES Y SUS FAMILIAS

Desde hace algunos años, la inmigración de personas procedentes de áreas socioeconómicas deprimidas constituye una realidad en nuestro país, de modo que, mientras que en el censo de 1981 el número de extranjeros residentes en España era de 198.042 se ha llegado al millón y medio en 2002. Durante este tiempo, uno de los mitos más extendidos ha sido el de los inmigrantes llegados a España sólo son un gasto, sobre todo sanitario, para las arcas públicas.

Según los estudios del Inmsero, el Gobierno dedicó unos 444,7 millones de euros (74.000 millones de pesetas) a la atención sanitaria, siendo la principal partida, seguida de educación con 40.000 millones de pesetas. Otro estudio de la consultora Price Waterhouse cifraba en 7.527 millones de pesetas los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España, de coste máximo de la cobertura sanitaria a extranjeros en situación irregular y residentes sin derecho a la cobertura de asistencia sanitaria en 1998.

En esa fecha, los inmigrantes no sólo generan gastos a las arcas públicas. En el año 1998 aportaron 1.650,7 millones de euros a la Seguridad Social, según la Universidad de Comillas,



su contribución a las arcas del Estado fue superior en 1.123,8 millones de euros (187.000 millones de pesetas) a lo que Hacienda Pública gastó en ellos.

Los gastos derivados de la inmigración son los mismos que los que deriva de otros grupos de población. Dependen de la situación sanitaria de cada persona, y en el caso de los inmigrantes que llegan a nuestro país son jóvenes, están sanos y su estado de salud es aceptable (según José Vázquez Villegas del grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina)

Una de las barreras que hay que superar es la del idioma y la multiculturalidad y la situación de regularización, situación económico-laboral, cultura sanitaria.

Derecho a la asistencia social y a la seguridad social

La ICMW también confiere igualdad entre trabajadores inmigrantes y nacionales en las prestaciones sociales (Artículo 27), pero tal como está dispuesto prevalece la soberanía del estado:

- *Convenio internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias*

Artículo 27

1. Los trabajadores migratorios y sus familiares gozarán en el Estado de empleo, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que los nacionales en la medida en que cumplan los requisitos previstos en la legislación aplicable de ese Estado o en los tratados bilaterales y multilaterales aplicables. Las autoridades competentes del Estado de origen y del Estado de empleo podrán tomar en cualquier momento las disposiciones necesarias para determinar las modalidades de aplicación de esta norma.
2. Cuando la legislación aplicable no permita que los trabajadores migratorios o sus familiares gocen de alguna prestación, el Estado de que se trate, sobre la base del trato otorgado a los nacionales que estuvieren en situación similar, considerará la posibilidad de reembolsarles el monto de las contribuciones que hubieren aportado en relación con esas prestaciones.

Según Hasenau (1990), quien comparó la ICMW y las normas de la OIT para trabajadores inmigrantes, el Párrafo 1 sólo establece estándares mínimos para trabajadores inmigrantes documentados y sus familias, a pesar de la generalidad de los términos y estar incluido en la Parte III (Derechos humanos para todos los trabajadores y los miembros de sus familias) del borrador. Ello se debe a que se dejan en manos de la discreción legislativa de cada estado los requisitos para obtener prestaciones sociales (exceptuando diferencias basadas en la nacionalidad), de modo que no se excluye la existencia de diferentes disposiciones según la regularidad de la situación de los trabajadores inmigrantes. Según Hasenau, el historial legislativo del artículo lo confirma. Durante la segunda lectura, el grupo de trabajo de la Asamblea General debatió una versión que hacía referencia a los trabajadores inmigrantes "documentados o que están en una situación irregular" en el Párrafo 1. Más adelante, se eliminaron estas referencias a favor de una reformulación más precisa del texto. En ningún momento se pretendió cambiar el contenido.

El Artículo 22 de la DUDH, el Artículo 9 del ICERSC y el Artículo 26 de la CRC también hacen referencia al derecho de todas las personas a la seguridad social. La Convención nº 143 de la OIT (Artículo 9.1) dispone que los inmigrantes indocumentados gozarán de un trato igualita-

rio en lo referente a los derechos derivados de su empleo anterior como remuneración, seguridad social y otras prestaciones. Después de una lectura más detallada, dicho artículo sólo garantiza los derechos de aquellos trabajadores inmigrantes que hubieran sido contratados legalmente alguna vez y que hubieran continuado pagando impuestos después de que su permiso de residencia caducara. Para el resto de trabajadores indocumentados, garantiza el derecho de percibir una compensación económica en caso de sufrir un accidente laboral.

Derecho a la vivienda

El derecho a la vivienda está interrelacionado con el derecho a la sanidad dado que una vivienda decente es esencial para vivir dignamente, para la salud física y mental del ser humano y para que la calidad de vida en general. La DUDH prevé que todas las personas tengan derecho a un nivel de vida necesario para la buena salud y el bienestar del individuo y el de su familia, refiriéndose a la alimentación, ropa, vivienda, sanidad y los servicios sociales necesarios (Artículo 25). El Artículo 11 de la ICESCR también hace referencia a ello. La Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) dispone en su Artículo 14 que "Los Estados Parte tomarán las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra las mujeres en las zonas rurales (...) para asegurar (...) el derecho (...) a gozar de unas condiciones de vida adecuadas, especialmente en lo relativo a la vivienda, higiene y suministro de agua y electricidad, transporte y comunicaciones (...)" Lo mismo dispone el Artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y el Artículo 27 de la CRC.

Derecho a la Sanidad

La ICESCR proporciona el artículo más exhaustivo sobre el derecho a la sanidad de la legislación internacional sobre derechos humanos. Según el artículo 12 (1) del Pacto, los estados miembros reconocen el derecho de todas las personas a gozar del máximo nivel de salud mental y física, mientras el Artículo 12(2) desglosa a modo de ejemplo una serie de "medidas que los Estados Parte deben tomar (...) para conseguir un disfrute real de este derecho". El Artículo 12 está especificado en el "comentario sobre el Artículo 12 del ICESCR". Este último se desarrolló en su mayor parte durante la Conferencia Internacional sobre el "derecho a la sanidad" con el comité del ICESCR, organizada por la Federación Internacional de Organizaciones para los Derechos Humanos y de Sanidad y se adoptó en Mayo de 2000

Además, el derecho a la sanidad está también reconocido, entre otros, por el Artículo 5 (e) (iv) del ICERD, los Artículo 11(1) (f) y 12 de la CEDAW y el Artículo 24 de la CRC. Algunos organismos regionales, como el ESC, para los Derechos Humanos también reconocen el derecho a la Sanidad (Artículo 11) De. Mismo modo, también se reclama el derecho a la sanidad en la Comisión sobre Derechos Humanos, la Declaración de Viena y el Programa de Acción de 1993 entre otros instrumentos internacionales. El Artículo 28 de ICMW dispone lo siguiente:

- *Convenio Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias*
Artículo 28

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irrepa-



rables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

Derecho a la educación

El Artículo 13 del ICESCR y el Artículo 28 de la CRC disponen que la educación primaria debe ser obligatoria y gratuita para todos y la educación secundaria accesible para todos usando todos los medios necesarios. Además, el Artículo 2 del Primer Protocolo de la Convención Europea sobre Derechos Humanos afirma que no se le denegará el derecho a la educación a ninguna persona.

- *Convenio internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias*

Artículo 30

Todos los hijos de los trabajadores migratorios gozarán del derecho fundamental de acceso a la educación en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. El acceso de los hijos de trabajadores migratorios a las instituciones de enseñanza preescolar o las escuelas públicas no podrá denegarse ni limitarse a causa de la situación irregular en lo que respecta a la permanencia o al empleo de cualquiera de los padres, ni del carácter irregular de la permanencia del hijo en el Estado de empleo.

BIBLIOGRAFÍA

Hammer, L.M. "Migrant Workers in Israel: Towards Proposing a Framework of Enforceable Customary International Human Rights." *Netherlands Human Rights Quarterly* (1999): 5-30

Hasenau, M. "Setting Norms in the United Nations System: The Draft Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Their Families in Relation to ILO Standards on Migrant Workers." *International Migration / Migration Internationale / Migraciones Internacionales* 28, no. 2 (1990)

Houben, Kathelijne. "Social and Economic Rights of Illegal Migrants in Austria and Belgium". Master's thesis, Ludwig Boltzmann Institut Für Menschenrechte, 1999

Declaraciones y tratados internacionales

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) (GA res. 34/180, UN GAOR Supp. (no. 46) at 193, UN Doc. A/34/46 (1980)), 18 February 1979, entry into force: 3 September 1981.

Convention on the Rights of the Child (CRC) (GA res. 44/25, 28 I.L.M. 1448 (1989)), 20 November 1989, entry into force: 2 September 1990

SALUD

Las condiciones de vida de los inmigrantes indocumentados no ayudan a tener buena salud. Cabe tener en cuenta tres factores:

1. Condiciones laborales y de vida: Evidentemente son muy duras. Irregularidad del volumen de trabajo acarrea grandes cambios de horario, con sus consecuentes picos máximos.
2. Dificultad para acceder a la sanidad pública: dado que no pueden beneficiarse (salvo casos muy concretos) del sistema sanitario universal (Couverture Maladie Universelle-CMU), de la que todo francés y extranjero legal se puede beneficiar, los inmigrantes indocumentados pueden, teóricamente, solicitar la ayuda médica estatal (Aide Médicale d'Etat- AME). Sin embargo, es lógico que no siempre estén dispuestos a salir a la luz (dado que este procedimiento lo requiere), ni tampoco puedan dar los pasos administrativos necesarios, especialmente si consideramos que algunos fondos de la seguridad social ponen mucho ahínco en complicarles la situación. Es por esta razón que los Servicios de Acceso a la Sanidad Pública (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)- un servicio sanitario gratuito creado dentro del marco de la ley contra la exclusión social- atienden, a menudo, a una mayoría de extranjeros en situación ilegal. Estos inmigrantes prefieren acudir a los Servicios de Acceso a la Sanidad Pública que solicitar el AME. Así, afloran los problemas relacionados con un sistema de sanidad pública de dos velocidades. Además, cabe añadir el problema del idioma (un inmigrante en situación irregular no lo tiene fácil para aprender el idioma) ya que la comunicación entre el paciente indocumentado y el personal médico resulta difícil.
3. Problemas psicológicos: el exilio, el miedo y la incertidumbre respecto al futuro son patológicos- no sólo en términos de trastornos mentales. Evidentemente no hay ningún estudio epidemiológico que nos permita demostrar esta afirmación, sin embargo, se ha observado varios tipos de problemas psicosomáticos frecuentes. Si nos fijamos en la definición de salud de la OMC "un estado de bienestar psíquico, mental y social absoluto", la salud de los inmigrantes indocumentados nos parecerá deficiente.

EDUCACIÓN

Los hijos de los inmigrantes indocumentados tienen derecho a la educación y, en la realidad, se suele respetar este derecho. Cierto, el riesgo de ser denunciado en las escuelas es bajo; por ejemplo, es poco frecuente que un alcalde impida que un niño hijo de inmigrantes indocumentados se matricule en una escuela concreta. Por otro lado, los inmigrantes desean una integración real y un progreso social, por lo que son muy conscientes de la oportunidad que la escuela les brinda a sus hijos. Es más, todas las esperanzas de éxito suelen estar puestas en la segunda generación.

a) Decisiones UE

El Consejo de Ministros de Empleo y Asuntos Sociales de la UE, adoptó cambios en la normativa europea sobre coordinación de los sistemas de Seguridad Social, de modo que los inmigrantes legales que se desplazan por varios países europeos podrán mantener sus derechos a la protección social, ya sea de desempleo y sanitaria.



Ejemplo: Un inmigrante (turco) residiendo legalmente en Alemania, puede ir a buscar empleo a España, Francia y tiene la misma cobertura a efectos de asistencia sanitaria y de cómputo de derechos que pueda tener un nacional de la UE (XII-2002)

En las Prestaciones sobre Seguridad Social que data de 1971, los 15 países han acordado adaptar en materia de prestaciones por enfermedad, maternidad y paternidad, accidentes laborales y enfermedades profesionales y fallecimiento

b) Preguntas:

- ¿Qué medidas de protección social se han aplicado en los ámbitos nacional, regional e internacional a efectos de propiciar la integración de los migrantes?
- ¿Cuál es la protección social adecuada para las familias de los trabajadores migrantes y sobre todo para sus hijos?
- ¿Los migrantes ilegales y sus familias, por lo general carecen del acceso a la protección social de que disponen los inmigrantes legales?
- ¿Cómo puede la protección social extenderse a los hijos de éstos?

III.- POLÍTICA COMUNITARIA

- TRATADO DE ÁMSTERDAM (1 de mayo de 1999): materia de Justicia 62/6
- Consejo Europeo de TAMPERE 15 y 16 de Octubre de 1999: aproximación de legislaciones en materia de inmigración y asilo. Poner en marcha codesarrollo. Residentes legales en la UE deben disfrutar de derechos y obligaciones comparables a los de los nacionales de los Estados miembros.
- Consejo Europeo de SEVILLA (21 Y 22 DE JUNIO DE 2002)
 - Definición de una política común de asilo e inmigración
 - Lucha contra la inmigración ilegal
 - Estatuto de refugiado, reagrupación familiar y estatuto de permanentes de larga duración
- Consejo de Ministros JAI (Junio 2003)

IV. – MIGRACION Y DESARROLLO

Datos:

A. Inmigración a la UE:

Inmigrantes procedentes del interior de la UE (2000)	680.000
Inmigrantes procedentes del exterior de la UE	13.000.000

Región de Origen:

Europa	45%
Norte de África	18%
Asia	17%
África Subsahariana	9%
EEUU	3%
Otras	8%

Iberoamérica

Ecuador	35%
Colombia	20%
Argentina	19%
Chile	37%

B. Acuerdos Internacionales como la Convención de Ginebra 1951

C. El derecho al desarrollo es un derecho humano

D. LAS TRES "d" Democracia, derechos humanos y desarrollo

E. Medidas de Integración Social (29-XI-2001)

- Lucha contra la exclusión social
- Nuevos métodos de lucha contra las discriminaciones en relación con el mercado de trabajo
- Terrorismo. Septiembre 2001
- Matutes: los irregulares no existen
- Acebes:
 - a. Adaptación a la Europea (Falso)
 - b. Tribunal Supremo
 - c. Evolución de la inmigración. Riesgo de un estallido social en España
 - d. Unión de redes tráfico de inmigrantes / terrorismo fundamentalismo islámico.



V.- EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS INMIGRANTES INDOCUMENTADOS

Lamentablemente, la situación en la que viven los inmigrantes indocumentados en los países de acogida es muy precaria. Desprovistos del permiso de residencia legal y del permiso de trabajo, no son titulares ni beneficiarios de la Seguridad Social y se les niega el acceso a los servicios sociales básicos. Los inmigrantes ignoran a menudo la asistencia social mínima a la que tiene derecho o tienen miedo de exigir a los países de acogida que actúen de acuerdo con las obligaciones internacionales a las que se han comprometido. Ante esta situación, las ONGs cumplen un papel fundamental informando y proporcionando asistencia médica y medicamentos gratuitamente a los inmigrantes, a pesar de que algunos países penalizan la asistencia a inmigrantes indocumentados.

CONTEXTO INTERNACIONAL

Varios instrumentos internacionales consagran el acceso a la sanidad pública para toda persona residente en el territorio de un Estado miembro, sin hacer referencia alguna a su condición de extranjeros o nacionales en el país de residencia y sin establecer distinciones entre los extranjeros documentados y los sin papeles.

- En este sentido, el artículo 25 de la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" declara lo siguiente:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."

- Y el artículo 12 del "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" desarrolla qué tipo de medidas deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento de todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- Además, el derecho a la sanidad está también reconocido, entre otros, por el Artículo 5 (e) (iv) de la "Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial", los Artículos 11 (1) (f) y 12 de la
- "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" y el Artículo 24 de la "Convención sobre los Derechos del Niño"
- Finalmente, la "Convención Internacional para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares" que entrará en vigor el 1 de Julio de 2003, hace referencia expresa a la atención médica de urgencia para los inmigrantes indocumentados, aunque conviene señalar que ningún país miembro de la UE ha ratificado todavía este instrumento:

"Los trabajadores inmigrantes y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o la empleo"

CONTEXTO ESPAÑOL

En España, la ley de extranjería garantiza en su artículo 12 a todos los extranjeros inscritos en el padrón municipal el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, al igual que a todos los extranjeros menores de 18 años y a las mujeres embarazadas con independencia de su inscripción en el padrón. En todo caso, los extranjeros tienen el derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia:

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residen 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 la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tiene 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.

Sin embargo, en la práctica, existen varios factores que impiden a los inmigrantes indocumentados acceder a estos servicios médicos. El principal de todos es el miedo de los inmigrantes a acudir a las administraciones públicas y revelar su situación irregular. Muchos inmigrantes conocen su derecho a la asistencia sanitaria, pero la obligación de empadronarse en el registro municipal supone un obstáculo para mucho de ellos por miedo a ser descubiertos y expulsados del país.

CONCLUSIÓN

El debate social sobre la inmigración sigue originando multitud de sentimientos contradictorios. En general, se tiende a criminalizar a los inmigrantes indocumentados sin indagar las causas que les ha llevado a tan precaria situación jurídica y social. No se reconoce la contribución económica que aportan al país de acogida y se ignora el drama personal que les acompaña.

El derecho a la prestación de asistencia sanitaria debería contemplarse como un derecho fundamental a todo ser humano, como parte integrante del derecho a la vida y a la integridad física de la persona reconocidos en la nuestra Constitución.

Sólo espero que seminarios como el de hoy contribuyan al debate social y al intercambio de experiencias prácticas entre todas aquellas organizaciones solidarias que asisten a los inmi-



grantes en momentos de necesidad, a fin de presentar propuestas concretas que tiendan a reformar los instrumentos jurídicos que, hoy por hoy, no aportan una solución eficiente a la realidad en la que viven muchos trabajadores inmigrantes en nuestra sociedad.

ANEXO Ponencia Francisca Sauquillo Pérez del Arco

PROPUESTAS LEGISLATIVAS EN CURSO EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN Y DE INTEGRACION SOCIAL Y POLITICAS DE INMIGRACION EN LA UNION EUROPEA

(Abril 2003- 10ª actualización) *1

Marco jurídico y acuerdos políticos que fundamentan estas propuestas legislativas:

TRATADO DE AMSTERDAM (1 de Mayo de 1999)

- Asume también la lucha contra el racismo y la xenofobia y contra cualquier forma de discriminación como competencia comunitaria (art. 13)
- Aprueba ceder competencias en materia de Justicia y Asuntos de Interior a la UE y asume, por tanto, las políticas de inmigración y asilo (arts. 62 y 63)
- Aprueba la cesión de competencias de cooperación intergubernamental en materia de Justicia y Asuntos de Interior hacia el primer pilar (comunitario) (Título IV)
- Incluye el sistema informático de Schengen (libre circulación de personas) en el marco jurídico e institucional de la UE (Protocolo n° 2)

CONSEJO EUROPEO DE TAMPERE (15 y 16 de Octubre de 1999)

- Decide la aproximación de legislaciones en materia de inmigración y asilo. Asume la propuesta de partenariado con los países de origen de la inmigración y poner en marcha políticas de codesarrollo
- Decide que los residentes legales en la UE deben disfrutar de derechos y obligaciones comparables a los de los nacionales de los Estados miembros (incluido el derecho de libre circulación).
- Decide poner en marcha medidas concretas contra la discriminación por razones de origen étnico.
- El PE quiere proponer una Carta Europea que contemple el estatuto del residente legal, como paso previo a la adquisición de la ciudadanía europea. (Resolución PE sobre Consejo de Tampere 27/10/99 - 135/187/99)

CONSEJO EUROPEO DE SEVILLA (21 y 22 de Junio de 2002)

A raíz de los retrasos en el calendario previsto de Tampere se insta a las sucesivas presidencias a seguir dando a las cuestiones migratorias relevancia especial en las agendas de trabajo.

1 Los documentos marcados con un * indican que han sido modificadas algunas de sus referencias o nuevas propuestas desde la última actualización.

Por ello se acuerda la aceleración de los trabajos legislativos en curso sobre la definición de una política común de asilo e inmigración:

- Paralelamente a la intensificación de la cooperación para luchar contra la inmigración ilegal, es necesario impulsar el estudio de las propuestas en curso para que se aprueben:
 - antes de diciembre de 2002, el Reglamento Dublin II.
 - antes de junio de 2003, las normas sobre requisitos para obtener el estatuto de refugiado y sobre el contenido de dicho estatuto; las disposiciones sobre reagrupación familiar y el estatuto de los residentes permanentes de larga duración.
 - antes del final de 2003, las normas comunes en materia de procedimiento de asilo.
- La Comisión presentará, a finales de octubre, un informe sobre la eficacia de los recursos financieros disponibles a escala comunitaria para la repatriación de inmigrantes y solicitantes de asilo rechazados, la gestión de las fronteras exteriores y los proyectos de asilo y migración en terceros países.
- Se pide al Consejo de Ministros JAI que, en colaboración con la Comisión, le presente para su reunión de junio de 2003, un informe sobre la puesta en práctica de las orientaciones contenidas en estecapitulo.

En consecuencia, la Comisión Europea, ejerciendo su derecho de iniciativa ha presentado las siguientes propuestas:

0/ Textos marco

- *Integración de las cuestiones de migración en las relaciones de la UE con países terceros: informe sobre la eficacia de los recursos financieros disponibles a escala comunitaria para la repatriación de inmigrantes y de solicitantes de asilo rechazados, para la gestión de las fronteras exteriores y para proyectos de asilo y migración en terceros países
 Propuesta Comisión Europea: COM(2002) 703 final (13/12/02)
 Consulta PE: ponente Anna Terrón i Cusi
- *Comunicación relativa a un método abierto de coordinación de la política comunitaria en materia de inmigración
 Propuesta Comisión Europea: COM (01)387 (11/07/01)
 Consulta PE: ponente Anna Terrón i Cusi. Previsión adopción en comisión (30/6/03)
- *Propuesta de Plan global para la lucha contra la inmigración ilegal y la trata de seres humanos en la UE
 Propuesta Consejo : 2002/C 142/02 (14/6/02)
- *Comunicación hacia una gestión integrada de las fronteras exteriores de los Estados miembros
 Propuesta Comisión Europea: COM (02) 233 (07/05/02)
- *Libro Verde relativo a una política comunitaria de retorno de los residentes ilegales.
 Propuesta Comisión Europea: COM(02) 175 (10/4/02)



(Nota: Esta propuesta queda asumida por el documento sobre Integración de las cuestiones de migración en las relaciones con países terceros)

- Comunicación relativa a una política común de inmigración ilegal

Propuesta Comisión Europea: COM(01)0672 (15/11/01)

(Nota: Esta propuesta queda asumida por el documento sobre Integración de las cuestiones de migración en las relaciones con países terceros)

- *Propuesta de decisión del Consejo por la que se adopta un programa de acción relativo a la cooperación administrativa en los ámbitos de fronteras exteriores, visados, asilo e inmigración (ARGO)

Propuesta Comisión Europea: COM (01) 567 (16/10/01)

Consulta PE: A5-0085/2002 // T5-0152102 (09/04/02)

Consulta Consejo: Adoptado 13/6/2002 DO L/2002/161/ 11

- Comunicación sobre una política comunitaria de inmigración

Propuesta Comisión Europea: COM(00) 757 (22/11/00)

Consulta PE: A5-0305/2001 // R5-0495/2001 (3/10/01)

1/ Medidas para la aproximación de las legislaciones nacionales de inmigración

- *Propuesta de Directiva sobre las condiciones de entrada y residencia de nacionales de terceros países por razones de trabajo por cuenta ajena y de actividades económicas por cuenta propia.

Propuesta Comisión Europea: COM (01)386 (11/07/01)

Consulta PE: Ponente Anna Terrón A5-10/03 (21/1/03) // Adopción T5-0050 (12/2/03)

- *Propuesta de directiva relativa a los requisitos de entrada y estancia de los nacionales de terceros países a efectos de estudios, de formación profesional o voluntariado

Propuesta Comisión Europea: COM/2002/0548 (7/10/02)

Consulta: Prevision adopción en Comisión (23/4/03)

- *Directiva sobre las condiciones de entrada y residencia para ejercer el derecho a la Reagrupación familiar.

Propuesta Comisión Europea: COM (99)638 / propuesta modificada COM(0D)624 (10/10/00) / Última propuesta modificada COM (02) 225 (2/05/02)

Consulta PE: A5-201100 - Adopción 1ª propuesta R5-362/00 (6/9/00) // A5-86/03 (Ponente: Carmen Cerdeira) - Adopción 2,1 propuesta (9/14/03)

Pendiente de aprobación por el Consejo - Último debate (25/06/02)

2/ Aproximación del estatuto legal entre los ciudadanos de terceros países residentes legales y los nacionales de los Estados miembros

- *Propuesta de Reglamento por el que se amplían las disposiciones del Reglamento (CEE) n° 1408/71 a los nacionales de terceros países que, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas (uniformizar derechos y obligaciones de los inmigrantes residentes en la UE)

Propuesta Comisión Europea: CÔM(02) 59 (6/02102)
 Consulta PE : A5-369/02 // Adopción pleno (21/11/2002)

- *Propuesta de Directiva relativa al estatuto de los nacionales de terceros países residentes de larga duración

Propuesta Comisión Europea: COM (01) 127 (13/03/01)
 Consulta PE: A5-0436101 // Adopción T5-0030/02 (05/02/02)
 Consejo: Previsión adopción 5/6/03

3/ Medidas contra la discriminación

- *Propuesta de Decisión marco relativa a la lucha contra el racismo y la xenofobia

Propuesta Comisión Europea: COM(01) 664 (29/11/01)
 Consulta PE: A5-189/02 (23/05/2002)

- Directiva para el establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el mundo laboral.

Propuesta Comisión Europea: COM (99) 565 / Nueva propuesta modificada COM(00) 652 (12/10/00) Consulta PE: AS 264/00 // Adopción R5 437/00 (5/10/00)
 Consejo: Acuerdo político 2000L0078 (27111/00)
 DOCE: L 303 (2/12/00)

- Programa de Acción para luchar contra la discriminación 2001-2006.

Propuesta Comisión Europea: COM (99) 564 y COM (99) 567 / Nueva propuesta modificada COM(00) 649 (10/10/00)
 Consulta PE: AS 259/00 // Adopción RS 436/00 (5/10/00)
 Consejo: Acuerdo político 2000D0750 (27/11/00)
 DOCE: L 303 (2/12/00)

- Directiva para la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial y/o étnico.

Propuesta Comisión Europea: COM (99) 566 / Nueva propuesta modificada COM (00) 328 (31/5/00) Consulta PE: A5-0136/00 // Adopción R5 236/00 (1815100)
 Consejo: Acuerdo político 2000/43/CE (29/6/00)
 DOCE: L 180 (19/7/00)

4/ Medidas de integración social

- Decisión para establecer un programa de acción comunitario para reforzar la cooperación entre Estados miembros para luchar contra la exclusión social.

Propuesta Comisión Europea: COM(00) 368 (16/6/00) // Propuesta modificada COM(00) 796(24/11/00) // Nueva propuesta modificada COM(01) 375 (29/6/2001)
 Consulta PE: A5-372/01 // Adoptado en 3 propuesta T5-060312001 (15/11/2001)
 DOCE: L 010 (12/2/02) (2002D0050)



- Iniciativa comunitaria para promover nuevos métodos de lucha contra las discriminaciones y desigualdades de toda clase en relación con el mercado de trabajo (EQUAL)
Propuesta Comisión Europea: COM(99) 476 (13/10/99)
Consulta PE: A5-34/00 // Adopción R5-53/00 (16/2/00)
DOCE: C 127 (5/5/00) http://europa.eu.int/comm/employment_social/equal/index.cfm

5/ Otros textos para la inmigración

- *Propuesta de Directiva sobre la obligación de los transportistas de comunicar los datos de las personas transportadas (Iniciativa de España)
Propuesta Consejo: C5-0164/2003, DOCE n° C 082 (5/4/03)
Consulta PE: Pendiente adopción en Comisión
- *Propuesta de Directiva relativa a la expedición de un permiso de residencia de corta duración a las víctimas de la ayuda a la inmigración ilegal o de la trata de seres humanos que cooperen con las autoridades competentes
Propuesta Comisión Europea: COM(02) 71(11/02/02)
Consulta PE: A5-397 (12/11/02) // Adoptado T5-0591/2002 (5/12/02)
- *Reglamento para modificar el reglamento 1683/95 por el que se establece un modelo de visados uniforme.
Propuesta Comisión Europea. COM (01) 577/1 (23/3/01)
Consulta PE: A5/445/2001 (4/12/01) // Adoptado T5-0669/2001 (12/12/2001)
DOCE: L 053 (23/2/02) 2002R0334
- Propuesta de Directiva para determinar las condiciones por las cuales nacionales de terceros países puedan tener libertad de viajar en el territorio de los Estados Miembros durante periodos que no excedan tres meses, introduciendo una autorización de viaje específica, y determinando las condiciones de entrada y movimiento durante periodos que no excedan seis meses
Propuesta Comisión Europea: COM (01) 388 (10/07/01)
Consulta PE: A5-0455/2001 // Adopción T5-0031/02 (5/02/02)
- Reglamento por el que se establece la lista de países terceros cuyos nacionales deben ser titulares de visado (para estancias no superiores a los tres meses), y la lista de países terceros cuyos nacionales están exentos de esa obligación
Propuesta Comisión Europea: COM(00) 27 // Propuesta modificada COM(00) 577 (21/9/00)
Consulta PE: A5-0056/2001 // Adopción R5-01091/2001 (1/3/01)
Consejo: Acuerdo político (30/11/00)
DOCE L 081 (21/3/01)
- Reglamento relativa a la libre circulación con visado para estancias de larga duración
Propuesta iniciativa francesa: CSL 9667/2000 (23/6/00)
Consulta PE: A5-3881/2000 (5/12/00) // Adopción R5-42/2001 (18/01/01)
Consejo: Acuerdo político (28/5/01)
DOCE L150 (6/6/01)

- Planes de Acción para los países origen de la inmigración: partenariado para el codesarrollo (especial interés tiene el Plan previsto para Marruecos).
Propuesta Comisión Europea: C5-0165199.
Consulta PE: A5-57/00 // Adopción R5 -130/00 (30/3/00)
- *Propuesta para la implementación de un nuevo instrumento presupuestario para la cooperación con terceros países de origen y tránsito de la inmigración.
Propuesta Comisión Europea: prevista finales 2002
- Propuesta Decisión marco para la adopción de medidas que establezcan normas mínimas relativas a los elementos constitutivos de delito y a las penas en el campo de la delincuencia organizada ligada al tráfico de seres humanos
Propuesta Comisión Europea: prevista primer semestre 2002

6/ Scoreboard sobre el espacio de libertad seguridad y justicia (ELSJ)

- *Marcador para supervisar anualmente los progresos realizados en este ámbito (Comisión Europea).

