Teresa Sánchez-Sagrado & Marta Ibáñez Carrasco

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA ÚLTIMA DÉCADA

ASE [asociación europeos]

Teresa Sánchez-Sagrado & Marta Ibáñez Carrasco

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN LA ÚLTIMA DÉCADA

© Teresa Sánchez-Sagrado
Marta Ibáñez Carrasco

© ASE [Asociación Europeos]
General Pardiñas, 72 – 28006 Madrid
Telf.: 91 402 28 44 · Fax: 91 401 01 68

Diseño, maquetación y producción:
ARTS&PRESS

Primera edición: Julio de 2013

ISBN: 978-84-940651-0-1

Depósito Legal: M- -2013

ÍNDICE

Prólogo 8

1. Introducción 11
1.1. Antecedentes 13
1.2. Objetivos 16
1.3. Metodología 17

2.La Asistencia Sanitaria a la Población Inmigrante 23
2.1 La relación cotidiana con los Servicios de Salud 25
2.1.1 Vicisitudes en la atención 25
2.1.2 La conflictividad del idioma 31
2.1.3 Tiempo en consulta/Tiempos de espera 41
2.2 Acceso, uso y "abuso" 44
2.2.1 Conocimiento del sistema y acceso 44
2.2.2 Usos y barreras culturales: diferencias con la población autóctona en la percepción de la salud. Influencia del país de origen 55

2.2.3 Adaptación: adaptar al inmigrante, adaptación del sistema sanitario, mezcla de realidades, modos y maneras… 62
2.2.4 Tópicos: el abuso 74
2.3 Médicos inmigrantes: un recurso por descubrir 87
2.3.1 Relación entre profesionales 88
2.3.2 Ventajas/Desventajas 91
2.3.3 Perspectiva del paciente 95

3. Necesidades sanitarias no cubiertas 103
3.1 La formación intercultural de los profesionales (o falta de ella) 105
3.1.1 Situación actual y cambios 105
3.1.2 Necesidades formativas en materia de inmigración 113
3.2 Mediador intercultural sociosanitario: un recurso infrautilizado 117
3.2.1 Situación actual de la figura del mediador 117
3.2.2 Necesidades específicas en torno a esta figura 119

4. El RD de Sostenibilidad del Sistema Sanitario y su repercusión en la atención sanitaria al inmigrante en la Comunidad de Madrid 125
4.1. Evolución de la atención sanitaria en materia de inmigración: desde la llegada significativa de inmigración a la publicación del RD 16/2012 128
4.2. El significado del RD 16/2012 para la población autóctona e inmigrante 134
4.3. Problemas administrativos desde el RD 16/2012 144
4.4. Atención a embarazadas y menores 146
4.5. Cambios en el sistema sanitario en relación al RD 151

5. Conclusiones y líneas de actuación 155

1. Creación de un canal oficial de información consensuada y difusión por mecanismos oficiales 157
2. Formar en diversidad cultural al personal sanitario y no sanitario (especialmente al personal administrativo) 160
3. Planteamiento de un servicio sanitario más flexible debido a la existencia de una sociedad en proceso de cambio 162

6. Listado de abreviaturas 166

7. Bibliografía 169

Prólogo

La Asociación Europeos (ASE), ha realizado durante la primera mitad de 2013 un proyecto inicial en la Comunidad de Madrid con el objetivo de "*Empoderar socialmente a la mujer migrante mediante la educación para la salud*". El proyecto planteaba que las peculiaridades en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante son determinados por la mezcla de elementos culturales propios (su forma de concebir la salud), la realidad del sistema sanitario del país de origen y las expectativas de las prestaciones sanitarias ofertadas por el del país de acogida. Proponía que la educación para la salud de la mujer inmigrante empodera y legitima su importancia dentro de la sociedad (la mujer sigue siendo punto de referencia en la educación y en la salud de la familia). Añadía, además, que las competencias que adquieren las mujeres en educación para la salud contribuyen (como efecto multiplicador) a la mejora de sus condiciones sociosanitarias y también a las de sus hijos, parejas y entorno.

Como punto de partida se planteó hacer un estudio cualitativo en profundidad de la evolución de la atención sanitaria a la población inmigrante en la Comunidad de Madrid durante los últimos tiempos. Y se encargó este trabajo a dos personas con capacidad y experiencia. Teresa Sánchez Sagrado, especialista en Salud Pública y en Medicina Familiar y Comunitaria, además de médico con gran experiencia en la atención sanitaria directa a poblaciones migrantes en contextos diversos (ha trabajado en España, Suecia, Reino Unido y Bélgica), cuen-

ta con la preparación idónea por su experiencia como evaluadora de proyectos de salud para la EACH (Executive Agency for Health and Consumers), agencia ejecutiva europea dependiente de la Dirección General de Salud y consumidores (DG Health and Consumers). Y la socióloga Marta Ibáñez Carrasco, socióloga, especialista en *investigación social aplicada y análisis de datos* por el CIS. Como investigadora ha manejado técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas, en temas de exclusión social, inmigración, discapacidad, violencia de género, etc.; y como docente en el campo de la Sociología de la Educación ha colaborado en la Universidad de Alcalá. Coautora del libro: "El cambio lingüístico en la educación en los últimos 25 años en España", colección de estudios del Instituto de la Mujer.

Teresa Sánchez y Marta Ibañez formaron, desde el primer momento, un tándem compenetrado y entusiasta que nos han hecho ilusionarnos a todos los que hemos tenido que seguir de cerca sus trabajos con el tema que ellas han estudiado y analizado en profundidad. Por eso es un placer poder presentar el resultado de los mismos recogidos en esta publicación que ahora lanza la Asociación Europeos.

Esperamos que los resultados sean de utilidad a todos aquellos que trabajan con migrantes, desde el ámbito privado o público, a los migrantes mismos y a los servicios de salud. El objetivo final de una sociedad plural integrada en todos los campos nos impulsa a todos. Es un sueño y un reto para nuestro presente.

José Magaña
Director de la Asociación Europeos (ASE)

1.
Introducción

1.1. ANTECEDENTES

"Es en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época"

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Exposición de motivos

El fenómeno de la inmigración ha supuesto un impacto sin precedentes en la población española en los últimos 13-15 años. Datos procedentes del Observatorio de Inmigración de la Comunidad Autónoma (CCAA) de Madrid del año 2013 indican que la población extranjera en Madrid en el año 2010 era de 1.118.991 habitantes, es decir, el 17,1% del total. Actualmente, debido a la crisis, el número de extranjeros ha disminuido y roza el millón de habitantes (15,26% de la población total). A esta cifra hay que añadir cerca de 250.000 extranjeros que viven en Madrid y que ya poseen nacionalidad española y gracias a ella los mismos derechos y deberes que la población española, entre ellos,

el derecho a la asistencia sanitaria. A pesar del descenso poblacional de los últimos 3 años, la cifra de extranjeros en Madrid (con o sin nacionalidad española) representa una parte significativa de la población total. Por este motivo, a la hora de planificar servicios tan complejos como la atención sanitaria, hay que tener en cuenta que un número no desdeñable de usuarios no son autóctonos (aunque algunos de ellos ya tengan pasaporte español), lo cual implica que tienen unas necesidades y unas expectativas de atención sanitaria diferentes.

Teniendo en cuenta datos del mismo informe, la población extranjera en la CCAA de Madrid es una población joven. El 53,28% tienen entre 25 y 44 años y un 26,19% son menores de 25 años. Es importante subrayar, dado que vamos a hablar de realidad sanitaria, la existencia de numerosos estudios que demuestran que los ciudadanos extranjeros son individuos generalmente sanos que utilizan los servicios sanitarios menos que la población autóctona. La excepción son las urgencias –para la atención de procesos agudos- y la atención obstétrica –mujeres en edad de procrear-. También se ha señalado que, con el paso del tiempo, las características de uso de los servicios sanitarios se asemejan a las de la población autóctona.

Es importante tener en cuenta estos datos, no solo por la importancia que tienen a la hora de planificar los servicios sanitarios sino también, como veremos a lo largo del informe, porque son datos esenciales para desmontar tópicos, como el relacionado con el abuso de la asistencia sanitaria por este colectivo, lo que se ha utilizado para justificar algunos supuestos en el Real Decreto 16/2012 de Sostenibilidad del Sistema Sanitario.

El reto que suponía la integración de los inmigrantes en el Sistema Sanitario de la CCAA de Madrid hace una década, continúa siéndolo. Los profesionales, la Administración, los ciudadanos y los inmigrantes se han esforzado para tratar de transformar el reto en una realidad. Sin embargo, los esfuerzos realizados, que no han sido pocos, no han dado el fruto esperado. La razón principal ha sido la desconexión existente entre los servicios ofertados por la Administración y el contexto social. A lo que hay que añadir una falta de planificación estratégica. Ha primado una visión cortoplacista de profesionales y una administración orientada a facilitar el trabajo diario del personal sanitario y a evitar en lo posible la confrontación entre usuarios, profesionales y administración. La transformación del Sistema Sanitario para que fuera capaz de

responder a una realidad sanitaria diferente y cambiante ha quedado en un segundo plano. Las consecuencias de esta priorización irán quedando patentes a lo largo del presente trabajo en forma de obstáculos a superar en el funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

El objeto de esta investigación no es profundizar en los problemas de acceso de los inmigrantes a los recursos sanitarios sino en las razones por las cuales, después de una década, siguen existiendo problemas similares o incluso los mismos, en el acceso y en la asistencia efectiva a la población extranjera. Sobre todo, si tenemos en cuenta que más de un 90% de esta población, lleva ya más de 5 años viviendo en nuestra Comunidad.

La entrada en vigor del RD Ley 16/2012 de sostenibilidad del Sistema Sanitario ha traído consigo una interesante reflexión. Por un lado, nos ha permitido darnos cuenta de lo que habíamos conseguido. La mayoría de los inmigrantes (con y sin papeles) tenían acceso legal al Sistema Nacional de Salud Español así como al Servicio Madrileño de Salud. Un motivo para sentirnos orgullosos si nos comparábamos con los países del entorno europeo. Por otro lado, nos ha ayudado a darnos cuenta de la fragilidad de las estructuras en las que se apoya nuestro Sistema sanitario y la dificultad de adaptación que ello supone frente a los cambios, ya sean demográficos o económicos.

Este trabajo no presenta estadísticas de la frecuencia de acceso de los inmigrantes al Servicios de salud, sino que describe los **obstáculos** que los inmigrantes y los profesionales encuentran, y han ido encontrando, **en la última década**: Necesidades formativas, falta de flexibilidad de las estructuras sanitarias, ofertas que no satisfacen las demandas, demandas que no encuentran solución real, etc. Se trata, en definitiva, de sacar a la luz la desconexión evidente entre los servicios ofertados por la administración y las necesidades percibidas por profesionales y usuarios.

La situación aquí descrita no pretende ser un análisis exhaustivo. Estrictamente desea subrayar los obstáculos con los cuales los profesionales y los inmigrantes han ido tropezando en el acceso a los servicios sanitarios y las soluciones, o falta de las mismas, que ha ofrecido el SERMAS.

El RD de Abril del 2011, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, ha marcado un antes y un

después en los derechos de atención sanitaria de los inmigrantes y de la población autóctona –aunque este no es el tema de nuestro estudio-. Ha sido inevitable añadir un capítulo con la opinión, los problemas y las posibles soluciones a una legislación que parece no haber hecho bien las cuentas entre el coste generado para satisfacer las necesidades sanitarias reales de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid y el coste que crearía una desatención de las mismas. En cualquier caso, veremos que el acceso de la población inmigrante indocumentada a la atención sanitaria no depende necesariamente de la legislación vigente. Existen otros cauces informales de asistencia, ya conocidos por los profesionales, que permiten que el extranjero acceda al sistema cuando realmente lo necesita, independientemente de su "estatus de ciudadano".

1.2. OBJETIVOS

El presente estudio se ha basado en la consecución de dos objetivos principales y cinco objetivos específicos descritos a continuación:

A. Objetivos generales:

a.1. Identificar las principales características de la atención sanitaria a inmigrantes que se ha proporcionado en la Comunidad de Madrid durante los últimos 10 años.

a.2. Proponer posibles vías de solución a los problemas detectados.

B. Objetivos especificos:

b.1. Detectar las necesidades subjetivas de servicios sanitarios a los inmigrantes asentados en la Comunidad de Madrid.

b.2. Desmontar el tópico: "los inmigrantes abusan de la sanidad española". Indagando en el uso del SERMAS y la existencia de barreras culturales.

b.3. Analizar la evolución de la oferta sanitaria (adaptación y cambios) en la última década:

— Servicios a los inmigrantes.

— Formación a los profesionales.

— El papel de los servicios de mediación cultural.

b.4. Identificar los cambios en la atención sanitaria al inmigrante que ha supuesto la implantación del Real Decreto 16/2012 de sostenibilidad del Sistema Sanitario en la CCAA de Madrid desde el punto de vista de profesionales e inmigrantes.

b.5. Estudiar los efectos de la presencia de médicos extranjeros en el SERMAS:

— Relevancia de las/os profesionales extranjeros en el Servicio.

— Actitudes de las/os profesionales y compañeros.

— Actitudes de las/os usuarios del Servicio Madrileño de Salud.

1.3. METODOLOGÍA

Los métodos de investigación cualitativos ofrecen la posibilidad de explorar aspectos complejos y explicar el cómo y porqué de los fenómenos observados en el contexto real en el que se aplican los servicios sanitarios, admitiendo la participación e interacción de todos los actores que realmente toman parte en las labores de planificación, incorporación, gestión y utilización de dichos servicios.

Las metodologías de investigación cualitativas tienen la capacidad de aportar información que permite evaluar las perspectivas de los actores implicados en el uso y manejo de los servicios sanitarios o los obstáculos a la hora de proporcionar una atención más específica a una población con características diferentes a las habituales. Por esta razón, para este estudio se ha elegido como técnica principal la **entrevista en profundidad**.

Durante el **trabajo de campo** se han realizado un total de **veintidós** entrevistas en profundidad repartidas entre:

- Población inmigrante
- Población española
- Profesionales del SERMAS (tanto sanitarios como no sanitarios)

Para la selección de entrevistados se ha procurado la adaptación a las siguientes **características**:

- **Población extranjera:**

  — Principales nacionalidades residentes en la Comunidad de Madrid[1]. De 1.015.054 extranjeros:

- Países Europeos: 42,2% (Mayoritariamente de Rumanía: 19,9%)
- Países Americanos: 40,9% (Mayoritariamente de Ecuador: 8,9%)
- Países Africanos: 10% (Mayoritariamente de Marruecos: 6,8%)

  — Con un uso y manejo suficiente del SERMAS (un mínimo de 5 años residiendo en España).

