

MAPA DE CONTENIDOS

II. SALUD



Bloque primero: OBSTÁCULOS PARA ACCEDER AL SISTEMA SANITARIO

- Tema 1:** ¿Empadronamiento como condición para la Tarjeta Sanitaria?
- Tema 2:** ¿Los mismos recursos para una población que cambia ?
- Tema 3:** ¿Es un problema la "atención especial " que requieren los inmigrantes?
- Tema 4:** ¿Trámites que facilitan o que imposibilitan el acceso al servicio?

Bloque segundo: LIMITACIONES QUE PUEDEN CONDICIONAR A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

- Tema 5:** ¿Deben ser considerados los inmigrantes usuarios del sistema sanitario?
- Tema 6:** ¿ Condicionan el acceso al sistema sanitario las diferencias culturales y religiosas?

Bloque tercero: OBSTÁCULOS AÑADIDOS QUE ENCUENTRA LA MUJER INMIGRANTE

- Tema 7:** ¿Influye el tipo de trabajo de la mujer inmigrante en su derecho a la salud?
- Tema 8:** ¿Afecta a la salud de la mujer inmigrante el contexto socio-cultural de su comunidad de origen?
- Tema 9:** ¿Afecta a la salud de la mujer inmigrante el choque de valores opuestos entre comunidad de origen y de acogida?
- Tema 10:** ¿ Se da suficiente atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer inmigrante?
- Tema 11:** ¿ Merece atención especial la violencia de género contra la mujer inmigrante?

Bloque primero: OBSTÁCULOS PARA ACCEDER AL SISTEMA SANITARIO

Tema 1: ¿Empadronamiento como condición para la Tarjeta sanitaria?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>1.1. Tras las transferencias de las competencias en materia sanitaria desde la Administración Central a las Autonómicas cada Servicio Regional de Salud ha regulado con medidas administrativas diferentes el acceso al sistema. En general, en muchos de ellos se exige el trámite previo de la inscripción en el Padrón Municipal de Habitantes para proporcionar el título que acredita el derecho a la asistencia: la tarjeta sanitaria. Este trámite se realiza sin necesidad de gozar de una situación administrativa regular y se ha convertido en un requisito obligado no sólo para adquirir el derecho a la asistencia sanitaria sino también para el de la escolarización de los niños.</p> <p>1.2. La actual Ley de Extranjería (LO 14/2.003) autoriza por primera vez en nuestro país el uso del Padrón por parte de la autoridad para la localización de extranjeros en situación irregular y, eventualmente, proceder a su expulsión. Este cambio inducirá sin duda a los extranjeros sin permisos de residencia a evitar el empadronamiento quedando automáticamente fuera de la asistencia sanitaria pública normalizada y de la escuela, a pesar de que el espíritu y la letra de nuestras legislaciones sanitarias sea otro. Esta situación unida a la paulatina desaparición de los sistemas de beneficencia y a las escasas posibilidades económicas de la mayoría de los inmigrantes para financiarse una asistencia privada, deja fuera de facto a miles de personas de cualquier tipo de asistencia sanitaria.</p>	<p>1.A. Eliminar la nueva normativa sobre el Padrón que recoge la última Ley de Extranjería (LO 14/2.003)</p>

Tema2: ¿Los mismos recursos para una población que cambia?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>2.1. La incorporación de colectivos de origen inmigrante trae como consecuencia que cambien cuantitativa y cualitativamente los perfiles sociales, demográficos y culturales de las poblaciones a las que se ha de atender. Sin embargo, la planificación y el funcionamiento de los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud mantiene excesiva rigidez y escasa capacidad de adecuación.</p> <p>2.2. La sobrecarga asistencial se produce cuando se incrementa la población a atender en algunas instituciones o centros y, como es usual, esta circunstancia no se ve correspondida con el consiguiente aumento de los recursos asistenciales necesarios, es más, se ve acompañada de una severa política de ajuste económico.</p> <p>2.3. La escasez crónica de recursos sanitarios y sociales sumado al aumento de la demanda que representan los inmigrantes, hace percibir a la población española, en especial a la más necesitada, que tiene que competir con ellos por los escasos recursos, lo que genera conflictividad social y, en el personal que atiende estos servicios, rechazo.</p>	<p>2.A. Realizar una planificación de los sistemas sanitarios. Esto significa, entre otras cosas, incrementar los recursos asistenciales en salud y, en general, en servicios públicos de protección social, acordes al aumento del número de inmigrantes (cuantitativamente) así como a sus necesidades diferenciales (cualitativamente)</p>