4ª Actualización semestral: COM (2002) 738 (16/12/02)

Estructurado en cuadros, sigue lo más de cerca posible lo acordado en Tampere. Tiene tres objetivos diferentes pero relacionados:

- Garantizar el considerable grado de transparencia requerido por un proyecto que afecta tan directamente a los ciudadanos;
- Preservar el ímpetu generado por el Consejo Europeo de Tampere;
- Ejercer presión en cualquier área que sufra retraso para recordar a los responsables la necesidad de redescubrir el compromiso político tan claramente reiterado por el Consejo Europeo.

Debe evidenciar el camino por recorrer y la distancia cubierta, mostrando claramente las áreas donde se está progresando y aquéllas que sufren retrasos. Será un elemento importante para el debate anual con el Consejo y por ende abrirá al escrutinio público áreas hasta ahora impenetrables para los observadores no especialistas.

7/ Consulta legislación en vigor

- Inmigración y derecho de los nacionales de terceros países:
http://eur-lex.eu.int/eur-lex/es/lif/reg/es_register_191040.html

Anna Terrón i Cusi

Diputada al Parlamento Europeo Portavoz del Grupo del PSE a la Comisión de Libertades Públicas, Derechos de los Ciudadanos y Asuntos de Justicia e Interior en el Parlamento Europeo

- En caso de que sea de vuestro interés, os podemos facilitar los documentos aquí citados. (avalenti@psc.es)



PROPUESTAS LEGISLATIVAS EN CURSO EN MATERIA DE ASILO Y REFUGIADOS EN LA UNIÓN EUROPEA

(Abril 2003 - 10ª actualización) *1

0/ Textos marco

- *Comunicación sobre un procedimiento común y uniforme de asilo

Propuesta Comisión Europea: COM (00) 755 (22/11/00) //

Consulta PE: A5- 0304/2001 // R5-0494/2001 (3/10/2001)

1er informe sobre la implementación de una política de coordinación en asilo COM(01)
710 28/11/01)

Consulta PE: A5-25712002 (9/7/02)

1/ Medidas para la aproximación y la coordinación de las legislaciones nacionales en asilo

- *Propuesta de Reglamento por el que se fijan los criterios para determinar los Estados que puedan calificarse como terceros Estados seguros a efectos de asumir la responsabilidad de examinar una solicitud de asilo presentada en un Estado miembro por un nacional de un tercer país, así como una lista de terceros Estados europeos seguros (Iniciativa de Austria)

Propuesta Consejo: C5-0010/2003, DOCE n° C 017(24/01/03)

Consulta PE: Pendiente de adopción en Comisión 20/5/03

- *Propuesta de Directiva sobre la asistencia durante el tránsito en el marco de medidas de expulsión por vía aérea (Iniciativa de Alemania)

Propuesta Consejo: C5-0011/2003, DOCE n° C04 (9/1/03)

Consulta PE: A5-104/03 (25/3/03)

- *Propuesta de Decisión por la que se establecen los criterios y modalidades prácticas para la compensación de los desequilibrios financieros resultantes de la aplicación de la Directiva del Consejo 2001/40/CE, relativa al reconocimiento mutuo de las decisiones en materia de expulsión de los nacionales de terceros países

Propuesta Comisión Europea: COM(03) 49 (3/2/03)

Consulta PE: Pendiente de adopción en Comisión 19/5/03

2/ homogenización solicitantes de asilo y estatuto para refugiados

- *Propuesta Directiva para la adopción de normas mínimas comunes sobre procedimientos para la concesión o retirada del estatuto de refugiado

Propuesta Comisión Europea: COM(00) 578 (20/09/00) // COM/(02)/326FINAL(18/06/02)

Consulta PE: A5-0291/2001 // R5-0472/2001 (20/9/01)

Consejo: Previsión adopción 5/6/03

1 Los documentos marcados con un * indican que han sido modificadas algunas de sus referencias o nuevas propuestas desde la última actualización.

- *Reglamento para la adopción de criterios y mecanismos para las solicitudes de asilo (revisión Convenio Dublin)
 Propuesta Comisión Europea: COM (01) 447 (26/7/01)
 Consulta PE: A5/2002/81 // 1ª lectura T5-0153/2002 (9/04/02)
 DOCE: n° L 050 de 25/02/03 // Reglamento (CE) n° 343/2003

- Decisión para el establecimiento Fondo Europeo para los refugiados y reserva para caso de protección temporal de personas desplazadas.
 Propuesta Comisión Europea: COM (99) 6861 Nueva propuesta modificada COM(00) 533 (15/9/00)
 Consulta PE: A5-91/00 - R5-140/00 (11/4/00)
 Consejo: Adopción formal (28/9/00)
 DOCE: L 252 (<http://www.european-refugee-fund.org>)

- Directiva para la Protección Temporal en caso de desplazamientos masivos de personas/refugiados y medidas de fomento para un esfuerzo equitativo entre los Estados miembros para acoger dichas personas y asumir las consecuencias de esta acogida.
 Propuesta Comisión Europea: COM(00) 303 (24/5/00)
 Consulta PE: A5-0771/2001 // 115-011231/2001 (13/3/2001)
 Consejo: Acuerdo político 2001L0055 (20/7/2001)
 DOCE L 212 (7/8/01)

- Modificación Reglamento para la creación del sistema EURODAC para la comparación de huellas dactilares de los solicitantes de asilo.
 Propuesta Comisión Europea: COM(99) 260 / Nueva propuesta modificada COM(00) 100 (15/3/00)
 Consulta PE: A5-219/00 (29/8/00) - R5 399/00 (21/9/00)
 Consejo: Acuerdo político 2000R2725 (11/12/00)
 DOCE: L 316 (15/12/00)

- Estudio preliminar para el establecimiento de normas comunes sobre los procedimientos de asilo.
 Propuesta Comisión Europea: SEC(99) 271.
 Consulta PE: A5-123/00 // R5-278/00 (15/6/00)

- Programa de formación, intercambios y de cooperación en los ámbitos del asilo, de la inmigración y del cruce de las fronteras exteriores (Programa Odysseus 1998-2002)
 Consejo: Acción Comuna 981244/JAI - DOCE: L 99 (31/3/98)
 (http://europa.eu.int/comm/justice_home/protect/odysseus/index.es.htm)



- *Propuesta de Directiva por la que se establecen normas mínimas sobre los requisitos y el estatuto al que pueden optar ciudadanos de países terceros y personas apátridas para ser refugiados o beneficiarios de otros tipos de protección internacional

Propuesta Comisión Europea: COM(01) 510 (12/9/01)

Consulta PE: A5-333 (2110102) // Adoptado 1ª lectura T5-0494 (22/10/02)

Consejo: Previsión adopción 5/6/03

- *Directiva para establecer normas mínimas relativas a la recepción de solicitantes de asilo en los Estados Miembros.

Propuesta Comisión Europea: COM (01) 181 (314/01)

Consulta PE: A5-112/02 // Adoptado 1ª lectura T5-0202/02 (25/04/02)

DOCE nº L 031 (6/02/03) // Directiva 2003/9/CE

3/ Consulta legislación en vigor

Política de Asilo y refugiados:

<http://europa.eu.int/eur-lex/es/lif/reg/es register 191030.html>

4/ Propuestas en preparación

- *Un nuevo enfoque internacional para los procedimientos de asilo y la protección de refugiados (Iniciativa británica)

Consejo: En debate (presentado a la Presidencia 10/03/03)

Anna Terrón i Cusi

Diputada al Parlamento Europeo Portavoz del Grupo del PSE a la Comisión de Libertades Públicas, Derechos de los Ciudadanos y Asuntos de Justicia e Interior en el Parlamento Europeo

- En caso de que sea de vuestro interés, os podemos facilitar los documentos aquí citados. (avalenti@psc.es)

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES
II Jornada de Coordinación y Seguimiento
CONCLUSIONES

MESA REDONDA Panorama General de la Inmigración en Andalucía



ALGUNOS ASPECTOS DE DEMOGRAFÍA DE LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

El Bueno de Cultas (El País de las Tentaciones) no aceptaba las escalas para hablar de personas. Consideraba que en los números se diluyen los perfiles humanos, que llevaban la imaginación a masas ingentes e impersonales. Pero yo no he encontrado otra forma de hablarles de demografía de la inmigración si no es con números. Únicamente puedo pedirles que empleen su sensibilidad para que vean realmente una persona detrás de cada número.

¿Te imaginas toda esa gente? ¿Y a cada uno de ellos y ellas? En definitiva es la pregunta que debemos hacernos detrás de los números que esconden los gráficos y tablas de cualquier descripción demográfica. Y a esa imaginación quiero llevarles con esta intervención. Porque detrás de cada número hay una persona y cuando pensamos en ella, tenemos que imaginárnosla en su totalidad, plena de identidad, sentimientos y derechos humanos, tan real como cualquiera de nosotros mismos. Tan real como el extranjero o extranjera que acude a nuestra consulta, a nuestro centro de salud, a nuestra ong o a nuestro sindicato a pedir asistencia o ayuda o información.

Pero hay que volver a los números para ver de qué población estamos hablando, para aproximar nuestra imaginación a la realidad operativa, para saber a cuanta gente tendremos que atender en los servicios sanitarios o en las ongs o en los sindicatos, y como se les puede ayudar en función del régimen de residencia en el que se encuentren, de la procedencia, del idioma, del sexo, etc.

Los datos que les presento proceden de varias fuentes. Una descripción más pormenorizada la van a encontrar en el "Manual de Atención Sanitaria al Inmigrante" recién editado por esta Fundación, que se presenta en estas Jornadas en un librito/dossier "Guía del Convenio de Salud para Inmigrantes" que se distribuye a las entidades y sedes que colaboran en el marco de este Convenio, ambos dos elementos que se les proporciona a todos ustedes con la documentación.

Voy a hablar de los siguientes grupos de personas que residen -residimos- en Andalucía:

- Nacionales: Residentes en Andalucía según los datos del INE de diciembre de 2001, aunque son datos proyectados y menores que los estimados por el IEA.
- Extranjeros con permiso de residencia en Andalucía según los datos del Ministerio del Interior del Anuario 2001 de inmigración aunque también se han utilizado los datos del 2002 -parciales a 31 de diciembre de 2002- que ha proporcionado este Ministerio en respuesta oficial a Andalucía Acoge y que han sido cedidos para este análisis.
- Inmigrantes derivados al SSPA según los datos proporcionados a la Fundación Progreso y Salud por las entidades colaboradoras del Convenio: Andalucía Acoge, Cruz Roja A, Médicos del Mundo Andalucía, CC.OO-A, UGT-A, Cardijn, MPDL-Málaga, durante los años 1999, 2000, 2001 y 2002. Desde aquí quiero darles las gracias por ello y animarles a que lo sigan haciendo para mejorar entre todos y afinar con la población a la que estamos llegando.

A GRANDES RASGOS:

	ESPAÑA	ANDALUCÍA	%
POBLACIÓN TOTAL	40.500.000	7.500.000	18
EXTRANJEROS RESIDENTES	1.200.000	160.000	13
INDOCUMENTADOS*	300.000	40.000	13

**estimaciones para España del Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia 2000 y para Andalucía datos emitidos por las entidades colaboradoras de Convenio.*

Según estos datos en Andalucía residen aproximadamente 200.000 extranjeros, el 20% de ellos en situación irregular o sin permiso de residencia. Esto supone el 13 por ciento de la población total de residentes extranjeros de España. El número relativo de extranjeros en situación regular en Andalucía (2,2 por cada 100 habitantes) es menor que en España (3 por cada 100) igual que el de indocumentados a pesar de que las noticias sobre las pateras hacen pensar lo contrario. Esto es así sobre todo por la gran repercusión en número de vidas que se cobra esta forma de inmigración pero no por el volumen total. Parece que el mayor número de indocumentados entran en nuestro país como turistas regulares por los aeropuertos, no por las pateras.

Para hacernos una idea del volumen de población extranjera en España en relación a otros países el Observatorio Europeo de Racismo y Xenofobia ofrece estas cifras:

Francia:	5 extranjeros por cada 100 habitantes
Alemania:	24 extranjeros " " " "
Bélgica:	20 extranjeros " " " "
Irlanda:	6 extranjeros " " " "



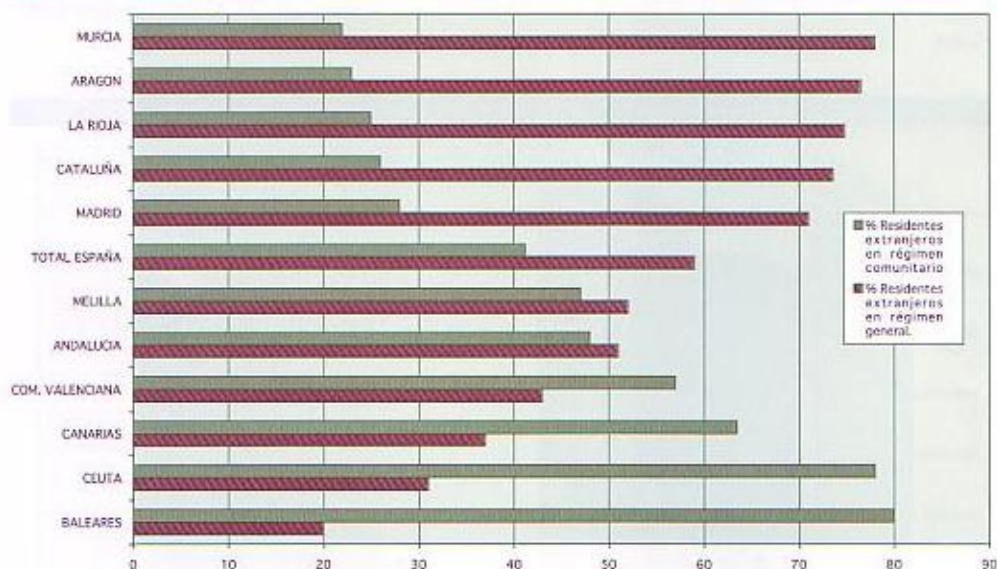
Los números en este caso nos permiten deducir que España es uno de los países europeos que menor proporción de foráneos alberga a pesar de ser el estado más próximo a las fronteras africanas que parecen ser las que mayor volumen de emigrantes generan.

Dentro de España hay grandes diferencias entre comunidades autónomas. Andalucía se sitúa la tercera del estado en número absoluto de extranjeros, por detrás de Cataluña y Madrid, aunque en términos relativos se encuentra en la décima posición. Residen en Andalucía en mismo número de extranjeros por habitante que en Aragón y menos que en La Rioja o Valencia por poner solo algunos ejemplos.

El régimen de residencia también dice mucho del perfil de los extranjeros que residen en España. No es lo mismo, ni tienen los mismos procedimientos de acceso al permiso de residencia, aquellos que son europeos o familiares de estos -régimen comunitario- o los que proceden de otros países no europeos -régimen general.

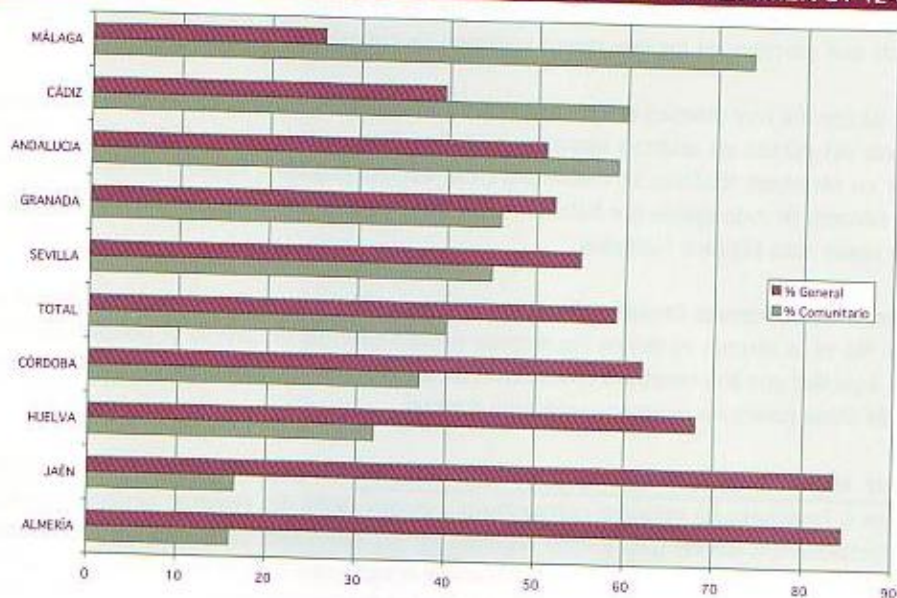
¿En qué régimen residen los extranjeros en España? Aproximadamente la mitad son europeos o familiares en régimen comunitario y el otro 50% del régimen general, dándose una subespecialización en uno u otro régimen en las diferentes comunidades autónomas. Puede verse en el gráfico siguiente cómo Murcia y Aragón son las que mayor proporción tienen en el régimen general y Baleares y Ceuta en el régimen comunitario. Andalucía mantiene una distribución casi paritaria entre ambos regímenes.

RESIDENTES EXTRANJEROS. PORCENTAJE SEGÚN RÉGIMEN



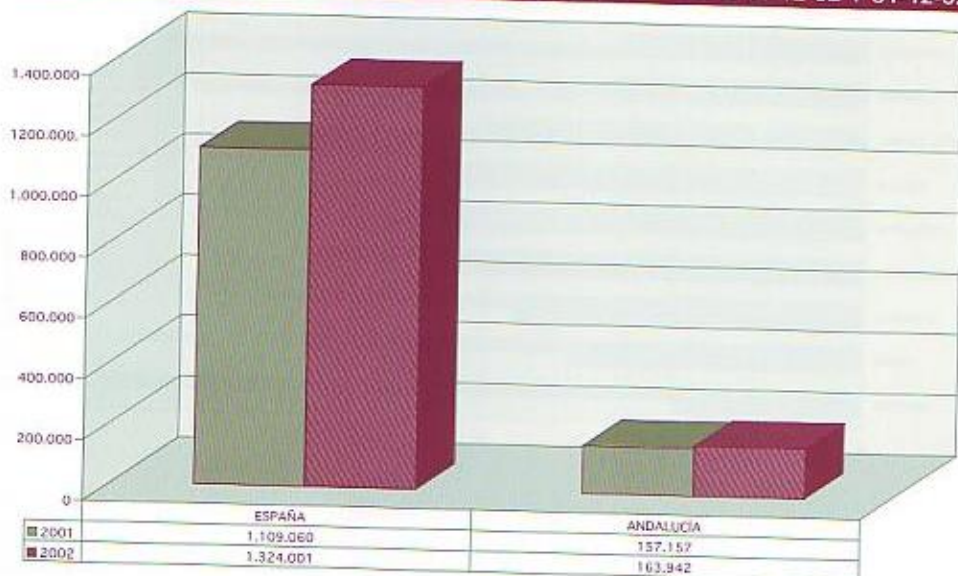
¿En Andalucía? Dentro de Andalucía las diferencias también son notables. Las provincias de Almería y Jaén son las que más extranjeros tienen en el régimen general y Málaga y Cádiz en el comunitario.

EXTRANJEROS RESIDENTES EN ANDALUCÍA. % SEGÚN RÉGIMEN 31-12-01



¿Cómo está variando el número de extranjeros en España y Andalucía? En España ha crecido cerca de un 20% en el último año. En Andalucía apenas un 5% según los datos oficiales

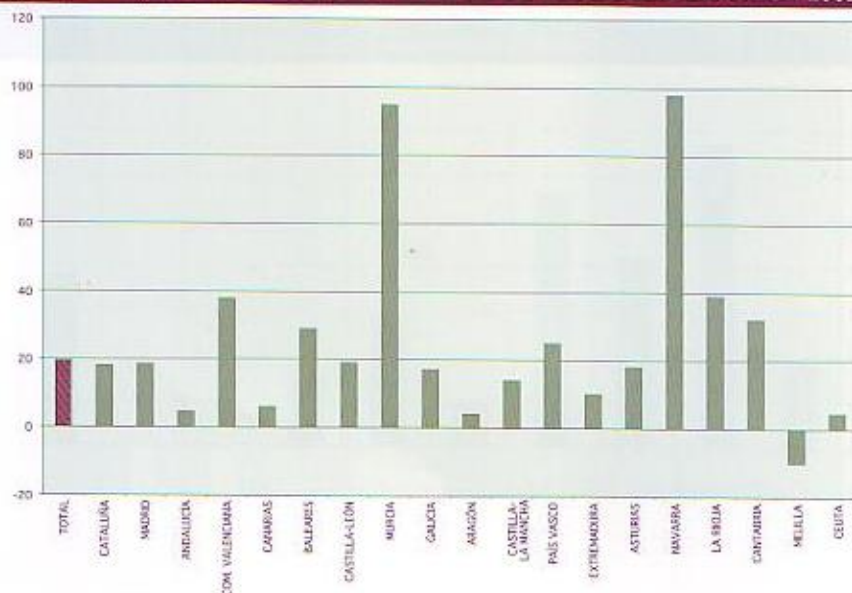
EXTRANJEROS CON PERMISO DE RESIDENCIA EN VIGOR A 31-12-01 Y 31-12-02





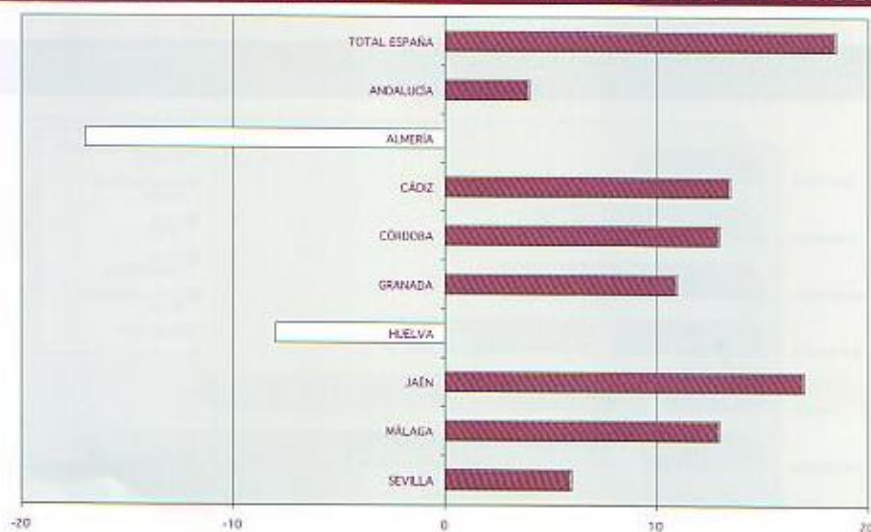
¿Donde se asientan los nuevos? Las comunidades autónomas que más crecen proporcionalmente son Navarra y Murcia, que casi duplican su número de extranjeros residentes, seguidas de La rioja, Comunidad Valenciana y Cantabria. Melilla baja cerca de un 10% Andalucía es una de las que menos crecen.

% INCREMENTO EXTRANJEROS CON PERMISO DE RESIDENCIA EN VIGOR 2002-2001



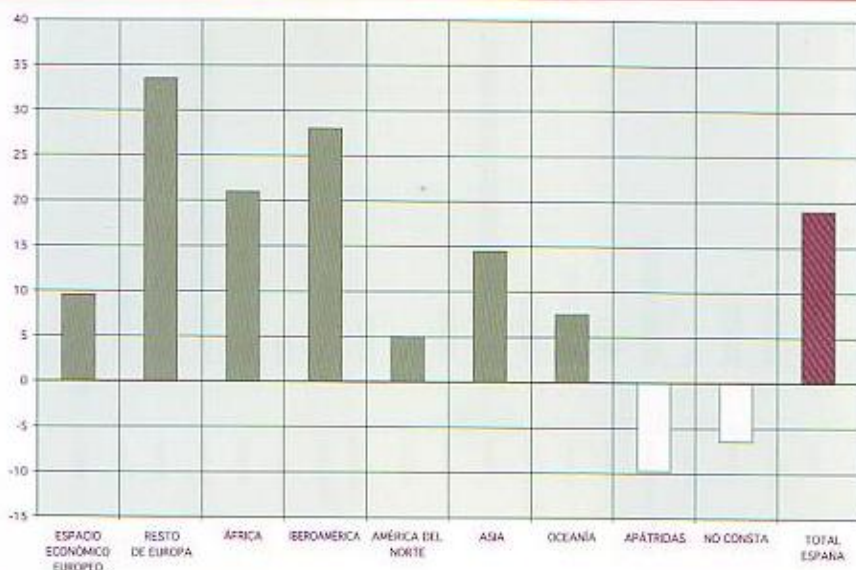
¿Y dentro de Andalucía? Cinco provincias suben más del 10% Jaén, Málaga, Córdoba, Cádiz y Granada. Dos provincias bajan: Almería, un 15% y Huelva, un 7%. Sevilla mantiene un incremento moderado dentro de la media de la comunidad autónoma.

PORCENTAJE DE VARIACIÓN EN NÚMERO DE EXTRANJEROS (2002 sobre 2001)



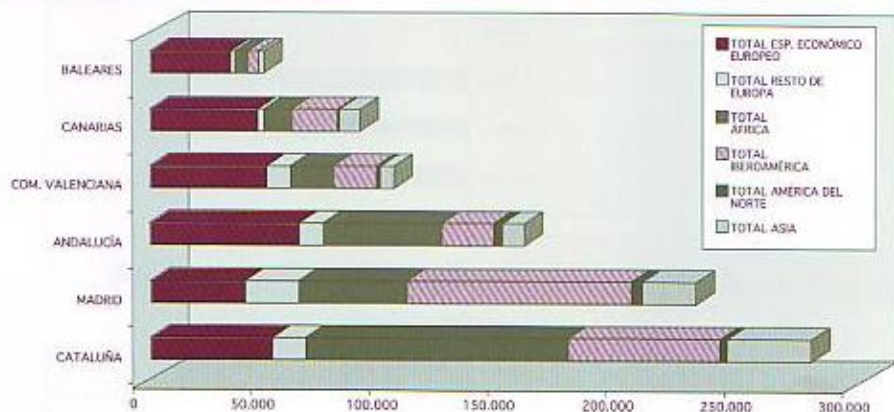
¿De donde proceden? Las áreas de procedencia que más extranjeros han aportado en el último año son los países de la Europa No Comunitaria -aquí llamados Resto de Europa- e Iberoamérica, aunque los procedentes de África también han experimentado un incremento superior a la media de España. Los que menos han subido son los procedentes de Europa -un 10%- y América del Norte -menos de un 5%

**EXTRANJEROS CON PERMISO DE RESIDENCIA SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA
ESPAÑA % incremento 2002-2001**



¿Como se distribuyen entre las CC.AA? Vemos en esta otra Diapositiva la paleta de colores que dibuja la composición demográfica de los extranjeros que viven en las CC.AA con más del 80% del total. En Andalucía residen más europeos; en Madrid más iberoamericanos y más de Europa del Este y en Cataluña más Africanos que en el resto.