- **Población autóctona:**

  — No tener influencia del sector sanitario o de Servicios Sociales.

- **Profesionales:**

  — Trabajar en zonas con presencia significativa de inmigrantes: Carabanchel, Usera, Lavapiés, Torrejón de Ardoz, etc.

  — Pertenecer al ámbito hospitalario y de Atención Primaria: médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, pediatras, matronas, profesionales de enfermería, profesionales de urgencias hospitalarias, etc.

  — Dependientes de la máxima variedad de zonas y centros:

---

1 Estadística *del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos para: Comunidad de Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE).*

CENTROS SANITARIOS
CS General Ricardos (Distrito: Carabanchel)
CS Legazpi (Distrito: Arganzuela)
CS Gandhi (Distrito: Ciudad lineal)
CS Lavapiés (Distrito: Centro)
Hospital Clínico San Carlos (Distrito: Moncloa)
Hospital La Paz (Fuencarral-El Pardo)
Hospital Ramón y Cajal (Distrito: Fuencarral - El Pardo)
Hospital Urgencias Torrejón (Torrejón de Ardoz. Zona Este de la CM)

Finalmente los informantes han quedado estructurados de la siguiente forma:

PROFESIONALES	POBLACIÓN INMIGRANTE	POBLACIÓN ESPAÑOLA
SANITARIOS	EA13 Ecuador	EA21 Española
EA1 Enfermera de atención primaria	EA14 Alemania	EA22 Española
EA2 Enfermera de urgencias	EA15 Marruecos	
EA3 Médico de atención primaria	EA16 Marruecos	
EA4 Médico de atención primaria	EA17 Rumanía	
EA5 Matrona	EA18 Camerún	
EA6 Médico extranjero	EA19 Paraguay	
EA7 Médico de atención primaria	EA20 México	
EA8 Pediatra		
NO SANITARIOS		
EA9 Administrativo		
EA10 Trabajador social		
EA 11 Trabajador social		
EA 12 Mediadora intercultural (de población china)		

Pero la entrevista en profundidad no ha sido la única técnica utilizada. Para responder a los objetivos establecidos el equipo de investigación ha recurrido a **otras** dos **herramientas metodológicas**:

Revisión bibliográfica: Se ha realizado una búsqueda y recopilación sistemática de la información publicada, relacionada con el tema de estudio, para obtener información sobre:

- El uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante.
- Actitud de las/os profesionales del Sistema sanitario ante la realidad migratoria.
- Funcionamiento de los servicios sanitarios frente a la nueva realidad social multicultural.
- Realidad migratoria en la Comunidad de Madrid.
- Desarrollo de la nueva normativa en materia de regulación del beneficiario sanitario.
- Etc.

Análisis de datos secundarios. Principales fuentes:

- Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios de la Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos sociales: Encuesta Regional de Inmigración 2012 (ERI).
- Instituto Nacional de Estadística (INE): Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Estadísticas sociolaborales.

En conjunto **estas tres herramientas nos han permitido** conocer los pormenores del funcionamiento del SERMAS frente a la nueva sociedad multicultural que caracteriza a la Comunidad de Madrid.

A continuación se detallan los resultados obtenidos del análisis en profundidad de las opiniones y experiencias de profesionales del Servicio de salud, así como de inmigrantes que residen en la región. Dichos re-

sultados se desglosan en **tres capítulos principales**, que nos permitirán comprender la realidad de la población inmigrante en el Servicio Madrileño de Salud y la repercusión que tiene su presencia en el Servicio, según los profesionales sanitarios que en él trabajan. Ambos enfoques permitirán el acercamiento a los **primeros efectos del RD** 1192/2012, permitiéndonos detectar problemas de funcionamiento y plantear aspectos de mejora.

2.
La Asistencia Sanitaria a la Población Inmigrante

2.1 LA RELACIÓN COTIDIANA CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Para empezar a tomar contacto con este capítulo se debe tener en cuenta el concepto de "diversidad cultural" (que implica la interacción de diferentes culturas coexistentes en un espacio geográfico determinado), ya que la relación de la población inmigrante con el SERMAS dependerá de cómo afronte la sociedad receptora dicha diversidad.

2.1.1 Vicisitudes en la atención

Comenzamos por estudiar la percepción de la población inmigrante sobre la atención recibida en el SERMAS. De esta forma se puede tomar el pulso a los problemas cotidianos que se producen dentro del Servicio y, en definitiva, a la conflictividad que pueda existir entre la población objeto de estudio y el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

Es por ello que para advertir dicha conflictividad se debe tener en cuenta que la percepción de la salud que tienen estos colectivos es diferente a la de la población autóctona. Situación que se reproduce incluso en el ideario de las/os profesionales del SERMAS. Es más, en ocasiones, la conflictividad puede provenir de que las creencias del personal sobre

la diferente percepción de la salud de las personas extranjeras muchas veces no están contrastadas:

> «***Lo más difícil de aceptar*** *es la dejadez a la hora de cumplir el horario. Faltan a muchas citas. Pero me he dado cuenta que* ***con el tiempo son un poco más conscientes de la importancia de su salud, pero no es lo más importante, no lo priorizan****. No le dan importancia al ejercicio y a muchas cosas que se les recomienda, porque* ***tienen otras prioridades que no son ellos o su salud****. Ellos han venido aquí a estar mejor económicamente.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Sí hay diferencia entre la población española e inmigrante. Además,* ***nos tenemos que adaptar a una nueva forma de vivir las enfermedades****, está claro.»*
>
> *EA3 Médico*

> *«Tanto con los árabes como con los sudamericanos tienen un* ***concepto de la muerte*** *que no es tan tremendista y tan trágico como tenemos nosotros. Es un sentimiento de que: "Bueno, es que Alá lo ha querido".* ***Tienen un concepto diferente de encarar y de sentir la muerte y la enfermedad****. Entonces, si tienen ese sentimiento de cara a la muerte, tendrán ese sentimiento de cara a la vida.»*
>
> *EA8 Pediatra*

Pero no solamente por cómo creen los profesionales que cada cultura concibe la enfermedad, sino también porque la realidad enseña que cada cultura tiene unas expectativas diferentes sobre los profesionales que se dedican al cuidado de la salud:

> «***Notaba mucha diferencia entre mi forma de tratar con un médico y la forma que podía tener mi novio (iraní)****. Lo que yo pensaba que es normal y que no es normal o también el nivel de exigencia o lo que yo creo que tendrían que hacer y lo que planteaba él. Él tiene un* ***concepto de que el paciente está abajo y el médico arriba*** *y mucha creencia en que sea el médico que*

sea no hay que plantear ni preguntas ni críticas y coger el menos tiempo posible.»

EA14 Alemania

Pongamos como ejemplo dos personas de culturas que podrían ser aparentemente afines pero que presentan múltiples diferencias, como pueden ser la cultura española y la mexicana. Mientras que la española espera del profesional sanitario certeza a través de la tecnología (valorando sobre todo elementos de diagnóstico y tratamiento), la mexicana espera minuciosidad personal, es decir, un trato más cercano y atento (valorando especialmente la exploración física), que asociará con una mejor atención en el sentido de tiempo dedicado y calidez en el trato recibido:

«Allí la gente evita ir al Centro de Salud (CS) porque te tiras todo el día, pero una vez que te atienden la atención es muy buena, ***muy personalizada. No es como aquí,*** *de: "Toma mucha agua y paracetamol". No, allá una vez que pasas con el doctor te revisa, te pregunta, ve todo tu historial…* ***Ahí sí noté que la atención es muy diferente****.»*

EA20 México

Pero este no es el único grupo cultural que asocia el trato amable y familiar del profesional sanitario con un servicio óptimo. Tanto los colectivos de latinoamericanos como los de magrebíes dan especial relevancia a este tipo de atención. Es por ello que el hecho de que no se produzca confrontación con el profesional sanitario genere la sensación de recibir un servicio adecuado:

«Los médicos están ***majísimos****, la enfermera majísima... Mi hija la mayor va a vacunarse todos los meses y* ***ni un problema****. Los veo* ***muy agradables****. Mucho mejor que mi país.»*

EA15 Marruecos

«La sanidad de cuando llegué a España hace 25 años ***era una sanidad muy buena*** *pero* ***tampoco la usé yo mucho,*** *tampoco me hacía falta porque era muy joven. Y estoy muy contenta con la sanidad pública. La primera vez fue porque*

tuve un aborto y me entendieron muy bien, los sanitarios ***eran muy atentos****.»*

EA16 Marruecos

Mientras que, por otro lado, podemos encontrar alguna similitud entre el ideario del ciudadano madrileño medio y el colectivo de inmigrantes más numeroso en la Comunidad de Madrid[2], el de ciudadanos rumanos:

«Yo veo que en los hospitales ***son respetuosos con las necesidades*** *del enfermo. En cuanto a dieta, a los servicios de la vida diaria, las atenciones básicas, los hospitales limpios se aprecian mucho. Que tengas el baño, que tengas medicación… Entonces,* ***alguno que se queja, se queja porque quiere****. Y se queja porque no entiende y si no lo entiende, tampoco lo pregunta y se monta una película.»*

EA17 Rumanía

No obstante, esto no debe llevarnos a error. Esto no quiere decir que ambas culturas sean idénticas. Aunque sí nos permite tomar conciencia de la importancia de la cultura de origen a la hora de estudiar la relación de uno u otro usuario con el Servicio de salud, debido a la influencia inevitable que el país de origen tiene sobre las expectativas de dicho usuario:

«La gran mayoría dicen que están bien atendidos. ***Aprecian mucho la calidad del sentido sanitario*** *y la generosidad del personal que trabaja en los hospitales.* ***La atención, la comparan muchas veces con los que trabajan en Rumania****, porque dicen que aquí son mucho más amables. Pero nadie piensa que aquellos tienen un sueldo que no les llega para comer. Aquí en cambio tienes la satisfacción de que con un sueldo sobrevives, vives. [Ríe] Entonces, la motivación es diferente.»*

EA17 Rumanía

En este momento se debe apuntar que uno de los mayores generadores de conflictos es que la sociedad receptora espera que la población

2 Que según la última Encuesta Regional de Salud (abril 2012) suponen el 26,7%.

inmigrante respete las normas establecidas sin desviación alguna, con el fin de que no provoque la desorganización del Servicio. Por tanto, y tomando esto en consideración, es primordial que se tengan en cuenta las diferencias culturales sobre las expectativas y comportamientos de la población inmigrante, ya que en caso contrario no se está afrontando la realidad existente, puesto que la adaptación a la norma es habitual en el proceso de aculturación pero no se produce en todos los casos de forma instantánea:

> *«En la población china **la gente era bastante más cerrada**. Eran muy dados a decir que sí a todo pero no hacían caso a las pautas de alimentación que había que darles. Con marroquíes teníamos suerte, porque sí que **hacían caso a las indicaciones que el pediatra hacía**. La alimentación y las pautas de alimentación también eran peculiares, pero bueno como el pediatra más o menos estaba de acuerdo en lo que hacían pues no nos metíamos.»*
>
> *EA2 Enfermera*

> *«Sí que **necesitaba tiempo para comprender qué tengo que hacer** para ir al médico, **porque el sistema era muy diferente a lo que yo conocía**.»*
>
> *EA14 Alemania*

> *«Mi experiencia no fue nada traumática con el CS porque **sabía que me tengo que esperar** y además encontré gente extremadamente profesional. La doctora de cabecera fue sensible, atenta...»*
>
> *EA17 Rumanía*

Pero el cumplimiento de expectativas no solo se da entre la población autóctona sino también entre la población extranjera. Para el colectivo inmigrante cuando estas expectativas de "cómo deberían ser las cosas" no se cumplen puede producirse desconfianza en el sistema sanitario:

> *«En Alemania se tarda menos en hacerte una prueba, a cambio no tenía esa sensación que muchas veces tenía en Alemania, que es la de que esta radiografía me la mandan para ganar ellos. Es decir, **da bastante seguridad el que vas y sientes que tu médico te receta lo que cree necesario**, porque no hay una relación de cobro directo. Esta es una de las cosas que noté mucho, el que si*

tu médico tiene o no un interés directo y una ganancia directa de hacerte más o menos pruebas.»

EA14 Alemania

*«Aprendimos a coger la cita, a esperar… **Aprendimos que así funciona.** Que **no nos ocurre a nosotros la espera esta porque somos extranjeros**. Entonces, poco a poco **te ubicas**, te das cuenta de cómo coger número, **que tienes qué hacer**, por dónde tirar, lo que tienes que hacer y tal.»*

EA17 Rumanía

Y esta desconfianza puede dar lugar a más conflictos, como los que el propio Servicio pretendía evitar con la desviación de las normas por parte de la población recién llegada. Es decir, la pretendida solución se puede convertir en un agravante del problema. Por tanto, es fundamental que en el proceso de "acercamiento a la norma", por parte de la población inmigrante, el SERMAS haga de guía visible, conociendo las expectativas de unos y otros, y estas se puedan cumplir de la forma más consensuada posible, evitando suspicacias y manteniendo la organización y el buen funcionamiento del Servicio de salud.