Tema3: ¿Es un problema la "atención especial" que requieren los inmigrantes ?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>3.1. Hay una "comprensión problemática" de los inmigrantes, es decir, se les percibe más como un problema que como una realidad social con sus particularidades. Dicho en otros términos: muchos profesionales no tienen percepción de que la adaptación debe ser mutua. En ocasiones se perciben ciertas actitudes hostiles hacia la población inmigrante, situación que dificulta el acceso normalizado de esta población a los servicios</p> <p>3.2. En muchas ocasiones, hay una apelación al sentido humanitario, a ser "beneficentes" con los inmigrantes atendidos. Aunque en principio, esta actitud puede ser positiva, puede suponer entender que se les debe de atender, pero básicamente por "beneficencia" y no en razón de justicia, y por lo tanto, sin derechos a exigir.</p> <p>3.3. Existe una cierta confusión entre "buena disposición ante los inmigrantes" y "capacidad para comprender la complejidad del fenómeno" en todas sus claves. La primera no conduce necesariamente a la segunda. En ocasiones cuesta captar las distintas maneras de entender y vivir la salud y todo el peso de la diferencia cultural. Al no tener conciencia de esta realidad no se percibe la necesidad de formación en este ámbito. Como se trata de atender a todos por igual, cuesta situarse ante la complejidad de las diferencias.</p>	<p>3.A. Actividades de formación e información entre los trabajadores del sistema sanitario dentro de un plan de sensibilización general.</p>

Tema4: ¿Trámites que facilitan o que imposibilitan el servicio?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>4.1. En muchas ocasiones el entramado administrativo que es necesario cumplimentar para obtener, o bien el documento que garantiza el derecho a la atención, o bien una cita, es demasiado complejo y de difícil comprensibilidad, incluso para la población española. Muchas veces esto se convierte en una dificultad insuperable para los inmigrantes quienes, además de encontrar limitaciones culturales o idiomáticas, nunca se han tenido que enfrentar con un sistema sanitario formal y con su maquinaria administrativa.</p>	<p>4.A. Es preciso revisar y simplificar los procedimientos administrativos</p> <p>4.B. Promover la existencia de apoyo específico de personal administrativo a inmigrantes con dificultades para cumplimentar los trámites.</p>

Bloque segundo:

LIMITACIONES QUE PUEDEN CONDICIONAR A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Tema5: ¿Deben ser considerados los inmigrantes usuarios del sistema sanitario?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>5.1. La experiencia indica que la población inmigrante suele ser bastante receptiva a una correcta utilización del sistema sanitario público cuando ha sido previamente informada. Sin embargo, el no haber recibido nunca información adecuada de los derechos y deberes que tienen como usuarios del sistema sanitario público les expone a una infrautilización del mismo incluso en caso de franca necesidad (por temor a tener que pagar alguna exploración o alguna consulta, por ejemplo).</p> <p>5.2. Buena parte de los colectivos inmigrantes proceden de países donde no existe una atención sanitaria pública gratuita. A esto se añade la distancia que sienten hacia las administraciones públicas del estado receptor (particularmente si se encuentran en situación de irregularidad administrativa) la cual les lleva a desconfiar e incluso a temer a dichos organismos que se perciben como una potencial amenaza a la permanencia en el país.</p> <p>5.3. A su vez, la inexistencia de información adecuada y completa en relación a las necesidades sociosanitarias de estos colectivos tanto en términos epidemiológicos (en relación a su estado de salud pasado y presente), como socio-sanitarios (grado de acceso real a las prestaciones del sistema de salud, percepción del funcionamiento del mismo, etc) dificulta considerablemente la tarea de asignar recursos materiales y humanos para el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud</p>	<p>5.A. Incrementar y mejorar la información a los inmigrantes sobre los derechos y deberes como usuarios. Utilizar para ello herramientas como el sistema de mediación intercultural.</p>

Tema6: ¿Condicionan el acceso al sistema sanitario las diferencias culturales y religiosas?

Lo que está pasando

- 6.1. La variable cultural puede jugar un papel limitador a la hora de beneficiarse del sistema sanitario público por parte de los colectivos inmigrantes. Evitando caer en cualquier determinismo cultural, conviene constatar la importancia de las diferencias culturales que condicionan el comportamiento de los diferentes grupos de origen inmigrante afectando a su relación con la atención del sistema sanitario, con los profesionales sanitarios, con el tratamiento prescrito o con el seguimiento del mismo por citar tan sólo algunos ejemplos.
- 6.2. Existen cosmovisiones en las que conceptos como salud y enfermedad son interpretados de un modo sustancialmente distinto en la sociedad de origen y en la de acogida. Esto tiene consecuencias, por ejemplo, en los servicios de urgencias o los hospitales, con preferencia sobre la actuación de los esquemas de atención primaria o de la medicina preventiva. Se experimenta una marcada preferencia por las actuaciones curativas (generalmente en fases avanzadas de la enfermedad) sobre las preventivas. Las preocupaciones relacionadas con la propia supervivencia desplazarían a un segundo plano a aquellos aspectos vinculados al cuidado de la propia salud.