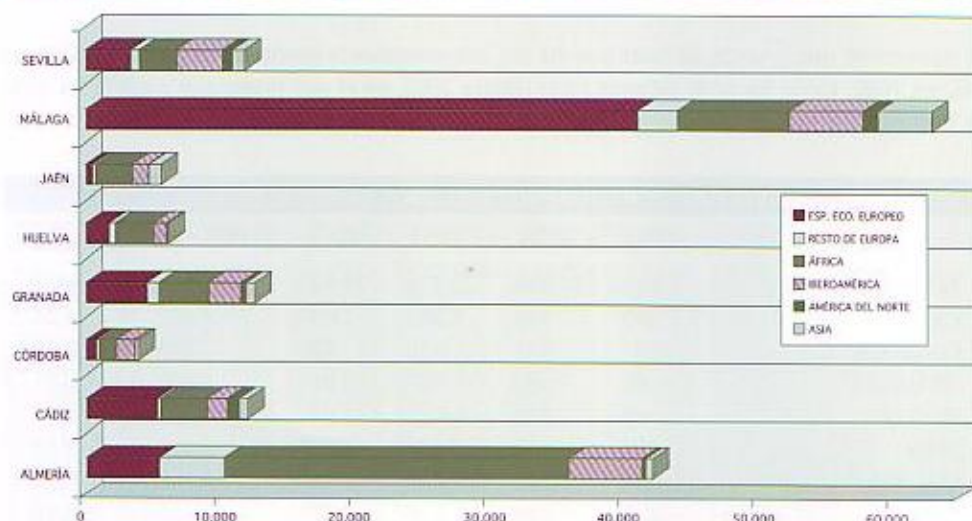
**NÚMERO DE EXTRANJEROS SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA POR
COMUNIDADES AUTÓNOMAS A 31-12-01**





¿Y en Andalucía? En las provincias de Andalucía también hay diferencias. En Málaga residen casi tantos Europeos como el total de extranjeros de todas las nacionalidades en Almería. En Almería residen más del 50% de los Africanos de toda Andalucía.

EXTRANJEROS RESIDENTES EN ANDALUCÍA SEGÚN PROCEDENCIA (Diciembre 2001)

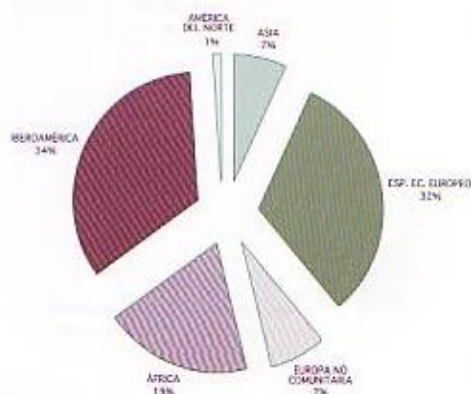


¿Y las mujeres?

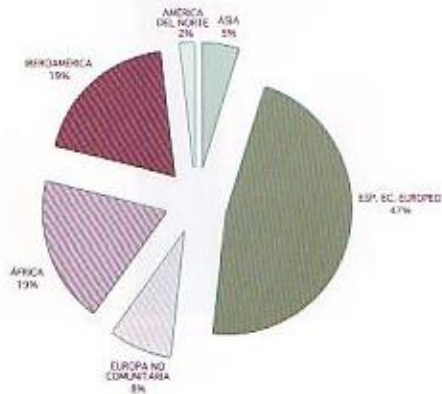
Casi el 50% son mujeres. Una tercera parte de ellas procede de Iberoamérica, otro tercio de Europa y el tercio restante se distribuye entre África -un 19%- Asia y Europa no Comunitaria -un 7%-

En términos relativos hay menor número proporcional de mujeres inmigrantes de alta en Seguridad Social que de hombres en todas las nacionalidades excepto en las iberoamericanas, que es mayor el de mujeres; pasa al contrario con los estudiantes, donde hay más mujeres que hombres matriculados en centros públicos en todas las nacionalidades excepto en las iberoamericanas.

MUJERES EXTRANJERAS EN ESPAÑA SEGÚN PROCEDENCIA



MUJERES EXTRANJERAS EN ANDALUCÍA SEGÚN PROCEDENCIA



En Andalucía residen proporcionalmente más mujeres europeas y menos iberoamericanas que en el resto de España.

Inmigrantes en situación irregular o sin recursos derivados por las entidades colaboradoras al SSPA

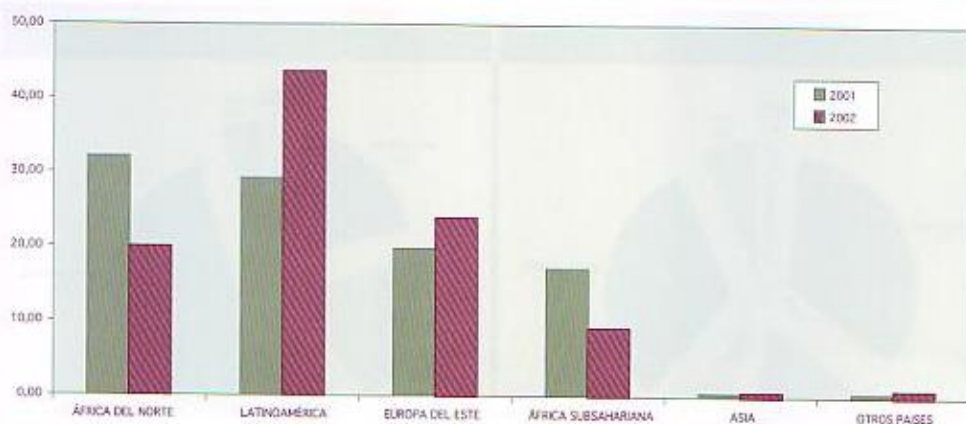
El número de inmigrantes derivados se ha ido incrementando desde el comienzo del Convenio, en 1999, todos los años excepto en el último 2002, en el que disminuye un 5%. En total se han cursado más de 100.000 derivaciones al Sistema Sanitario Público Andaluz.

DERIVACIÓN DE INMIGRANTES AL SSPA SEGÚN CONVENIO

	1999	2000	2001	2002	T1999 - 2002	%
ALMERÍA	1.785	12.598	22.118	14.644	51.145	48,91
CÁDIZ	341	945	1.241	1.995	4.522	4,32
CÓRDOBA	231	651	935	836	2.653	2,54
GRANADA	45	1.093	2.652	2.813	6.603	6,31
HUELVA	49	678	1.923	913	3.563	3,41
JAÉN	119	482	1.704	1.691	3.996	3,82
MÁLAGA	497	2.917	7.721	11.802	22.937	21,93
SEVILLA	622	2.124	2.528	3.883	9.157	8,76
Total ANDALUCÍA	3.689	21.488	40.822	38.577	104.576	100,00

¿De donde proceden los inmigrantes derivados? El Gráfico está ordenado según el porcentaje que ocupa cada área de procedencia en el año 2001. Ese año fueron los inmigrantes procedentes de África del Norte los que ocuparon el principal de las derivaciones. En el 2002 los primeros puestos pasaron a desempeñarse por los Iberoamericanos y por los procedentes de Europa del Este.

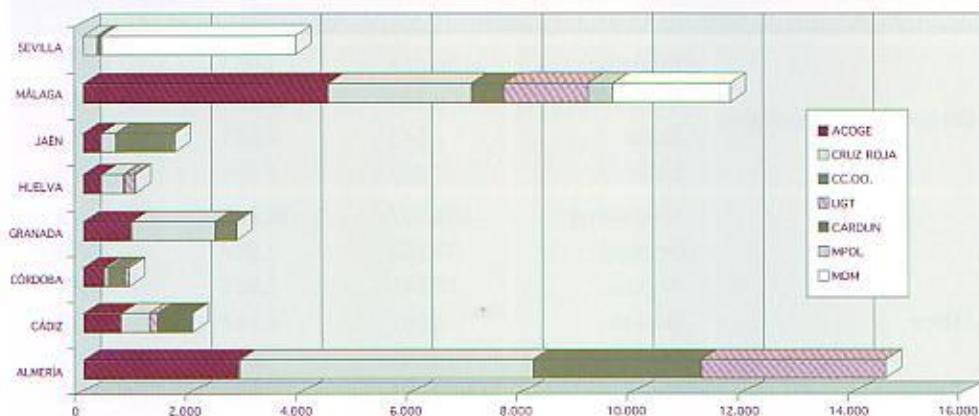
DERIVACIONES DEL SSPA. AÑOS 2001 y 2002





¿Qué entidades han derivado inmigrantes al SSPA?

INMIGRANTES DERIVADOS POR LAS ENTIDADES CALABORADORAS AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ. AÑO 2002



¿Cuántos pueden tener problemas con el idioma? El idioma es una de las principales barreras o dificultades identificadas por todos los que abordan el tema de la inmigración en el ámbito de la atención sanitaria. Del mutuo entendimiento depende el acceso, el diagnóstico y el tratamiento. Las dificultades lingüísticas potencian de manera grave las diferencias en la concepción etnocultural de la salud, complicando sobremanera la atención sanitaria. Los idiomas que pueden servir de base para una mejor comprensión son: inglés, francés, árabe, ruso y chino. Con el fin de valorar la dimensión de esta barrera en las provincias andaluzas se ha confeccionado esta tabla:

INMIGRANTES CON POSIBLES PROBLEMAS DE IDIOMA

PROVINCIA	EUROPA DEL ESTE	ÁFRICA	ASIA	TOTAL
ALMERÍA	4.850	25.590	572	31.012
CÁDIZ	376	3.390	742	4.508
CÓRDOBA	229	1.164	401	1.794
GRANADA	889	3.778	815	5.482
HUELVA	531	2.758	139	3.428
JAÉN	289	2.663	966	3.918
MÁLAGA	3.027	8.264	3.913	15.204
SEVILLA	713	2.768	990	4.471
ANDALUCÍA	10.904	50.375	8.538	69.815

¿Qué nacionalidades son las más frecuentes en Andalucía?

¿Cuántos pueden necesitar intermediación cultural?

Otra barrera sobre la que también hay que reflexionar en estas jornadas es la cultural o etnocultural. He seleccionado algunas nacionalidades, las que mayor peso tienen en Andalucía dentro de cada área de procedencia, para mostrarles al menos una parte de la dimensión de

la diversidad cultural que reside en esta comunidad. Cabe destacar como curiosidad que en Andalucía se encuentran casi el 60 por ciento del total de Lituanos y Guineanos que residen en España y menos del 17 por ciento del total de marroquíes.

ÁREA DE PROCEDENCIA	PAÍS DE ORIGEN	TOTAL ESPAÑA	ANDALUCÍA	% ANDALUCÍA
Europa no Comunitaria	Rumania	24.856	3.503	14,09
	Ucrania	9.104	1.823	20,02
	Rusia	7.543	1.633	21,65
	Lituania	1.813	1.076	59,35
África	Marruecos	234.937	39.279	16,72
	Senegal	11.553	2.907	25,16
	Argelia	15.240	1.805	11,84
	Guinea	1.982	1.168	58,93
	Mauritania	4.071	1.043	25,62
	Nigeria	5.111	1.039	20,33
	Ghana	2.641	841	31,84
Asia	China	36.143	3.167	8,76
	Pakistan	14.322	1.188	8,29
	Filipinas	14.716	1.185	8,05
	India	9.271	925	9,98
Iberoamérica	Ecuador	84.699	7.757	9,16
	Colombia	48.710	4.453	9,14
	Argentina	20.412	3.138	15,37
	Cuba	21.467	1.428	6,65
	Brasil	10.910	1.089	9,98
	Perú	33.758	1.068	3,16

En conclusión, España es uno de los países europeos con menor proporción de extranjeros residiendo y Andalucía es, dentro de España, una de las Comunidades Autónomas que menor número relativo de extranjeros tiene y casi la mitad de ellos son europeos o en régimen comunitario asentados en las zonas residenciales de la costa malagueña y gaditana. Hay menos inmigrantes en situación irregular y su número está estabilizándose o reduciéndose paulatinamente.

Camén Escalera de Andrés
Jefe de Servicio de Planificación Operativa
Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

2

LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES EN ANDALUCÍA

INTRODUCCIÓN

Los movimientos migratorios son un fenómeno natural, que han existido a lo largo de toda la historia de la Humanidad. España ha sido un país en el que la emigración por motivos económicos hacia otros lugares ha sido, hasta hace pocos años, muy importante. En los últimos años, este fenómeno se ha invertido y ha pasado a ser un país receptor de población extranjera, ya sea por motivos económicos o por elección como lugar de residencia de extranjeros europeos retirados de la actividad profesional, también llamada inmigración social, en contraposición con la anterior.

Mientras en el censo de 1981, el número de extranjeros residentes en España era de 198.000 personas, se ha llegado al millón y medio en el año 2002, esto supone un crecimiento del 265%, en comparación con el crecimiento que ha experimentado la población total que sólo lo ha hecho en un 13,6%.

Andalucía es la tercera comunidad autónoma en número de inmigrantes, tras Madrid y Cataluña, con dos tipos de población extranjera claramente diferentes. Por un lado, los extranjeros procedentes de países comunitarios y los extranjeros procedentes de otros países distintos de la Unión Europea, cuyo principal motivo para emigrar de sus lugares de origen es la búsqueda de oportunidades para mejorar sus condiciones de vida. Esta diferenciación tiene una gran importancia ya que las repercusiones que se derivan de ella y las respuestas de las organizaciones también son muy diferentes.

ATENCIÓN SANITARIA: CONSIDERACIONES GENERALES Y NORMATIVA

La atención sanitaria al inmigrante puede ser considerada como propia de la salud internacional, definida como la Salud Pública a escala mundial, necesitando de un abordaje inter y transdisciplinario.

Pero la atención sanitaria varía según el tipo de inmigración, así los ciudadanos comunitarios tienen los mismos derechos que los españoles y sus características sociales, económicas y culturales les permiten acceder a nuestro sistema sanitario de forma fácil y natural, cuando lo precisan. En esta población no se plantea la atención sanitaria como un problema de Salud Pública, ya que su proceso de salud-enfermedad es similar al nuestro.

En cambio para la inmigración económica se plantean diversos tipos de problemas a la hora de acceder al sistema sanitario público andaluz. Volvemos a necesitar plantear una nueva diferenciación en esta población. Por un lado están los inmigrantes regularizados con permiso y contrato de trabajo y por tanto acogidos al régimen general, lo que les da derecho a una asistencia sanitaria plena y completa, como cualquier otro español, aunque existan otros tipos de barrera que después analizaremos.

Por otro lado, nos encontramos con un número importante de inmigrantes no regularizados en los que existen numerosos motivos que limitan el acceso a una asistencia sanitaria regular y normalizada. La Ley Orgánica 4/2000 de Extranjería, en el artículo 12 sobre derecho a la asistencia sanitaria recoge:

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 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.

En Andalucía, la situación es diferente, ya que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria plena y normalizada de la población inmigrante no regularizada y de aquellos que, aún estando en situación legal, no disponen de un puesto de trabajo ni derecho a la prestación de desempleo. Para ello se emite el Documento de Reconocimiento Temporal de la Asistencia Sanitaria, que a todos los efectos, tiene el mismo valor que la Tarjeta Sanitaria Individual.

Se pretende con ello evitar las desigualdades en salud por cualquier causa, recogido en el II Plan Andaluz de Salud y se plantean como retos preservar la salud individual de la población inmigrante, así como la captación y seguimiento de esta población en programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través del establecimiento de estrategias específicas para ello.

BARRERAS PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

No cabe duda que a medida que mejoren las condiciones laborales, de vivienda y de relaciones profesionales y sociales de este colectivo, mejorará el acceso a todos los servicios, sanitarios y sociales que necesiten estas personas, pero mientras esto no ocurra nos encontramos con múltiples barreras, barreras que podemos agrupar según procedan del propio sistema o de la condición intrínseca de la población inmigrante:



1. Barreras propias del sistema sanitario.

- De accesibilidad por problemas de horarios, cita previa, consultas programadas,...
- De adaptación de los recursos necesarios para atender esta población.
- De actitud del personal sanitario y no sanitario de los centros asistenciales.

2. Barreras propias de la población inmigrante:

- Situación administrativa. La condición de situación irregular en nuestro país hace a este colectivo especialmente vulnerable y al mismo tiempo les hace tener miedo para exponerse a los servicios públicos, en el caso que los necesiten.
- Dificultades por diferencias en el idioma.
- Diferentes culturas y creencias en muchos aspectos, como la concepción, vivencia y percepción de los procesos de salud y enfermedad.
- Situación laboral en muchos casos de precariedad, temporalidad, movilidad geográfica.
- Situación socioeconómica de pobreza, hacinamiento, mala nutrición e higiene,...

LOS TÓPICOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACION INMIGRANTE

Existe la percepción no sólo en la población general, sino también en muchos profesionales de la sanidad, que los inmigrantes llamados económicos son portadores de determinadas enfermedades, transmisibles o no, propias de sus países de origen y poco frecuentes o inexistentes en nuestro entorno (son las llamadas enfermedades emergentes). Pero es posible afirmar que, a su llegada, los inmigrantes extranjeros no constituyen grupos de riesgo específicos, siendo, en todo caso, las situaciones con las que se enfrentan durante el proceso migratorio y a su llegada al país de acogida, las que contribuyen a que presenten determinadas enfermedades. Numerosos estudios realizados en población inmigrante en diversas comunidades de nuestro país así lo demuestran.

Se puede clasificar la patología del inmigrante en los siguientes grupos:

- Enfermedades propias del país de origen.
- Enfermedades adquiridas.
- Procesos relacionados con los problemas de adaptación o reactivos.
- Problemas de salud de base social.
- Enfermedades genéticas, más frecuentes en determinados grupos étnicos.

Por regla general, el inmigrante económico suele ser una persona joven y sana, que basa sus expectativas de mejora en su fuerza para el trabajo. Algunos ejemplos que pueden ilustrar esta información son los siguientes:

- La mayor parte de las enfermedades propias del país de origen por los inmigrantes son dolencias con pequeño impacto para ellos mismos y mucho menor para el resto de la población. Por ejemplo en la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de las Drassanes (UMTID), del Instituto Catalán de la Salud se demostró que el 50% de los 100 inmigrantes con paludismo estudiados no presentaba síntoma alguno atribuible a esta enfermedad, al mismo tiempo se sabe que las infecciones palúdicas procedentes de África en su

gran mayoría (99%) no son transmisibles por los mosquitos que existen en España y otros países europeos.

- Para algunas enfermedades propias del país de origen es muy importante conocer el país de origen del inmigrante, ya que la frecuencia de las mismas presenta una gran variación dependiendo de este dato. Así sobre un total de 1.810 inmigrantes visitados en el mismo servicio mencionado en el párrafo anterior se demostró que las enfermedades parasitarias más frecuentes son la hemilitiasis intestinal, filariasis y esquistosomiasis, la gran mayoría afectaban a personas procedentes del Africa Subsahariana, que a menudo estaban poliparasitados y ninguno de estos procesos es fácilmente transmisible en nuestro ambiente.
- El tiempo transcurrido desde que el inmigrante llega a nuestro país hasta que es atendido por cualquier causa es también un dato relevante. Se conoce que los inmigrantes que llevan en nuestro entorno más de tres años tienen mucha menos posibilidad de persistencia de algunas de las enfermedades propias del país de origen y comienzan a tener problemas parecidos a los nuestros y sobre todo en relación con problemas relacionados con las condiciones laborales y socioeconómicas.
- La realización de actividades preventivas puede minimizar el impacto de algunas infecciones muy prevalentes en algunos grupos de inmigrantes y un ejemplo claro de ello es la infección tuberculosa. Otro estudio realizado en la UMTID sobre 1489 inmigrantes menores de 35 años detectó un 43% de personas con reacción positiva a la tuberculina (> 7-20 veces estimada para la población española), por lo que son tributarios de tratamiento quimioproláctico de la enfermedad, con el fin de evitar la propagación de la misma, sobre todo si tenemos en cuenta las condiciones de pobreza, hacinamiento y malas condiciones higiénicas en las que suelen vivir estas personas en nuestro país. De todas formas, la tasa de incidencia de la tuberculosis en inmigrantes es similar a la que se encuentra en barrios con nivel socioeconómico bajo de las grandes ciudades.
- La inmensa mayoría de los inmigrantes importan enfermedades de curso natural benigno y autolimitadas y las condiciones ecológicas y sociales españolas impiden su transmisión. En rigor, importan más enfermedades transmisibles los viajeros que los inmigrantes.

Otra idea equivocada es la sensación que tiene la población de acogida del gasto económico que se origina por la atención sanitaria. Los informes y estudios que tratan de abordar esta cuestión son pocos:

- Estudio sobre el impacto económico de la inmigración en el sector público, realizado por la Universidad Pontificia de Comillas por encargo del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- "Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España", realizado por la consultora Price Waterhouse Cooper, también por encargo del IMSERSO.

Existen otros estudios menos estructurados y no publicados (p.e. estimaciones de las organizaciones sanitarias de diversas comunidades autónomas), pero todos ellos concluyen que la población inmigrante, en su conjunto, aporta mucha más cantidad de dinero al erario público que éste gasta en dicho colectivo, y que los gastos derivados de la inmigración son los



mismos que los derivados de otros grupos de población, dependiendo de la situación sanitaria de cada persona, sin que debamos olvidar que, para muchos inmigrantes, la presencia de enfermedad es equiparable a la ausencia de la capacidad de trabajo.

Por otro lado, también se ha estudiado que las actividades preventivas realizadas en este colectivo dan mejores resultados coste-beneficio que el tratamiento de la enfermedad activa, cuando ésta se presenta (p.e. prevención de la tuberculosis en esta población a su entrada en el país de acogida, publicado en *New England Journal of Medicine*, en el año 2000).

ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA POBLACION INMIGRANTE

Otro aspecto de interés es conocer cuales son las causas reales que motivan las asistencias sanitarias en este colectivo. Seguiremos la clasificación que se ha adoptado de la patología del inmigrante, así como las actuaciones sanitarias asistenciales y preventivas que se deben realizar.

1. Enfermedades propias del país de origen.

- *Hepatitis B*. Es hiperendémica en Africa del Sur y Africa Subsahariana (8-15% son portadores crónicos). Se debe solicitar de forma sistemática a los inmigrantes procedentes de estos países marcadores de VHB, En caso de ser positivos se realizará el seguimiento oportuno protocolizado y si fuesen negativos se procederá a la vacunación, ya que se consideran población de riesgo para contraer esta infección por otros motivos (nuevamente pobreza, hacinamiento, malas condiciones higiénicas, relaciones sexuales no protegidas, prostitución,...)
- *Tuberculosis*. La prevalencia de infección es muy alta en Africa, Sudamérica y Asia. Las características clínicas de la enfermedad difieren de las de la población autóctona, ya que se detecta más tuberculosis de localización extrapulmonar. Se debe realizar Mantoux al colectivo de inmigrantes y las actuaciones posteriores en los casos positivos se individualizarán, en función de los programas y protocolos aceptados de tuberculosis.
- *Paludismo*. En países africanos y otros países no desarrollados la forma más grave y frecuente es la producida por *Plasmodium falciparum*. Los inmigrantes que vuelvan a su país en condición de visita temporal tras un tiempo de permanencia en el nuestro, deben considerarse como viajeros y recibir las mismas recomendaciones en cuanto a consejos y profilaxis que los viajeros españoles.
- *Sífilis*. Muy frecuente en el Africa Subsahariana, por lo que debe solicitarse serología a todos los inmigrantes que procedan de estos lugares.
- *Otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Están más relacionadas con el tipo de vida que llevan en el país de acogida que con sus lugares de procedencia (hombres jóvenes, sanos, sin pareja, con relaciones sexuales con prostitutas, que no usan preservativos,...). Debe insistirse en las conductas de riesgo y síntomas clínicos para la realización de actividades preventivas y de diagnóstico precoz.
- *Infección VIH/SIDA*. Se propondrá la realización de serología VIH a los inmigrantes que procedan de Africa Subsahariana. La disponibilidad tratamiento es un incentivo para someterse a la detección.

- *Lepra.* Continua siendo un grave problema de salud en Africa, Asia y América del Sur. El riesgo de transmisión local de lepra en los países de acogida a partir de un caso importado parece mínimo. La mejor medida de control parece ser la búsqueda activa de casos y detectar el presunto riesgo epidemiológico en los familiares del caso índice.
- *Parasitosis.* Muchas parasitosis son de distribución universal. No existe consenso sobre el beneficio del estudio rutinario en personas asintomáticas en el caso de los helmintos intestinales (están presentes en el 20-60% de los inmigrantes estudiados), ya que su presencia no se correlaciona con enfermedad aún sin tratamiento (solamente el 11% la desarrollan), generalmente no se transmiten de persona a persona y su prevalencia disminuye con el tiempo de permanencia en el país receptor. Las parasitosis intestinales son muy frecuentes en los inmigrantes y en muchas ocasiones son múltiples (25%), siendo una de las más frecuentes la esquistosomiasis. También hay que descartar esquistosomiasis urinaria en caso de presencia de hematuria. En un estudio realizado en Roquetas de Mar (Almería) en 1999, la prevalencia fue del 19% en los inmigrantes subsaharianos estudiados, la mayoría de ellos asintomáticos. Ninguna filariasis es transmisible en España.

2. Enfermedades adquiridas.

Estas enfermedades no difieren a las de la población autóctona, aunque sí varía de forma muy importante la manera de vivirlas según la diversidad de culturas, creencias, concepto de salud-enfermedad, relación con los servicios sanitarios, etc. Por ello, si queremos ser eficaces, es necesario adaptarse a esta diversidad.

Se propone la atención a estas personas por equipos de trabajo multidisciplinarios que incluyan agentes de salud, trabajadores sociales, mediadores culturales,...

Un análisis de las causas de muerte en estas personas mostró que las máximas diferencias se daban en la mortalidad por causas externas, lo que refleja probablemente sus precarias condiciones de vida y trabajo.

Son muy frecuentes los accidentes laborales, dato constatado en varios estudios en los que se incluye la utilización de materias potencialmente peligrosas, como el caso de la intoxicación por plaguicidas y herbicidas en las zonas cuya principal fuente de trabajo es la actividad agrícola (como ocurre en las zonas de campo de Níjar y el Poniente de Almería con el trabajo de invernadero).

3. Enfermedades de base genética.

Algunas enfermedades genéticas son muy frecuentes en personas de raza negra, como la anemia hemolítica por células falciformes (prevalencia en países de Africa Occidental entre el 5-40%), déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PDH) y síndromes talasémicos.

4. Enfermedades reactivas o de adaptación y las de base social:

Drogadicción, trastornos mentales reactivos a la nueva situación, trastornos psicossomáticos,...

La migración es un factor estresante de primera magnitud: Cambios importantes, incertidumbres, adaptación a la nueva situación, duelo familiar,... El abordaje de estos problemas



debe ser multidisciplinar, ya que muchos casos se pueden mejorar o solucionar con intervenciones basadas en el apoyo y servicios sociales.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Atendiendo a todo lo que hemos expuesto y basándose en la experiencia acumulada, la Consejería de Salud de Andalucía, a través del Convenio de Colaboración en materia de Salud Pública para el colectivo de Inmigrantes, con la Fundación Progreso y Salud, diversas organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas y sindicatos, al igual que otras instituciones, han elaborado una guía básica de atención sanitaria y una carpeta de salud para inmigrantes, para su cumplimentación a todo inmigrante que entre en contacto con los servicios públicos, previa información y consentimiento de la persona:

1. Anamnesis y exploración física por aparatos, con especial atención a la valoración del estado nutricional en niños y de la inspección cutánea.
2. Valoración del estado vacunal. Si no se conoce el estado vacunal del individuo, ya sea niño o adulto, se procederá como si no estuviera vacunado y se adaptará a las recomendaciones establecidas en el Calendario Vacunal Andaluz.
3. Hemograma, bioquímica básica y sistemático de orina.
4. Parásitos en heces. Se actuará según el país de procedencia del inmigrante (de alto riesgo, de bajo riesgo con factores de riesgo y de bajo riesgo sin factores de riesgo) combinado con el tiempo de permanencia en nuestra comunidad.
5. Mantoux.
6. Serología frente a VHB, VHC, lúes, rubéola y toxoplasma en mujeres en edad fértil y VIH 1 y 2.

MOTIVOS MAS FRECUENTES DE CONSULTA

Los motivos más frecuentes de consulta relacionados con patología orgánica que nos encontramos son los siguientes:

- Prurito difuso o localizado, con o sin lesiones cutáneas y acompañado o no de síntomas generales.
- Síndrome febril, agudo tras un viaje al trópico, agudo sin viaje reciente o crónico.
- Epigastralgia y/o dolor abdominal.
- Dolor lumbar.
- Síndrome miccional.