Pero, además, hemos de puntualizar a lo anteriormente dicho, que los distintos colectivos de inmigrantes residentes en la región no solo tienen expectativas sobre los sanitarios, sino sobre todo el personal que trabaja en el SERMAS, ya que se espera de todos ellos que muestren una sensibilidad especial hacia la salud y todo lo que la rodea. Al no cumplirse estas expectativas con el personal administrativo, que suponen el primer filtro de atención del Servicio, se les considera como la primera barrera a superar:

*«Cualquier persona que viene y habla mal, desconoce, no sabe dónde ponerse… **No son más que problemas**. Entonces, en la medida que los administrativos son **parte de un sistema que vale para cuidar la salud** de las personas, también tienen que sentirse… Es una cultura de sitio. Porque también la atención administrativa es parte de una atención de la salud. Y cuanto **menos formación** tiene el puesto notas que hay **menos "involucración" con el concepto de salud**.»*

EA14 Alemania

*«Me quedo con los **problemas de las personas de la administración**, que **no sé cómo hay algunos que los ponen cara al público**, para atender a personas en momentos difíciles. Pero el trato es con todas las personas. Esas personas suelen atacar más a las personas de caras diferentes, de caras inmigrantes, porque ves como le tratan a uno y la que está siguiente como lo trata...»*

EA16 Marruecos

*«Problemas sobre todo con la gente de la recepción. Yo entiendo que como son el filtro, entonces reciben los primeros embistes. Les entiendo, pero no defiendo un **comportamiento poco solidario**, ¿no? Entonces, los médicos hacen su trabajo, pero es el personal administrativo que **a veces es un poco duro**.»*

EA18 Camerún

En este contexto, ya que esta actitud no resuelve los "trastornos" que los choques culturales generan en el Servicio de salud, es importante recordar que estas situaciones se producen por la falta de formación del profesional en materia de "diversidad cultural", la cual da lugar a situaciones cotidianas de conflictividad e ineficacia del servicio.

Este punto será retomado en capítulos posteriores debido a la relevancia que supone para el buen funcionamiento del SERMAS.

2.1.2 La conflictividad del idioma

Cuando se habla de problemas en la consulta, respecto a la población inmigrante, el personal del SERMAS acude instantáneamente a las dificultades que la diferencia de idioma genera.

*«Como si te llega un alemán, que te puede llegar un caso, es que es muy complicado. Con **el idioma** es muy complicado. **Hay que buscar a otro compañero** que medio sepa inglés, que se desenvuelva con el inglés. Es que es muy difícil.»*

EA1 Enfermera

«Lo que más hay es población de Bangladesh. Tienen sus patologías y es muy diferente, pero el problema de la barrera idiomática es muy importante. ***El idioma yo creo que es lo peor****.»*

EA7 Médico

«El tema del idioma, yo veo que eso sigue sin resolverse y eso ***es una de las cuestiones fundamentales****.»*

EA8 Pediatra

Lo más grave es que no solamente se habla de "problema" cuando se tratan las diferencias con el idioma sino que se relaciona directamente el concepto de "problema" con los/as usuarios/as extranjeros. Esta relación de ideas se produce por las molestias que pueden ocasionar cotidianamente, en cuanto a que: hay que dedicarles más tiempo para saber lo que les pasa, se tiene la sensación de que "no se han enterado", etc., lo que genera inseguridad y malestar. En esta situación, el idioma puede ser la "excusa" (consciente o inconsciente) en la que los profesionales escudan su falta de recursos para tratar a pacientes con necesidades sanitarias diferentes. Por estas y otras razones se percibe a esta población como más molesta:

«Yo estuve también en el CS de Almendrales y allí había mucha más población inmigrante, sobre todo ***chinos****. Entonces, bueno,* ***era muy difícil trabajar con ellos****.* ***Había muchos problemas porque con el idioma, era imposible****, claro, nadie del CS sabía chino.»*

EA1 Enfermera

«También es verdad, que el idioma es una barrera muy importante, por ejemplo, la gente de los países del Este, aprenden bastante rápido el idioma, pero un colectivo que ***no aprende el idioma*** *es el chino. Los niños sí, pero los adultos no. Entonces, es* ***muy difícil trabajar con ellos****, pero tan difícil que* ***llega a la exasperación****.»*

EA8 Pediatra

En cambio, cuando el usuario extranjero se comporta según lo que se considera una "conducta adecuada", que consiste en insertarse den-

tro de lo que el Servicio sanitario ya tiene "clasificado", el problema desaparece. Pero que el profesional no sienta que el usuario extranjero supone un problema, no quiere decir que el servicio sea el adecuado:

> *«Los chinos normalmente son bastante respetuosos. Luego **no sabemos si en casa se lo darán o no** pero por lo menos es la impresión que da.»*
>
> *EA8 Pediatra*

En ocasiones, como no se cuestiona el trabajo del profesional se asume que el usuario no desconfía y se concluye que el trabajo se ha realizado correctamente:

> *«Los chinos son bastantes respetuosos, no tienen esa **desconfianza**, que por ejemplo, muchas veces tienen los latinos, quizás, porque **entienden un poco más el idioma**, y por eso son un poco **más recelosos**: "¿Y esto porqué lo manda?.»*
>
> *EA8 Pediatra*

Como se observa, los problemas de comunicación también se pueden producir con los inmigrantes que hablan nuestro idioma:

> *«Parece que con los latinoamericanos tenemos la facilidad del idioma, aunque en realidad **no hablamos el mismo idioma**. Incluso, **es más complejo**. **Damos por hecho que nos vamos a comunicar más fácil**, pero **no nos entendemos**. Sus **prácticas** y su **forma de comunicarse** son **muy chocantes**.»*
>
> *EA4 Médico*

> *«Hay que expresarse para que te entienda el doctor qué es lo que tienes o qué es lo que te pasa. **Cuesta un poco de trabajo**. Incluso, a la inversa, yo tengo que volver a preguntarle: "¿qué es lo que tengo que hacer?" O "¿me repite? es que no entendí". Y sí **es el mismo idioma pero son 12.000 km**.»*
>
> *EA20 México*

Se suele dar por hecho que la comunicación es más fluida con ciudadanos/as de países con idiomas semejantes al español. Pero no se tiene en cuenta que la diferencia cultural puede ser muy grande y que el

lenguaje[3], siendo un componente de esa cultura, puede cambiar considerablemente de una cultura a otra. Pero si esta consideración formase parte de la conciencia colectiva del personal (sanitario y no sanitario) que atienden a población inmigrante en el SERMAS, se minimizarían los choques culturales en la consulta con pacientes de países latinoamericanos, ya que los/las profesionales estarían más preparados para afrontar los conflictos que pueda generar el idioma.

Aunque es obvio que los mayores problemas se producen con la población que habla un idioma completamente diferente al español:

> *«El idioma es un problema, el principal, porque **el problema es no entenderte con ellos**. Es muy difícil entenderte con una población que prácticamente no habla castellano. Entonces, intentar explicarle a un señor lo que tenía que rellenar, eso era **una verdadera lucha con ellos**.»*
>
> *E6 Administrativo*

También hay que considerar el problema de comunicación que esta situación supone para el inmigrante. Este tiene que asegurarse que el sanitario comprende sus síntomas y entender lo que le prescriben:

> *«Tuve familiares que estuvieron ingresados y los hijos han servido como interpretes, con lo cual la **imposibilidad de dejarlo en el hospital** por esta percepción de que no lo puedo dejar porque van a ir a decirle algo y **no se va a enterar y tampoco el personal sabrá qué es lo que quiere**, la atención será un poco distorsionada por el motivo del idioma.»*
>
> *EA17 Rumanía*

En estos momentos el SERMAS no está resolviendo estos problemas de forma "oficial", es decir, no es el propio Servicio el que está poniendo los medios para evitar: malentendidos, mayores problemas de salud, tensión en las salas de espera y las consultas, o cualquier otra situación de conflicto provocada por la falta de entendimiento y comunicación entre paciente y profesional (sanitario o no). Aunque bien es cierto que

---

3 *Definición: Sistema de símbolos que permite a los miembros de una sociedad comunicarse entre sí. Mecanismo más importante de reproducción cultural, que asegura la transmisión de una cultura de generación en generación" (Macionis y Plummer. Sociología. 1999)*

han existido ejemplos de servicios específicos que han intentado resolver dichos problemas (como es el caso del Ayuntamiento de Madrid), pero que con la actual situación de crisis económica estos servicios han desaparecido. En la actualidad, la forma más habitual de resolver esta situación es la que a continuación se relata:

> *«Nos reuníamos nosotras, pero **no porque hubiera algo establecido que nos lo facilitara**. Es que decíamos: "Tenemos este problema, ¿cómo vamos a solucionarlo? Pues vamos a ver si conseguimos que alguien nos ayude". Y siempre había gente que te ayudaba, como las traductoras. Entonces eso era **a nivel personal**.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Era más complicado que con la población autóctona, claro. ¡Es que el idioma! El idioma era imprescindible y **si no había una persona que nos pudiera hacer de intermediario era imposible**.»*
>
> *EA2 Enfermera*

> *«Siempre estábamos diciéndoles **que vinieran con alguien que hablara castellano**.»*
>
> *E6 Administrativo*

> *«En el 96 hablaba muy poquito, lo básico. Sí **tenía personas a las que preguntar o que tenían la paciencia para acompañarme**, con lo cual no me sentí de no poder entender o no poder seguir porque **siempre tenía a alguien que se tomaba el tiempo necesario** para explicarme que qué tengo que hacer.»*
>
> *EA14 Alemania*

> *«Yo cuando vine todavía yo no hablaba español, entonces, yo es que la primera vez que me fui al médico vino conmigo mi marido.»*
>
> *A15 Marruecos*

> *«Yo **lo único que he visto ha sido un cartel en el centro de salud que pone**: "Traiga contigo un traductor, si no sabes el*

idioma". Pero se supone que ***te lo tienes que pagar tú o llévate a alguien contigo*** *que te pueda traducir lo que te pasa.»*

EA16 Marruecos

«Algunos ***recurrieron a gente que llevaba más tiempo aquí*** *para que haga de intérprete y que poco a poco empezaron a aprender el idioma. Nosotros, los primeros que fuimos llegando, aprendimos el idioma porque* ***nuestros hijos*** *estudiaban ya aquí.* ***Servían ellos a las familias muchas veces de intérpretes****.»*

EA17 Rumanía

El hecho de que la Administración madrileña no facilite los mecanismos estandarizados "oficiales" que lleguen a todos los profesionales, para resolver los problemas que genera el idioma, y que tenga que ser el propio inmigrante el que aporte sus recursos puede provocar peligros de distinta índole:

«Siempre vienen acompañados con un amigo o con alguien que los trae y tal. Y luego cuando ya te empiezan a conocer ya vienen solos, ***aunque apenas hablen pues ya más o menos nos apañamos****.»*

EA7 Médico

«Los medios que los inmigrantes chinos utilizan para entender al médico no son medios que hemos puesto nosotros. ***Utilizan redes familiares de amigos y sobre todo de gestores****. A mí lo de los gestores me preocupa, porque yo he oído a algunos y sí es verdad que hablan chino pero también es verdad que no saben decir: cánula, hepatitis b, malformaciones congénitas o glaucoma. Entonces, me preocupa mucho* ***como transmiten estas cosas****.»*

EA12 Mediadora

*«****Explicar qué te pasa*** *es una dificultad. Para expresar al médico lo que te duele* ***es un problema****, hay que* ***explicarlo con señales****. Hace 10 años cuando no sabía el idioma me hubiera venido genial un médico árabe. Pero no podemos exigir tanto porque son muchos idiomas. Lo más fácil es tener un traductor en la consulta o en el centro de salud, porque eso va a facilitar muchas cosas.*

Mucha gente se queda en casa porque no saben lo que van a decir, no se expresa, no sabe lo que tiene y se automedican ellos solos.»

EA16 Marruecos

Que un Servicio de salud como el madrileño deje en manos de la "buena voluntad" del profesional o de la habilidad (o los recursos) del inmigrante el modo de resolver estas situaciones, no representa a un servicio sanitario de primer orden mundial. En este sentido, tanto profesionales como inmigrantes tienen constancia de la existencia en el pasado de algunas soluciones potenciales:

*«Había chicas **traductoras que sí que venían**, pero no eran siempre las que luego estaban disponibles por teléfono, pero, bueno, sí que nos ayudaban, sobre todo con la documentación que teníamos en otro idioma. **Nos venían muy bien**.»*

EA1 Enfermera

*«Teníamos lo que era **hojas de consejos**, de educación para la salud, pues para los bebés o para los diabéticos. Pues, ahí había consejos establecidos ya como una plantilla en el ordenador que los podíamos imprimir. Cuando les teníamos que recomendar alimentación, pues imprimíamos la hoja.»*

EA2 Enfermera

*«Con el tema del idioma ha habido una avanzadilla en los hospitales, incluso con un **servicio telefónico**. Pero este servicio sería **muy útil trasladarlo a centros de atención primaria**. No se ha desarrollado y tenía que existir desde hace años, ya que hay centros de salud que han llegado a tener 40% de población inmigrante.»*

EA11 Trabajador social

*«En algunos centros suele haber como un **traductor** chino, pero yo nunca he visto un árabe. [Ríe] Porque no soy yo la única, me imagino que hay miles de personas como yo. Dicen que hay pero ¿dónde están?»*

EA16 Marruecos

No obstante, a pesar del potencial del servicio de traducción y de los esfuerzos económicos (que seguramente fueron altos), este servicio no ha funcionado con la efectividad ni la eficiencia necesaria, puesto que tanto usuarios de este servicio como profesionales del Sistema no lo han percibido como útil, aunque sí como muy necesario:

> *«Normalmente teníamos que hablar a través de un traductor, con un teléfono móvil y muchas veces el traductor no estaba disponible.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Se pusieron **en otra época**, yo viví la época de los traductores, pero es que era... No funcionaba bien.»*
>
> *EA8 Pediatra*

Por tanto, se hace imprescindible en el día a día del funcionamiento del SERMAS la existencia de un servicio de estas características, pero en forma y modo que garantice la eficacia que el funcionamiento del Servicio precisa:

> *«No podemos exigir que los profesionales no solo hablen español, porque son muchos idiomas, pero al menos que tengan unos traductores, para que estén ayudados, **porque lo mismo que hay mucha gente por explicar mal, le van a medicar mal.»***
>
> *EA16 Marruecos*

Sobre la necesidad de este servicio se tratará más en profundidad en el último apartado del presente informe, por la relevancia detectada.