Bloque tercero:

OBSTÁCULOS AÑADIDOS QUE ENCUENTRA LA MUJER INMIGRANTE

Tema 7: ¿Influye el tipo de trabajo de la mujer inmigrante en su derecho a la salud?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>7.1. Las mujeres inmigrantes tienen una discriminación de naturaleza doble, ya que a la vulnerabilidad propia de su situación como inmigrantes, se le suma la derivada de su condición de mujeres.</p>	<p>7.A. Promover iniciativas de formación laboral y profesional que permitan crear itinerarios laborales alternativos y generen incentivos para el esfuerzo individual de las mujeres inmigrantes.</p>
<p>7.2. Los nichos del mercado de trabajo a los que quedan asignadas las mujeres inmigrantes de modo "cuasi -automático" se caracterizan por su alto grado de precariedad (contratos eventuales, a tiempo parcial, etc), bajas retribuciones y malas condiciones de trabajo, con el consiguiente impacto que esto tiene sobre la salud.</p>	<p>7.B. Ampliar esquemas de crédito para la formación de empresas por parte de mujeres inmigrantes.</p>
<p>7.3. Esta precariedad dificulta que la mujer inmigrante pueda compaginar la vida profesional y la familiar. Entre otras consecuencias, esto provoca que la propia salud aparece para estas mujeres como una prioridad relativamente menor en relación con otros temas que son percibidos como más importantes (no faltar al trabajo) o urgentes (atender a sus familiares, etc), por lo que su recurso a las prestaciones del sistema sanitario público es con frecuencia inadecuado y tardío.</p>	<p>7.C. Modificar la legislación que regula el servicio doméstico, y en particular las capacidades inspectoras, para garantizar los derechos básicos de las trabajadoras de este sector.</p>
<p>7.4. El problema del aislamiento se complica aún más en el caso de las mujeres que trabajan como internas en el servicio doméstico, lo cual dificulta aun más su acceso a los servicios sanitarios y por tanto, sus posibilidades de integración social.</p>	

Tema8: ¿Afecta a la salud de la mujer inmigrante el contexto socio- cultural de su comunidad de origen?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>8.1. Proceder de contextos socio - culturales marcadamente patriarcales tiene implicaciones para la salud de la mujer inmigrante. Así, por ejemplo, la preferencia por los hijos varones lleva en ocasiones a descuidar a las niñas, o cuando menos a otorgarles una prioridad menor a la hora de prestarles cuidados, educarlas, o invertir recursos escasos (dinero, tiempo) en su salud.</p>	<p>8.A. Educar en la igualdad y en el respeto a la diferencia. Esto implica favorecer la autonomía de las mujeres, sin estigmatizar sus culturas de origen.</p>
<p>8.2. En otros casos, el concepto de " honor familiar" es simbólicamente depositado sobre la "virtud" de las mujeres de la familia, por lo que cualquier desviación respecto a las pautas de interacción entre personas de distinto género puede llegar a ser considerado una afrenta familiar ante la cual la mujer ha de ser castigada. En la medida en que su comportamiento social aparece fuertemente mediado por la voluntad de los miembros masculinos de la familia, las mujeres pierden de nuevo autonomía sobre un aspecto central en sus vidas (la elección de su pareja y la formación de una familia).</p>	<p>8.B. Crear las estructuras básicas de apoyo a las familias(guarderías, centros de día para ancianos y personas dependientes, etc) que garanticen el pleno ejercicio de la autonomía personal y profesional de las mujeres (autóctonas e inmigrantes).</p>
<p>8.3. En casos extremos, la sexualidad de la mujer es controlada mediante prácticas de mutilación genital amparadas en tradiciones ancestrales y, justificadas en términos de purificación del cuerpo de la mujer. En algunos casos estas prácticas no sólo violan los derechos más elementales de las mujeres (mantener su propia integridad física y disponer de su propia sexualidad) sino que además producen importantes daños físicos y psicológicos que pueden llegar a provocar incluso la muerte.</p>	<p>8. C. Garantizar el respeto pleno a los derechos individuales (de las mujeres o de las jóvenes), asegurando al mismo tiempo un nivel básico de protección a las identidades colectivas.</p>
<p>8.4. Sin dejar de señalar las discriminaciones sufridas por las mujeres a causa de las prácticas fuertemente patriarcales de sus comunidades de origen, conviene diferenciar estas situaciones de generalizaciones que estigmatizan a los colectivos de origen inmigrante y a sus culturas de origen. Las relaciones de género en las poblaciones de origen de los colectivos inmigrantes merecen un análisis más detallado y equitativo al que no ayudan en nada los estereotipos racistas.</p>	<p>8.D. Garantizar la autonomía jurídica de la mujer inmigrante no vinculando su derecho de residencia y trabajo a la situación administrativa de su pareja.</p>