Existen muchos estudios publicados en España en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios y la patología más frecuente por la que son atendidos, que corroboran lo que venimos diciendo. Citamos algunos de ellos:

- B Sanz, AM Torres, R Schumacher. Características sociodemográficas y utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*. 2000; 26: 314-318: Se estudiaron 300 inmigrantes y los resultados fueron los siguientes:



Edad media	32,6 años
Media de años vividos en nuestro país	6,6 años
Situación de irregularidad administrativa	31%
No agua corriente ni recogida de basuras	20%
Servicio sanitario más utilizado: Centro de Salud	64,5%
Problemas de salud	
- Dolores musculares	69%
- Problemas vías respiratorias altas	40%
- Accidentes	27%
- Problemas digestivos	32%
- Cefaleas	30%
- Nerviosismo/depresión/dificultad para dormir	18%
- Fiebre	4%
- Otros problemas	< 10%

- MC Turrientes, H Huerga, R López-Vélez. Coste económico y carga asistencial en el laboratorio de parasitología derivados a la atención al inmigrante. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003; 21: 188-192. El objetivo del estudio fue determinar el coste económico y la carga asistencial del diagnóstico parasitológico en la atención sanitaria del inmigrante en una unidad de medicina tropical de referencia y concluyó con que tanto la atención no resulta cara como que no representa una carga asistencial elevada para un laboratorio de parasitología (9,7% de las muestras recibidas pertenecían a inmigrantes con una población de estudio de 1258 inmigrantes).
- X Vallés, F Sánchez, H Panella, P García de Olalla, JM Jansá, JA Caylá. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. *Med Clin.* 2002; 188: 376-378. Se confirma que la tuberculosis importada en Barcelona en el último bienio es una enfermedad emergente que demandan una revisión de las medidas de control (incidencia en autóctonos de 29,5/100000 habitantes y de 556/100000 habitantes en inmigrantes).
- M Bartolomé, X Balanzó, C Roca, P Ferrer, JL Fernández, M Daza. Paludismo importado. Una enfermedad emergente. *Med Clin.* 2002; 119: 372-374. Como en el caso anterior, se confirma esta aseveración, a tener en cuenta sobre todo en zonas con elevadas tasas de inmigración.

De todo lo que hemos comentado hasta aquí, se puede decir que la atención sanitaria al paciente inmigrante debe ser individualizada según sus características sociodemográficas y que durante un tiempo, el menor posible, deben ser considerados como población de riesgo en relación a determinadas enfermedades y procesos (no sólo transmisibles), en el que las actuaciones deben ir orientadas a la prevención y diagnóstico precoz de ellas, siempre con consentimiento previo del paciente.



DATOS DE ASISTENCIA SANITARIA A INMIGRANTES EN ANDALUCIA

Los datos de asistencia sanitaria a población inmigrante confirman todo lo que venimos diciendo hasta ahora.

En las tablas siguientes exponemos el número de consultas realizadas en Atención Primaria durante el año 2002, tanto en el centro de salud como en domicilio, comparándolos con el número de asistencias al resto de la población (fuente de datos: SIGAP):

	POBLACION INMIGRANTE	POBLACION GENERAL
Consultas médicas	78.719	47.974.775
Consult. enfermería	31.453	25.131.953
Urgencias médicas	37.432	5.280.973

En el mismo año, en Atención Especializada los datos de actividad comparando población general con población inmigrante son los siguientes (fuente de datos: INIHOS):

	POBLACION INMIGRANTE	POBLACION GENERAL
Urgencias	34.106	3.217.249
Consultas externas	15.206	9.511.178
Ingresos	4.483	565.138
Partos	902	50.808
Días de estancia	17.883	4.349.050

En porcentajes, la atención a población inmigrante representa con respecto a la población general:

	%
Consultas médicas A.P.	0,16
Consultas enfermería A.P.	0,12
Urgencias médicas A.P.	0,70
Urgencias en hospital	1,06
Consultas externas	0,15
Ingresos	0,79
Partos	1,77
Días de estancia	0,41

Como podemos apreciar los porcentajes son todos muy pequeños pero destacan, por su mayor peso en Atención Primaria, las asistencias en urgencias y, en Atención Especializada, el número de partos y las asistencias urgentes. De esto podemos inferir que los inmigrantes que consultan a nuestro sistema sanitario público lo hacen fundamentalmente a un servicio de urgencias, lo que dificulta un seguimiento adecuado de sus problemas de salud, y que el número de partos en población inmigrante es muy elevado, dato corroborado por el Instituto de Estadística de Andalucía, que muestra un crecimiento importante de la población andaluza por nacimientos correspondiente a este grupo de población.

En cuanto a las enfermedades, procesos o patologías más frecuentes atendidas en nuestro medio exponemos los resultados de una zona geográfica con un importante número de inmigrantes:

- Estudio realizado en Vicar (Almería) de atención a inmigrantes en centros de Atención Primaria durante dos años de seguimiento, en los que se realizaron 1.343 consultas a estas personas (7% de todas las consultas), con los siguientes resultados, por orden de frecuencia:

No figura motivo de consulta	23%
Otros	17%
No acude	16%
Consulta administrativa	11%
Dolor osteomuscular	9%
Procesos vías respiratorias altas	8%
Analítica	8%
Procesos dermatológicos	4%
Dolor abdominal	4%

Observamos como la mayoría de los motivos son banales, pero hay que destacar el importante número de pacientes que no acuden a la cita, lo cual puede ser por muchos motivos, pero entre los que se encuentra de forma significativa la accesibilidad horaria versus jornada laboral.

- Hospital de Poniente de Almería. Uno de los procesos más importantes que destacan por su magnitud es el número de partos atendidos, que en el año 2002 ya suponía un 30% de los partos atendidos en la zona. En el área de Medicina Interna se confirma la tuberculosis como una de las infecciones más frecuentes atendidas en las consultas específicas de Enfermedades Infecciosas, así como parasitosis, entre las que destaca la esquistosomiasis, mientras que en Medicina Interna general se observa un aumento paulatino, pero ya importante de algunas patologías crónicas prevalentes en el mundo occidental, como es el caso de la diabetes.
- Área Sanitaria Campo de Gibraltar. (Estos datos aún no están disponibles).



CONCLUSIONES

- En Andalucía, desde el punto de vista de las organizaciones sanitarias no existen limitaciones en la atención a este grupo de población, garantizada a través del Documento de Reconocimiento Temporal de la Asistencia Sanitaria y del Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud, la Fundación Progreso y Salud, la Asociación Médicos del Mundo, La Federación Andalucía Acoge, La Cruz Roja Española de Andalucía, los sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores de Andalucía, la Asociación Cardijn-Tartessos y la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en materia de Salud Pública.
- Las enfermedades que presentan los inmigrantes en Andalucía no difieren en gran medida de lo publicado en el resto de España, siendo la mayoría de los procesos atendidos banales y las enfermedades propias del país de origen son en su mayoría cosmopolitas y sin repercusión relevante sobre la Salud Pública, tanto hacia la propia población inmigrante como hacia la población autóctona.
- El número de asistencias y el coste de las mismas, no representa una carga importante, si lo comparamos con las actividades realizadas en la población autóctona.
- Continúan existiendo barreras para el acceso de la población inmigrante a una asistencia sanitaria regular y normalizada, en gran medida por dificultades horarias y otras similares, ya que el inmigrante considera que no puede dejar su actividad laboral, con un aumento relativo de consultas de urgencias frente a las de otro tipo. Esto puede dificultar también una atención sanitaria basada en la prevención y el diagnóstico precoz.
- Por otro lado, puede ser un signo de integración y reagrupación familiar el aumento en el número de partos que se está produciendo en este colectivo.
- El Servicio Andaluz de Salud ha adaptado los recursos humanos de profesionales sanitarios y no sanitarios en aquellas zonas geográficas con un mayor número de población inmigrante.
- Es muy importante que los profesionales sanitarios estén formados en temas no sólo científicos médicos, sino también en temas relacionados específicamente con la diferencia cultural, idiomática, de creencias,...
- De igual forma, es necesaria una buena cooperación entre diferentes niveles de atención sanitaria y con otros servicios sociales y otras organizaciones para conseguir una adecuada asistencia sanitaria de este colectivo, a través de mediadores o agentes comunitarios.
- Debe continuarse y potenciar la realización de estudios de investigación y seguimiento para conocer el estado de salud de nuestros inmigrantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía Básica de Atención Sanitaria. Plan de Atención Integral al Inmigrante. Convenio de Salud Pública para Inmigrantes. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud.
2. Convenio de Colaboración en materia de Salud Pública para el Colectivo de Inmigrantes. 1999
3. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria. Serie de Documentos SEMFYC.
4. CB Rodríguez. Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad. ReES. 2002.
5. JL Bada, RM Bada. El inmigrante no contagia enfermedades. Unitat de Malalties Tropicals i Importades. Drassanes. Institut Català de la Salut.
6. N Felip, S Gayoso, A Guerra, C Martín, E Ruiz-Escribano, A Zúñiga. Inmigrantes y atención sanitaria en España.
7. E Gámez, JP Galindo, JL Cañada, J Coll, M Díaz, E Hernández, A Martínez, J Ochoa, L Solsona, J Vázquez. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Serie Documentos SEMFYC.
8. J Vázquez, JP Galindo, R Luján, E Gámez, JA Ramos, J Lorente, JE Guirau, M Delgado, MF Albarracín. Atención inicial al paciente inmigrante en Andalucía. Medicina de Familia. 2000; 2: 162-168.
9. JM Muñoz, RM Fernández, F Moreno. Asistencia a inmigrantes en consultas de Atención Primaria: Protocolo de actuación. Medicina de familia. 2000; 1: 42-57.
10. Atención al inmigrante. Ponencia y comunicaciones a la misma. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. San Sebastian, 14-17 de noviembre de 2001.
11. MA Martín. El paciente inmigrante en Atención Primaria. ¿Estamos preparados?. Atención Primaria. 2001; 28: 89-90.
12. L Valerio, M Sabriá, A Fabregat. Las enfermedades tropicales en el mundo occidental. Med Clín. 2002; 118: 508-514.

EL TRABAJO Y EL EMPLEO DE LOS INMIGRANTES

INTRODUCCIÓN

El aumento de las desigualdades económicas, entre los países ricos y el resto del mundo, dentro del marco de globalización alcanzado, está comportando un incremento significativo de los movimientos de población entre países

Es falsa la percepción que aquí se tiene de que Europa recibe migraciones en proporciones mayores que el resto del mundo. La mayor parte de los flujos migratorios se producen entre países del llamado Tercer Mundo, y son, precisamente, los países de África los que más población inmigrada tienen.

Son, sin embargo, los países ricos los que ponen las barreras a la inmigración. En un contexto en el que los movimientos de capitales, tecnología y mercancías fluyen a escala mundial, como nunca antes lo habían hecho, los mismos países que son los principales beneficiarios de esos movimientos, son también quienes ponen las principales barreras a la circulación de las personas. Las políticas de inmigración realizadas en la Europa comunitaria en los últimos 30 años han girado en torno a las fuertes restricciones impuestas a la libertad de circulación de las personas.

La situación por la que pasa el fenómeno de la inmigración en España (y en Europa), en los inicios del siglo XXI, se caracteriza por un reconocimiento cada vez mayor de la conveniencia de esta inmigración para nuestra sociedad, tanto por las necesidades de mano de obra, como por las dinámicas de envejecimiento de la población autóctona, como por el dinamismo social, económico y cultural que la inmigración incorpora.

La inmigración está en el primer plano de la actualidad. La llegada a nuestro país de más de un millón de inmigrantes en muy pocos años, ha suscitado nuevas situaciones y problemas así como diversas formas de aproximarse a ellos y de enfocarlos.

La inmigración laboral de las últimas décadas se ha producido porque ha existido una demanda de mano de obra que la ha atraído. Tal demanda estuvo reducida, inicialmente, a sectores muy específicos (servicio doméstico, peonaje agrícola, peonaje de la construcción...), pero lo que se está haciendo evidente en los últimos tiempos es que son cada vez más los sectores de la producción que demandan mano de obra inmigrada.

Las necesidades de inmigración están ya siendo crecientes, pero aún se acentuarán más en los próximos años debido a la tendencia al envejecimiento de nuestra población, con el consiguiente descenso del porcentaje de población activa. La dinámica poblacional en la que se halla, no sólo España, sino toda Europa, hace surgir voces, procedentes de muy diversos sectores, apremiando a una mayor apertura a la inmigración

LA OPCIÓN DE CC.OO. POR UN MODELO DE INMIGRACIÓN LABORAL ORDENADO, CON DERECHOS LABORALES Y SOCIALES:

La inmigración laboral, por su propia naturaleza, está estrechamente vinculada al mercado laboral.

Considerado "elemento clave y determinante a la hora de regular la presencia de los colectivos de trabajadores y la inserción socio laboral, excepción hecha de los demandantes de asilo y los desplazados" No pueden plantearse políticas de inmigración que no tengan en cuenta la situación del mercado laboral y la necesaria inserción de los inmigrantes que van llegando. No es esto lo único a tener en cuenta, ya que también deben considerarse los beneficios de las migraciones para los países de origen y el propio derecho de las personas a la migración, pero es evidente que la inserción laboral es un aspecto clave de la política de inmigración.

Con políticas de igualdad y no discriminación laboral

Con políticas para la integración social

Se confirmó así mismo el compromiso de CC.OO. contra cualquier forma de racismo o xenofobia.

Se ha incrementado la inmigración con una gran velocidad duplicándose la cifra de 1.998, llegando actualmente a más de 1.300.000 inmigrantes con permiso de residencia.

El marco legal ha estado desbordado como consecuencia del alto nivel de irregularidad en las formas de entrada produciéndose varios procesos de regularización que han afectado a cientos de miles de inmigrantes.

Se ha configurado un nuevo marco legal con la Ley 4/2.000 reformada por la ley 8/2.000 y su Reglamento de desarrollo. Proceso al que contribuimos, primero ayudando a la construcción del consenso que dio origen a la primera ley y después oponiéndonos a la reforma unilateral promovida por el Gobierno del PP una vez que este Partido obtuvo la mayoría absoluta en el Parlamento.

Con independencia de que aspiremos a su reforma en varios apartados, es el marco legal existente, constituye la referencia de legalidad que debe ser respetada por el gobierno en sus actuaciones relacionadas con la inmigración.



Por lo que se refiere a Europa se ha puesto de relieve la necesidad de que la inmigración se incorpore a las políticas comunes más allá de los acuerdos de Schenguen. Se han adoptado acuerdos desde el Tratado de Ámsterdam (en vigor desde mayo de 1.999), en el que se incorporaba la inmigración a las políticas de la UE, y la Cumbre de Tampere (noviembre de 1.999), en la que se definían compromisos concretos en materia de políticas comunes de inmigración y asilo, que se deben cumplir antes de 2.004.

Mientras que en Tampere y Ámsterdam se abogaba por un enfoque integral, tras el 11 de septiembre y coincidiendo con un incremento de la influencia de la derecha política en Europa, los trabajos prácticos se están escorando hacia la coordinación de policía de fronteras y el control de la inmigración irregular.

En el proceso de debate de la futura Constitución Europea estamos apoyando las iniciativas para la configuración de una ciudadanía europea, a la que accedan también, con sus correspondientes derechos políticos, los inmigrantes residentes de larga duración.

Estos derechos de ciudadanía europea deberían estar articulados con derechos políticos en nuestro país, como mínimo, a partir del derecho de voto municipal para los residentes de larga duración, sin que opere la restricción de reciprocidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA INMIGRACIÓN LABORAL

En España está suficientemente estudiado que, con independencia de las fluctuaciones de los ciclos económicos, nuestra economía demanda puestos de trabajo que son insuficiente cubiertos por la población española. Es por tanto una situación estructural y como tal debe ser abordada a todos los efectos.

El vínculo entre inmigración y mercado laboral debe verse con la amplitud que realmente tiene. Nuestra normativa de inmigración lo ha planteado, hasta ahora, con una visión estrecha.

La inmigración ha crecido de forma muy rápida. Los dos últimos años el número de personas documentadas ha crecido la misma cantidad que en los cinco anteriores.

1.995	499.773 extranjeros con permiso de residencia
2.000	895.720 extranjeros con permiso de residencia
30-6-2002	1.301.000 extranjeros con permiso de residencia

(Ministerio del Interior)

Una de las notas de la inmigración en nuestro país es su diversidad de procedencia. Un alto porcentaje tiene origen comunitario. Los colectivos más amplios de origen extracomunitario proceden de Marruecos y diversos países latinoamericanos.

La mayor parte de la inmigración es inmigración laboral

12-2.01	607.074 afiliados a la S. Social
12-2.02	(54'74 % sobre 1.109.060)
9-2.002	826.117 afiliados a la S. Social (63% sobre 1.301.000)

La política de inmigración no puede basarse en "contar los puestos de trabajo disponibles", sino en una visión general del dinamismo del mercado laboral y su capacidad para absorber un flujo determinado de inmigrantes

La inmigración laboral está realizando una importante contribución económica a nuestro país, cuyo conocimiento es importante extender para combatir tópicos falsos, como el de que los inmigrantes viven de nuestro sistema social.

Nuestro Gabinete Confederal, en una aproximación a este tema estimaba que los inmigrantes aportan a la creación de riqueza entre el 2'5 y el 4 % del PIB (1er.T de 2.002), a la financiación del Estado el 1'6 % del total recaudado por IRPF (datos 1er semestre de 2.001).

Todo ello sin contar su aportación, a partir del consumo en alimentación, vestido, vivienda,... a la dinamización de sectores económicos como el agroalimentario, textil, construcción, mueble... que dan ocupación a numerosos trabajadores nacionales.

Por lo que se refiere a la Seguridad Social son contribuyentes netos constituyendo ya el 4% de los afiliados.

En materia de pensiones se caracterizan por ser una población muy joven que aún no recibe prestaciones. Están construyendo su futuro derecho a percibir las, pero entre tanto contribuyen a las entradas del sistema.

Situación similar se produce en el caso del desempleo. Con datos INEM, en relación con los españoles sus tasas de actividad son más altas, las tasas de cobertura más bajas y los promedios de tiempo en el desempleo son más cortos.

Su incorporación a la Seguridad social se está dando a gran velocidad: en el mes de julio de 2.002 representaban el 4'08 % del total de afiliados. A lo largo de ese mismo año han supuesto casi el 50% del incremento de cotizantes: de las últimas 438.616 nuevas altas, 195.000 corresponden a inmigrantes extracomunitarios.

Con carácter general no compiten por puestos de trabajo con la población autóctona. El aumento de los niveles culturales y de las expectativas profesionales deja espacios laborales sin suficiente cobertura. Espacios que de no cubrirse con inmigrantes tendrían estrangulado su desarrollo.

Hay sectores en algunas zonas donde se produce una fuerte concentración de inmigrantes en los que se puede producir una cierta competencia. Hay zonas en las que se pueden producir fricciones debido a que algunos sectores empresariales pretenden utilizar la inmigración como instrumento para hacer retroceder las condiciones laborales generales : bajos salarios, ritmos abusivos ...

En el futuro, en la medida en que se produzcan asentamientos más estables y en la medida en que se desenvuelvan en condiciones de más igualdad, se producirá la competencia normal que se da entre los trabajadores españoles en el acceso a los diferentes empleos ya que entre las personas inmigrantes se producen muchos casos de importantes desfases entre la cualificación

La mayor concentración se produce en: agricultura, construcción, hostelería y comercio y servicio doméstico. Por tanto la precariedad se deriva en primer lugar de la opción de amplios



sectores patronales por la eventualidad que afecta al conjunto de los trabajadores del país con tasas superiores al 30%

Se agudiza por los altos niveles de irregularidad en las formas de entrada y la necesidad de conseguir ofertas (de cualquier tipo) para el acceso a la regularización

Los datos de los procesos de regularización son suficientemente ilustrativos: en dos años se han producido 4 procesos de regularización con un total de 675.000 solicitudes efectuadas de las que se han estimado 425.000, por tanto entre denegadas y pendientes quedan 250.000.

Además de los efectos directos mencionados, la precariedad configura una situación objetiva de desigualdad: La falta de acceso a la formación continua y a la promoción profesional les mantiene en trabajos poco cualificados y con las retribuciones más bajas...

Un factor poco conocido es la incidencia de los accidentes laborales ya que el parte de accidente no recoge el dato de la nacionalidad (se resolverá a partir del desarrollo de los recientes compromisos del Gobierno con los sindicatos y en todo caso cuando se aplique el parte europeo de accidente de trabajo) el alto nivel de ocultación, que es total en el caso de trabajadores en situación irregular, y muy importante en el caso de los que tienen contratos precarios.

No obstante cabe deducir que sufren altos niveles de siniestralidad y están sometidos a importantes riesgos por estar muy concentrados en sectores como construcción y campo, el primero tristemente conocido por el gran número de accidentes mortales y el agrario menos conocido pero en el que se producen condiciones penosas (cultivos bajo plástico, con altas temperaturas, con productos tóxicos: abonos, pesticidas, herbicidas...).

Las dificultades que alega el Empresariado para poder acceder a los contingentes

- Excesiva burocratización
- Contratación a desconocidos
- Periodo de contratación

¿Cómo Debemos Abordar El Contingente?

1º MODELO:

- Generalista y orientativo.
- Que incluya a todos los sectores.
- Con indicación para tres o cuatro años.
- Libre acceso; visado búsqueda de empleo.

2º MODELO:

- General y resolutivo.
- Intersectorial.
- Perfiles profesionales.
- Distribución provincial y sectorial.
- Contratación y selección en origen.
- Anual.

"LA VIVIENDA, LA EDUCACIÓN Y LA DEFENSA JURÍDICA DE LOS INMIGRANTES"

Intentaré exponer muy brevemente cuál es la situación de los inmigrantes en nuestra Comunidad Autónoma en lo que respecta a los tres aspectos que dan título a mi intervención: la vivienda, la educación y la defensa jurídica. Mi exposición pondrá sobre la mesa las dificultades a las que se tienen que enfrentar los inmigrantes una vez llegados a nuestro país, los mecanismos con los que cuentan para afrontar dichas dificultades y las medidas (paliativas y preventivas) que desde UGT-Andalucía pensamos que sería importante implementar.

VIVIENDA

El problema del acceso a la vivienda de la población inmigrante es de sobra conocido por todos. Los trabajadores y trabajadoras que realizan su actividad laboral en nuestra Comunidad, se encuentran en la mayoría de los casos con que no pueden acceder a una vivienda digna.

En infinidad de ocasiones, existiendo viviendas para alquiler, con carteles en las mismas, los propietarios cuando llama una persona con acento extranjero, procedente de un país pobre, estos se niegan a alquilarla.

Cuando consiguen un alquiler, en muchas ocasiones, es a precio abusivo y la vivienda esta en condiciones infrahumanas.

La sociedad en general, piensa que los inmigrantes no consiguen alquilar vivienda porque, una vez alquilada, conviven muchas personas en ella.

Cuando el motivo real, de este tópico es el excesivo precio de la vivienda y la escasez de la misma. (esto es la pescadilla que se muerde la cola).

Mientras que para los trabajadores temporeros, desde siempre, eran los empleadores los que facilitaban el alojamiento, en las diferentes campañas agrícolas. Y teniendo en cuenta el

Convenio de Ordenación de las migraciones firmado el año 97 y su protocolo adicional firmado el año 99 por el Ministerio de Trabajo, las Organizaciones Agrarias y los Sindicato CC.OO y UGT, en el cual los empleadores se comprometen a facilitar alojamiento digno a sus trabajadores, y mencionar también, que gracias a las subvenciones de la Junta de Andalucía a mediados de los años 90 para la mejora de los cortijos, muchos se han convertido en casa de campo, con lo cual los empleadores se resisten a ofrecer ese alojamiento. Y en caso de hacerlo, muchos les descuentan del salario entre el 10% y el 20% en concepto de alojamiento.

En general los empleadores, en la mayoría de los casos, no facilitan un lugar donde el trabajador pueda residir mientras dura la campaña y, si lo hacen es, desgraciadamente en demasiadas ocasiones, en condiciones infrahumanas: hacinamiento, falta de infraestructuras básicas, etc.

Desde la Unión General de Trabajadores de Andalucía pensamos que es responsabilidad del empresario facilitar el acceso a la vivienda, como se hacía en el caso de los temporeros autóctonos, tal y como se comprometieron al firmar el Convenio Marco de Ordenación de las Migraciones internas durante las Campañas Agrícolas.

Y si algún empleador no dispone de alojamiento para sus trabajadores, tiene la obligación al menos humanamente de mediar entre el propietario de la vivienda y las personas que se van a alojar en la misma, garantizando el pago y el arreglo de posibles desperfectos que se puedan ocasionar en la misma.

EDUCACIÓN

Según los datos publicados por la Consejería de Educación y Ciencia, dentro del Plan para la atención Educativa del Alumnado inmigrante en la Comunidad Autónoma Andaluza, durante el curso 2001/2002.

Provincia	Infantil y Primaria				Segundaria				Centros públicos		Centros Privados		Nº Total
	Centros Públicos	%	Centros Privados	%	Centros Públicos	%	Centros Privados	%	Total	%	Total	%	
ALMERÍA	2.753	97,18	80	2,82	1.226	96,76	41	3,24	3.979	97,05	121	2,95	4.100
CÁDIZ	1.032	83,77	200	16,23	441	90,74	45	9,26	1.473	85,74	245	14,26	1.718
CÓRDOBA	480	89,55	56	10,45	178	84,76	32	15,24	658	88,20	88	11,80	746
GRANADA	973	84,10	184	15,90	385	76,69	117	23,31	1.358	81,86	301	18,14	1.659
HUELVA	494	92,68	39	7,32	265	96,72	9	3,28	759	94,05	48	5,95	807
JAÉN	313	83,24	63	16,76	153	92,17	13	7,83	466	85,98	76	14,02	542
MÁLAGA	4.220	85,51	715	14,49	1.976	86,06	320	13,94	6.196	85,69	1.035	14,31	7.231
SEVILLA	1.000	84,52	184	15,48	590	88,86	74	11,14	1.595	86,08	258	13,92	1.853
ANDALUCÍA	11.270	88,11	1.521	11,89	5.214	88,90	651	11,10	16.484	88,36	2.172	11,64	18.656
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%					



En Andalucía, la mayor parte del alumnado de origen no comunitario se encuentra escolarizado en centros públicos. Un reciente estudio, refleja el alto porcentaje de alumnos escolarizados en los centros públicos frente a casi la mitad de escolarizados en los centros privados/concertados. Se podría hacer una reflexión mucho más profunda de los resultados de dicho informe pero, por razones lógicas de falta de tiempo, señalaré el siguiente: en aquellas aulas en las que más del 30% de los alumnos son inmigrantes, el rendimiento medio baja. Esto es debido a que los alumnos extranjeros se encuentran a priori con dos dificultades vitales para el normal desarrollo académico: la lengua y la falta de escolarización previa. Pensamos que una de las medidas a implementar para paliar estas dificultades sería aumentar las partidas presupuestarias invirtiendo en personal de apoyo (Educadores/as y mediadores/as) para estos niños y niñas, de manera que pudieran conseguir un desarrollo normalizado, en igualdad de condiciones con respecto a los niños y niñas andaluces.

DEFENSA JURÍDICA

artículo 22. Derechos a la asistencia jurídica gratuita, de la Ley de extranjería 8/2000.

- Tienen derecho a la asistencia jurídica gratuita, en igualdad de condiciones que los Españoles, los residentes legales que puedan acreditar insuficientes recursos económicos.
- Los que se encuentran en España, en situación administrativa irregular, tienen derecho a la asistencia jurídica gratuita, siempre y cuando, por un lado, carezcan de recursos económico y por otro, se trata de entrada, devolución o expulsión.

Desde La U.G.T. de Andalucía, en el año 1993, a través del Convenio de colaboración con la Consejería de Asuntos Sociales, se crea una red de Centros de atención al inmigrante, los cuales denominamos Centros Guía.

A través de los Centros Guía que UGT-Andalucía tiene en Todas las Provincias Andaluzas (centros de asesoramiento sociolaboral), se realizan actividades relacionadas con situaciones administrativas, sociales y jurídicas ..etc. En el trabajo diario detectamos situaciones en las que los inmigrantes desconocen los derechos y deberes que rigen en nuestro país, lo que dificulta enormemente su autonomía para resolver positivamente los casos.

Si bien la asistencia jurídica gratuita es un derecho, y en nuestra Comunidad se encuentra regulada y en funcionamiento (a través de las Comisiones de Asistencia Jurídica Gratuita), la realidad es que existe una carencia en cuanto a las informaciones con las que cuentan los inmigrantes sobre estos servicios, por lo que pensamos que es fundamental la implementación de programas de información que lleguen a los usuarios, como garantía de derecho real y no solo legal.

Durante este último año, (abril 2002 - abril 2003), los Centros Guía de UGT-Andalucía, han atendido a un total de 25.844 inmigrantes, que corresponde a un total de 30.350 casos, de los cuales 1.248 son casos puramente Jurídicos (Revocación de la salida obligatoria, recursos de alzada por desestimación de las renovaciones de los permisos, incumplimiento de los convenios colectivos ..etc.)

Desde UGT-Andalucía, valoramos positivamente el haber atendido a 25.844 inmigrantes, porque hemos resuelto los problemas a más de un tercio de los inmigrantes asentados en nues-

tra Comunidad Autónoma, sin embargo no hemos resuelto el problema de la explotación laboral, de la discriminación laboral, en los Centros de Trabajo de las distintas empresas.

En este momento estamos readaptando nuestros servicios de atención a los trabajadores inmigrantes, hasta ahora fueron concebidos como servicios de asesoramiento, ahora necesitamos servicios de acción sindical. En este sentido estamos intentando desde hace dos años, en los dos últimos procesos de Negociación Colectiva, en el que los propios convenios colectivos contemplen cláusulas de salvaguarda que prevean la discriminación laboral a la que se enfrentan los trabajadores en nuestra Comunidad Autónoma.