Continuando con el tema, queremos destacar que uno de los problemas más desgarradores que genera la falta de un servicio oficial y eficaz de traducción es el de los niños traductores. Es desolador observar como este es un recurso habitual en el día a día del funcionamiento de un servicio de salud como el madrileño:

> *«**Si tenían algún hijo pequeño que se defendía bien con el español pues bien, porque se lo podías explicar al hijo, el hijo se lo transmitía** y, bueno, al final sí se podía conseguir algo, pero si eran mayores los que venían más allá de la "hoja de consejos" era muy difícil tener una conversación. **Los niños, al***

final, eran los que mejor se lo podían transmitir, *no con el traductor, era mejor con la familia, si tenían un niño en edad de 13-14 años.»*

EA1 Enfermera

Por una parte, porque supone un problema práctico para la atención sanitaria cotidiana del colectivo inmigrante:

«Pero ***limitaba mucho la entrevista. Era muy difícil*** *porque muchas veces al niño, pues, hay cosas que no se les preguntaba. O temas que no sabíamos cómo abordar con niños. Entonces, pues, si tenían algún problema de integración social con el niño* ***no abordabas ese problema, porque es que son pequeños****, algunos tenían 6, 8 años. Entonces, claro, limitabas la entrevista a hablar lo justo, a ajustar síntomas, pero era todo. Porque te cuidas mucho,* ***porque piensas que el niño a lo mejor no se lo va a poder explicar bien****, pues entonces, a lo mejor, es una entrevista de ideas muy cortas, muy concretas, frases muy cortas para que a la hora de traducirlo, no dé lugar a que ellos entiendan otra cosa.»*

EA1 Enfermera

«A mí me resulta angustioso hablar de ellos con los niños. Y me parece que eso habría que resolverlo de alguna manera., ahora como ya tienen hijos que tienen 7-8 años, entonces, el niño sabe español y… Pero tú fíjate, tú haces determinadas preguntas a los niños que… ¿cómo sabes lo que le está diciendo a la madre? Es que es difícil. Entonces, a mí me intranquiliza ¿sabes? Es una población que me intranquiliza cuando están malitos.»

EA8 Pediatra

Pero, sobre todo, porque supone un problema ético:

«Me preocupa que algunas familias chinas utilicen a niños pequeños para que les traduzcan. A mí que vayan mujeres a abortar con el niño al lado o que vayan con un tema de malos tratos con un niño de 9 años me parece muy grave. A mí esto éticamente me parece que no lo debemos permitir. Es absolutamente intolerable. Entonces, si nosotros como sociedad española no ponemos solu-

*ción nos vamos a encontrar con que **esto va a ser como una bola de nieve**.»*

EA12 Mediadora

La falta de una solución institucional puede propiciar la aparición de prácticas espontáneas y en ocasiones "oportunistas", que puedan aprovechar estos "fallos institucionales" para generar problemas de mayor índole.

Lo más grave de esta situación es que, lejos de tener una pronta solución, se trata de un problema a largo plazo, que necesita un esfuerzo por ambas partes (el SERMAS y el inmigrante) por el bienestar de todos:

*«La mayor dificultad es el idioma. Es que viene el marido contándote los embarazos, que son cosas más íntimas para preguntar. Pues es el marido el que tiene que hablar por ella, como es el que lleva más tiempo, la mujer no conoce el idioma. Yo siempre insisto en que **deben de aprender rápidamente el idioma**, porque están solas en casa y si ocurre un accidente con los niños, ¿cómo llaman, cómo dan un aviso, cómo se desenvuelven? Y yo creo que sí se conciencian de que tienen que aprenderlo, porque **no puedes depender de tu hermano, de un vecino, de tu marido... para cosas que tienes que resolver tú**.»*

EA11 Trabajador social

*«Los niños estudian aquí y sabes de la capacidad de los niños de aprender muy rápido. Los mayores no tienen tiempo de aprender, tienen otros problemas, tienen que trabajar. Y **los abuelos** no tienen interés para aprender el español. Hace tiempo no había ningún tipo de posibilidad de ver la tele en rumano, estabas obligado a aprender español porque tenías que ver algo, pero ya llevamos años que existe la posibilidad de un canal de Rumania en casa. Entonces, los padres, mayores, que están aquí para cuidar a los niños, no escuchan español. Están un poco desubicados. Los usuarios del CS de los hospitales, muchos de ellos son los abuelos que están aquí para cuidar los nietos. Y **de nuevo esta necesidad de que alguien esté allí de intérprete**. Este que nunca va a aprender porque no le importa o porque tiene dificultad de aprender porque con esta edad no se aprende tan fácil. Están todo el día en casa, cuidando de los nietecitos. Además, las familias de los*

jóvenes quizá prefieren que los abuelos hablen rumano para que no lo pierdan y en el colegio se encargan de aprender el castellano.»

EA17 Rumanía

Estos indicios nos empujan a pensar en la necesidad de que el SERMAS disponga de un servicio de traducción eficaz que evite problemas mayores sanitarios y sociales. Esta cuestión debe convertirse en una prioridad en el funcionamiento del Servicio de salud cuando se habla de atención a la población inmigrante. Aunque en principio pueda resultar un problema difícil de resolver debido a la rigidez en la forma de contratación del personal que trabaja en el SERMAS. Un sistema sanitario que facilite la contratación de personal, con perfiles específicos adecuados a las necesidades detectadas y con movilidad entre los diferentes centros de atención mejoraría su eficiencia.

2.1.3 Tiempo en consulta/Tiempos de espera

En relación también con aquellas vicisitudes en la atención de las que se habló antes debemos atender al tiempo invertido en la consulta médica, tanto por parte del sanitario como por parte del usuario. Y es que es obvio que el tipo de atención recibida, y la calidad del servicio en definitiva, variará en función del tiempo del que disponga el profesional para atender a cada usuario/a. Y también es indiscutible que el tiempo para un usuario se alargará si se presentan dificultades culturales:

*«Los 5 minutos por paciente es horrible. ¿Cómo miras a un paciente en 5 minutos? Y **más con una diferencia cultural**. Es necesario un cambio de agendas.»*

EA1 Enfermera

Una de esas dificultades de las que hablábamos es, por supuesto, el idioma. Como ya se ha visto, este es uno de los problemas más destacados por las/os profesionales del SERMAS, y específicamente una de las mayores causas de demora en el servicio:

*«El problema en el centro donde teníamos inmigrantes chinos lo resolvimos… **con retraso.** Bueno, intentabas citarlos para que fuesen de los primeros o los últimos para **evitar que** fuesen en*

*medio de la consulta y te **generase una demora de más de una hora**. Y sí podía venir a última hora, pero vamos **a veces eran tantos** que es que ibas con retraso. Y en general eran respetuosos y la verdad es que lo solían entender, porque entendían que nosotros con el idioma… es que era horrible. Pero, vamos, **lo intentábamos solucionar como se pudiese**.»*

EA1 Enfermera

Pero esto no debe llevarnos a pensar que el colectivo inmigrante colapsa el servicio allá donde está presente, ya que ni todos tienen problemas con el idioma ni son los únicos causantes de demora:

*«Si me bajo al médico de cabecera tengo que estar una hora y pico esperando al médico, y la señora que está fuera dice: "Venimos al médico porque nos atiende bien y nos escucha", ¡no señora, al médico hay que ir cuando estás mal, pero que no es un psicólogo! Yo no tengo tiempo y por eso me cojo y me voy a la mía privada y pago lo que sea, que pago un montón y **no estoy para pagarlo pero** si me pasa mañana algo la tengo ahí, porque **estoy trabajando y no puedo tardar** mucho.»*

EA15 Marruecos

La realidad apunta a que el tiempo de espera le supone tanto trastorno a la población inmigrante como a la población autóctona, especialmente a los que residen en la región en calidad de inmigrante económico. Ya se ha hablado sobre las características de este tipo de emigración y la importancia de lo laboral en su proceso vital:

*«La población que había era sobre todo era de Sudamérica. La población joven, como trabajaba muchas horas, **no era frecuentadora.** Los más frecuentadores **eran los padres, que normalmente ya habían venido con ellos a vivir** y, la verdad es que bien, se trabajaba muy bien con ellos. Yo no he tenido ningún tipo de problema. Bueno, **tenían muchas dificultades laborales**, sí que es la verdad. Trabajaban muchas horas y como cuidadores no podían dedicar mucho tiempo, pero no había problema.»*

EA1 Enfermera

Dichas dificultades laborales son las que provocan cierta incompatibilidad con los horarios de atención del SERMAS. Es decir, en estos colectivos el horario laboral se convierte en el obstáculo principal para tener una relación normalizada con el Servicio de salud:

> *«**Trabajan muchas horas** seguidas, ellos **priorizan mucho el trabajo**, porque necesitan enviar el dinero, entonces se cuidan ellos.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Yo escogí la privada, **porque** la pública **tarda mucho**. El problema era que había que espera mucho tiempo para cualquier cosa, por eso me fui yo a la privada.»*
>
> *EA15 Marruecos*

Esta situación nos hace concluir que el tiempo de espera es un factor tan importante para la población inmigrante como para la autóctona, pero tiene un mayor peso "obstaculizador" para la primera a la hora de relacionarse con el SERMAS. Por tanto, la mejora en este aspecto particular de la atención sanitaria resulta relevante para toda la población activa laboralmente, independientemente de su origen cultural, pero si lo que se pretende es normalizar la relación de las personas extranjeras recién llegadas a la Comunidad de Madrid con el sistema sanitario esta es una circunstancia a tener en cuenta.

Todo lo anterior indica que el idioma no es la única dificultad particular de este colectivo para el acceso y correcto uso del Servicio de salud. Es por ello que en la adaptación del Servicio a la nueva realidad social es necesario que se tengan en cuenta los diferentes aspectos que suponen un obstáculo para la buena marcha del SERMAS ante la diversidad cultural existente en la sociedad madrileña.

2.2 ACCESO, USO Y "ABUSO"

2.2.1 Conocimiento del sistema y acceso

A la hora de enfrentarnos a la realidad de la población inmigrante en el Servicio Madrileño de Salud debemos preguntarnos: ¿cuánto saben los inmigrantes del Servicio?, ¿qué información manejan?, ¿cómo lo conocen? Porque esto nos llevará a saber si dicho conocimiento provoca fallos en el acceso o el uso y, por tanto, problemas dentro del Servicio de salud.

Debemos ser conscientes de la influencia que tiene la información que trae esta población de sus países de origen, bien por comparación con los sistemas de salud propios bien por las expectativas que traen del Sistema sanitario español en general (de referencia a nivel mundial):

> *«**Como que se tiene conciencia de que aquí es gratis, ¿no? Y de que lo pueden conseguir todo.** Y ha habido gente que a lo mejor pensaba que podía venir aquí y decir: "Pues quiero que me hagan no sé qué y que me envíen al no sé cuanto", pero **se les explica: "Bueno, no se te puede enviar al ginecólogo, hay criterios para derivar al especialista", y la verdad es que lo entendían bien**. A lo mejor, ellos vienen con otra idea, porque allí como es privado, pero se les explica que aquí es gratuito y se les va a atender pero que siempre hay un motivo de consulta para hacer una derivación, no es porque: "¡Ay! Pues me apetece hacerme una revisión".»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Como han oído que la sanidad española es la mejor del mundo, que es súper rápida y tal, esperan que alguien les conecte con un médico chino que sea rápido, les entienda y que siempre les dé medicinas. O sea, **eso de ir al médico y que no les diga una medicina no les parece normal**. Entonces, nuestro sistema que está híper cargado no puede **atender las demandas del colectivo tal y como ellos se las plantearían,** entonces, **dejan de ir.**»*
>
> *EA12 Mediadora*

*«Han quitado mucho para sanidad, pero yo la sanidad **no la veo mal**. La verdad es que no la veo mal, mal, mal, **comparado con** otro país, con **mi país**.»*

EA15 Marruecos

*«En Marruecos **es otra historia, pero más amarga**. En Marruecos hay médicos que son gratuitos, un médico para todo el barrio, pero puedes tardar para que te atienda desde las 7 de la mañana a las 7 de la tarde. Eso es lo que es la asistencia sanitaria en Marruecos, si no, **la vía privada, que es muy cara**.»*

EA16 Marruecos

*«Hay algo que nosotros echamos de menos, que es que cuando alguien va al médico normalmente le suelen hacer análisis un poco de todo, pero aquí el médico explica lo que le pasa sin más, entonces siempre **uno se va con la sensación de que no le han "mirado bien".»***

EA18 Camerún

***«Todos estaban contentos. Como para nosotros esto era una cosa nueva, era como venir al paraíso** del Edén, más o menos, vamos, aquí todo el mundo dice: "¿y hay médico gratis?" Sí, esa era la novedad, que te hacían las analíticas si te hacían falta, que te hacían los estudios de lo que fuera si hacía falta.»*

EA19 Paraguay

*«A mí me han operado, allá en México y aquí. Y yo lo que sentí es que cuando me operaron **en México estuve 10 días internado** en el hospital y **aquí cuando me operaron estuve ¡medio día!**»*

EA20 México

Por un lado, comparativamente cualquier sistema que se intuye como totalmente gratuito (en atención, pruebas diagnósticas, medicamentos, etc.) no puede salir mal parado frente a otro que suponga algún tipo de gasto por parte del ciudadano:

*«En Marruecos es pública pero **no te atienden igual que aquí**. Ahí sí te atienden pero la mayoría de ellos tienen consultas*

privadas y quieren que te vayas a la consulta privada. Eso es el problema. Y sí hay hospitales públicos que puedes ir sin pagar nada, te operan, pero ***no tienen lo mismo que aquí en España****. Yo la comparo con España y aquí mucho mejor.* ***Allí es cara. Una persona normal no se puede permitir la privada****. Una persona para ir a uno privado tiene que tener bastante dinero, sí. Es caro porque los sueldos de ahí no llegan para nada.»*

EA15 Marruecos

«Además, la medicación hay que pagarla, ***todo hay que pagarlo****. El porcentaje de las personas que tienen asesoramiento sanitario, como aquí, son pocos. Son las personas que trabajan para el estado, que cotizan en un régimen especial: los militares, los que trabajan en el estado... El resto nada. No es como aquí. Aquí es una ventaja grandísima, porque* ***todo el mundo tiene sanidad.»***

EA16 Marruecos

«Yo cuando vine y me enteré como era el sistema ***me quedé maravillada, porque de donde yo vengo la salud es una cosa de lujo.»***

EA19 Paraguay

Una cuestión interesante a este respecto, es cómo se percibe dicha gratuidad. Ya que el hecho de no tener que pagar en el momento de recibir la atención (y hacerlo a través de impuestos y retenciones), hace que se pueda llegar a pensar que el servicio recibido es "a coste cero" para el ciudadano que lo recibe. Por lo tanto, todo lo que cueste más que eso será peor.

Evidentemente, las opiniones no son tan simplistas y no se quedan únicamente en la idea del coste, sino que van más allá teniendo en cuenta la atención recibida o los recursos de que dispone el Servicio de salud. Estos temas serán tratados más en profundidad en capítulos posteriores cuando se trate la relación de la población inmigrante con el SERMAS.