Tema 9: ¿Afecta a la salud de la mujer inmigrante el choque de valores opuestos entre comunidad de origen y de acogida?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>9.1. Las mujeres pertenecientes a grupos de origen inmigrante se encuentran ante un complejo grupo de problemas vinculados a la contraposición de sistemas de valores en ocasiones opuestos. A menudo procedentes de culturas tradicionales, en el seno de sus familias se espera de ellas que ajusten su comportamiento a las pautas tradicionales. Al mismo tiempo se espera de ellas que trabajen y vivan en contextos post-industriales que no valoran dichos comportamientos tradicionales y que, por el contrario, proponen pautas de actuación social altamente individualizadas. El resultado es una fuerte presión sobre dichas mujeres, que con frecuencia repercute sobre su salud psicológica y emocional.</p> <p>9.2. En ocasiones surgen también problemas específicos para acceder a los tratamientos sanitarios por cuestiones relacionadas con los sistemas de valores de sus comunidades de origen (no aceptación del tratamiento por profesionales sanitarios masculinos), lo cual repercute también negativamente sobre la salud de este colectivo.</p> <p>9.3. Existen diversos estudios que insisten en que la mujer inmigrante tiene una mayor propensión que el hombre a presentar alteraciones psicológicas causadas por el desarraigo, el estrés, la ansiedad y la adaptación.</p>	<p>9.A. Promover sistemas de prevención que establezcan vinculaciones con las comunidades de origen inmigrante para acercar el sistema sanitario público a sus nuevos usuarios.</p> <p>9.B. Formar a los profesionales sanitarios para afrontar demandas diferenciadas de nuevos perfiles de usuarios.</p> <p>9.C. Incrementar los recursos de atención ,promoción y prevención específicos de salud reproductiva y sexual en aquellas zonas con gran concentración de población de origen inmigrante.</p> <p>9.C. Persecución más efectiva de las redes de tráfico de mujeres para la prostitución, facilitando su denuncia sin represalias para la mujeres, incluyendo a las indocumentadas.</p>

Tema 10: ¿Se da suficiente atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer inmigrante?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>10.1. Entre las mujeres de origen inmigrante se detecta con claridad una inercia en las pautas reproductivas respecto a las de sus países de origen durante los primeros años de asentamiento en su país de acogida. Esto implica que mantienen altos índices de gestación y natalidad, muy propios de sus países y , tardan en asimilarse a las cotas más bajas propias de las sociedades más ricas.</p> <p>10.2. Es importante, no obstante, llamar la atención sobre un notable déficit de educación sanitaria entre las mujeres de origen inmigrante en cuestiones relacionadas con la planificación familiar, lo cual provoca una mayor incidencia de embarazos no deseados o el recurso más frecuente a la anticoncepción post-coital. Esta situación queda agravada por la escasez de recursos que se registra en algunas zonas con importante presencia de inmigrantes en lo que se refiere a atención ginecológica, obstetricia, planificación familiar y pediatría. Esta situación es fruto de una planificación marcada por la tendencia autóctona sobre este fenómeno, así como por la incapacidad de los servicios de gestión sanitaria a adaptarse con diligencia a las nuevas realidades sociales.</p>	<p>9.A. Exigir al sistema sanitario una planificación y una dotación de recursos que tenga en cuenta las necesidades de los colectivos de mujeres inmigrantes.</p> <p>9.B. Promover iniciativas de todo tipo y en todo ámbito centradas en la educación sexual y reproductiva, con especial atención a las demandas de los colectivos de población inmigrante.</p>

Tema 11: ¿Merece atención especial la violencia de género contra la mujer inmigrante?

Lo que está pasando	PROPUESTAS
<p>11.1. Las mujeres de origen inmigrante representan un grupo particularmente vulnerable, en la medida en que su margen de autonomía (económica, jurídica, social) respecto a sus parejas es relativamente limitado, y que en ocasiones el carácter fuertemente patriarcal de sus comunidades de origen muestra actitudes poco taxativas frente a este tipo de prácticas abusivas. Las condiciones de hacinamiento en las viviendas es el factor de riesgo que más favorece estas agresiones.</p>	<p>11.A. Establecer sistemas de vigilancia sobre el respeto a los derechos de las mujeres, incluyendo medidas de discriminación positiva en el ámbito sanitario, laboral, familiar, de protección social, etc.</p> <p>11.B. Garantizar la plena autonomía (jurídica, económica, etc) de las mujeres para evitar la continuación de situaciones de maltrato.</p> <p>11.C. Establecer programas de educación en la igualdad étnica, de género, etc.</p>