Desde UGT-Andalucía vamos a generar un impulso que nos permita conseguir que los trabajadores y trabajadoras inmigrantes en nuestra tierra, sean uno más, los mismos aspectos positivos y los mismos aspectos negativos que tiene nuestro mercado de trabajo. Pero en absoluto condicionar su situación dentro del mundo laboral, por su origen, su cultura, o en definitiva por sus peculiaridades desde el punto de vista humano, desde el punto de vista social.

Y para terminar me quiero referir a la cuarta reforma de la *Ley de extranjería* que anuncio el Presidente del Gobierno en los últimos días de la Campaña Electoral. (la 3ª. *Ley de Seguridad Ciudadana*, debatiéndose en el parlamento)

- En primer lugar, en que no va a ser necesario el permiso de trabajo ni el premo de residencia puesto que el visado, va ha ser el papelito que va a sustituir toda esta tramitación, En la práctica va a significar eliminar de cara a la opinión pública, las colas que se forman en determinadas ventanillas de la Administración.
- En segundo lugar, nos preocupa que esta parte de eliminación de la documentación puede significar a su vez la eliminación de garantías.
- Nos preocupa también la modificación que se pretende en cuanto a la incorporación de algunos de los artículos que fruto de la sentencia del Tribunal Supremo se eliminaron. El Tribunal Supremo lo eliminó no porque contraviniese la Ley de Extranjería, sino porque contravenía el sistema del procedimiento administrativo de nuestro país. nos cabe dos dudas, si lo que se va a plantear, solo para los trabajadores extranjeros va a haber la posibilidad de no admitir a trámite, cuando una solicitud no vaya dirigida al órgano correspondiente, o si esta modificación va a afectar a todos independientemente de nuestra nacionalidad. En cualquiera de los dos casos, como puedes suponer es demasiado rocambolesco que se modifique el sistema administrativo por el cual un ciudadano de nuestro país va hacer una solicitud la que sea, y simplemente porque esa solicitud no la dirige al órgano correspondiente, esa solicitud se deniegue. En lugar de plantear pues el plazo correspondiente y el recurso correspondiente para plantear una subsanación de errores como hasta ahora ocurría.

Y por otra parte desde luego bastante peligroso y las consecuencia yo creo que a ninguno se nos escapa de lo que va a significar la intención de que a través de la modificación de la Ley de Bases del Régimen Local, se intente utilizar el Padrón como un instrumento policial.

PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA

I PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA 2001-2004

Sevilla 02 de Junio de 2004

2. CUESTIONES PREVIAS: algunas consideraciones.



Sevilla 02 de Junio de 2004

2. CUESTIONES PREVIAS: Modelos.

EL MODELO XENÓFOBO-RACISTA
EL MODELO ECONOMICISTA
EL MODELO HUMANITARISTA
MODELO INTEGRAL

Sevilla 02 de Junio de 2004

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

Su Integralidad.
Concepción, Diseño y Universo de Referencia.
Su Flexibilidad.
Convergencia con otros Planes: Respuesta ágil y Adaptada.
Su Carácter Evaluable.
Sistema de Indicadores.
Su Credibilidad.
Presupuesto.

Sevilla 02 de Junio de 2004

PRINCIPIOS RECTORES.

- a) Igualdad
- b) Integralidad
- c) Globalidad
- d) Coordinación
- e) Participación
- f) Interculturalidad
- g) Descentralización
- h) Normalización
- i) Socialización

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Asegurar el acceso de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, tales como la sanidad, la educación, la vivienda, los servicios sociales y la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Fomentar la sensibilización social acerca de los valores positivos del hecho de la inmigración, y de rechazo a toda forma de racismo y xenofobia, y cualquier clase de discriminación.

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Contribuir a mejorar las condiciones de vida y de las infraestructuras de los países de origen de la población inmigrante, mediante el conjunto de actuaciones que constituyen la Cooperación al Desarrollo, midiendo así en las causas del hecho migratorio.

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Favorecer la plena integración social, laboral y personal de la población inmigrante, como sujeto de derechos y deberes, creando las condiciones que favorezcan dicha integración en el seno de la sociedad andaluza.

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Cualificar la oferta de bienes y servicios tanto a la población inmigrante como a la de acogida, fomentando la participación y cooperación de las actuaciones de los poderes públicos poniendo en valor los recursos disponibles.

Sevilla 02 de Junio de 2003

OBJETIVOS GENERALES.

Mejorar permanentemente el conocimiento de la realidad y de las estrategias más adecuadas para el cambio, mediante el mantenimiento sostenido de la actividad de investigación y la formación permanente de personal cualificado para este tipo de intervención.

Sevilla 02 de Junio de 2003

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN: fecha.

FASES:	Fecha
La Comisión Interdepartamental de Políticas Migratorias, en el marco de la Comisión Asesora de Asesoramiento Plan Inmigr.	07/SEPTIEMBRE/2001
Salida General sobre Integración en el Plan de Inmigración de Andalucía	07/FEBRERO/2002
Adoptado el Documento Marco del PLAN DE INTERVENCIÓN DE POLÍTICAS MIGRATORIAS	14/1 FEBRERO/2002
Elaboración del Borrador del Plan Inmigr. Trabajo Previo, Plenario de la Comisión Técnica y de la Comisión General	FEBRERO-ABRIL/2002
Comprobación del contenido del borrador de Organización	20/ABRIL/2002
Aprobación del Borrador del Plan Inmigr por la Comisión Interdepartamental	21/MAYO/2002
Presentación del Borrador del Plan de parte del Director y acuerdo de aprobación. FASE Directiva y Grupo Política	MAYO Y JUNIO/2002
Contratación del Plan Inmigr de la Integración y Promoción del Empleo	03/ JUNIO/2002

Sevilla 02 de Junio de 2003

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN: **FASES**

FASES	Fecha
Presentación de propuestas recibidas por los miembros del PAI. Andalucía	JUNIO / 2007
Envío a los distintos Consejos de los documentos recibidos para su aprobación	JUNIO / 2007
Recepción de las Actas de los Consejos	JULIO / 2007
Reuniones con sindicatos, Organ. Patronales y miembros de Fidei, Andaluza y Asociaciones empresariales de Fidei Madrid	SEPTIEMBRE / 2007
Modificación del Borrador del PAI en base a Propuestas recibidas	SEPTIEMBRE / OCTUBRE 2007
Revisión del PAI por el Foro Andalus de la Emigración	NOVIEMBRE / 2007
Presentación, Traducción e impresión definitiva del Proyecto de Decreto por el que se aprueba el Plan Integral	OCTUBRE / NOVIEMBRE 2007
Aprobación del Decreto por el Consejo de Gobierno (Decreto 130/07)	9 / ENERO / 2008

Sevilla 02 de junio de 2008

ESTRUCTURAS ORGÁNICAS



Sevilla 02 de junio de 2008

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN

Dirección General de Políticas Migratorias (Decreto 130/2007)

Impulso y coordinación de políticas públicas de la distintas**Consejerías:**

- Salud
- Servicios Sociales
- Cultura
- Educación
- Empleo
- Diversa (Formación, Sensibilización, Investigación...)

El estudio de la evolución de la migración.**Coordinar la relación con otras Administraciones.**

Sevilla 02 de junio de 2008

ESTRUCTURAS ORGÁNICAS



Sevilla 02 de junio de 2008

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN: **organos.**

Comisión Interdepartamental de Políticas Migratorias (Decreto 282/2007)

Funciones:

- Promover la coordinación e impulso de las actuaciones en materia de migración, que en el ámbito de sus competencias corresponden los Consejos de la Junta de Andalucía
- Informar sobre las repercusiones de la normativa vigente en materia de derechos y deberes de los extranjeros en España y su integración social en las competencias de la Junta de Andalucía
- Realizar los análisis necesarios para el desarrollo y aplicación de la normativa vigente en relación con los procesos migratorios en Andalucía
- Elaborar propuestas para su atención a las distintas Administraciones Públicas en relación con la atención y prestación de los servicios de los extranjeros en Andalucía
- Agenciar otras funciones que les sean asignadas en materia de asesoramiento de Política Migratoria.

Sevilla 02 de junio de 2008

ESTRUCTURAS ORGÁNICAS



Sevilla 02 de junio de 2008

DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN: **organos.**

Foro Andaluz de la Inmigración (Decreto 55/2007)

Composición:**Administraciones Públicas, Agentes Sociales, Asociaciones, Explota y Medios de Comunicación.****Funciones:**

- Realizar el diseño y la implementación sobre el convenio migratorio y su aplicación de acuerdo.
- Realizar propuestas y recomendaciones técnicas y promover la integración social de los extranjeros.
- Realizar y coordinar propuestas de los agentes sociales que realicen los convenios.
- Crear un sistema de diagnóstico, los programas y actividades que se desarrollen a cargo por parte de las administraciones.
- Realizar el estudio e investigaciones sobre la integración social de los extranjeros de origen extranjero y presentar propuestas sobre políticas de integración social.
- Actuar como órgano asesor de alto rango en materia de inmigración, la estadística y por lo relacionado.
- Trabajar con las distintas áreas de apoyo de las relaciones internacionales y la atención de los inmigrantes extranjeros en Andalucía.
- Realizar actividades e intervenciones con otros agentes sociales.

Sevilla 02 de junio de 2008

ESTRUCTURA



Sevilla 02 de junio de 2008

Análisis de la realidad.

Datos de extranjeros a 31/12/2002 en Andalucía:
163.942 Personas Extranjeras
77.465 Régimen General.
86.477 Régimen Comunitario.

Extranjeros residentes en Andalucía en relación al total de población extranjera				
AÑO	1999	2000	2001	2002
TOTAL	801.329	895.720	1.109.060	1.324.801
Andalucía	109.129	122.426	157.157	163.942

Fecha 02 de Junio de 2003

Análisis de la realidad.

Otros Datos de Interés: gráficos disponibles.

- Edad y Sexo.
- Datos sobre escolarización.
- Atención a la Salud.
- Situación en Alta Laboral.
- Solicitudes de regularización en Andalucía.
- Situación según tipo de régimen.
- Estructura poblacional en relación a países de procedencia.
- Otros

Fecha 02 de Junio de 2003

Consideraciones Generales: Marco Competencial

ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO.

- Regulación de Emigración.
 - Control de fronteras.
 - Permisos de residencia y trabajo.
 - Alquiler y sueldo.
 - Inspección de trabajo.
 - Cooperación con terceros países.
 - Persecución de mafias y delincuencia organizada.
 - Determinación de cupos anuales o contingentes.
- Dicha competencia será decisiva para la configuración global que el régimen de la inmigración adopta en nuestro país, de su correcto ejercicio depende EL ALCANCE, CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES en los que se produce la llegada a España, y todo ello determina las opciones reales de una política basada en INTEGRACIÓN de la población inmigrante.

Fecha 02 de Junio de 2003

Consideraciones Generales: Marco Competencial

JUNTA DE ANDALUCÍA.

Por mandato Constitucional y Estatuto se tiene atribuidas Funciones y Servicios especiales en materia de:

- Asistencia Sanitaria.
- Educación.
- Vivienda.
- Servicios Sociales.
- Políticas de igualdad.
- Mercado al Menor.
- Así como:

Es competencia el planteamiento de políticas activas e innovadoras que vayan más allá de los límites regulados por la legislación estatal. Buscamos los condiciones necesarias para que se produzca una verdadera integración de los inmigrantes en el territorio, de manera que sean ejercidos, en igualdad de condiciones con los nacionales, los derechos y libertades reconocidos hoy o que puedan estarlo en el futuro.

Fecha 02 de Junio de 2003

Consideraciones Generales: Marco Competencial

AYUNTAMIENTOS

- Alojamiento y Vivienda.
- Servicios Sociales Comunitarios.
- Policía Local.
- Otros.

Fecha 02 de Junio de 2003

CONTENIDOS Y ESTRUCTURA.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN.

OBJETIVOS Y MEDIDAS

ÁREA DE INTERVENCIÓN	NÚMERO DE OBJETIVOS	NÚMERO DE MEDIDAS
1. SOCIO EDUCATIVA	5	21
2. SOCIO-LABORAL	10	24
3. SOCIO-SANITARIA	4	11
4. RECURSOS SOCIALES	10	42
5. VIVIENDA	2	8
6. SOCIO-CULTURAL	3	20
7. ATENCIÓN JURÍDICA	3	4
8. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	4	26
9. SENSIBILIZACIÓN SOCIAL	4	13
10. COOPERACIÓN AL DESARROLLO	1	3
TOTAL	61	172

Fecha 02 de Junio de 2003

B. SITUACIÓN ACTUAL.

PUBLICACIÓN (EVALUACIÓN DE) CÓMPLEXO INTERDEPARTAMENTAL Y FORO

REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE

PROYECTUALIZACIÓN PLANES PROVINCIALES Y LOCALES

ESTUDIO DE ACTITUDES Y/O ANÁLISIS ANTE LA INMIGRACIÓN

Fecha 02 de Junio de 2003

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES
II Jornada de Coordinación y Seguimiento
CONCLUSIONES

TALLER 1

Estrategia de Mediación en Salud





PRESENTACIÓN

Este Taller fue dirigido por *FRANCISCO RAMOS CABALEIRO*, Secretario General de la Federación Andalucía Acoge y contó además con la participación de:

ABDENNOUR AL GHOUCH mediador intercultural de Andalucía Acoge dentro del proyecto Equal APROXIMATE

NDUBUISI OJI mediador intercultural de la OMINI (Oficina Municipal de Información al Inmigrante de Málaga) y Mediador Intercultural del MPDL-Málaga

Se trataba de debatir sobre los siguientes temas relacionados:

¿Qué se entiende por mediación? ¿Qué especificidad tiene en el ámbito sanitario? Perfil del mediador. Como se organiza la mediación en Sanidad. Qué problemas se encuentran los inmigrantes. Qué problemas se encuentran en el Sistema Sanitario. Quién debe participar en la organización. Elementos que intervienen en el proceso. Qué ofrecen los mediadores al sistema sanitario. Qué le piden los mediadores al SSPA. Qué diferencia hay entre mediador intercultural sanitario y Agente Comunitario de Salud. ¿Mediación o acompañamiento?

Francisco Ramos Cabaleiro

Secretario General de la Federación Andalucía Acoge

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL CONVENIO DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

Ley de Extranjería (Ley Orgánica 8/2000)

Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

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.

I PLAN INTEGRAL DE INMIGRACIÓN PARA ANDALUCÍA.

Uno de los capítulos de este Plan es el referido a la atención socio-sanitaria, que cuenta con 8 medidas de las que 5 se trabajan en el seno del convenio.

Derivaciones y acompañamientos

Los acompañamientos se presentan trimestralmente. Como anexo a la notificación de las derivaciones, debe acompañarse un certificado de la entidad provincial indicando el número de acompañamientos realizados y adjuntando las hojas rosas del Documento de Derivación debidamente selladas por los servicios sanitarios en los que se ha efectuado el acompaña-



miento. Actualmente se está trabajando en una nueva regulación que favorezca la agilización de los acompañamientos y facilite la solicitud y disponibilidad de acompañantes por parte de los servicios sanitarios.

Durante el 2002 se han tramitado 202 acompañamientos, presentados por Andalucía Acoge y Cruz Roja, a razón de 18,03 euros cada uno, con un coste total de 3.750,24 euros.

PRÓXIMAS ACTUACIONES

- *Experimentación de sistemas de traducción telemática y telefónica.*

Como una vía para salvar las barreras idiomáticas en la atención sanitaria a inmigrantes. Consistiría en introducir un sistema de traducción on-line en el software de inmigrantes así como organizar un sistema de traducción con teléfonos móviles de traductores, que pueda intercambiarse entre el inmigrante y el profesional. Este sistema se está experimentando en el Distrito Poniente de Roquetas y parece que puede ser una vía que, sin introducir traductores en las consultas –cosa por lo demás imposible de abarcar– facilitaría la comunicación en casos difíciles por otra vía. Existe un proyecto base de Central Telefónica de Mediación Lingüística Sanitaria.

- *Agenda de mediadores y traductores en salud*

Se trata de la confección y edición abierta de Agendas en las que constarían las direcciones, teléfonos y forma de contacto de los acompañantes mediadores que ponen a disposición las entidades participantes a los servicios sanitarios para la disminución de barreras lingüísticas fundamentalmente. Son agendas provinciales que tendrán además su reflejo en el software del Convenio. Se editarán inicialmente 2.000 ejemplares para su disposición en los servicios de atención al usuario del SSPA, Delegaciones y Entidades colaboradoras.

- *Formación de mediadores interculturales sanitarios*

Dirigido a inmigrantes voluntarios de las entidades participantes y con el objetivo de formarles para la labor de acompañamiento y apoyo, en el acceso y la conexión de los inmigrantes de los servicios sanitarios públicos. Su programación está prevista para la segunda quincena de junio de 2003, a celebrar en Málaga.

Tendrá una duración de 20 horas, distribuidos en 3 días, con contenidos sobre:

- El SSPA, configuración, derechos y deberes de los andaluces y de los inmigrantes.
- La colaboración intersectorial en la Atención Sanitaria a Inmigrantes, Servicios y Programas Sanitarios de Atención Primaria.
- La mediación intercultural, conceptos, objetivos y actividades.
- Detección de situaciones de riesgo y urgencia social, pautas de actuación.

Será impartido por un grupo de profesores procedentes de Delegaciones Provinciales de Salud, ONG y Fundación Progreso y Salud.

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

1.- LA NECESIDAD DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL

Nos encontramos ante un contexto de diversidad cultural novedoso en España, que exige nuevas formas de entender las relaciones humanas en un mismo espacio. El crecimiento acelerado de la inmigración en nuestro país en los últimos años y la falta de entendimiento de este fenómeno genera tensiones y afloran manifestaciones de racismo y xenofobia.

Los acontecimientos de El Ejido en el año 2000, la llegada de pateras desde el norte de Marruecos a Andalucía y Canarias o las múltiples reformas de la Ley de Extranjería, son sólo una muestra de la urgente NECESIDAD de dotarnos de instrumentos y herramientas para superar las dificultades que surgen de la presencia de personas de diversas culturas en un mismo espacio y tiempo. Esta presencia da lugar a nuevas situaciones, como son

- Las dificultades de comunicación
- La complejidad de la convivencia
- El desconocimiento mutuo
- La desigualdad y discriminación de algunos colectivos
- Y los prejuicios, estereotipos y conflictos en las relaciones entre personas de culturas distintas.

Algunos rasgos que definen la realidad de los inmigrantes son:

1. Precariedad y marginación resultantes de los condicionamientos sociales y legales que "encasillan" a los inmigrantes en determinados nichos laborales. Estamos asistiendo a la incorporación cada vez más numerosa de trabajadores inmigrantes a labores agrícolas en las distintas provincias andaluzas.
2. Cualificación formativa compleja: por un lado existen inmigrantes que vienen con carencias de alfabetización en su propia lengua materna, lo que dificulta aún más su adaptación a una lengua nueva. Pero junto a esta realidad, coexiste la realidad de todos aquellos inmigrantes que han cursado estudios medios e incluso superiores en sus países de origen. Para estos últimos, el aprendizaje del idioma español es más rápido.
3. Desconocimiento de los mecanismos, estructura social, valores, normas, etc. de la sociedad de acogida, al tiempo que para ésta resultan incomprensibles las culturas de origen; la desconfianza del autóctono genera aislamiento y rechazo, dificultando a la persona inmigrante el acceso a los recursos. Es necesario crear espacios de convivencia y de intercambio que contribuyan a una percepción más ajustada de la realidad del fenómeno migratorio y de las personas que lo protagonizan, lejos de estereotipos fáciles.
4. La situación documental. Existe una población de inmigrantes indocumentados, cuya cifra supera los 600.000, que está excluida del mercado laboral, de los servicios sociales, educativos e incluso sanitarios en muchas Comunidades Autónomas. La cifra de indocumentados en Andalucía puede estar entre 30 y 40.000 personas.

En concreto, en el ámbito socio-sanitario nos encontramos con las siguientes situaciones:



- a) Los sistemas sanitarios de los países de origen de los colectivos de inmigrantes son diferentes a los de la sociedad receptora. En las zonas rurales de muchos de estos países, por ejemplo, es muy escasa la medicina moderna occidental de modo que se sigue recurriendo a la medicina tradicional para sanar las enfermedades y dolencias. Los curanderos son el personal sanitario.
- b) En muchos casos, una vez en la sociedad receptora, existe desconfianza o rechazo abierto a la medicina occidental, sus métodos y técnicas de tratamiento, existiendo dificultades para conocer, comprender y utilizar el sistema sanitario andaluz, sus normas y sus formas de funcionamiento.
- c) El personal sanitario tiene escasa información sobre los recursos existentes en mediación intercultural, que pueden facilitar la comunicación entre los profesionales de la salud y la población inmigrante.
- d) Dificultades de comprensión en el marco de la entrevista en la consulta. El profesional sanitario desconoce la lengua materna del inmigrante y éste desconoce la lengua española. En estas situaciones es necesario facilitar la comunicación.
- e) Dificultades para realizar el seguimiento médico de los pacientes ya que muchos de ellos no están habituados a este modelo tan largo de seguimiento y/o desconocen el sistema sanitario y no están habituados a la medicina moderna occidental.
- f) Desconocimiento por parte del personal sanitario de las creencias religiosas, los tabúes relacionados con la representación cultural del sexo, las dificultades que pueden darse en relación con el género en la atención médica, etc.
- g) Resistencias sociales provenientes de prejuicios, desconocimiento o rechazos infundados, que muestran la necesidad de acciones de sensibilización, reivindicación y denuncia. Se hacen necesarias campañas de sensibilización social, en general, y en el campo sanitario en particular.
- h) Desinformación de la población inmigrante acerca de sus derechos y obligaciones respecto al acceso a los recursos sociosanitarios. Se necesitan métodos de información efectivos a la población inmigrante, como el "puerta a puerta".

2.- ¿QUÉ ES LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL?

2.1.- La mediación natural

Ante estas nuevas situaciones apuntadas, surgen iniciativas espontáneas de mediación. Es lo que llamamos LA MEDIACIÓN NATURAL.

En los momentos iniciales de la llegada al país receptor, son los propios familiares o amigos del inmigrante los que suelen ejercer esta función de mediación natural

- Sirviendo de intérpretes
- Proporcionando alojamiento
- Informando sobre el funcionamiento de la sociedad receptora.
- O acompañando al recién llegado a distintas instituciones, servicios...



Sin embargo, esta mediación natural tiene sus límites, que vienen dados frecuentemente por

- La poca disponibilidad de tiempo del mediador/a natural y la confusión con sus propios intereses particulares
- Estar circunscrita al círculo de familiares o amigos
- La falta de dominio del idioma del país receptor
- O transmitir informaciones erróneas acerca del funcionamiento de la sociedad receptora.

2.2.- La formación

Ante los límites de la mediación natural, sentida por los propios mediadores, surge la iniciativa de sistematizar, organizar y ofrecer instrumentos para poder ejercer la mediación como un RECURSO PROFESIONALIZADO. La formación se presenta como una herramienta básica para el desarrollo de la Mediación Intercultural.

Desde esta perspectiva surgen las primeras formaciones en Mediación Intercultural. Andalucía Acoge es una de las instituciones pioneras en el desarrollo de estos cursos en los años 90. Sus contenidos tratan sobre los movimientos humanos, las migraciones, las relaciones interculturales, la comunicación o la resolución de conflictos. En estos cursos comparten pupitre tanto españoles como inmigrantes, lo que hace más enriquecedora la experiencia; también potencian el papel de los inmigrantes, como verdaderos protagonistas en la resolución de sus propias necesidades.

Nace, por tanto, una nueva profesión: LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL, que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio y pertenecientes a una o varias culturas.

2.3.- Definición de Mediación Intercultural

La Mediación Intercultural se puede ver desde tres significados distintos

- 1) La Mediación para servir de intermediario en situaciones en las que no existe conflicto, sino más bien dificultad de comunicación.
- 2) La Mediación como intervención destinada a poner de acuerdo, conciliar o reconciliar a personas o partes enfrentadas.
- 3) La Mediación como proceso creador y de transformación de la sociedad.

En función de estos significados se pueden distinguir tres tipos de Mediación

- 1) La Mediación "PREVENTIVA" que consiste en facilitar la comunicación y la comprensión entre personas con códigos culturales diferentes.
- 2) La Mediación "REHABILITADORA" que interviene en la resolución de conflictos de valores, entre los inmigrantes y la sociedad de acogida, o en el seno de las propias familias inmigrantes.
- 3) La Mediación "CREATIVA" consiste en un proceso de transformación de las normas, o más bien de creación de nuevas normas y acciones basadas en una nueva relación entre las partes.



3.- PERFIL Y FUNCIONES DEL MEDIADOR/A INTERCULTURAL

El perfil idóneo del mediador/a intercultural es el de una persona mayor de 25 años, hombre o mujer según el colectivo de intervención, vinculado al origen cultural de ese colectivo, con experiencia migratoria y con un largo tiempo de residencia en la sociedad de acogida que le permita un conocimiento amplio de la misma.

También son varias las funciones que tiene el mediador/a intercultural

- Facilitar la comunicación.
- Fomentar la cohesión social.
- Promover la autonomía e inserción social de las minorías.

4.-PRINCIPALES ÁMBITOS DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL

• Sanitario

El ámbito sanitario es junto al educativo y al laboral donde es mayor la necesidad del desarrollo de la mediación intercultural. La buena comunicación entre paciente y personal sanitario tiene una vital importancia para un adecuado tratamiento de las enfermedades y dolencias. Aunque la asistencia a los inmigrantes está garantizada, tanto para documentados como indocumentados, las limitaciones de recursos y personal para la atención especializada que requiere, hace que en muchas ocasiones se tenga que recurrir a las ONG para atender las necesidades de traducción, mediación y seguimiento de los pacientes.

• Educativo

El ámbito educativo es uno de los que más demanda en estos momentos la figura del mediador/a intercultural, como persona que pone en contacto a profesores, padres y alumnos. Las principales dificultades que la presencia de niños extranjeros ha traído a los centros escolares son el desconocimiento del idioma por parte de estos alumnos y la falta de recursos por parte de los profesores para afrontar esta nueva realidad multicultural en las aulas.

• Laboral

El aspecto laboral, uno de los más importantes en la realidad de la inmigración, también requiere la participación de los mediadores. Las empresas empiezan a descubrir las ventajas de contar con mediadores para mejorar el rendimiento de sus trabajadores extranjeros. Los sectores que más demandan la figura del mediador/a son aquellos a los que acceden mayor número de inmigrantes: agricultura, construcción, hostelería, servicio doméstico...

• Social y familiar

Se hace cada vez más patente la participación de los mediadores interculturales en los servicios sociales, como parte de un equipo interdisciplinar en el que colaboran con trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos... siendo su labor una aportación fundamental para conocer mejor los códigos de conducta y roles dentro de las familias inmigrantes.

5.- ¿ CÓMO ENFOCAMOS LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN ANDALUCÍA ACOGE ?

- El mediador/a no sustituye a otro profesional, ni es un "brazo extensible" del mismo para llegar donde éste no puede. La responsabilidad del mediador/a está en facilitar la comunicación entre las partes.
- La confidencialidad debe ser absoluta.
- El mediador/a debe ser imparcial y no debe posicionarse a favor de ninguna de las dos partes. No resuelve conflictos, solamente ayuda a acercarse a las partes afectadas.
- La persona mediadora no es un activista o defensor de los derechos de la población inmigrante; su función debe ceñirse a intentar acercar posturas de las partes en conflicto.
- La mediación intercultural no es la solución a todas las necesidades planteadas en la inmigración, es un instrumento más que debe ir acompañado de otro tipo de medidas.
- La mediación intercultural debe estar integrada en los servicios ordinarios de atención a las minorías étnicas y culturales ya que necesitamos garantizar la legitimidad del mediador/a en los contextos en los que debe intervenir.
- Necesitamos garantizar un marco de trabajo en el seno de un equipo interdisciplinar, en el que participan profesionales diversos (trabajadores sociales, personal sanitario, personal auxiliar...) donde el mediador/a pueda realizar una revisión de su praxis.
- La mediación intercultural no es una intervención puntual sino que se trata de una acción estratégica duradera en el tiempo. Por tanto, es una figura distinta a la del acompañamiento o a la mera traducción lingüística.

6.- EL FUTURO DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL

Los hechos ocurridos en El Ejido en el año 2000 son una prueba de las consecuencias negativas de no construir una sociedad multicultural y de no saber interpretar un fenómeno enriquecedor y positivo para todos.

La inmigración pasará, en muy pocos años, de ser un fenómeno novedoso en nuestro país a ser parte del paisaje cotidiano de nuestras vidas. Conseguir que sea un enriquecimiento para todos, autóctonos e inmigrantes, exigirá medidas para alcanzar ese fin. La mediación intercultural será un instrumento esencial para conseguir una convivencia pacífica entre distintas culturas, en las que el desconocimiento juega un papel fundamental en la construcción de prejuicios y estereotipos negativos. La labor de la mediación intercultural será la de acercar culturas y evitar o reparar conflictos futuros.