Por otro lado, a lo largo de la última década se ha hecho palpable que la influencia de esa información sesgada acarrea problemas y conflictos por un mal uso de los servicios sanitarios:

«Van a su médico allí, luego vienen aquí y te cuentan, pero no para decirte: "Ay, hazme esta prueba", no. Luego sí hay gente que a lo mejor viene y se quieren hacer una analítica, que se les mande a tal especialista, más bien ***por falta de conocimiento*** *o porque* ***a lo mejor es la forma de trabajar de allí es distinta a la que tenemos*** *nosotros. Entonces, ellos vienen con unas costumbres distintas.»*

EA1 Enfermera

«Yo creo que usan los servicios de urgencias por la inmediatez: "Quiero que me solucione esto y ya". ***A veces por desconocimiento y a veces por la cultura****, creo yo. Por la facilidad que tenemos del acceso de la sanidad. Pero bueno,* ***sí que se van adecuando, van sabiendo un poco que hay que pedir cita****. Eso sí, según van estando aquí en España lo van, lo van incorporando. Pero tienes que estar ya un poco más metido en la vida madrileña y española, ¿eh? Yo creo que es con el tiempo. En principio sobre todo es urgencias en el hospital y urgencias en el CS.* ***Creo que son más frecuentadores de urgencias que la población española.»***

EA3 Médico

«Sí más o menos conoces las estructuras, si te suenan, entonces, te vas a adaptar mejor o peor a cómo usarlo.»

EA14 Alemania

En todo caso, dichas expectativas positivas son mayores, como es lógico, cuanta menos información se tenga o más sesgada sea ésta. A medida que la entrada de personas extranjeras se ha hecho más habitual en nuestro mercado laboral, la información que transmiten los primeros inmigrantes a sus compatriotas se va acercando más a la realidad que a esta visión parcial de la "universalidad" en la que se basaba el sistema de salud español en su conjunto:

«Yo creo que antes sí que venían con más expectativas de que aquí les operábamos y ***aquí les hacíamos de todo****. Ahora yo creo que ya no.»*

EA2 Enfermera

*«**Cuando se saben cómo va el procedimiento** de su enfermedad crónica **son respetuosos**. Se les dice: "Te toca la analítica anual". "¡Ay!, pues bien, pues mal, pues no quiero, pues no me apetece... pues sí", y ya está. No había ningún problema, en general, vamos. Pero igual que con los que no son inmigrantes, puede haber un problema pero ya por la personalidad que puede ser más o menos conflictiva, pero no realmente porque ellos exigiesen.»*

EA1 Enfermera

Desafortunadamente estos sesgos informativos conllevan más que un problema de simple confusión. Dicha confusión entre la población extranjera hace que la atención sea deficitaria y que pueda derivar en un empeoramiento del problema de salud, individual o socialmente:

*«Entre la gente africana había muchas mujeres que demandaban los IVE, a través de la asistenta social. Era una población que por más que les explicabas métodos anticonceptivos, métodos de planificación familiar, muchas repetían. A mí la doctora me derivaba para lo mismo siempre: "Si es que a esta chica ya se lo he explicado por lo menos ocho mil veces". Pero **ahí había un problema social**, porque **si recurrían mucho a ese tema es que se dedicaban**…, sospechábamos que se dedicaban **a la prostitución**.»*

EA2 Enfermera

*«Las mujeres árabes, el seguimiento del embarazo lo hacen de una manera un poco rara, porque las tiene que acompañar su marido siempre. O sea, hacen el seguimiento mínimo y yo no sé si es porque **van a otros sitios**, porque creemos que, por ejemplo a los niños chinos, los llevan a médicos chinos.»*

EA8 Pediatra

*«Me preocupa muchísimo **el tema de la sexualidad en la segunda generación**. El tema de la sexualidad en China sigue siendo tabú: no hay una educación sexual, no hay una información de los medios anticonceptivos, etc. Entonces esto, junto a que, por un lado, cada vez hay **más mujeres chinas jóvenes que están utilizando el aborto como método anticonceptivo** y, por otro lado, cada vez hay más mujeres chinas que están consiguiendo*

pastillas anticonceptivas a través de un teléfono *de Barcelona, esto es gravísimo. Además, ni sabemos la procedencia de las pastillas, ni la dosis, ni el efecto secundario.»*

EA12 Mediadora

«Mi marido tuvo un accidente y se quemó la mano en el trabajo. Entonces, estuvimos en urgencias, le hicieron la cura y para casa. Y yo no sabía ni pedir gasas ni nada. Sin conocer la medicación, sin conocer el tipo de productos que hay para hacerle la cura. ***Fue a las pocas semanas de la llegada y con pocos recursos****... Aquello me pareció doloroso, en el sentido de que no pude hacerle la cura porque no tenía con qué y* ***tampoco sabía pedirlo****. Yo no sabía que puedo acudir de nuevo a urgencias para que le hagan la cura o que me puedo ir al médico de cabecera. Al final lo curé pero aquel me resultó un poco duro.»*

EA17 Rumanía

«Por ejemplo, yo no veo que esté bien ***el tema de la vacunación****. Que puede ser como una bomba que al tiempo estalle, porque, bueno,* ***de donde yo vengo se conocen las vacunas****, hasta la gente que vive en el pueblito más pequeño en el campo se ha vacunado, pero como a España venimos de diferentes lugares... Por ejemplo, como hay tanta* ***gente africana yo no sé si ellos tienen ese sistema de vacunas****. Si ellos traen algún virus o cosas así. Es gente que por no tener acceso y tal, eso se vaya haciendo como una bola de nieve, ¿verdad?»*

EA19 Paraguay

El hecho de que la persona extranjera, recién llegada a España, pueda contar con información fiable, se hace sensiblemente necesaria sí, además, tenemos en cuenta que una parte de la inmigración recibida en los últimos años presenta cierta situación de vulnerabilidad, causada por una economía precaria, falta de redes sociales de apoyo, problemas administrativos, de comunicación (por idioma o nivel educativo), etc.:

«Después, cuando tuve los papeles, las cosas cambiaron porque empezaron a facilitarse, y ahí sí que ***aparecen otras vías que a lo mejor por falta de información, muchos inmigrantes no suelen tener****. Y esa información ya la tuve después, cuando sí*

podía sacar la tarjeta sanitaria, a través de otras vías: de servicios sociales y cosas así, que yo ***por falta de idiomas y otras muchas cosas*** *no tuve entonces.»*

EA16 Marruecos

«Yo lo notaba cuando trabajaba de mediadora y ***creo que no se ha subsanado, no están al alcance de la gente la información necesaria****. Debería haber sobre la mesa de la comisaria, del hospital, de centros cívicos, etc., la información básica. Como pequeñas guías del área de salud, área administrativa… Algo ágil. Que es verdad que si entra en Internet puede encontrar… Pero no todo el mundo tiene Internet y estamos hablando de* ***gente en situación de vulnerabilidad****.»*

EA18 Camerún

Los canales más habituales para la toma de contacto con el istema Sanitario, y con el SERMAS de manera específica, son las ONG, el boca a boca con los compatriotas, compañeros de trabajo o empleadores, o la iniciativa del inmigrante directamente en el centro de salud (condicionada a la propia capacidad del individuo: "ser espabilado"). Incluso se apela a la "suerte" en el caso de encontrar la información adecuada o la buena voluntad del profesional sanitario que les atiende:

«No, la verdad que ***no tuve ayuda de nadie para moverme****. Vine yo, me dijeron que había que abrir una ficha para tener el expediente y me abrí con el doctor Campos, entonces él se encargó de todo.»*

EA13 Ecuador

«Cuando llegué a España la verdad es que ***mi mejor guía era la enfermedad****, porque te obliga a moverte: "necesito hacer pruebas, necesito asistencia médica…". Eso te hace mover. Yo voy directamente al centro o la doctora también. Yo* ***tuve la suerte de que he tenido una buena médica y la verdad es que me ayudó bastante****. Le expliqué la dificultad que yo tenía aquí para el acceso a la medicación y todo esto y entonces ella me explicó. Ahora ya se acabó, esa pesadilla ya se terminó. Ahora cualquier cosa se hace por recetas o a urgencias si te pones mal. Pero* ***yo sigo to-***

***davía con ese mal recuerdo**, porque hay gente que todavía viene sin papeles y **tienen este miedo a enfermar**, porque no saben.»*

EA16 Marruecos

*«Por compañeros y amigos, digamos, **de boca a boca**: "Vete a esto, pregunta ahí y ahí", y así.»*

EA16 Marruecos

*«Yo **me presenté prácticamente en el CS sin tener ningún tipo de necesidad de que me atendieran**. Yo me presenté para llevar la cartilla de las vacunas de los niños, porque sabía que era necesario para que me informaran del calendario de la vacunación de aquí y para presentarme simplemente. Que estoy aquí, ¿tengo que hacer algo o no? Yo que sé [Ríe]. Prácticamente sin necesidad.»*

EA17 Rumanía

*«Los inmigrantes, si vienen por **vía regular** suele ser porque les reagrupan o es estudiante, entonces ya tiene recursos de la universidad donde viene a estudiar o de los centros de formación. **Y si viene de manera irregular, son personas que saben buscar recursos** en grupos. O sea, a lo largo de este camino dificultoso va conociendo gente que a su vez le van a decir: "Habla con...", entonces, sería muy difícil, una persona que acaba de aterrizar en Madrid y se siente mal que vaya a un centro médico. Es verdad que **hay un servicio de atención al turista, pero es que si no sabe español no sabrá ir**. Pero **tienen redes informales** que les informan. Entonces, si es de Camerún pues buscará gente de Camerún o irá a la embajada.»*

EA18 Camerún

*«No tarde mucho en saber cómo funcionaba el sistema, porque yo llegué en febrero y empecé a trabajar con una familia a mediados de mayo. Ellos me empadronaron en su casa y me gestionaron, me indicaron cómo hacer la gestión para la tarjeta. Cuando yo tuve que recurrir al médico para mí yo ya sabía, porque como tenía que acompañar a la mujer que cuidaba a su centro de salud. **Me ayudó el que tener una familia que ponerse a disposición***

y mostrarme que es lo que formaba parte de mi tarea: cuidar a la señora. Pero también yo fui aprendiendo para mí y cuando llegó a mí, ya sabía cómo funcionaba.»

EA19 Paraguay

*«Generalmente la gente es **muy espabilada** y además funciona **el boca a boca**. Si eres nueva, tú acabas de llegar y yo vivo ya aquí, entonces yo te enseño lo que tienes que hacer. La primera cosa que hay que hacer es que te tienes que empadronar. Antes que tenías que conseguir la tarjeta sanitaria… Porque, aparte que eso servía para el arraigo, luego todas esas cosas estaban cubiertas por el tema de la salud.»*

EA19 Paraguay

*«Aprendí a moverme **preguntando**. Bueno, y **mi esposa** que ya llevaba dos años aquí, entonces más o menos ella ya sabía cómo era. La primera vez que fui a un centro médico ella me dijo: "No, primero tienes que ir ahí, al mostrador, dar tu tarjeta sanitaria y sacar cita". Pero para alguna otra cosa diferente que tenía que hacer, pues, preguntando, en el mostrador y si no a los mismos pacientes que estaban en los pasillos. Así, preguntando, preguntando se llega a Roma.»*

EA20 México

Se hace palpable que estos canales a los que hemos hecho referencia son ajenos al sistema en sí. Es decir, que no es el propio SERMAS o la Administración madrileña la que pone los medios para hacer llegar la información correcta sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios a los inmigrantes recién "instalados".

A pesar de la falta de "canales oficiales" de información fiable sobre el SERMAS, los/as profesionales que en él trabajan consideran que, de forma general, los inmigrantes que residen en nuestra región, y por extensión en nuestro país, están bien informados sobre el funcionamiento del mismo:

*«**Posiblemente**, el circuito de la sanidad española y madrileña sí que lo conocen más. Van bien orientados.»*

EA3 Médico

*«Yo creo que se mueven en el Sistema **a través de la urgencia**. **Yo creo que sí se saben muy bien las ayudas que tienen que buscar y dónde buscar**. Yo creo que, en ese sentido, sí que **están bien informados**. Y no sé si se informan de unos a otros o a través de las asistentas sociales, pero sí que **se mueven bien**.»*

EA2 Enfermera

*«Vienen con gente de alguna ONG. También hay alguno que incluso les ha traído algún abogado. **Se deben enterar, pues me imagino**, a través de las ONG o también a lo mejor de lo que te dice la tele, no lo sé pero sí, sí se enteran, sí. O sea que sí que se mueven, sin problemas, se mueven bien.»*

E6 Administrativo

En este sentido habría que destacar que el hecho de que los profesionales del Servicio madrileño perciban que los inmigrantes se "muevan bien" dentro del Sistema sanitario no quiere decir que la información que obtienen sea la adecuada en momento y forma, ya que ni los propios profesionales pueden constatar de dónde sale dicha información, sino que más bien intuyen que la población inmigrante sabe dónde acudir, y además, dicha información presenta un sesgo fundamental, y es que el personal solo ve a los que son capaces de acceder al circuito asistencial.

Una vez más se trata de una cuestión individual (gracias a la iniciativa del inmigrante) o de redes sociales externas a la Administración:

*«A los chinos **les pedían que se personaran en su cita con un traductor chino. Eso nos chocaba un poquito. Le hacíamos ver al centro que es el ambulatorio el que tiene que buscar recursos**. Por ejemplo, estábamos nosotros (SEMSI) que podíamos dar este apoyo, que teníamos un protocolo con los centros.»*

EA18 Camerún

Precisamente en este proceso hay que ser cuidadosos con la forma en que se transmite dicha información:

«En caso de desconocer el Sistema hace mucho tener una persona que haga de puente y te haga comprender al principio cómo

funciona. Entonces, luego ya, una vez esto hecho lo tienes más fácil. Las redes de compatriotas funcionan mucho pero siempre hay personas que no las tienen. Entonces ***depende la atención que recibes*** *si al principio hay algún tipo de servicio que te pueda explicar todo esto. El mismo* ***centro de salud*** *puede ser un buen punto para explicar, porque ellos son los que mejor saben y son los que van a detectar cuando no estás a gusto. Pero muchas veces* ***si ellos lo perciben como un trabajo extra****, innecesario y que tú vienes y eres un problema porque das problemas, porque la gente que venimos de fuera damos muchos problemas, porque exigimos de repente cosas que no hay, incluso a lo mejor cuestionamos cosas, eso es peor: "¡Encima viene a cuestionar!". Entonces, mientras eso se perciba así, es muy malo que esta información se dé en los hospitales, porque creo que ya es como un conflicto. Queda como un poco artificial. Pero si es un* ***trabajador social*** *de una ONG que se encarga de inmigrantes, pues crees que está a tu favor, a favor del inmigrante, a favor de la persona que necesita la orientación y eso facilita.* ***Si está a favor de defender el Sistema*** *y de enseñar que es el mejor Sistema de los sistemas, pues ya es más difícil que cubra las necesidades de información en este momento.»*

EA14 Alemania

Como se observa en el discurso de una de las entrevistadas, la información sobre el funcionamiento del SERMAS se hace necesario para este colectivo, ya que el modo en que se van a utilizar los servicios no será el mismo con o sin información. Sin embargo, la vía y la forma en la que llegue esta información al inmigrante deben ser tenidas en cuenta a la hora de plantear la solución más idónea:

«Debería haber una ***figura de atención al usuario****, o sea, una persona que se dedica a despachar este tipo de cosas, no el celador. Una persona bilingüe, trilingüe, que pueda dar la* ***información al principio****, porque la información que te dan es sobre la estructura del centro, pero* ***la persona puede necesitar otras cosas****.»*

EA18 Camerún

Ya que para la primera toma de contacto los medios más habituales son, por un lado, los centros de salud o las urgencias y, por otro lado, asocia-

ciones de inmigrantes u ONG, se hace necesario crear un "canal oficial" de información consensuado, con el objetivo de comunicar el correcto funcionamiento del Servicio de la forma más adecuada.

Dicho canal debe cumplir dos requisitos fundamentales:

- Ser conocido por los distintos agentes socio-sanitarios que atienden a personas extranjeras (que trabajan tanto fuera como dentro del Sistema).
- Cumplir con los objetivos de sencillez y funcionalidad, para evitar la desconfianza de este colectivo hacia el SERMAS.

No obstante, si ya existiera una figura de este tipo creada por la Administración local o por agrupaciones externas a la Administración, y de la que pudiera beneficiarse el SERMAS, es de primordial importancia que su existencia se difunda a todos los niveles del Sistema en su conjunto, para obtener la eficacia buscada:

> *«**Hay que hacer más educación para la salud**. Se ha hecho aquí y han resultado muy bien, en colaboración con asociaciones de la zona. Ha habido talleres y cosas, pero **se debe trabajar en** temas como la prevención de embarazos, accidentes de los niños, en mejorar los hábitos de alimentación, las vacunas, etc.»*
>
> *EA11 Trabajador social*

2.2.2 Usos y barreras culturales: d*iferencias con la población autóctona en la percepción de la salud. Influencia del país de origen*

En relación con el apartado anterior, vamos a centrarnos en conocer los tipos de uso que hace la población extranjera del SERMAS, detectados en el discurso de los sujetos entrevistados. Con esto se podrá comprobar que lo anteriormente apuntado sobre la falta o sesgo en la información sobre el Servicio madrileño de salud se debe mayoritariamente a las diferencias culturales existentes y que suponen una barrera en el correcto funcionamiento cotidiano del Servicio de salud:

> *«Los chinos, además, tienen su médico, tienen muchos medicamentos naturales que ya estaban teniendo **problemas en sumi-***

***nistrarlos, que se los dejaran pasar en la frontera, entonces acudían más a nosotros. Si no, no hubiesen acudido tanto**.»*

EA1 Enfermera

*«Cuando empezaron a llegar **el problema fundamental era que viniesen a la consulta**, porque al principio costaba trabajo que viniese y cuando lo hacían venían demandando cosas que a ellos les parecían importantes. Por ejemplo, los árabes: "Hágame una placa de Rayos X de la rodilla, del pie, de la mano, de tal…", "Sí, pero la cartilla de vacunación…", "Ah, sí, mire eso ya...", como que **yo creo que no tenían noción de lo que es la preventiva**.»*

EA8 Pediatra

*«Lo que más veía era embarazos no deseados. No había tiempo para trabajar la prevención, y yo creo que ahí había un filón de trabajo muy bueno, porque por su cultura lo que ellas transmitían era que el hombre no podía utilizar preservativo. Eran sobre todo de Sudamérica. Así como de Marruecos no, estas eran mujeres sin pareja o que no había mucha estabilidad en la pareja, y había muchas relaciones y abortos, muchísimos. A veces en la misma persona 3 veces en el mismo año. Y **ellas lo entendían casi como una prevención**.»*

EA10 Trabajador social

*«Voy al médico **si tengo algo muy grave**.»*

EA14 Alemania

*«Por una gripe te puedes ir a la farmacia a comprar cualquier cosa, pero ya sí estás mal y es una cosa muy mala tienen que atenderte. No digo que abusen, pero si están malos y **si saben que lo que tienen es una cosa grave tienen que atenderles**.»*

EA15 Marruecos

*«A gente de Latinoamérica o Marruecos les cuesta más entrar en el sistema. Puede que sea **porque nuestros modelos sanitarios son similares**.»*

EA17 Rumanía

En las prácticas descritas se observa una tendencia hacia el uso del Servicio de salud en función de la inmediatez de la atención y la gravedad percibida del problema de salud. Estas conductas pueden ser tomadas por el personal sanitario como tendencias erróneas, inadecuadas, incluso, obstaculizadoras:

> «*Y la mayoría que son crónicos* ***no se preocupaban, no tienen esa prioridad en ellos mismos. A no ser que les pase algo grave, entonces, pues sí, ya están más pendientes, pero porque les limita para trabajar****.*»
>
> *EA1 Enfermera*

> «*Evidentemente tienen un concepto de la sanidad a través del consumo inmediato del producto. Es decir,* ***todo es urgente, todo tiene que ser ahora y sólo voy al médico cuando tengo un síntoma o un signo clínico****. No entran por lo que es la medicina preventiva, por la atención de problemas crónicos, por los cambios de vida saludable, cambio de hábitos, por educación para la salud, etc. No cumplen con los tratamientos, no cumplen con las pautas, no cumplen con las citas programadas.* ***Se ve un cierto grado de anarquía en ese comportamiento****.*»
>
> *EA4 Médico*

Se puede apreciar que las diferencias culturales son palpables, tanto para las/os usuarios como para las/os profesionales. Estos últimos no perciben de igual forma el uso que hace la población inmigrante del Servicio sino que establecen diferencias dicho uso dependiendo de la nacionalidad:

> «*Ellos* ***tienen un concepto más de consumo de: "Cuando tengo un dolor voy y tiene que ser ahora"****. Y eso se nota mucho en los hispanoamericanos. En la población magrebí, no. En los países del Este, no. En general, no.*»
>
> *EA4 Médico*

> «*La vacuna en sí la aceptan todos bien y entienden perfectamente lo que es la inmunización, pero son poco constantes, excepto los países de Este. Estos en general sí lo cumplen porque* ***vienen de otra condición*** *diferente. Yo me he dado cuenta de que* ***tienen***

> ***un nivel cultural diferente**. Son **más cercanos a nosotros en forma de vivir**, entonces el trabajo con gente de países del Este es relativamente fácil, porque, además, **atienden a las normas**: cómo llegar a la consulta, hacer sus revisiones, también entienden y saben lo que es la vacunación, porque lo han tenido ellos en su país.»*
>
> *EA8 Pediatra*

La valoración positiva que reciben las personas procedentes de países del Este de Europa, o de países de Sudamérica como Argentina, se debe a una comparación que de forma constatada hace una población autóctona cuando se estudia su actitud frente a la inmigración, es decir, a partir de la semejanza percibida en relación a su propia cultura. Y es que, por lo general, el ciudadano español valora a la población de estos países como más parecida a su propia cultura que al resto de población inmigrante.

En este proceso valorativo, incluso se puede llegar a ver confusión en los términos "diferencia cultural" y "nivel cultural" (implicando éste una cuestión formativa/educativa) para justificar ese mayor parecido con la población española. Por tanto, la percepción de un mayor parecido hace que se describa el uso del sistema sanitario por parte de esta población como más correcto y adecuado a "lo esperado", es decir, más parecido al tipo de uso que la población autóctona hace del SERMAS:

> *«A veces vienen por urgencias cuando podría ser programado. Pero, vamos, yo creo es por las características suyas de pertenencia, de donde vienen, que **no tienen un concepto de primaria y de programación**. Para la latinoamericana **el embarazo es un proceso de la vida más o menos natural**, y aquí consideran excesivo el número de visitas. Bueno, depende en qué **fase de aculturación**[4] estén, pero hay algunas que vienen más avanzadas al control del embarazo que nosotras, las autóctonas vamos, que a la primera falta nos ponemos muy nerviosas.»*
>
> *EA5 Matrona*

4 Definición de la Real Academia Española de la Lengua para aculturación: Recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte de otro.

En cualquier caso, lo realmente significativo es con qué están relacionados estos usos diferentes. Por un lado, con las características de los sistemas de salud de los países de origen:

> «*Es que muchos de ellos no han tenido ningún contacto con la sanidad, porque en China, a pesar de lo que se puede creer siendo país comunista, la sanidad, no es ni gratuita ni universal. Por lo tanto, la población china que llega aquí, que mayoritariamente es de una región con poco desarrollo, donde por supuesto* ***lo sanitario no ha tenido demasiada incidencia en sus vidas****, igual ni se ha hecho un análisis de sangre. Entonces, yo creo que es bueno que los médicos madrileños sepan que* ***muchos chinos no han tenido allí acceso a su sanidad***»
>
> *EA12 Mediadora*

> «***Un parto en Marruecos no tiene nada que ver con un parto aquí****. Ahí te quedas embarazada y no hay revisiones. Hasta que te pilla el parto no sabes si vas mal o si vas bien, ni si está al revés.* ***Ahí estás embarazada y ya está****, es muy, muy diferente.* ***Aquí está bien, no me puedo quejar****. Al menos las madres tienen más tranquilidad.* ***Si lo comparo con mi país, ahí un niño nace y el único control que se le lleva son las vacunas, el resto tiene que ser a ojo.***»
>
> *EA16 Marruecos*

> «*Quizás, las personas africanas, latinoamericanas también, no tenemos la costumbre de hacer el chequeo, entonces, normalmente acudes si notas dolor. Entonces va al médico. Yo creo que es falta de costumbre, porque como digo,* ***al ser costoso el servicio sanitario en su país****, entonces no se puede ir "a ver si estoy enfermo o no",* ***se va si se nota que se está enfermo****. Entonces, yo creo que* ***se trae también esta filosofía aquí.***»
>
> *EA18 Camerún*

Y por otro lado, con la situación de desventaja social que implica la inmigración económica[5], que caracteriza a una gran parte de la población extranjera de la Comunidad de Madrid:

> *«Era mucho más difícil porque a lo mejor **vivía mucha gente en la misma casa**, y para usar la cocina era complicado. A lo mejor podían vivir 15 personas en la misma casa. Es que 15 personas… ¡Y 30 Llegaba a haber!»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Nos hemos tenido que adaptar porque también se entiende su realidad. A veces faltan a las consultas, vienen a deshora... La realidad es que **si trabajan son internas o tienen unos trabajos que no le dan permiso** para… A lo mejor le cogen la cita su día libre y al final han tenido que ir a trabajar ese día, por eso no vienen a la visita y **no tienen costumbre de anular la cita**. Y, bueno, eso sí que es distinto a nuestro sistema, ¿no? Y es que dónde están trabajando a veces es como muy controlador. Y he notado mucha diferencia desde septiembre, mucha. Hay que hacer más justificantes de la fecha de cuando entra y cuando sale de la consulta. Y que llega gente que está citada y que no viene, eso se ha incrementado más ahora»*
>
> *EA5 Matrona*

> *«Lo de la **constancia** yo no creo que **ni tan siquiera sea por dejadez**. Lo que veo es que esto ha evolucionado fatal, al nivel de que están hasta el cuello y con el asunto del trabajo no quieren pedir permiso. Trabajan muchísimas horas y se lo tienes que poner facilíiiiisimo. Yo, por ejemplo, antes les hacía mucho hincapié diciéndoles: "Mirad, no hay que dejar perder los derechos, que en este país costó mucho trabajo que nos dejasen salir con los hijos…". Entonces, **ahora yo he cambiado el discurso porque los derechos se han acabado**, entonces o van a trabajar o si no van a trabajar les echan.»*
>
> *EA8 Pediatra*

---

5 Inmigrante económico: individuo que emigra con el objetivo de mejorar su bienestar a través de mejores y mayores oportunidades de empleo, en detrimento de poseer una situación administrativa regularizada y en ocasiones de la mejora de sus condiciones de vida.