El apoyo de las Administraciones Públicas es fundamental para el impulso de la figura de los Mediadores Interculturales. Es necesario que forme parte de la enseñanza universitaria en el campo de las ciencias sociales y su incorporación paulatina en ayuntamientos y diputaciones, como administraciones que están en contacto directo con los ciudadanos.

La inmigración en España está en su primera fase. Las posibilidades de aprender de las experiencias de otros países con mayor tradición migratoria permite contemplar el futuro con la esperanza de alcanzar una sociedad en la que la convivencia entre culturas sea pacífica. La Historia nos ha dejado ejemplos de que este futuro no es una utopía.



CASO PRÁCTICO:

Una trabajadora social cuenta:

"Una familia de Nador (una ciudad fronteriza a Melilla), tiene un hijo de 14 años con una enfermedad grave, al llevarlo a urgencias de un hospital de Melilla lo derivaron a Málaga para operarle.

La intervención ha sido favorable pero, según los médicos, el chaval necesita por lo menos seis meses de rehabilitación en España, lo cual la madre tiene que quedarse con él.

La familia aparte del hijo que tienen aquí, tiene tres hijos pequeños en Nador, que están con unos amigos de la familia mientras el padre trabaja. La madre se ve preocupada, nerviosa, quiere llevar a su hijo a Marruecos sabiendo que el hijo sigue enfermo. Yo estoy muy preocupada por el tema, encima esta mujer lo que quiere es irse a Marruecos y que venga el marido en su lugar, nosotros no podemos permitirlo porque lo que quieren en realidad es quedarse en España como muchos de ellos"

La trabajadora social se ha puesto en contacto con un mediador de la asociación para aclarar los hechos.

a. recogida de información

- 1- ¿Quiénes son los protagonistas de la situación? Definirlos según la edad, sexo, profesión, origen social, nacionalidad, nivel de instrucción, grupo al que pertenecen, etc...
- 2- ¿Qué tipo de relación hay entre los diferentes actores? ¿Relación de igualdad o desigualdad?. ¿Quién tiene una posición alta o baja?. ¿Se trata de una relación profesional o no?
- 3- De manera general, ¿qué tipo de relaciones existen entre los grupos de pertenencia de los principales actores de la relación descrita? ¿Hay un contencioso histórico entre los grupos a los que pertenecen los actores?.

b. La situación.

- 4- Describir el contexto de la situación.
- 5- Describir la reacción del conflicto: sentimientos que afloraron, qué es lo que se vivió por una y por otra parte y, eventualmente, los comportamientos que suscitó después esa situación de conflicto

c. realización de diagnóstico

- 1- Identifica dificultades y obstáculos en la comunicación
 - , Barrera lingüísticas
 - , Dificultad de comunicación verbal y no verbal
 - , Prejuicios y estereotipos
 - , Desconocimiento del código y los valores de cada parte
 - , Contradicciones que existen

2- identifica capacidad y posibilidades para la relación

- Forma de colaboración
- Forma de negociación
- Aclarar la situación y los hechos

3- identifica necesidades de la relación

- Objetivos explícitos e implícitos

4- previsión del futuro

- Prevé posible soluciones y acuerdos
- Definir los puntos fuertes y oportunidades
- Sacar herramientas y recursos posibles
- Ponte en el lugar del otro

5- posibles acuerdos

- Reglas del juego
- Verificar que las partes comprenden la descripción de los hechos
- Aceptación de la realidad subjetiva de las partes
- Crear un clima de confianza
- Facilitar que las dos partes que tomen las decisiones y responsabilidades
- Crear nuevas reglas
- Grado de satisfacción de las dos partes

6- cierre de los acuerdos

Abdenmour Al Ghouch
Mediador Intercultural de Andalucía Acoge
dentro del Programa Equal Aproximate

PROBLEMAS DE LOS INMIGRANTES

1. La sensación de soledad que en mayor medida les causa insomnio y depresiones.
2. Su situación de residencia; muchas veces viven en muy malas condiciones y afecta a su salud
3. Su situación legal. Muchos viven en situaciones irregulares
4. Desconocimiento del funcionamiento de la sociedad receptora
 - La cultura
 - Leyes de Extranjería
 - Sistema de transportes, etc
5. Falsas expectativas: vienen con falsas expectativas y al llegar aquí, se encuentran lo que no esperaban y es difícil seguir adelante y más difícil volver a su país de origen.
6. Están en una situación de mayor vulnerabilidad
 - La intimidación
 - Se aprovechan de ellos
7. Problemas de racismo y xenofobia
8. Problemas de estrés
9. Problemas de convivencia
10. Sensación de inferioridad

PROBLEMAS QUE SE ENCUENTRAN LOS INMIGRANTES EN EL SISTEMA SANITARIO

- 1 Problemas de comunicación
- 2 En algunos casos proceden de países que carecen de un sistema de sanidad tan desarrollado como el español, se enfrentan a problemas de desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario
 - *¿Cómo dirigirse al médico?*
 - *¿Cómo se realiza el tratamiento y cuándo deben hacerlo?*
 - *¿Qué es la Tarjeta Sanitaria?*
 - *¿Cómo se consigue?*
 - *Desconocimiento de su derecho de asistencia sanitaria.*
- 3 Diferentes culturas medicas
 - *Se agotan las posibilidades de la medicina tradicional antes de acudir a la consulta*
 - *Están acostumbrados a su sistema de atención médica y confían muchísimo en ella.*
 - *El choque cultural de adaptación a nuevas normas diferentes de las propias*
- 4 Falta de confianza en el Sistema Sanitario (por ejemplo el sistema de cita previa o las actitudes del personal)
- 5 Miedos
 - *de ser reconocido como una persona en situación irregular*
 - *desconfianza en los profesionales*
 - *miedo de expulsión*
- 6 Ausencia de su familia y seres queridos
- 7 Desigualdad y discriminación en la atención
- 8 Les mandan de un centro a otro
- 9 Seguimiento de la atención
 - *Se mueven muchísimo y es difícil hacer un seguimiento de su atención sanitaria*
- 10 Poca sensibilización sobre inmigración e interculturalidad entre los profesionales
- 11 Poca información por la parte del personal
 - *No les facilitan muchas informaciones para resolver su problema*

PERFIL DEL MEDIADOR

- 1 Tienen que ser personas con vocación para la comunicación
- 2 Alguien que tiene bastante conocimiento de los idiomas de mediación
- 3 Un catalizador que facilita las comunicaciones
- 4 Saber escuchar
- 5 Es paciente y humilde




- 6 Es capaz de crear las condiciones necesarias para la comunicación
- 7 Asume la responsabilidad de llevar a un buen término lo que se espera de un mediador
- 8 No impone
- 9 Capaz de afrontar los conflictos y resolverlos
- 10 Presentar alternativas innovadoras para situaciones o problemas.
- 11 Generar perspectivas optimistas en situaciones de crisis o estrés
- 12 Captar y administrar los recursos personales y organizacionales
- 13 Exhibir coherencia entre lo que dice y hace
- 14 Capaz de trabajar en equipo
- 15 Saber expresar con las propias necesidades e ideas a los demás
- 16 Comprender y respetar puntos de vistas distintos al propio
- 17 Ser capaz de ganarse la confianza y el compromiso de otros
- 18 Manejar apropiadamente la confidencialidad
- 19 Sensibilidad. Respetuoso a los sentimientos y valores de la raza y cultura.
- 20 Imaginativo y poseer recursos
- 21 Persuasivo
- 22 Honesto
- 23 Abierto

FUNCIONES DEL MEDIADOR

- 1 Facilitar la comunicación entre dos grupos
- 2 Traducción y interpretación lingüística y cultural
- 3 Ayudar en la resolución de conflictos
- 4 Informar acerca de los servicios (jurídicos, educativos, sanitarios) etc.
- 5 Promover la autonomía e inserción social de los miembros de las minorías culturales
- 6 Acompañamiento

APLICACIÓN DE LA MEDIACIÓN EN EL SISTEMA SALUD

- 1 Crear un espacio de diálogo operativo entre personas o grupos
- 2 Crear puentes para mejorar la comunicación entre el personal profesional y los inmigrantes que acuden a los centros de salud.
 - *Facilitar el diálogo y la comunicación*
 - *Humanizar las relaciones*

- 
- 3 Transformar las relaciones existentes.
 - 4 Propiciar propuestas y soluciones
 - 5 Promover procesos de respeto
 - 6 Ayudar a hacer entender porqué se aplican algunas medidas en la atención en el sistema sanitario sobre todo en temas muy complicados.
 - 7 Para potenciar la libertad del enfermo con el fin de que se mantenga moral y psicológicamente firme.
 - 8 Transmitir la confianza a los inmigrantes para que no se sientan intimidados
 - 9 Hacer conocer las representaciones culturales de los inmigrantes para poder comprender e interpretar mejor su salud.

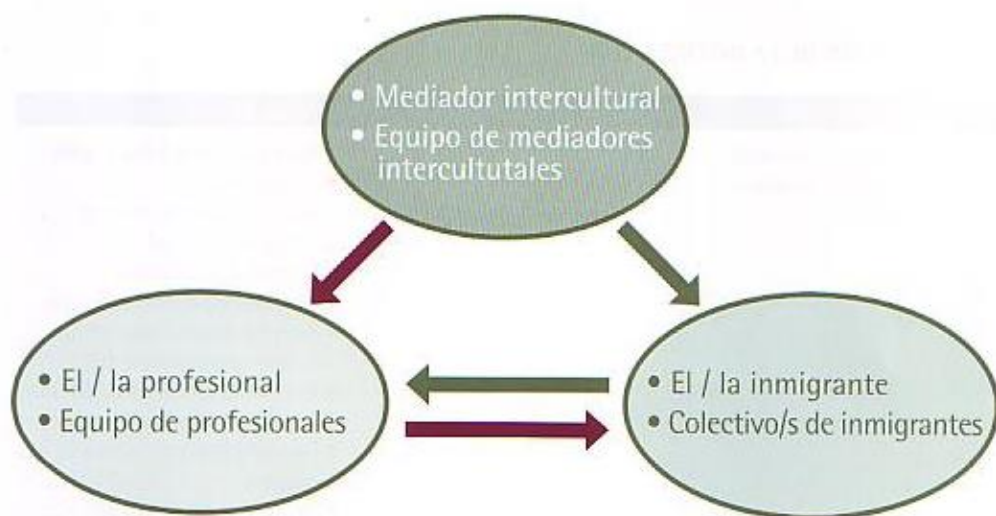
CONFLICTOS QUE SE PUEDEN GENERAR EN EL SISTEMA SANITARIO

- 1 Carencia de información
- 2 La mala calidad de los servicios hospitalarios
- 3 La negativa de facilitar la historia clínica

MEDIDAS PARA MEJOR LA ATENCIÓN SANITARIA AL COLECTIVO INMIGRANTE

- 1 Incorporar Mediadores Interculturales como parte del equipo profesional de atención para facilitar la comunicación y evitar conflictos culturales.
- 2 Mas sensibilización de los profesionales sobre inmigración e interculturalidad.
- 3 Crear vías para que los propios inmigrantes puedan expresar los problemas que encuentran en el sistema sanitario.
- 4 Ofrecer informaciones mucho más amplias sobre el procedimiento de atención, funcionamiento del sistema sanitario y los derechos de los inmigrantes.
- 5 Poner medidas de atención para evitar discriminación y desigualdad en la atención.
- 6 Campañas de sensibilización sobre las enfermedades y su prevención en diferentes idiomas.
- 7 Hacer estudios sobre los colectivos inmigrantes y las situaciones que afecta su salud
- 8 Problemas de salud común en sus países de origen
- 9 Situaciones que se viven
- 10 El tipo de trabajo que hacen y cómo afecta a su salud
- 11 Poner medidas para dar la confianza a los inmigrantes.

FASES DE LA MEDIACIÓN



En todas las fases deben darse los siguientes requisitos

- Clima de confianza
- Clima de protección y seguridad
- Respeto de las partes
- Reconocimiento de la interdependencia
- Conciencia del momento en que el/la mediador/a se encuentra



FORMA DE INTERVENCIÓN

- El contacto / acogida

El objetivo es establecer una relación de trabajo de calidad

Mediador Intercultural	Inmigrante	Profesional
Presentación <ul style="list-style-type: none"> • El mediador explica su rol y su función con claridad Adecuación del entorno <ul style="list-style-type: none"> - Tranquilidad del entorno- tranquilidad de las dos partes - El mediador elige su lugar físico de en el encuentro 	La sintonía entre las partes <ul style="list-style-type: none"> • Se saludan (mediador-inmigrante) • Hablan el mismo registro lingüístico • Sincronización corporal y de voz • Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> • Se saludan (mediador-profesional) • Clima de entendimiento • Canalización de esquema de referencia del profesional • Relación de igualdad. (profesional - profesional) • Feedback
Acuerdo inicial	<ul style="list-style-type: none"> • se fijan los pasos, tareas a seguir y los tiempos 	<ul style="list-style-type: none"> • se fijan los pasos, tareas a seguir y los tiempos
Despedida	<ul style="list-style-type: none"> • fijar el próximo encuentro 	<ul style="list-style-type: none"> • fijar el próximo encuentro

ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Fase	Criterios	Indicadores
Diagnóstico de la necesidad de mediación (de la relación, comunicación)	<ol style="list-style-type: none"> 1 recogida de información de las dos partes 2 definición de la situación y de los actores 3 realización del diagnóstico 	<ol style="list-style-type: none"> 1 información de las dos partes 2 datos personales 3 datos recogidos de manera sistemática (fichas) 4 identifica dificultades y obstáculos en la comunicación <ul style="list-style-type: none"> • barreras lingüísticas. comunicación verbal/paraverbal • prejuicios, estereotipo, distancia, desconocimiento mutuo. • Desconocimiento mutuo de los códigos • Desconfianza, desinterés. Contradicciones 5 identifica capacidades y posibilidades para la relación <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de información • Objetivo explícitos e implícitos 6 amplia información necesaria 7 identifica el marco del servicio



ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN (continuación)

Fase	Criterios	Indicadores
Elaboración del objetivo	<ul style="list-style-type: none"> definición de la aportación al usuario definición de la aportación al profesional reconocimiento de límites de la acción mediadora enmarque del objetivo en el triángulo de la mediación 	<ol style="list-style-type: none"> confluencia entre demanda, necesidad y aportación busca orientación y asesoramiento se respetan los límites de la mediación se ajusta a las funciones del mediador/a el objetivo es viable, realizable, sostenible y evaluable
Elección de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> Previsión del futuro Planificación de recursos Planificación espacio-temporal por fases 	<ol style="list-style-type: none"> define posibles escenarios prever posibles soluciones y acuerdos define puntos fuertes y oportunidades, riesgos y debilidades de la estrategia se tiene en cuenta red natural de recursos se tiene en cuenta actores directos/indirectos se coordina con el /la profesional priorización de acciones estrategia flexible, abierta a reformulaciones busca otras visiones entre su equipo identifica herramientas y recursos necesarios grado de satisfacción de las partes con la estrategia estrategia flexible, abierta a reformas

INTERVENCIÓN

en la mediación intercultural es la actuación para acercar a dos partes y ayudarles a encontrar un marco/código común para el diálogo o para la resolución de conflictos y/o cooperación.

Su objetivo es llegar a un acuerdo común de colaboración, en el que las dos partes se sienten actores y reconocidos

Fase	Criterios	Indicadores
Preámbulo "protección"	Facilitar el consenso sobre <ul style="list-style-type: none"> • Reglas del juego • Papel-rol del /la mediador/a • El proceso • Objetivo de la reunión 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la comprensión de los contenidos • Manifestación explícita y congruente de la aceptación de las partes
Aclarar la situación y los hechos "seguridad" "respeto de las partes"	Descripción compartida de la situación	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que las partes comprenden la descripción de los hechos • Manifestación explícita y congruente de la aceptación de la descripción compartida de los hechos
Cómo las dos partes viven los hechos "clima de confianza"	Aceptación de la realidad subjetiva	<ul style="list-style-type: none"> • Las partes manifiestan lo que piensan, sienten • Forma de actuar frente a los hechos • Observación corporal y preguntas directas • Traducción lingüística - cultural • Se traducen los códigos de referencia
cuales son las expectativas y su sentido para cada parte	comprensión mutua de las expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • facilita que las partes manifiesten sus expectativas y el sentido de las mismas, lo que significa para cada uno y su importancia • facilita y permite el intercambio para conocer mejor la posición del otro
cuál es el marco común donde nos encontramos "reconocimiento de la interdependencia"	construcción de un marco común	<ul style="list-style-type: none"> • facilita la colaboración en la búsqueda de un marco común de expectativas • cambio verbal, cambia del yo al nos, del presente al futuro • empiezan a aparecer alternativa y propuestas
qué alternativas hay, cómo las vamos a desarrollar "reconocimiento de la interdependencia"	construcción de un proyecto compartido	<ul style="list-style-type: none"> • se toman decisiones • se toman responsabilidades • reparto de tareas • nuevas reglas de funcionamiento
cierre	cierre	<ul style="list-style-type: none"> • acuerdos

CONCLUSIONES

- a) Existe un desconocimiento importante de las posibilidades y beneficios de la mediación intercultural entre los profesionales sanitarios. Se hace necesaria una labor de información general y de formación básica en mediación intercultural para aquellos profesionales que están en contacto habitualmente con inmigrantes.
- b) El convenio de atención sanitaria a inmigrantes sólo contempla en estos momentos la traducción lingüística, no hay medidas que ayuden a lograr la traducción y comprensión de costumbres, valores, roles, etc. de la otra cultura. La traducción lingüística puede ser de utilidad para intervenciones puntuales, pero no para interpretar otras muchas situaciones. Es necesario potenciar la mediación intercultural como estrategia a largo plazo.
- c) Es necesario el reconocimiento y la legitimidad de la mediación intercultural y que tenga su espacio y lugar en el sistema sanitario. La labor del mediador intercultural no puede ser percibida como algo ajeno al sistema y como una interferencia para su desarrollo normal. Esto no supone que se demande un mediador para cada centro de salud y para cada hospital; la respuesta a dar estará en función de las necesidades detectadas en cada zona.
- d) Se reivindica la figura del mediador intercultural, más allá del mero traductor, en el sistema sanitario, integrados y participando de los equipos de trabajo multidisciplinares. Se puso como ejemplo la figura del trabajador social, cuya introducción fue paulatina, también con ciertas reticencias, y que ya está consolidada en el sistema sanitario.

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

II Jornada de Coordinación y Seguimiento

CONCLUSIONES

TALLER 2

Mejora de la Accesibilidad al Sistema Sanitario Público Andaluz





PRESENTACIÓN

Este Taller fue dirigido por *CRISTINA TORRÓ GARCÍA-MORATO* jefa de Servicio de Proyectos y Desarrollo del Servicio Andaluz de Salud y contó además con la participación de:

ANTONIO SALCEDA DE ALBA y *LUIS TORRECILLAS ROJAS* del Hospital Punta Europa. Algeciras -Cádiz-

CARMEN ZAMORA FUENTES, Responsable del Convenio de Salud para Inmigrantes de Médicos del Mundo Andalucía

MARCELO LORENZO y *JOSÉ LUIS MARTÍNEZ* Técnicos de Salud de la Delegación Provincial de Salud de Málaga

Se trataba de debatir sobre los siguientes temas relacionados:

¿Tienen problemas los inmigrantes para acceder al SSPA? Barreras Administrativas, lingüísticas, culturales, de género, de horario, de movilidad geográfica, de ausencia de apoyo social, de información sobre el SSPA, económicas, a través de otros sectores, etc ¿Qué estrategias se están utilizando para disminuir estas barreras? Formación de los profesionales, sensibilidad del SSPA. Papel de cada cual en la disminución de barreras: entidades colaboradoras, mediadores, profesionales del SSPA, Servicios de Información a Usuarios, trabajadores sociales en Salud, redes formales e informales.

Luis Torrecillas Rojas

EL HOSPITAL PUNTA EUROPA AMIGO DE LOS INMIGRANTES

Nuestra Área Sanitaria está situada al Sur de Europa a 18 Km. de África, atiende a una población de 234000 habitantes, en ella tenemos dos hospitales, diez centros de salud veinte consultorios. En nuestros Hospitales atendemos a más de 120000 urgencias al año. Dos millones de magrebíes visitan nuestra comarca cada año. Nuestros centros atienden a numerosos inmigrantes sin requisitos legales.

Durante el 2002 en nuestros centros se ingresaron a 150 inmigrantes, se atendieron 356 Urgencias Hospitalarias. En Atención Primaria atendimos casi 1000 pacientes en distintos puntos de urgencias. 38 mujeres parieron en el Hospital Punta de Europa y en el dispositivo sanitario de la OPE atendimos a 1846 personas en tránsito hacia África.

Nuestros centros participan de forma activa en el Plan Integral para la Inmigración de Andalucía. En este sentido usamos y entregamos la documentación existente en materia de atención sanitaria a inmigrantes:

- Carpeta de Salud del Inmigrante
- Consejos sobre vacunación
- Puntos informativos y de interés
- Vocabulario de uso frecuente
- Información para la mujer inmigrante.

Desde el Hospital se han venido tomando iniciativas que entendemos contribuyen a mejorar la accesibilidad de los inmigrantes al Sistema Sanitario. En este sentido se ha elaborado diversos documentos como el Consentimiento Informado multilingüe, documento, de uso común, y traducido al árabe, al francés y al inglés. También se dispone de la carta de derechos y deberes de los ciudadanos traducida a los mismos idiomas. Desde el pasado año se introduce en el diseño anual de formación continua; cursos que ayuden a minimizar la barrera que supone la dificultad del idioma. En este sentido se han organizado cursos para los profesionales diana (



Urgencias, Partos, Pediatría, Obstetricia y Ginecología...): Un curso de acercamiento al paciente magrebi, que lo recibieron 60 personas y otro curso de inglés asistencial.

Desde Noviembre de año pasado participamos en el proyecto Europeo **Migrant-Friendly Hospitals** : Podemos traducirlo como Hospital Amigo de los Inmigrantes, también podemos traducirlo como Hospital accesible a los inmigrantes.

¿QUÉ ES EL PROYECTO "HOSPITAL AMIGO DE LOS INMIGRANTES"?

Es una iniciativa europea para promover la salud y la educación para la salud en inmigrantes y minoría étnicas.

Los Objetivos Generales del Proyecto, son identificar, desarrollar y evaluar modelos de buena practica para hospitales de países miembros de la Unión Europea. Se trata de promover la salud. De promover conocimientos y habilidades relacionadas con la salud de los inmigrantes, mediante medidas que impliquen a los participantes del proyecto y a los propios inmigrantes. En definitiva, se trata de mejorar los servicios del hospital para este grupo de pacientes.

En el área sanitaria trabajamos en este proyecto un grupo de personas que pertenecemos a distintos sectores del Hospital o de atención primaria. Esto es: Servicio de urgencias, Unidad de partos, Servicio de Atención al Usuario, Trabajadores sociales, jefe de bloque de calidad, Profesionales de atención Primaria: Director de Centro de Salud de Tarifa y coordinadora de enfermería de atención primaria. Por supuesto se hace necesario al implicación de la Dirección del Área Sanitaria. En el grupo director del proyecto, participan y colaboran, miembros de Algeciras Acoge.

Para conseguir los objetivos planteados en el proyecto, se ha creado una red de hospitales piloto, todos involucrados en un proyecto de referencia europea y que al final del mismo hayan podido transformarse en "Hospitales Amigos de los Inmigrantes".

Los Hospitales piloto, asesorados por expertos de la Unión europea, fundamentalmente del Instituto Ludwig-Boltzman de la Universidad de Austria, se inician en un proceso general de desarrollo organizativo en el hospital que pueda hacerlo mas capaz y accesible al inmigrante. Además del proceso organizativo general, cada hospital participante debe implementar uno, dos o tres modelos reales dirigidos a aspectos específicos de las necesidades de cuidados de la salud de los inmigrantes. El proyecto de cada hospital se evaluará en un proceso de Benchmarking a nivel europeo. Del proyecto surgirán "recomendaciones de la Unión Europea" para la atención de inmigrantes en los hospitales de los países miembros de la Unión. Se difundirán los resultados por toda Europa.

¿qué beneficios se esperan del Proyecto?

1. Para los pacientes y otros usuarios:

- Mejora en las condiciones de los cuidados:
 - Diversidad en la comida
 - Servicios Multiconfesionales
 - Apoyo familiar culturalmente adecuado

- Mejora en la comunicación con el Hospital
- Mejora de la calidad de vida durante el ingreso hospitalario.
- Mas familiaridad en el acceso a los servicios de salud, incluyendo la rehabilitación.

2. Para el personal:

- Reducción de las cargas de trabajo mediante la reducción del conflicto
- Reducción de obstáculos a un servicio eficaz.
- Desarrollo de la profesión.
- Mejora de la comunicación con el paciente inmigrante.

3. Para el Hospital

- Mejora en aspectos de calidad orientados al paciente.
- Reducción de conflictos en la provisión de cuidados para inmigrantes y minorías étnicas
- Contar con asesoría de expertos en investigación cualitativa de problemas y disponer de herramientas de gestión importantes.
- Intercambiar experiencias con 13 hospitales europeos
- Desarrollo del Hospital dentro del marco de la Unión Europea.

Durante dos meses, cada grupo de trabajo de cada uno de los trece hospitales participantes, han desarrollado un análisis de situación y se han identificado distintas áreas problemáticas, con sus síntomas, posibles causas y distintas propuestas de intervención:

SÍNTOMAS	CAUSAS	INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Accesibilidad • Uso inadecuado de servicio • Visitas familiares • Adecuación del menú • Cubrir necesidades religiosas/espirituales • Desigualdades • No aceptación de personal inmigrante 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias culturales • Escasa cultura de salud • Situación legal/normas de servicio • Actitudes negativas/ prejuicios entre el personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación al personal • Servicios de intérprete • Información al paciente • Estructuras para la salud del inmigrante • asistencia/captación • Documentación e investigación

Esto es a nivel general en los trece países europeos. En los trece países las cinco áreas mas problemáticas, que dificultan el acceso de los inmigrantes a los hospitales son: Problemas de comunicación identificadas en los 13 países, problemas relacionados con las diferencias culturales, carencias de estructuras de salud para el inmigrante, falta de documentación específica y de investigación y falta adecuada de información al paciente inmigrante.

Para conocer que es lo que demanda la población inmigrante y evaluar las necesidades, durante el mes de Marzo, hemos trabajado con inmigrantes que han usado nuestros servicios tanto en Atención Primaria como en el Hospital Punta de Europa.



A nivel hospitalario se realizaron 8 entrevistas en profundidad a personas inmigrantes que fueron ingresados en el centro. Ocho pacientes de diferentes sexos, diferentes grupos étnicos (magrebíes y subsaharianos fundamentalmente) y de diferente status legal y grado de asentamiento.

A nivel de Atención Primaria, se realizaron 50 entrevistas cortas tras el alta hospitalaria, también de diferentes sexos y de diferentes grupos étnicos: magrebíes subsaharianos, sudamericanos, Este de Europa).

También se han realizado entrevistas individuales y grupales a un total de 37 profesionales de distintas categorías profesionales, fundamentalmente médicos, enfermeras, matronas y auxiliares de enfermería, correspondiente a 6 servicios: Partos, Maternidad, Urgencias, Pediatría, Unidad de Infecciosos y Cirugía.

LOS DIEZ ASUNTOS MAS CITADOS POR LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL FUERON:

Problemas/mejoras identificadas por los pacientes (Orden decreciente)

- Diferencias del Idioma
- Diferencias Culturales
- Problemas relacionados con la alimentación adecuada (según cultura, religión...)
- Normativa antitabaco
- Asesoría legal/Burocrática: Dificultad de trámites...
- Control de Visitas: Demasiadas visitas
- Información culturalmente comprensible
- Tiempos de espera en urgencias. Excesivo
- Servicio religioso específico. Lo solicitan como mejoras
- Coordinación de organismos intra/extra hospital.

LOS DIEZ ASUNTOS QUE MAS LE PREOCUPAN, O QUE SON MÁS CITADOS POR EL PERSONAL ENTREVISTADO DEL HOSPITAL SON:

- Problemas con las diferencias del idioma
- Los problemas que origina las diferencias culturales
- Coordinación de organismos intra/extrahospital
- Desconexión social del inmigrante
- La no disponibilidad de los antecedentes clínicos del paciente
- La presencia de inhibición del paciente inmigrante
- Problemas de identificación eficaz del paciente
- Las dietas relacionadas con su cultura, religión
- Problemas con la lencería tras el alta
- Asesoría legal/Burocrática.

LOS ASUNTOS MAS CITADOS POR LOS PACIENTES INMIGRANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA, SON:

Información culturalmente comprensible

Tiempos de espera para las citas

Integración en los servicios de salud

Más medios para la atención sanitaria

Masificación de las consultas

Trato del personal

LOS ASUNTOS MAS CITADOS POR LOS PROFESIONALES DE A. PRIMARIA SON

Coordinación de organismos intra/extrahospital

Problemas derivados de la diferencia del idioma

La necesidad de integrar todos los servicios de salud

Necesidad de Intervención de personal voluntariado

Resaltan el miedo o inhibición activa que tienen los inmigrantes.