*«En ese momento no había tampoco mucha maternidad, muchos hijos, dentro de las parejas, porque eran bastante **inestables**, **acababan de llegar y tenían que mandar dinero a su país**.»*

EA10 Trabajador social

En consecuencia, si la Administración madrileña no toma conciencia de los obstáculos que producen las diferencias culturales en el buen funcionamiento del Servicio, será más difícil avanzar hacia mejoras estructurales futuras. Y sobre todo, que la cultura de la prevención, inherente a nuestro SERMAS y que el personal sanitario ensalza como una de las bases de su buen funcionamiento, tiene que ser transmitida en el/la usuario/a inmigrante a través de los "canales oficiales" (de los que hablábamos en el apartado anterior) que garanticen su eficacia, sin tratarlo como un tema menor:

*«Te han dado una guía, pero luego los profesionales somos los que hemos tenido que **tener** la **voluntad de ir haciendo cosas**. Nosotros hemos hecho muchísimas charlas con inmigrantes de **educación para la salud**, que a mí me parece importantísima, pero necesitas tener un espacio y tiempo con profesionales, que tengan ganas de juntar al colectivo y de buscar la hora, a la que sea.»*

EA8 Pediatra

*«**Entonces no se planteó ningún tipo de prevención "cultural"**, porque en ese momento esa población inmigrante necesitaba trabajar y era joven. Entonces, **el mundo sanitario**, aunque sabían que estaba ahí, **no sabía cómo captarles**.»*

EA10 Trabajador social

Una de las principales características que debe presentar estos canales oficiales de información para el buen uso de los servicios sanitarios es la globalidad. Es decir, el esfuerzo individual de profesionales o de la iniciativa de algunos centros de salud no es suficientemente para configurar un medio consensuado de información al inmigrante:

*«Lo hemos hecho un poco **cada uno con la buena voluntad que ha tenido**. Con la voluntad de cada uno de ayudarles, de que se fueran adaptando al sistema nuestro, de cómo hacer las*

cosas. También teniendo respeto por lo que ellos hacen. […] Las demandas que traían al principio se han ido modificando, porque yo creo que la labor de explicarles sí ha sido efectiva. Ha sido muy laboriosa y muy costosa, pero yo creo que sí ha sido efectiva. Entonces, siguen demandando cosas, pero yo creo que no es igual que al principio. También, ***yo doy la charla a las embarazadas. Es que mi centro es muy activo****.»*

EA8 Pediatra

Por tanto, el canal oficial del que hablamos no debe olvidar tener un carácter integral, que garantice la homogeneidad y evite la ambigüedad y la confusión entre servicios curativos y servicios preventivos de promoción y educación para la salud, integrando todos ellos dentro de un concepto más amplio de atención sanitaria que la estrictamente curativa o asistencial. Los inmigrantes de la CCAA de Madrid son una población joven, con una cultura sanitaria de origen en la que la prevención para la salud no es una prioridad pero en nuestra cultura sanitaria es primordial. Es por ello que este canal oficial tiene que saber aprovechar todas las oportunidades para que los usuarios extranjeros descubran y se "enganchen" en actividades de promoción y educación para la salud. Solo con una información integral e integrada tendrán la posibilidad de conocer todos los servicios sanitarios ofertados por el Servicio sanitario madrileño. Esta información les facilitará posteriormente la toma de decisiones informada para saber cuándo y a qué dispositivos sanitarios acudir, evitando así el mal llamado "abuso de los servicios sanitarios".

2.2.3 Adaptación: *adaptar al inmigrante, adaptación del sistema sanitario, mezcla de realidades, modos y maneras…*

Según el antropólogo Edward Tylor «Cultura… es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, la costumbre y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad».[6]

Iniciamos este apartado con una de las definiciones de cultura más relevantes con el objetivo de concienciar al lector de que este es un tema

6 Kottak, C. "Introducción a la antropología cultural", pg. 21.

cargado de complejidad y múltiples connotaciones. Cuando hablamos de "adaptación" lo que se pretende en este apartado es averiguar que percepciones tienen los participantes en el SERMAS (profesionales y usuarios) sobre el grado de acomodación del Sistema a los cambios sufridos en materia de inmigración por la sociedad a la que presta servicio.

Por un lado, se observa la asimilación de elementos culturales propios de la sociedad española por parte de las personas extranjeras que han venido a residir en ella. Es la llamada aculturación que ya veíamos en apartados anteriores[7].

> *«Yo he visto como, **curiosamente**, se estaban adaptando estas poblaciones al modelo nuestro. Quiero decir, allí en su país no hacían citología y aquí ya venían pidiendo una citología cada año, porque **se han incorporado a esta forma de prevención**. Se ha hecho un proceso de aculturación muy grande en todo el programa de prevención. Y también el tema de la anestesia epidural. O sea, venían de sus países que ni sabían lo que era y se incorporaban aquí, podían tener 4 o 5 hijos allí, y aquí querían anestesia epidural. A mí eso me ha cuestionado muchas cosas, porque yo antes las tomaba de modelo de parto más natural. Han incorporado neurosis nuestras, por ejemplo, problemas de lactancia que ellas no tenían.»*
>
> *EA5 Matrona*

> *«**El asunto económico ha influido muchísimo**. Porque, por ejemplo, la población latina **llegó demandando mucho**, querían que les hiciésemos de todo, pero según ha ido pasando el tiempo **ya no quieren que les hagas tantas cosas, porque no tienen tiempo para venir a hacérsela**. De hecho faltan a muchas revisiones, faltan muchísimo a las vacunas, por la estructura de trabajo, no pueden salir, entonces, al no poder salir del trabajo faltan y tienes que estar llamándoles.»*
>
> *EA8 Pediatra*

> *«Es que el que viene a la sociedad española acaba teniendo las enfermedades de la sociedad española. No la primera generación,*

7 Ver definición en página 58.

de esta generación no vamos a tener problema. Lo que estamos viendo es que cada vez más niños chinos comen en colegios españoles y tienen los hábitos de los jóvenes españoles, entonces, ***las generaciones que ya han nacido aquí, obviamente, van a tener el mismo tipo de enfermedades.****»*

EA12 Mediadora

«Otra diferencia es que ***nosotros tenemos la cultura del conocimiento de las plantas medicinales****. Para cada cosa hay una explicación. Entonces la gente se acostumbra en su casa a tratarse con plantas. Aunque también* ***mezclamos los tratamientos del médico con los de las plantas****. Allá se sabe que hasta cierto punto las infusiones funcionan, después ya no.* ***Lo que no son cosas externas se respeta mucho****.»*

EA19 Paraguay

Se puede pensar que esta aculturación tiene un fuerte carácter de voluntariedad y consciencia, pero esto no siempre es así. La asimilación de la cultura de acogida por parte de la población inmigrante suele responder a una tendencia muy habitual a lo largo de la historia de la humanidad llamada etnocentrismo, que se produce muchas veces de forma sutil. El etnocentrismo es la tendencia a aplicar los propios valores culturales para juzgar el comportamiento y las creencias de personas criadas en otras culturas. Se trata de un universal cultural, en todas partes la gente piensa que las explicaciones, opiniones y costumbres que les resultan familiares son ciertas, correctas, adecuadas y morales. Por esta razón la sociedad de acogida procura inculcar sus propias explicaciones y costumbres a la población inmigrante, y por tanto el proceso de aculturación se acelera:

*«****Es que respetarles sus hábitos, que para nosotros están mal, es complicado, pero ellos llevan 1000 años viviendo así****. Adaptarles a que, sobre todo por la enfermedad, tengan un poco que tener más en cuenta que tienen que hacer comidas no tan copiosas, pues ellos no lo entendían.* ***Porque un poco siempre los intentas adaptar a nuestras costumbres****. Siempre lo que hacíamos,* ***no sé si estaba bien o mal,*** *pero para ajustar el tratamiento, y siempre les intentábamos traer a nuestros hábitos.»*

EA1 Enfermera

«A las clases educación maternal las marroquíes no van, porque ellas tienen otras redes. Ellas no lo necesitan. ***Esto es algo cultural nuestro****. Tienen las redes de mujeres y entre ellas se apoyan, se cuidan los niños…* ***Mal o bien, o adecuado o no adecuado, con sus limitaciones y sus peculiaridades****, pero, vamos, tienen esas redes de mujeres y funcionan así.»*

EA5 Matrona

«Yo estoy encantada, porque la matrona es fantástica, les da la charla de los cuidados del recién nacido y la de la lactancia materna, entonces, ya ***vienen bastante dirigidas****.»*

EA8 Pediatra

Esta tendencia es la que provoca que se perciba al SERMAS, y por extensión a todo el SERMAS, con un bajo grado de flexibilidad a la nueva realidad cultural de la sociedad española.

Además, en muchas ocasiones la adaptación se percibe basándose en la interpretación individual del profesional sanitario:

«En cuanto a la sistemática, de la consulta, por ejemplo, bueno, los latinos se citan a las 5 y vienen a la hora que les da la gana. ***Llegan tarde porque son así****. O sea no tienen prisa. El carácter y la forma de ser influyen mucho. Y los árabes es que no se enteran y los chinos tampoco.»*

EA8 Pediatra

«Por ejemplo, la mujer árabe suele ser un poco reticente cuando es un hombre, entonces suelen pedir una enfermera, y ***a veces le dan solución pero de una forma violenta, recordándole que está aquí y que tiene que cambiar****, haciéndole ver que no pasa nada.»*

EA18 Camerún

Por otro lado, existen indicios que nos hacen valorar los esfuerzos individuales de adaptabilidad del SERMAS a esta nueva realidad migratoria:

*«La verdad es que **hemos tenido que adaptarnos nosotros a un nuevo lenguaje, a una nueva forma de afrontar las enfermedades, más que ellos adaptarse a lo que se pretendía que tenían que haber hecho**, que era la educación para la salud y enseñarles lo que eran las prácticas saludables, ¿no?»*

EA3 Médico

*«Los chinos siempre vienen a primera hora de la tarde, porque es el horario de abrir de las tiendas. Es curioso porque aunque pidan cita a las 7, vienen a las 3. Aunque los chinos vienen muy poco, muy poco. También **tienes que andar detrás de ellos** para el asunto de vacunas, para lo que es la preventiva. Tienes que controlarle mucho porque si no empiezan enseguida a faltar.»*

EA8 Pediatra

*«Hay muchos profesionales, sobre todo los médicos, no tanto el personal administrativo, que se definen mucho por su tarea de curar y de dar un bienestar a las personas. Y cuando esto es lo principal a muchos médicos les ha llevado a hacer **bastantes esfuerzos para comunicarse con sus pacientes**. Porque ellos mismos perciben que **no es lo importante ver quién tiene razón**: "es que tú tienes que hablar o tú tienes que aprender el idioma", "no, tú tienes que venir sin velo" o "tú tienes que comprender que un embarazo se cuida a partir de los 2 meses, ahora no me vengas con 6 y te quejas", pues no lleva a nada. Es un paciente y te quejas de una situación de necesidad y en algún momento llega al sistema sanitario y el profesional muchas veces coge y trabaja con lo que puede.»*

EA14 Alemania

En esta situación al profesional sanitario se le plantea de forma individual el dilema de imponer la costumbre del SERMAS o adaptar el Servicio de salud a las culturas de los pacientes inmigrantes como forma más eficaz de funcionamiento:

*«Los hábitos alimenticios han sido la batalla campal hasta que **nos hemos dado cuenta que lo mejor es que cada uno coma lo que come en su país**, porque, por ejemplo, los niños sudamericanos engordaban muchísimo porque incorporaban su comida a*

la nuestra. Sin embargo, la gente de los países del Este no. ***Ellos comen muy parecido a la dieta mediterránea, lo cual es más fácil****. La gente árabe hace sus comidas, por sus religiones y sus cosas y no hay obesidad exagerada. Se da más en los niños chinos, porque hemos llegado a la conclusión de que una de las cosas que puede influir es que están en las tiendas de alimentación que llevan sus padres y comen muchas chucherías.»*

EA8 Pediatra

Aunque no se trata únicamente de una cuestión individual, ya que de forma global la adaptación del SERMAS a la nueva realidad migratoria se encuentra con la dificultad añadida de que dicho Servicio está muy dirigido a "lo propio" y "lo conocido", lo que dificulta la flexibilidad a la que nos referíamos anteriormente:

«Más bien se adaptan ellos al Sistema. ***Aunque hayan pasado muchos años y vayan a mejor, porque cada vez yo creo que se está intentando un poco más que todo sea más fácil****, pero sí que todavía yo creo que se adaptan más que nosotros a ellos. De eso estoy muy segura. Yo he visto que* ***siempre estás tirando de ellos hacia España: a nuestra cultura, a nosotros, a nuestras enfermedades****.* ***Al fin y al cabo lo que tenemos en el ordenador es sobre la población española****, aunque estamos acostumbrados a trabajar con ellos, y es verdad que no tienes en cuenta las enfermedades o lo que puedan tener ellos o traer ellos.* ***Convertimos sus enfermedades a lo que tenemos catalogado****.»*

EA1 Enfermera

En cualquier caso, la adaptación es complicada porque implica un cambio de explicaciones, opiniones y costumbres, por ambas partes. En definitiva, significa una apertura de mente hacia un cambio cultural:

- Tanto de la población inmigrante:

«El consumo de hidratos de carbono, por ejemplo, es muy distinto. Que parece una cosa así muy sencilla pero no. ***Para nosotros es de lógica pero no lo es.*** *Por ejemplo, en China la alimentación no tiene nada que ver: es a base de hidratos de carbono, comen a deshora, comen muchísimo por la noche… Al final lo que*

*nos quedaba claro era que **corregir esos hábitos y que tuviesen nuestros hábitos es muy difícil**, porque ellos pues no lo entienden así. El consumo de arroz, es que parece que no pueden quitárselo. O sea, es que es lo comen todos los días. Y corregir ese consumo en un crónico diabético, es complicadíiisimo.»*

EA1 Enfermera

*«Yo diría que **la población inmigrante todavía no se ha adaptado.** De hecho, probablemente parte de **su comportamiento anárquico sea debido a que tienen culturalmente otra visión de las enfermedades** y eso yo creo que sigue vigente, a pesar de que intentamos introducir educación para la salud, insistir y tal, pero esas prácticas siguen muy arraigadas. Quizás porque la primera línea de inmigración todavía viven en grupos muy cerrados y sus costumbres las siguen manteniendo.»*

EA3 Médico

*«Quizá **tenemos que adaptarnos pero habría que explicar que el sistema es diferente**, que no es menos atendida la persona porque no le han hecho todo este análisis que allí se hace el mismo día. Digamos, **un intercambio fluido entre el paciente y el médico**, o sea, que la persona sienta que tiene un aliado, aunque sabemos que están saturados, que los recursos son pocos, pero lo mismo que nos recuerdan que el servicio hay que estrenarlo bien, que lo que te han hecho cuesta equis. Lo mismo que nos recuerdan lo que nos hubiera costado pagar, pues también otra información adicional, ¿no?»*

EA18 Camerún

Lo que efectivamente es más complejo según la cultura de procedencia, por las diferencias culturales que les separan de nuestra sociedad:

*«Sin embargo, la población de Sudamérica lo entiende mejor. También abusan mucho de comer muchos hidratos de carbono, **pero parece que resulta más fácil la adaptación, lo entienden mejor.** Y aunque la cultura es distinta, pero sí que a lo mejor pues eso ellos lo tienen más en cuenta. Pero bueno, sí que poco a*

poco ellos lo entienden mejor y ***es, quizá, más fácil, en general, cambiarles a ellos los hábitos, que con la población china.****»*

EA1 Enfermera

«Sí que es verdad que se nota. Es más, ***hay una gran diferencia en cuanto a colectivos y en cuanto a los países de origen.****»*