Posteriormente a este análisis, se establecerán líneas de trabajo en nuestra Área de Gestión Sanitaria que pueden ir planteadas de la siguiente forma:

Comunicación – Servicios de intérprete en el hospital

- 1 Fomentar los servicios de intérprete en el hospital:
 - Servicios de intérprete disponible para el hospital
 - Servicios de intérprete telefónico
 - Cooperación con servicios de intérprete externos
- 2 Fomentar las habilidades lingüísticas o culturales del personal propio con trasfondo de migración o diversidad cultural.

Información

- 1 Potenciar la información traducida a lenguas –inmigrantes- más comunes.
- 2 Potenciar la información al paciente preparada en forma adecuada (culturalmente específica, pictogramas, grabaciones)
- 3 Potenciar los sistemas de orientación visual accesibles al Inmigrante en el hospital (pictogramas, señalizaciones...etc)

Accesibilidad, pre-ingreso e ingreso en el hospital

- 1 Potenciar programas de mejora de accesibilidad y aseguramiento de uso adecuado de los servicios por los inmigrantes y resto de usuarios
- 2 Información hospitalaria para posibles pacientes accesible desde lugares públicos para personas con trasfondo de inmigración / minorías étnicas (centros de reunión, mezquitas)



- 3 Potenciar la información de procedimientos escritos para la recepción de pacientes inmigrantes
- 4 Potenciar los procedimientos escritos para la admisión de pacientes inmigrantes
- 5 Potenciar los procedimientos escritos para anamnesis de pacientes inmigrantes.

Durante la estancia hospitalaria:

- 1 Implantar procedimientos escritos sobre hostelería para pacientes inmigrantes
- 2 Avanzar en la disponibilidad de menús adaptados a la cultura y/o religión
- 3 Establecer servicios adecuados para practicar las creencias religiosas propias en el hospital
- 4 Potenciar o facilitar la provisión de cuidados espirituales para las distintas religiones.
- 5 Potenciar los procedimientos escritos para el cuidado de pacientes fallecidos y sus familias de acuerdo a sus diferentes costumbres religiosas y culturales

Tratamiento medico/enfermero

- 1 Potenciar la provisión de la posibilidad de ser atendidos por personal médico/enfermera del mismo sexo (si así lo desean)
- 2 Potenciar protocolos de servicios para problemas de salud específicos del inmigrante
- 3 Potenciar el consentimiento informado en una lengua que lo entiendan
- 4 Implantar medidas para asegurar que los pacientes puedan leer/entender sus registros para saber sobre su propia evolución

Alta

- 1 Potenciar la provisión de información sobre tratamiento y cuidados tras el alta en lenguaje y formato apropiados.
- 2 Implantar procedimientos escritos para el traslado de pacientes inmigrantes a otras instituciones de salud/servicios sociales.

Otras medidas generales y de interés:

- 1 Consolidar una comisión multidisciplinar sobre limitaciones en el acceso y problemas de salud de los inmigrantes.
- 2 Seguir fomentando la formación y preparación del personal:
 - a. Comunicación lingüística + habilidades sociales.
 - b. Problemas de salud prevalentes entre los inmigrantes y minoría étnicas.
 - c. Medicina de la migración.
 - d. Traumas del refugiado.
 - e. Psiquiatría transcultural.
 - f. Trabajando con intérpretes.
 - g. Manejo de la diversidad.
- 3 Monitorizar, para mejorar, los perfiles de los pacientes inmigrantes

Carmen Zamora

Responsable del Convenio de Salud para Inmigrantes
de Médicos del Mundo Andalucía

PROBLEMAS DE ACCESO DE LOS INMIGRANTES AL SERVICIO SANITARIO

MÉDICOS DEL MUNDO - ANDALUCÍA	
SEVILLA Módulo Pto. Control de Inmigrantes 46.001 - Sevilla Tfno: 954 30 02 00/06 Fax: 954 30 01 00 E-mail: sevilla@medicosdelmundo.org	MÁLAGA C/ Cruz Verde, 18 29.013 - Málaga Tfno: 952 25 23 37 Fax: 952 25 23 31 E-mail: malaga@medicosdelmundo.org

**MEJORA DE LA
ACCESIBILIDAD AL
SISTEMA SANITARIO
PÚBLICO ANDALUZ**



Hay que reconocer que las relaciones con los inmigrantes no son siempre fáciles, y que en todo caso suelen ser más complejas que las relaciones con el resto de los usuarios



NO ES:

- Por la maldad intrínseca de ese colectivo.

SÍ ES:

- Por el desconocimiento de su cultura.
- De sus costumbres.
- De sus formas habituales de socialización.
- Las distancias que ponemos con las personas más pobres.

Cuando se juntan el desconocimiento, el recelo, la distancia, el exceso de precaución; lo fácil es que surja el miedo y una actitud defensiva.



Es importante que se pierda el miedo a afrontar la realidad de esa incomunicación.

No estamos hablando de un problema de ellos, sino de un problema compartido, de mala e insuficiente comunicación entre dos mundos, dos culturas...



Ninguno de ellos es mejor o peor que el otro, simplemente son diferentes, utilizamos algunos códigos de forma diferenciada que desconocemos en lo más básico.



Dependerá de:

El grado de tolerancia y la comprensión de saberse "en un lado o en otro"

El tener cubiertas necesidades básicas: comida, vivienda.. (trabajo)

El tiempo necesario para conocer la cultura y las costumbres del país de acogida.



PROBLEMAS EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTES A LOS SERVICIOS SANITARIOS



Desconocimiento de la red sanitaria: no disponen de información relativa a los servicios sanitarios e interpretan algunos hechos como rechazo o falta de atención.

Diferencias etnoculturales: como viven su experiencia de salud o enfermedad. Sus expectativas son diferentes a las nuestras.

Generalmente obtienen la información en ONGs o mediante otros compañeros.



Los problemas de comunicación con los inmigrantes tienen que ver con:

- **Asimilación**
- **Exclusión**
- **Integración**



DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

La zona de origen. (prejuicios).

Tiempo de dedicación.

Edad y tiempo de residencia del usuario.

Concepto de "educación" (experiencia vivida)

Grado de información que manejamos.

La "vergüenza", miedo a preguntar.

Manejo del idioma.

Interés por preguntar del "lugarero"



Situación de **clandestinidad**, que hace que acudan con miedo y sólo en caso de extrema necesidad.

Desconocimiento de la burocracia sanitaria.

Problemas de **relación** médico-paciente.

Problemas de **comunicación** lingüística.



DIFICULTADES Y ALTERNATIVAS

IDIOMA

Documentos en los idiomas más comunes

Listado de direcciones útiles

Traductores y mediadores sociales

Contar con material escrito para dichos temas.

Contar con tiempo suficiente para explicar el porqué de las diversas actuaciones.

TRAMITES



DIFICULTADES Y ALTERNATIVAS

EXPRESIONES DISTINTAS

Adaptación y comprensión de los diferente usos y giros lingüísticos.

Acostumbramos a pedir que lo deletreen o lo escriban para su perfecto orden y escritura.

NOMBRES APELLIDOS



DIFICULTADES Y ALTERNATIVAS

DOCUMENTOS

Tratar con las diferentes Organizaciones firmantes del convenio que faciliten el acceso de los usuarios con información previa

Ser capaces de prever que se trata de un período de adaptación.
Solicitar más recursos humanos y materiales

TIEMPO



LA COMUNICACIÓN TIENE UN FIN

- Informar** (*transmitir ideas*)
- Expresar** (*describir sentimientos*)
- Persuadir** (*y/o el razonamiento*)

"Proceso mediante el cual una idea, sentimiento o razonamiento de un sujeto es percibido y asimilado por otro."



UNA COSA ES LO QUE SE QUIERE DECIR Y OTRA :

- **Lo que se sabe decir** (lenguaje)
- **Lo que se dice** (planificación)
- **Lo que se oye** (exceso de ruidos)
- **Lo que se escucha** (falta de atención)
- **Lo que se comprende** (argot, siglas..)
- **Lo que se acepta** (prejuicios)
- **Lo que se retiene**
- **Lo que se pone en práctica**

CONCLUSIONES

Las barreras identificadas pueden agruparse en:

- administrativas y burocráticas
- lingüísticas
- etnoculturales
- de rechazo pasivo

Para cada una de ellas se están poniendo en marcha alternativas para acercar la atención sanitaria a la población inmigrante.

Se valora el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria como una de las mejores ganancias obtenidas con el convenio. Es una herramienta básica para garantizar el derecho a la atención sanitaria. Pero hay tremendas diferencias en su aplicación. Por alguna intervención en el taller se observa que, en cada provincia y/o distrito, se llevan a cabo las cosas de diferente manera, y con interpretaciones muy diversas. Parece necesario tener un espacio al interior del sistema sanitario para intercambiar experiencias y formas de llevar a la práctica el convenio, aunando criterios que luego se trasladen a instrucciones homogéneas para toda la organización.

Destacan las aportaciones en el sentido de que normalizar las estrategias de riesgo en el trabajo cotidiano ayudaría a aportar la atención necesaria, también a los inmigrantes. Se observan dificultades similares para las personas autóctonas, en cuanto salen de un entorno habitual muy cerrado (zonas alejadas muy rurales), se encuentran en situación de marginalidad (receptoras por tanto del rechazo pasivo de la organización), tienen diferentes códigos de comunicación (personas sordas p.ej.) o se encuentran en situaciones de movilidad o aglomeración temporera.

En este sentido, valoran los asistentes que la incorporación natural de esta forma de trabajar y la formación/información a los profesionales orientada de este modo disminuiría el rechazo pasivo por el hecho de diferente procedencia de la población. Los equipos de atención primaria conocen (o deben conocer) a la población que tienen adscrita y deben saber cómo intervenir en cada caso.

Con vistas al año que viene, insistir sobre las situaciones de riesgo que se observan en esta población y las formas específicas de abordaje (prácticas de prostitución, situaciones de hacinamiento, condiciones precarias en el empleo, movilidad geográfica, ...). Y un comentario para evitar convertir en tópico el hecho de que los inmigrantes vienen a trabajar: se está produciendo un importante traslado y sustitución de la mendicidad.

También hubo participaciones en relación al papel de las ONGs en trabajar los aspectos relacionados con las necesidades básicas de estas personas, incluida la captación para atención sanitaria, pero no sólo.

En cuanto a las alternativas propuestas o que ya se están trabajando destacan, agrupados por barreras a las que responden:

Idioma:

- formación de los profesionales
- traductores
- mediadores socioculturales
- documentos traducidos

Trámites:

- Tiempo suficiente
- Material escrito
- Homogeneidad
- Ojo a que el circuito se pervierta y dificulte aún más la accesibilidad (si un inmigrante ya está en el centro de salud no hay que volver a enviarlo a una ONG, el contacto se hará directamente desde el centro)

Expresiones distintas:

- Tiempo suficiente
- Mediadores socioculturales

Identificación adecuada

- Numeración unívoca
- Cuidado con la escritura o deletreo, muchas culturas son ágrafas

Partiendo de una buena valoración del SSPA se destacan los aspectos a mejorar, las estrategias básicas a asegurar:

- Unificar las instrucciones sobre cobertura, escuchando la realidad de los distintos centros.
- Información clara disponible en todos los centros sobre trámites y procedimientos, por escrito y en varios idiomas.
- Simplificar los circuitos y evitar duplicidades entre los servicios sanitarios y las ONGs.
- Formación de los profesionales y elementos motivadores para que puedan desarrollar sus recursos personales de relación y empatía. Son habilidades que debieran adquirir los profesionales para todos sus usuarios.



- Capacitación de los usuarios para que puedan hacer frente a su situación respecto a la salud. Aquí el papel de las ONGs se considera fundamental.
- Organizar un servicio de intérpretes facilitados por las ONGs
- Ampliar y mejorar la dotación de mediadores socioculturales, acercándolos al sistema sanitario, pero sin incorporarlos a los equipos sanitarios.
- Ampliar la disponibilidad de tiempo de atención a estas personas para facilitar la escucha y, en su caso, poder incorporar la figura del mediador en todos los momentos del proceso.
- Implantación de las estrategias de riesgo como método habitual de trabajo en los centros de salud.
- Facilitar la captación activa desde los servicios de urgencias, puesto que son los más utilizados. Esto requiere formación de los profesionales de los DCCU y, probablemente, modificación de los métodos y los instrumentos de trabajo (entre ellos, BDU). No podemos decir que los usuarios no llegan ¿o es que los servicios de urgencias no son parte y puerta de nuestro sistema?
- Utilizar la historia clínica informatizada para la generación del informe portátil para evitar incrementos de trabajo burocrático.
- Problemas básicos a solucionar: ropa para la salida del hospital cuando llegan en pateras y no quedan ingresados.

Apunte final importante: la necesaria coordinación y normatización de las relaciones entre protección civil, fuerzas de seguridad, instituciones penitenciarias, cruz roja y nuestros servicios sanitarios, por cuanto a veces queda dificultado el acceso a la necesaria asistencia sanitaria según quién esté a cargo del inmigrante.

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES
II Jornada de Coordinación y Seguimiento
CONCLUSIONES

TALLER 3

Proceso de Atención Sanitaria a Inmigrantes





PRESENTACIÓN

Este Taller fue dirigido por *JOSÉ VÁZQUEZ VILLEGAS*, Coordinador del Grupo de Atención Sanitaria a Inmigrantes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, y contó además con la participación de:

PILAR BARAZA Y NIEVES LAFUENTE Expertas de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

NABYL SAYED-AHMAD Experto del Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría

Se trataba de debatir sobre los siguientes temas relacionados:

Entrevista clínica, conceptos culturales de salud / enfermedad, problema de lenguaje, diferencias de género, adaptación de información clínica para el inmigrante, intimidad y acompañamientos, clasificación de enfermedades, instrumentos para la continuidad asistencial, para la adhesión a tratamientos, acompañamiento al alta, educación para la salud, carpeta de salud e historia clínica portátil, informe portátil, recursos y apoyos no sanitarios para la atención sanitaria: colaboración intersectorial, papel de los Agentes Comunitarios de Salud, formación capacitante, formación de los profesionales.

José Vázquez Villegas

Coordinador del Grupo de Atención Sanitaria a Inmigrantes
de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

CONVENIO DE ATENCIÓN SANITARIA A
INMIGRANTES
II JORNADAS DE COORDINACIÓN Y
SEGUIMIENTO

TALLER PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA AL INMIGRANTE

Dr. José Vázquez Villegas

DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA

TALLER PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA AL
INMIGRANTE



IMPACTO DE LA INMIGRACION
EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA

IMPACTO DE LA INMIGRACION EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA (I)

Aumento de la demanda
Dificultades para delimitar el motivo de consulta
Entrevista clínica más prolongada
Frustración ante la difícil resolución de problemas generados por situaciones sociales
Incertidumbre sobre el cumplimiento y/o adhesión al tratamiento

DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA

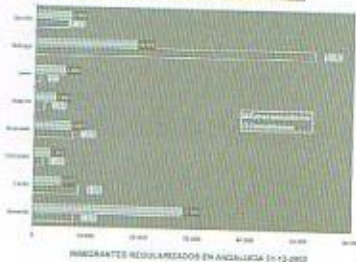
IMPACTO DE LA INMIGRACION EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA (II)

Patologías poco habituales para el profesional
Alta prevalencia de patología psicósomática
Dificultades para actividades preventivas y de promoción de la salud
Inmigrantes saltamontes/golondrina
Situaciones culturales especiales

DISTRITO PONIENTE DE ALMERÍA



AUMENTO DE LA DEMANDA



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

DIFICULTADES PARA DELIMITAR EL MOTIVO DE CONSULTA

Idioma
Concepto salud/enfermedad
Interpretación de los síntomas

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

FRUSTRACIÓN POR PROBLEMAS DEBIDOS A SITUACIONES SOCIALES

ONGs
SINDICATOS
OTRAS INSTITUCIONES
AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

INCERTIDUMBRE SOBRE EL CUMPLIMIENTO Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Dificultades económicas
Religión
Concepto salud/enfermedad

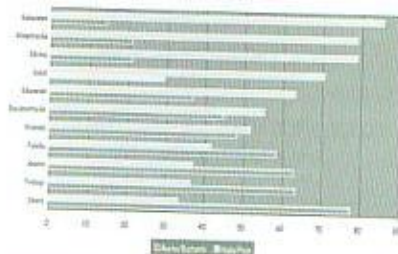
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

PATOLOGÍA POCO HABITUAL PARA EL PROFESIONAL



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

PROBLEMAS PERCIBIDOS



SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

SITUACIONES CULTURALES ESPECIALES

Relaciones de género
Embarazo
Alimentación

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD

Nabil Sayed-Ahmad

Experto del Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES

LA INMIGRACIÓN

DIFICULTADES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

DIFICULTADES

- Diagnóstico.
- Tratamiento y Cuidados:
 - Tipos.
 - Adherencia.
 - Continuidad.
- Pronóstico.
- Comprensión.

DIFICULTADES

- El Idioma.
- El Sistema de Valores.
- La Red de Apoyo Socio-Familiar.
- La Competencia Cultural.
- El Contexto.
- Rechazo, Xenofobia y Racismo.
- Actitudes Compasivas e Hiperprotectoras.

LA INMIGRACIÓN

DIFICULTADES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL



DIFICULTADES

El Sistema de Valores.-

- El desconocimiento mutuo produce:
 - Dificultades en la comunicación.
 - Dificultades en el conocimiento del Sistema Perceptivo-Reactivo, y por tanto del proceso psicopatológico y terapéutico.
 - Problemas en la prescripción de tratamiento y su aceptación.
 - Problemas en la comprensión y aceptación de las interpretaciones de la enfermedad.

DIFICULTADES

La Red de Apoyo Socio-Familiar.-

- Su ausencia dificulta:
 - La acomodación y adaptación.
 - El conocimiento y aceptación mutuos.
 - El aprendizaje del idioma y del sistema de valores.
 - La aplicación de la faceta social del tratamiento

DIFICULTADES

El Contexto.-

- Se trata del encuadre socio-cultural sincrónico y diacrónico.
- Es totalmente imprescindible para la comprensión e interpretación del comportamiento humano.

DIFICULTADES

Rechazo, Xenofobia y Racismo.-

- Dificultan:
 - La adaptación.
 - La relación terapéutica.
 - Las actividades lúdicas.
- Producen:
 - Miedo e inseguridad.
 - Ocultamiento y aislamiento en Guetos.
 - Gran movilidad.

DIFICULTADES

La Red de Apoyo Socio-Familiar.-

- Es necesaria tanto para la acomodación y adaptación del inmigrante como para el tratamiento y cuidados.

DIFICULTADES

La Red de Apoyo Socio-Familiar.-

- Su ausencia produce:
 - Importantes riesgos añadidos a la patología:
 - Suicidio.
 - Hostilidad.
 - Agresión.
 - Consumo de tóxicos.
 - Marginalidad.

DIFICULTADES

El Contexto.-

- Su conocimiento es necesario para:
 - El diagnóstico
 - La elaboración de un plan terapéutico eficaz y eficiente.
 - La comprensión e interpretación de los síntomas.

DIFICULTADES

Actitudes Compasivas e Hiperprotectoras.-

- Dificultan el crecimiento y maduración.
- Dificultan el desarrollo de la capacidad de adaptación y búsqueda de soluciones.
- Induce a la comodidad y a proyectar la responsabilidad en los otros.
- Acomoda a que las soluciones tienen que venir de fuera, del Otro.

DIFICULTADES

La Competencia Cultural:

- Es muy importante el fomento, entre el personal sanitario, del conocimiento de los aspectos antropológicos y culturales de las enfermedades.

SOLUCIONES

- Facilitar
 - El acceso a los servicios sanitarios.
 - El aprendizaje del idioma.
 - La adaptación.
 - La agrupación familiar.
 - El acceso a la vivienda digna y saludable.
 - documentación traducida a *varios idiomas*.

SOLUCIONES

- La firma de convenios de "traslado sanitario", entre países y/o con Cruz Roja Internacional, con todos los permisos sanitarios
 - Para pacientes con alto riesgo para su salud e integridad, debido a su propia patología y al ambiente hostil y no controlado en el que vive.
 - Con acompañamiento de personal sanitario.
 - Entre centros sanitarios.
 - Con criterios claramente de salud, tratamiento y cuidados.

DOCUMENTOS TRADUCIDOS

- Tarjeta de tratamiento.
 - Árabe.
 - Inglés.
 - Francés.
- Hoja informativa.
 - Árabe.
 - Inglés.
 - Francés.

DIFICULTADES

- La falta de competencia:
 - A menudo impide distinguir entre las manifestaciones culturales y determinadas patologías.
 - Provoca diagnósticos y planes de cuidados erróneos.
 - Dificulta la identificación de las enfermedades vinculadas a la cultura.

SOLUCIONES

- La disponibilidad de mediadores culturales.
- La disponibilidad de traductores.
- Red de Apoyo Socio-Familiar.
- El cumplimiento por parte de la sociedad y sobre todo las instituciones con su papel de *acomodador*.

SOLUCIONES

- Mejorar la competencia cultural de los profesionales.
- Fomentar la *aceptación y el respeto a la diferencia*.

SÍNDROMES CULTURALES

- Ufufyane.
- Ataque de nervios.
- *Ataque del maligena*.
 - Vudú.
 - Amok.



SÍNDROMES CULTURALES

Ufuryane:

Se manifiesta por sollozos, gritos, pérdida de conocimiento y convulsiones... es frecuente en el sur de África y en Kenia. Es atribuido al efecto de pociones mágicas.

SÍNDROMES CULTURALES

Ataque de nervios:

Es frecuente entre los latinos tanto en el mediterráneo como en América. Se manifiesta con sintomatología disociativa y ansiosa: bochornos, inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento.

SÍNDROMES CULTURALES

Ansiedad maligna:

Se da en África (Nigeria), es un estado de ansiedad intensa debida al estrés por el esfuerzo de adaptación a las situaciones vitales y los frecuentes cambios culturales. Se manifiesta por intensa ansiedad, agitación, irritabilidad y miedo.

SÍNDROMES CULTURALES

Vadú:

Es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería. Los síntomas más frecuentes son: gran angustia, intenso miedo, alteraciones neurovegetativas, sintomatología delirante alucinatoria y confusiones. Se da en África, Sur América, Australia y las Islas del Pacífico.

SÍNDROMES CULTURALES

Amok:

Se trata de un ataque indiscriminado de homicidio en masa. El individuo en un estado semejante al disociativo empieza a correr sin cesar destruyendo todo lo que encuentra a su paso, matando a personas y animales que se ponen en su camino. Elige áreas enormemente destructivas y lugares muy concurridos para cometer su homicidio masivo. Se da en Indonesia y Malasia.

Pilar Baraza

Experta de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

LA DIVERSIDAD DE LOS CUIDADOS

La Diversidad De Los Cuidados

II Jornadas de Coordinación y Seguimiento del Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes
Sevilla 2 de junio de 2003



Cuidado Cultural Diverso



Cuidado Cultural Diverso

Las diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas

↓
Un cuidado culturalmente congruente

Cuidado Cultural Diverso

■ Cuidados tradicionales ≠ profesionales





¿Existen recetas para todos?

- Hay que adaptarlas.
- Comunicarse con habilidad
- Adquirir conocimiento cultural
- Ofrecer acciones sensitivas y competentes



Competencia cultural

- Modelo por el cual el proveedor de salud:

Lucha por alcanzar la habilidad para trabajar dentro del contexto cultural de un cliente, una familia o una comunidad



Habilidad cultural, Evaluación cultural



Habilidad Cultural, Evaluación Cultural

Determinar sus necesidades



Las intervenciones que deben hacerse dentro de su contexto

Enfermería Transcultural

La enfermería debe identificar en los sujetos a quien cuida aquellas prácticas y valores dignos de mantener

□ Benéfica: PRESERVAR.

■ Potencial riesgo de salud: NEGOCIAR

□ Dañina: AYUDAR A SUSTITUIR

Limitaciones Propias

- El contacto cultural se vive como conflictivo
- Provoca distintas reacciones:
 - ▷ Postura paternalista: el "otro" no sabe y hay que educarlo
 - ▷ Postura xenófoba: rechazo por miedo a lo diferente
- Falta de formación

Problemas identificados en la atención a los inmigrantes desde el punto de vista de enfermería.

Promoción de la salud

- Dificultad para realizar tratamientos prescritos y acudir a citas
- Distinta percepción de la enfermedad
- Desconocimiento de los servicios de salud
- Cuidados distintos en los bebés
- Educación para la Salud



Problemas identificados en la atención a los inmigrantes desde el punto de vista de enfermería.

Nutrición

- » Desconocimiento de:
 - » Tipo de alimentos
- » Hábitos de alimentación
 - » Niños
 - » Embarazadas

Problemas identificados en la atención a los inmigrantes desde el punto de vista de enfermería.

Rel-relaciones y Sexualidad

- » Déficit de relaciones con otros grupos sociales
- » Desestructuración familiar
- » Dificultad para hablar de sexualidad
- » Escaso o diferente uso de métodos anticonceptivos

Distrito Poniente de Almería

Propuesta de soluciones

- » Captación activa en programas de salud:
 - » Vacunas
 - » Planificación Familia
 - » Embarazo,
 - » etc.

Distrito Poniente de Almería

Propuesta de soluciones

- » Utilización del soporte social:
 - » ONG
 - » Asociaciones
 - » Vecinos
 - » Instituciones, etc.

Distrito Poniente de Almería

Problemas identificados en la atención a los inmigrantes desde el punto de vista de enfermería.

Percepción y Autopercepción

- » Problemas en la comunicación por el idioma
- » Miedo por situación irregular
- » Baja autoestima

Problemas identificados en la atención a los inmigrantes desde el punto de vista de enfermería.

Valores y creencias

- » Pudor para reconocimientos
- » Desconocimiento de distintas religiones
- » Amuletos en niños
- » Dificultad para compatibilizar creencias y cuidados (Ramadán)

Distrito Poniente de Almería

Propuesta de soluciones

- » Intermediación cultural.



Distrito Poniente de Almería

Propuesta de soluciones

- » Competencia cultural:
 - Reconocimiento.
 - Términos de igualdad.
 - Adaptando los planes de cuidados y las intervenciones educativas.

Distrito Poniente de Almería

FORMACION

Nieves Lafuente

Experta de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

EDUCACIÓN TERAPEUTICA EN POBLACIÓN INMIGRANTE: ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

INSTITUTO ANDALUZ DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS



EDUCACION TERAPEUTICA EN POBLACION INMIGRANTE, ESTRATEGIAS DE ABORDAJE



Sevilla 2/6/2003



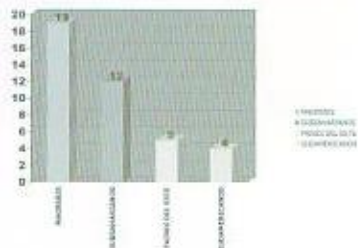
DISTRITO PONIENTE



PROCEDENCIA DIABETICOS TIPO 1



DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA



INTERVENCIONES



DIFICULTADES



ELABORACION PROGRAMA EDUCATIVO



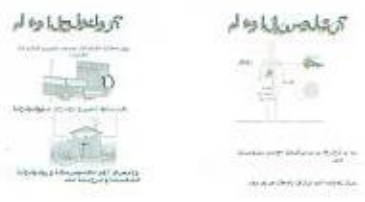
CONTENIDOS



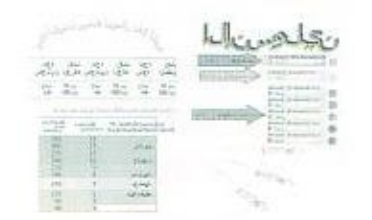
CONTENIDOS



CONTENIDOS

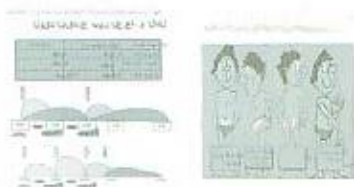


CONTENIDOS





CONTENIDOS



CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO Y CALIDAD DE VIDA



EVALUACION

TEST DE CONOCIMIENTOS
OBSERVACION DE HABILIDADES

EVALUACION

TEST DE CALIDAD DE VIDA
SEGUIMIENTO DE INDICACIONES PACTADAS

CONVENIO ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES
II Jornada de Coordinación y Seguimiento
CONCLUSIONES

TALLER 4 Inmigración, Género y Salud





PRESENTACIÓN

Este Taller fue dirigido por *PILAR REGATO PAJARES*, Directora de Proyectos de la Fundación Progreso y Salud y contó además con la participación de:

ADELA ABARRATEGUI. Jefa del Gabinete de Estudios y Programas del Instituto Andaluz de la Mujer

ENRIQUETA BARRANCO. Ginecóloga. Profesora Asociada Universidad de Granada

SANTIAGO YERGA. Asociación Cardijn Tartessos. Centro de Acogida de Inmigrantes de Cádiz

Se trataba de debatir sobre los siguientes temas relacionados:

En qué condiciones llegan las mujeres, qué peculiaridades presentan, que dificultades específicas de comunicación y acceso tienen, riesgos añadidos a su salud por confluencia de factores: inmigrante-mujer, religión y mujer, aborto y uso de servicios preventivos.

Enriqueta Barranco Castillo

Ginecóloga. Profesora Asociada Universidad de Granada.

GENERO E INMIGRACIÓN, UNA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA

Autora: Enriqueta Barranco Castillo. Médica Ginecóloga. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud y Miembro del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada.

INTRODUCCIÓN

Después de visitar innumerables páginas Web, dedicadas a salud, inmigración y temas relacionados, apenas hemos encontrado referencias directas al tema que nos ocupa.

Tras consultar las páginas de datos del Ministerio del Interior, los datos proporcionados por la Fundación Progreso y Salud y los fondos de Granada ACOGE y Andalucía ACOGE, entre otros, hemos podido reconstruir el itinerario que siguen los inmigrantes para tener una asistencia sanitaria en Andalucía. Pero de ahí a obtener datos desagregados para salud reproductiva hay una gran diferencia.

Ante este panorama, intentaremos aportar información que sirva de referencia para considerar la necesidad de plantear acciones positivas, que teniendo en cuenta las peculiaridades del colectivo de mujeres inmigradas en Andalucía conlleven acciones que permitan una mejora en sus condiciones de salud.

Con este propósito, intentaremos ir desgranando las condiciones en las que discurre la vida de las mujeres inmigradas, centrándonos en aquellos aspectos que nos han parecido más relevantes en cuanto al tema de la salud reproductiva, significando que el colectivo mujeres inmigradas es tan diverso como diversa es la procedencia de cada una de ellas.

1. LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS Y LA PROBLEMÁTICA A ELLAS VINCULADA

Tras nuestro contacto con Mari Carmen González (de Granada Acoge), a la que desde aquí queremos demostrar nuestro agradecimiento más sincero, nos planteamos los problemas que



con más frecuencia incidían en la salud de las inmigradas, e inmediatamente surgió el tema vivienda. Es obvio que el vivir en un determinado entorno tendrá repercusiones sobre la salud de las mujeres. Y esta es la realidad, a dónde no llega el agua, difícilmente llegarán los cuidados higiénicos mínimos para el mantenimiento de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

Según Checa y Arjona (2002), el hecho social de residir, y el lugar donde se ubica la residencia, tienen una gran vinculación con la estructura social y étnica del contexto.

Andalucía, tradicionalmente región expulsora de mano de obra hacia el extranjero y otras zonas industriales de España, actualmente es una región receptora de extranjeros: desarrollo de agricultura intensiva, desarrollo turístico del litoral andaluz, ocupación de "nichos laborales" derivados del sistema de producción capitalista.

La incorporación al mercado residencial de los inmigrantes no se ha producido de manera igualitaria, equilibrada ni satisfactoria. Algunos colectivos padecen importantes deficiencias en materia de alojamiento, fruto de la discriminación planificada y de su capacidad de endeudamiento.

LOS SISTEMAS DE ALOJAMIENTO

Los sistemas de alojamiento de los inmigrantes marroquíes en Andalucía, algo crucial para entender el tema que nos ocupa se pueden resumir de la siguiente forma:

- 1 **Vivienda en diseminado.** Predomina en las llamadas agrocidades, es decir, en las ciudades donde la economía local gira en torno a la producción agrícola. Se refiere a aquellos habitáculos residenciales fuera de los núcleos urbanos y en suelo no urbanizable. En Andalucía podemos encontrar diseminados ocupados por inmigrantes en El Ejido, Roquetas de Mar, La Mojónera, Vicar y Níjar (Almería); Torredelcampo, Alcaudete, Villacarrillo, Martos, Úbeda... (Jaén); Zafarraya (Granada) y Lepe y Cartaya (Huelva).
 - Podemos encontrar viviendas diseminadas como los cortijos tradicionales de Andalucía oriental – que es la tipología más frecuente – pero también están los almacenes de productos y aperos del campo, chabolas, autoconstrucciones, naves, lonjas, etc., como lugares de residencia en diseminado.
 - En Almería el 75% de los marroquíes viven en diseminados, llegando a alcanzar en algunos lugares hasta el 85 – 90%.
 - Una parte de los inmigrantes, principalmente indocumentados, que se alojan en diseminados, viven también en almacenes de aperos y productos fitosanitarios, casillas de motores de agua, casas semiderruidas o derruidas por completo, chozas, tiendas de campaña, invernaderos abandonados y un largo etcétera.
- 2 **Vivienda situada en la periferia y/o centro de los diferentes núcleos urbanos.** En las grandes ciudades tanto los inmigrantes indocumentados como los documentados tienen grandes dificultades para encontrar viviendas en los barrios ó zonas que se suponen normalizados, porque el mercado residencial está casi controlado en su totalidad por agencias inmobiliarias con una visión enfocada hacia otro tipo de población. Así los inmigrantes buscan lugares de la ciudad donde el mercado es controlado por pequeñas inmobiliarias que trabajan con casas de baja calidad y donde el precio de acceso es menor.

- Los inmigrantes marroquíes viven en los barrios periféricos y marginales: el Vacie, Polígono Norte y Tres Mil Viviendas (Sevilla); Casería de Montijo, Polígono de Cartuja (Granada); Puche, Pescadería – Chanca (Almería).
- También viven en los cascos antiguos de las ciudades, ocupando los edificios más deteriorados y con peores condiciones de habitabilidad.
- En las grandes ciudades los inmigrantes encuentran un submercado de viviendas inhabitables relegado casi exclusivamente para ellos, ya que sus propietarios no los podrían alquilar a otros. Es un mercado basado en el racismo y la insolidaridad por un lado y en la estrategia de subsistencia de los arrendatarios e inquilinos.

LAS DEFICIENCIAS

Así pues y por el interés que representa para las condiciones de la salud reproductiva de las mujeres andaluzas, ahora vamos a hablar de las condiciones de las viviendas, porque esto marcará una diferencia en el tema salud.

- El hacinamiento es una de las principales características de las viviendas de inmigradas, por la escasez de viviendas de alquiler, porque debido a su inestabilidad laboral las inmigradas con escasos recursos tratan de abaratar al máximo los gastos de la vivienda, al igual que es fruto de los lazos y redes sociales y por la permisividad de los propietarios.
- Las viviendas en diseminados son puntos de entrada de inmigrantes, sobre todo de irregulares, que los dotan de invisibilidad y tiene carácter de "depósitos" o reservas de mano de obra siempre disponible.
- En la ciudad, al ser más visible una posible situación de hacinamiento, existe miedo por parte de los propietarios a que alguna denuncia obligue al desalojo, además hay un mayor control por parte de los cuerpos de seguridad local y nacional.
- El hacinamiento desciende (o se hace relativo) cuando las familias han sido reagrupadas, porque entonces suelen independizarse residencialmente.

Deficiencias en infraestructuras y equipamientos

El 75% de los inmigrantes marroquíes que viven en Andalucía lo hacen en infraviviendas.

- En una muestra de 350 viviendas ocupadas por inmigrantes e inmigradas extracomunitarios el Poniente y Levante almeriense, con resultados extrapolables a otros puntos de Andalucía, se obtuvieron entre otros los siguientes resultados: El 37% de los habitáculos residenciales no tiene separación entre las habitaciones, el 75% no dispone de agua caliente, el 49% no tiene baño, los colchones están en el suelo y un largo etcétera que resultaría interminable relatar.

Independientemente de otras connotaciones, estas precarias condiciones de vivir tendrán un peso importante en cuanto a salud reproductiva se refiere.¹

1 (Exclusión residencial de los inmigrantes marroquíes en Andalucía, Juan Carlos Checa Olmos y Ángeles Arjona Garrido, Universidad de Almería).



2. LA COMPETENCIA INTERCULTURAL

El siguiente aspecto que deberá contemplarse cuando queremos adentrarnos en el tema de mujer e inmigración será el de la necesidad de formación por parte de las/os profesionales sanitarios para el desarrollo de la acción intercultural.

Según Vázquez (2002), por competencia podemos entender la suma de habilidades y aptitudes que pueden poseer las personas y que les permitirá tener éxito en el manejo de alguna materia en particular.

Los profesionales de la intervención social (la salud, la educación, los servicios sociales) deberán aspirar a tener éxito en contextos y medios multiétnicos, o lo que es lo mismo a saber desenvolverse con eficacia en sociedades donde la pluralidad de origen de sus componentes es cada vez más evidente.

Comprender, desde la óptica de la competencia intercultural, equivale a identificar las razones que explican el comportamiento del otro, lo que conlleva la necesidad de aumentar nuestro conocimiento sobre esas razones.

LAS PROPUESTAS FORMATIVAS

Cualquier propuesta formativa para el desarrollo de competencia intercultural debe buscar la implicación de los que participan en su desarrollo, la vinculación de las propuestas formativas con la realidad inmediata de los que se forman y esperar que descubran que es necesario adquirir nuevos conocimientos, nuevas habilidades y nuevas actitudes que nos permitan cuestionar los discursos dominantes acerca de la inmigración y de la interculturalidad porque si la formación pretende contribuir a la introducción de cambios, no puede simplemente retransmitir los resultados de las "últimas investigaciones" y de "las más modernas teorías". Su función consiste más bien en atraer y brindar las destrezas, habilidades y actitudes reflexivas necesarias para participar activamente en el proceso de cambio.²

3. LA INTERVENCIÓN EN CONTEXTOS MULTICULTURALES

El siguiente punto de interés en el ámbito que nos ocupa es el papel de la mediación e intervención en contextos multiculturales.

Giménez (2002) opina que la tarea de mediación social puede ser útil para quienes no ubicándose ni en el campo de la mediación intercultural ni en los trabajos sobre inmigración y minorías étnicas, van viendo como en su práctica profesional aparecen más y más casos donde algunas de las partes o ambas son inmigrantes, miembros de minorías (étnica, social o religiosa), etc.

El mediador o mediadora siempre trata con personas y de ahí la importancia de tener bien presente su manera de ser, sus maneras de pensar, sentir, reaccionar, comunicarse, etc.

2 (Competencia intercultural e intervención social. qué formación para el desarrollo de la acción intercultural. Octavio Vázquez Aguado, Universidad de Huelva)

LOS FACTORES CULTURALES

Los factores culturales son aquellas pautas de conducta y modos de significación de la realidad (normas, valores, creencias, etc) que el individuo ha adquirido mediante aprendizaje en su proceso de socialización y que comparte con los otros miembros de su mismo grupo étnico, socio – racial o cultural tales como:

- A. Normas; prohibiciones y prescripciones (dieta, comensalidad, vestido, celebraciones, etc.)
- B. Estructura y jerarquía de valores
 - 1. Roles y estereotipos de edad
 - 2. Roles y estereotipos de género
 - 3. Sistemas de parentesco, familia y herencia
 - 4. Concepciones y prácticas de intercambio, reciprocidad, redistribución, etc.
 - 5. Sistemas de jerarquía, autoridad y prestigio
 - 6. Lengua y pautas de comunicación verbal y no verbal
 - 7. Creencias y prácticas religiosas (espiritualidad)
 - 8. Otras concepciones y creencias (espacio, tiempo, etc.)
 - 9. Rituales y ciclo festivo
 - 10. Identidad étnica

En resumen, será necesario desbanicar preconcepciones durante los procesos de mediación, basadas en nuestras ideas de machismo, sometimiento, etc., para trascender en el proceso de mediación, que es en realidad un proceso de mejora en las relaciones humanas.³

4. LAS ACCIONES POLÍTICAS

Seguidamente consideraremos algunas de las medidas adoptadas por la sociedad de acogida para intentar facilitar la integración de las mujeres inmigradas.

No existe una política de formación profesional específica para el colectivo de mujeres inmigradas aún cuando sus condiciones de inserción y trabajo son significativamente deficientes.

La existente se incluye, o bien dentro de las líneas de actuación definidas para el colectivo de inmigrados extranjeros no comunitarios en general, o bien, dentro de las iniciativas propuestas en las Políticas de Igualdad de Oportunidades y no – discriminación de género, implementadas a través de las iniciativas comunitarias dirigidas al colectivo de mujeres en general.

Es destacable cómo esta oferta formativa no distingue especificidad dentro del colectivo de mujeres inmigradas en relación al lugar de procedencia o las condiciones particulares relacionadas con el nivel académico que poseen, edad o condiciones de vida en la que se desenvuelven en el contexto receptor.

³ (Planteamiento multifactorial para la mediación e intervención en contextos multiculturales: una propuesta metodológica de superación del culturalismo. Carlos Giménez Romero. Universidad Autónoma de Madrid)



El resultado es que se están definiendo programaciones homogéneas para realidades que, en la mayoría de los casos, se presentan como diversas.

La tendencia a definir al grupo de mujeres extracomunitarias como un colectivo en situación de "exclusión o en riesgo de exclusión social", soslaya el reconocimiento de la diferencia entre mujeres inmigradas y conduce al planteamiento de estrategias de grupo y homogéneas.

Las mujeres inmigradas, sobre todo aquellas con estudios universitarios y/o que tuvieron experiencia laboral relacionada con su formación en el contexto de origen, se muestran críticas con respecto al sistema de formación existente para población inmigrante, en la medida en que éste se configura de forma paralela al dispuesto para la población nacional. También lo hacen en la medida que tienden a estereotiparlas y a categorizarlas bajo unos criterios excluyentes que se perfilan en función de su pertenencia cultural (en clave religiosa y país de origen), como clase social desfavorecida, y por su condición de mujeres.⁴

5. INTEGRACIÓN SOCIAL

La integración social es otro de los aspectos para los que no se han encontrado posiciones unificadas.

Por Integración social entendemos el proceso de equiparación de derechos, de forma legal y efectiva, de las personas inmigradas con el resto de la población, así como el acceso, en condiciones de igualdad de oportunidades y de trato, a todos los bienes, servicios y cauces de participación que ofrece la sociedad.

Este planteamiento suscita dudas acerca de si la población inmigrada ha de ser objeto de actuaciones específicas y se ha de dar cierta atención en servicios específicos y diferenciados, o sí, por el contrario, debe ser tratada sin ninguna diferenciación y atendida solamente por los servicios ordinarios que se dirigen a toda la población.

LOS INTERROGANTES

En este contexto nos preguntamos ¿Necesitan las inmigradas políticas sociales específicas, o es suficiente con que no se las discrimine a la hora de incluirlas en las políticas sociales que ya se hacen para toda la población femenina en Andalucía?

LAS REALIDADES

En su conjunto, las actuaciones del gobierno central para la integración social de las personas inmigradas y refugiadas no responden a las necesidades que plantea una sociedad que está recibiendo ya un flujo importante de población inmigrada.

No hay ni una planificación ni una asignación presupuestaria que permita evitar las tendencias de exclusión social que se está produciendo. Las organizaciones sociales que trabajan en este terreno tienen un apoyo escaso, y lo mismo sucede con las instituciones locales, las cua-

4 (Mujeres inmigrantes actoras y creadoras del proceso de integración socio - laboral. estudio de la "formación para el trabajo" en contextos de inmigración. María García - Cano Torrico, Universidad de Granada)

les están afrontado los problemas con los que se encuentran sin el apoyo que necesitan (algo a lo que se alude con frecuencia en las Memorias de la Asociación Granada Acoge a nivel local y Andalucía Acoge a nivel autonómico).

Las principales políticas sociales que se están haciendo en este terreno son las que hacen las Comunidades Autónomas y, sobre todo, los ayuntamientos.

La primera Comunidad que elaboró un plan de inmigración fue Cataluña en 1993.

Tras ella otras Comunidades han ido haciendo lo propio, pero, en realidad, son los ayuntamientos los que han soportado el peso principal de la promoción de la integración de la población inmigrada.

Las actuaciones y servicios dirigidos a la primera acogida de los inmigrantes que van llegando son de enorme importancia en las sociedades que cuentan con ritmos activos de inmigración.

En una sociedad que es receptora de inmigración, no se pueden planificar las actuaciones públicas sin tener muy presente las necesidades que genera la llegada constante de población nueva.

Cuando hablamos de actuaciones y servicios de primera acogida nos referimos a los de información, alojamiento, orientación y gestión de los aspectos legales ("papeles"), enseñanza del idioma, orientación sobre el entorno, orientación para el empleo, empadronamiento, inserción educativa inmediata de los menores, acceso a la atención sanitaria.

Buena parte de los servicios de primera acogida que hemos mencionado pueden darse o coordinarse desde los centros específicos de la ciudad encargados de la misma. La conveniencia de centros de este tipo se plantea por dos motivos: primero, porque es necesario ubicar físicamente los lugares desde el que se organiza la primera acogida para facilitar la participación y la coordinación y porque ha de contarse con un lugar conocido por la población inmigrada (y la autóctona) al que poder dirigir a las recién llegadas.

EL ACCESO AL TRABAJO

El acceso al trabajo es el elemento clave para el éxito en la integración social.

Tener un trabajo es sinónimo de inserción social, tanto para la persona inmigrada como para su entorno social, y el tipo de trabajo logrado define en buena medida el lugar que una persona ocupa en la sociedad.

LA INSERCIÓN LABORAL FEMENINA Y SUS CARACTERÍSTICAS

El acceso de las mujeres inmigradas al mercado laboral tiene especificidades que deben ser mencionadas.

- Las que vienen por procesos de reagrupación familiar se encuentran, de entrada, con un permiso de residencia sin derecho al trabajo, y en su caso los prejuicios sociales que dificultan su acceso al trabajo son aún mayores.
- Se mantiene que la mujer reagrupada no viene a trabajar sino a favorecer la integración (laboral y social) del hombre, reproduciendo así la exclusión a la que históricamente se



ha sometido a las mujeres, cuyo rol ha sido el de asegurar, realizando el trabajo doméstico, el que hombre pueda hacer el trabajo público.

- Esta noción sobre el trabajo doméstico se reproduce cuando la mujer lo hace fuera de casa, como empleo remunerado, ya que precisamente el empleo doméstico tiene un estatus claramente diferenciado al de cualquier otro empleo.

Todo este problema requiere de acciones políticas de amplio calado.⁵

6. LA SALUD REPRODUCTIVA

Kaplan (2002) defiende que si bien el concepto de salud reproductiva es un gran avance en la conceptualización, es necesario elaborar un modelo de relaciones sociales que aseguren la libertad legal, social, cultural y psicológica de las mujeres y las niñas, con el fin de desarrollar todas sus capacidades, incluyendo la sexual y reproductiva.

Tal es el caso de las mujeres migrantes procedentes del África Subsahariana, de países como Senegal y Gambia, para las cuales llegar aquí supone enfrentarse con una población que habla una lengua distinta, que concibe universos simbólicos que hacen referencia a las cosas importantes de la vida de las mujeres (matrimonio, maternidad, percepción de su estado de salud, de su cuerpo, de su identidad étnica y de género), de una forma diferente y muchas veces estigmatizada.

La comunicación/compreensión entre el colectivo de mujeres subsaharianas y el personal sanitario tiene no sólo la dificultad del idioma, ya que ninguna de las dos partes dominan lenguas comunes, sino del encuentro de dos concepciones diferentes de la salud/enfermedad, y dos realidades sociosanitarias y culturales bien distintas.

El tamaño del municipio y en particular de las características de los centros de atención sanitaria (en planificación familiar, tóco – ginecología y trabajo social), pueden facilitar o dificultar el acceso y la plena utilización de los servicios sociosanitarios existentes, así como las relaciones entre los/las profesionales sanitarios y las mujeres migrantes que asisten a estos servicios.

La experiencia de otros países con una tradición mayor y más antigua de flujos migratorios procedentes del África subsahariana, sugieren que para hacer frente a determinados problemas de salud reproductiva, no es suficiente con una buena gestión de los servicios.

Es imprescindible una tarea de prevención en determinados ámbitos tales como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, mutilaciones genitales femeninas, tabúes alimentarios y otras prácticas tradicionales que afectan la salud de las mujeres y las niñas.⁶

En cuanto a las mujeres musulmanas, según Dietz (2002), es necesario contar con la percepción y autodefinición de las actitudes y prácticas discriminatorias que relatan.

5 (Inmigración y políticas de integración social. Miguel Pajares Alonso. Comisiones Obreras. Barcelona)

6 (Integración social, identidad étnica y género: la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes subsaharianas: Retos e implicaciones. Adriana Kaplan Marcusan)

Mientras que algunas mujeres inmigrantes que disfrutan de la cobertura sanitaria hacen hincapié en la utilidad de campañas de información y prevención oficiales, otras se quejan de:

"que siempre nos mandan de un lado para otro cuando necesitamos un especialista"

y del trato recibido por el personal hospitalario.

Por su parte, algunas mujeres musulmanas, tanto conversas como inmigradas, mencionan la carencia de doctoras, particularmente en las unidades de ginecología y obstetricia, como otro problema; por que ser atendidas por un médico masculino les parece vergonzoso e inusual.

Según Dietz, la percepción diferenciada e interrelacionada de experiencias, prácticas y actitudes discriminatorias de origen tanto exógeno como endógeno, que relatan las mujeres musulmanas en su estudio, no es compartida para nada por las organizaciones e instituciones relacionadas con ellas.⁷

A MODO DE CONCLUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

La necesidad de emigrar habitualmente está en función de una compleja interacción de factores económicos, sociales, familiares y políticos. Entre los más importantes están la negación del acceso a la educación, el empleo, buenos servicios y la falta de respeto a los derechos humanos básicos.

Como en muchas sociedades las mujeres están marginadas de estos derechos, la migración hacia sociedades económica y socialmente más abiertas puede, a menudo, mejorar su situación personal y sus oportunidades profesionales.

Por otra parte, como el estado de la mujer está habitualmente vinculado con su rol y su estatus dentro de la familia y está definido en relación a sus compañeros masculinos, la emigración puede colocar a las mujeres en situaciones en las que experimenten estrés y ansiedad debido a la pérdida de su entorno tradicional.

Su integración social en nuevos asentamientos puede igualmente estar limitada por su falta inicial de educación y experiencia ocupacional.

La vulnerabilidad más elevada de la mujer al abuso sexual y a la violencia también las coloca en riesgo de padecer ETS, incluyendo el VIH, y una variedad de trastornos de estrés post-traumático asociados con la violencia sexual.

Sus necesidades de salud reproductiva frecuentemente pasan inadvertidas y desprotegidas incluso en las situaciones de atención mejor organizadas para situaciones de migración, y la insensibilidad de los staff sanitarios hacia las necesidades de las mujeres es con frecuencia más pronunciada en los contextos de refugiadas y migrantes que en los demás.⁸

7 (Mujeres musulmanas en Granada: discursos de formación de comunidad, exclusión de género y discriminación etno - religiosa. Gunther Dietz. Universidad de Granada)

8 (Mujeres e inmigración: un problema de salud pública. Carballo y Grocourt, International Centre for Migration and Health. Ginebra).



También quisiéramos hacer unas reflexiones sobre las trabajadoras sexuales, de quienes Agustín (2002) dice que aquellos que escriben sobre las migraciones y las diásporas mantienen un silencio casi absoluto respecto a las trabajadoras sexuales migrantes, aunque podrían ser estudiadas como cruza fronteras audaces que llegan típicamente (y repetidamente) con poca información, equipaje o conocimiento del idioma local. Pero los únicos aspectos de sus vidas que son abordados (por todos, no sólo por los lobistas contra la prostitución) son los de su victimización, su marginalización y su presunto rol en la transmisión del VIH/SIDA, injusticias que reproducen la estigmatización. Pero si fueran los hombres los que usaran el trabajo sexual en grandes números como estrategia para entrar en Europa y obtener buena paga, tal estrategia se consideraría como un acto creativo y no se representaría rutinariamente como una tragedia.

En resumen, hemos intentado recoger algunos de los elementos básicos para poder analizar el fenómeno de la inmigración femenina y los aspectos relacionados con la salud reproductiva, lo demás queda por hacer. Asumimos no hay un tipo único de mujer inmigrada, y que puede resultar un despropósito hablar de la Salud Reproductiva de las Inmigrantes, porque es un colectivo integrado por identidades culturales muy diversas, que afectan a la percepción de los cuidados de salud y de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Checa JC, Arjona A. Exclusión residencial de los inmigrantes marroquíes en Andalucía. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (657 - 670).
2. Vázquez D. Competencia intercultural e intervención social. Qué formación para el desarrollo de la acción intercultural. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (645 - 656).
3. Giménez C. Planteamiento multifactorial para la mediación e intervención en contextos multiculturales: una propuesta metodológica de superación del culturalismo. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (627 - 644).
4. García - Cano MA. Mujeres inmigrantes actrices y creadoras del proceso de integración socio - laboral. Estudio de la "formación para el trabajo" en contextos de inmigración. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (615 - 625).
5. Pajares MA. Inmigración y políticas de integración social. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (527 - 534).

6. Diezt G. Mujeres musulmanas en Granada: discursos de formación de comunidad, exclusión de género y discriminación etno-religiosa. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (381 - 392).
7. Agustín LM. La migración es más que una pérdida: El caso de los trabajadores sexuales. En: García Castaño FJ y Muriel López C (eds.), 2002. *La inmigración en España: Contextos y alternativas. Volumen II. Actas del III Congreso sobre la inmigración en España (Ponencias)*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales (507 - 513).

Santiago Yerga
 Asociación Cerdijn Tartessos.
 Centro de Acogida de Inmigrantes de Cádiz.

MUJERES INMIGRANTES ACOGIDAS

INMIGRACIÓN,

GÉNERO

Y

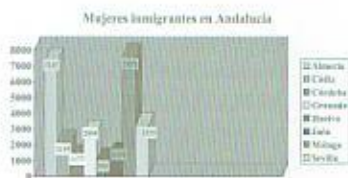
SALUD

II Jornadas de Coordinación y Seguimiento
 Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes
 Sevilla, 2 de junio de 2.003

DATOS ESTADÍSTICOS (I)



DATOS ESTADÍSTICOS (II)



Accesos ilegales a territorio nacional

• Año 2002

- 830 mujeres subidas a bordo
- 112 embarcadas
- 87 mujeres marroquíes
- 2 embarcadas



Perfil de mujeres acogidas

- Subsaharianas:
 - 18-26 años
- Características:
 - Avanzado estado de gestación
 - Con bebés recién nacidos
 - Lesionadas



Atenciones en la llegada

- Traumatismos
- Hipotermias
- Quemaduras
- Dolor torácico
- Vómitos y diarreas
- Deshidratación ...



Atenciones en la acogida

- Embazo sin control
- Enfermedades cutáneas
- Traumatismos
- Quemaduras
- TDC
- VIH
- Hepatitis
- Abusos



Actitud frente al Sistema Público de Salud

- Desconocimiento de los recursos
- Desconfianza en el servicio público
- Barrera idiomática
- No percepción de riesgos
- Negación de la enfermedad
- Choques culturales
- Irregularidad en los tratamientos
- Consideración pseudo mística de la facultativ@

Actitud del Sistema frente a la mujer inmigrante

- Etnocentrismo
- Barreras idiomáticas y culturales
- Desconocimiento de las situaciones sanitarias de origen
- Descoordinación entre el Sistema y otros agentes sociales
- Desconfianza ante el/la inmigrante irregular
- Voluntad de colaboración por parte de los miembros del Sistema Público

Propuestas

- Formación idiomática, cultural y específicamente de género
- Información sobre sistemas sanitarios de origen
- Mediador
- Coordinación entre el Sistema y otros agentes sociales
- Creación de infraestructuras de rehabilitación y seguimiento
- Creación y fortalecimiento de redes de apoyo (Niveles internos y externos)
- Tratamiento interdisciplinar de la salud de la mujer inmigrante.



CONCLUSIONES

1. Es necesario facilitar y mejorar el acceso a los servicios sociales y sanitarios de las mujeres inmigrantes.
2. Procurarles unas condiciones dignas de vivienda, ya que este aspecto condiciona la posibilidad de desarrollar hábitos higiénicos, alimentarios y de descanso y ocio saludables.
3. Desarrollar políticas sociales con la perspectiva de género, específicas para las mujeres extranjeras o generales para todas las mujeres.
4. Formación de los profesionales sociosanitarios en Género e Interculturalidad.
5. Trabajo y formación para las mujeres inmigrantes en condiciones de igualdad con el resto de los ciudadanos y adaptado a su cualificación previa.
6. No admitir prácticas o agresiones que vayan en contra de los derechos humanos.
7. Lucha contra la violencia de género, el tráfico y la explotación de seres humanos.
8. Revisar nuestro Etnocentrismo.
9. Hablar de mujeres inmigradas, mejor que inmigrantes, puesto que el proceso de inmigración es continuo y tiene fin con el asentamiento, la adaptación y la integración en un determinado territorio.
10. Destacar la multiplicidad de discriminaciones de las mujeres inmigradas.



Fundación Progreso y Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



fundación tres culturas del mediterráneo
مؤسسة الثقافات الثلاثة بدء من الأبيوس المتوسط
קרן שלוש תרבויות הים התיכון



Unión General de Trabajadores de Andalucía



Movimiento por la Paz,
el Desarme y la Libertad
MALAGA



Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria



MÉDICOS DEL MUNDO