EA3 Médico

Entrevistado: Bueno, los problemas ***están mucho en función del sitio de donde vengan****. La gente que viene de los* ***países del Este*** *es diferente. Muchos han tenido tradición de un Sistema Sanitario. Por ejemplo, el trabajo en concreto, con rumanos, con ucranianos…, ha sido bastante más fácil que, por ejemplo, con árabes.»*

EA8 Pediatra

«Es curioso que ***las madres chinas*** *no dan el pecho, y es que en la comunidad china al mes tiene que estar trabajando la mujer. Entonces, incluso, las propias mujeres se ayudan para dar los biberones, para que la madre descanse un mes y pueda ponerse a trabajar, que yo no lo sabía. Eso la que está un mes, que muchas veces a los 15 días ya están en la tienda. Entonces,* ***eso hace que por ejemplo la lactancia materna sea imposible****.»*

EA8 Pediatra

«En concreto, hemos visto que las mujeres embarazadas no están exentas de hacen el Ramadán, con lo cual vienen hechas polvo. Entonces, por ejemplo, con el seguimiento del embarazo las dificultades que hay sobre todo es: que no te pille el Ramadán y que venga el marido, porque es el que tiene la voz cantante y el que lo explica. De hecho, con eso ***he tenido bastante conflicto****: algunos no querían que entrase la madre a la consulta. Es que* ***los árabes*** *están muy mediatizados por su cultura, por su religión sobre todo.»*

EA8 Pediatra

*«Y **la gente latina** venía de tradición del pueblo, de que allí nadie se hacía revisiones y todo el mundo paría, y el que se moría, se moría. Entonces, tienen un concepto de esas cosas, pues, un poco sui generis. A ver, sí han ido en estos años entrando a las revisiones ginecológicas, pero sí que es verdad que al principio no venían. Iban ya cuando prácticamente tenían que dar a luz.»*

EA8 Pediatra

- Pero también significa una apertura de mente hacia un cambio cultural por parte del Servicio Madrileño de Salud:

*«Los chinos tienen sus particularidades. Las plagiocefalias en los niños, por ejemplo, es que quieren ellos que tengan la cabeza así. Vamos, después de hablar muchísimo con ellos de: "Este niño tiene la cabeza muy plana por detrás", el mismo padre me dijo: "Es que a nosotros nos gusta la cabeza plana por detrás". ¡Fíjate qué curioso! Entonces, claro, [Ríe] **estás dando la paliza**: "Mire, hay un casco que no sé qué", **y les da igual, porque es su forma**.»*

EA8 Pediatra

*«Creo que **nadie va al médico por gusto**. Y que, si atienden bien, la salud también mejorará y si no te atienden y te echan a patadas a la calle, pues igual, luego a los 3 meses te tienen que atender con algo que sí da el perfil de una enfermedad reconocida pero que sería más caro de tratar.»*

EA14 Alemania

*«A mi hijo lo he tenido que operar por vía privada en Marruecos por **el tema de la fimosis** porque aquí **no quiso el pediatra**. Aquí le vio un pediatra que dijo que no, que **por creencias religiosas que no opera**, digo: "pero yo veo que el niño aparte de que las creencias…", porque nosotros por ser musulmanes solemos circuncidar a los niños, pero no es siempre por eso. Me tomó como la madre caprichosa que por ser musulmana… y es que no. Al niño le hacía falta. Y es que hay muchas madres que por diferentes razones no pueden viajar a Marruecos y también por razones económicas no pueden operar a los niños en clínicas allí, entonces, que abran una pequeña vía para que uno se pueda operar **aquí***

__que tienen mejor asistencia, porque en Marruecos__ quién hace esta operación es un hombre que tiene experiencia pero que no es enfermero ni médico ni nada, entonces __es un peligro total para los niños__. Como en Francia. En Francia la población musulmana es mayor que aquí en España y creo que lo toman en cuenta ese tema.»

EA16 Marruecos

«Para rellenar un formulario te resulta difícil, porque nosotros tenemos un único apellido, entonces, tú no entiendes y los demás tampoco. No estaría mal un __formulario__ que se adapte un poco al que lo usa. Porque te vas a pedir un resultado y __no te encuentran__. Tampoco sabían si era mujer u hombre. Nosotros __no supimos qué hacer__. La __adaptación institucional ha sido y sigue siendo inexistente__.»

EA17 Rumanía

Estas razones hacen que la adaptación siga sin ser un problema menor para el SERMAS y por ende para la sociedad, porque puede dar lugar a problemas de salud a nivel colectivo. Y dichos problemas de salud pueden suponer un coste económico mayor que el que tendría poner remedio a nivel sanitario teniendo en cuenta algunas de las nuevas demandas culturales:

«Es que tú no ves a un chino en la urgencia. __El día que ves a un chino en la urgencia échate a temblar__. Porque generalmente ellos __no usan el sistema de salud__: van a primaria y a las vacunas, pero generalmente…, vamos, yo en los años que llevo en urgencias no he visto ninguno. Claro, ellos tienen su cultura, usan su medicina tradicional y sus cosas.»

EA2 Enfermera

Es obvio que el SERMAS tiene una larga tradición de servicio enfocada a la sociedad, pero teniendo en cuenta que en los últimos 13 años nuestra sociedad ha experimentado más cambios que en todo el siglo XX (debido al mundo globalizado en el que vivimos), no es descabellado pensar que el SERMAS en su conjunto, y el Servicio Madrileño de Salud en particular, debe ir asimilando los cambios a un ritmo similar al que sufre la sociedad a la que atiende.

Por tanto, un planteamiento del SERMAS más flexible sobre la actual realidad cultural puede aportar ventajas, principalmente en dos sentidos:

1. Inculcar los usos y costumbres de salud en la población inmigrante de la misma forma que se hace en la población autóctona no es efectivo en términos económicos ni de tiempo. Cambiar esta forma de adaptar al inmigrante al Sistema sanitario resultaría más productivo.

2. Comenzar a introducir algunas prácticas sanitarias (preventivas y de promoción y educación para la salud), más acordes a la diferencia cultural existe, puede evitar gastos económicos derivados de la resolución de estas "demandas culturales" fuera del SERMAS. Estas prácticas sanitarias constituyen todavía uno de los grandes retos del SERMAS y sus profesionales.

Hemos visto como algunos de los servicios de prevención que se ofertan a los extranjeros (Ej. citología) son aceptados por ciertos grupos mientras que en otros, la misma oferta no llega a la población diana. Las características sociales y culturales de los grupos de población extranjera difieren entre sí y no podemos esperar una adaptación y una aceptación uniforme e incondicional de todos ellos a nuestro sistema sanitario. Esta aceptación es más llamativa sobre todo en un aspecto en el que los factores culturales y sociales tienen tanta importancia como es la prevención, promoción y educación para la salud:

> *«Yo creo que el sistema sanitario se tiene que adecuar a los inmigrantes o los inmigrantes al sistema sanitario, es mezcla, ¿no? Un poco de **acercamiento** a la realidad de un paciente inmigrante, que es distinta, a un paciente que es del propio país. Y, bueno, también ellos se tienen que adaptar un poco a lo establecido aquí, ¿no? Sí que es verdad, yo creo que es un poco, mezcla, entre una cosa y la otra.»*
>
> *EA3 Médico*

> *«En el **aspecto médico**, un sistema de salud lo que debe de garantizar es un universal a todo el mundo, ¿sabe? Las cosas esenciales de un sistema de salud, son universales sin importar la raza, accesibilidad, calidad en la atención y recursos. **En lo social** sí que hay que tener en cuenta las condiciones sociales de los individuos, porque hay que tener en cuenta que el africano, por*

poner un ejemplo, que llegó en una patera, ilegal, y que no está registrado en ningún sitio en el Sistema español, no tiene papeles y no les puedes dar recetas, ¿sabes? A la hora de prescribirle un medicamento tienes que tener en cuenta: "Bueno, le voy atendiendo, pero no le puedo mandar un medicamento que vale 40 euros y no se lo puedo dar con una receta de la seguridad social, que le salga a 3 euros porque no tiene papeles".»

EA6 Médico extranjero

«Es que culturalmente somos diferente, y yo creo que podemos convivir todos, con unas normas más o menos que deben ser iguales para todos, por principio de justicia, pero luego cada uno... O sea, yo he vivido lo de: ***"Tienen que ir a la dieta mediterránea porque es la mejor del mundo", a no, vamos a revisar que no estén comiendo porquerías pero que coman su comida.****»*

EA8 Pediatra

«Tenemos que convivir todos con nuestras cosas. Nos dan unas cosas pero nosotros también les pasamos otras. Te quiero decir que ***no podemos ni adaptarnos nosotros a ellos ni ellos a nosotros****. Bien es verdad que está lo de: "Donde fueres, haz lo que vieres", pero, bueno,* ***hay un término medio****.»*

EA8 Pediatra

«La cuestión no es "quién tiene que adaptarse", sino que se trata de construir una buena salud general, que es un objetivo tanto colectivo como individual, y ***que existan facilidades para hacerlo****. Y si hay mucha población inmigrante, lo normal es que haya alguna comprensión para esa situación.»*

EA14 Alemania

«Eso (la formación de profesionales en materia de inmigración) es algo sobre lo que hay que incidir, porque ***todos tenemos que ir adaptándonos*** *a los cambios. No podemos esperar que sólo el que viene tiene que buscarse la vida. Además, que necesita tener guía, pero como no se puede asignar un guía a cada persona que viene* ***es mejor que el receptor esté mejor preparado para po-***

***der despachar a la diversidad**. Y no sólo en el área sanitaria, es en todo.»*

EA18 Camerún

La promoción y educación para la salud de la población inmigrante es factible siempre y cuando se realice en los lugares adecuados y con las personas apropiadas. Desligar este tipo de actividades de los centros de salud e incorporarlos en sus actividades sociales habituales es una opción razonable. Siempre y cuando la persona encargada de difundir la información tenga capacidad de liderazgo entre sus "peers[8]" y su formación en salud y conductas saludables haya sido estructurada, consensuada y oficial.

2.2.4 Tópicos: el abuso

Mucho se ha hablado en los últimos años sobre la tendencia al abuso que pueda o no hacer la población extranjera de los servicios sanitarios españoles. Debate que, en primer lugar, no se ajusta con las características de la mayor parte de la población inmigrante que reside en la Comunidad de Madrid, ya que según el Instituto Nacional de Estadística el 82,9% de esta población tiene entre 16 y 64 años[9]:

*«En general, **los inmigrantes son jóvenes**, entonces no tienen todavía estos achaques que suele acompañar a la vejez, y **son personas sanas**.»*

EA18 Camerún

*«Yo la verdad es que creo que la gente inmigrante **tampoco va mucho al médico**, ¿no? También es que a lo mejor la **gente joven y trabajadora no es el perfil de gente más mayor que puede ser más abusivo,** tanto inmigrantes como no.»*

EA22 Español

*«Pues mira, yo creo que **hay un equilibrio**. Generalmente es una población joven que no tiene la multipatología que tiene el*

8 Coetáneos

9 Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos a nivel Comunidad Autónoma.

español envejecido como paciente, que ese sí que gasta mucho de la SS. Aunque quizá ese viene mucho por chorradas pero luego no tiene enfermedades que a la larga se traduzcan en costo real y el otro sí, ¿sabe? Es como un equilibrio: lo que gasta alguno en una cosa luego en otra no gasta, y viceversa, ¿sabe? Entonces, yo creo que no hay un abuso del inmigrante.»

EA6 Médico extranjero

Y, en segundo lugar, no encaja con el tipo de uso que hace la mayor parte de esta población del SERMAS, accediendo al médico menos asiduamente que la población autóctona[10], influido en parte por la falta de cultura preventiva. Es más, este tipo de uso provoca en la persona inmigrante la idea de que es "el español" el que abusa de los servicios sanitarios. Todo ello condicionado por la diferente percepción que del concepto de "enfermedad" tiene nuestra cultura frente a otras:

«Por cualquier cosa que da no vas al médico. ¡No vas a ir al médico por un cólico normal! Dices: "Me duele un poco la tripa", te aguantas y no vas al médico. ***No como aquí, que por una cosita pequeñita la gente va al médico. Cuando ya te ves que estás mal*** *te vas a urgencias pero ya cuando tienes una cosa grave.»*

EA15 Marruecos

También influido por su situación de inmigrante económico, como veíamos en el apartado anterior:

«En el caso de los chinos no sólo es que no abusen, sino que ***todos los chinos*** *que pueden* ***se documentan*** *para tener tarjeta sanitaria y* ***luego no la utilizan****. Y muchos de ellos, muchísimos,* ***son autónomos****. Entonces,* ***el que puede no acude a la Sanidad Pública, acude a la privada****. Con lo cual ahorra muchísimo dinero y encima están aportando más dinero.»*

EA12 Mediadora

10 Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Berra S, Elorza-Ricart JM. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Núm. 2007/08. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2009.

«A mí me parece que es un abuso cuando vas para que te den una baja médica, por ejemplo, y yo creo que los inmigrantes no quieren baja médica, no quieren que su poco sueldo que tienen sea más bajo todavía, y aguantan más que uno que se pueda permitir una baja. Un inmigrante, desde mi percepción y mis conocidos, ***no van al médico hasta el último momento****, perjudicándose la salud, incluso. Entonces, para un resfriado tampoco va a ir, porque* ***no se pueden permitir faltar al trabajo****, tienen que enviar dinero a casa.»*

EA17 Rumanía

«Se puede notar como anemia, fatiga y tal, porque no tienen tampoco recursos para alimentarse bien, porque la mayoría de ellos tienen un ***trabajo muy precario****. Incluso los niños. A veces en las escuelas nos decían que se nota que tal niño no desayuna. Estos casos existen y creo que ahora con la crisis se ha agudizado.»*

EA18 Camerún

Según esta realidad, la propensión al sobre-consumo sanitario sería más adecuado atribuírsela al tipo del español que al tipo del inmigrante económico. No obstante, en el ideario de la ciudadanía española dicha propensión se encuentra bien aferrada, como se puede observar a continuación:

«Yo creo que lo usan mucho, muy frecuentemente y ***tienen mucho abuso****, porque yo veo que* ***tienen ventajas****. O sea, son tratados diferentes y suele ser para bien.* ***Veo que piden cualquier prueba y se la dan.*** *Y yo voy a mi médico y le tengo que rogar que me haga una analítica cada tres años. Veo mucho favoritismo.»*

EA22 Español

*«****Ahora hay bastante rechazo por parte de la sociedad****, del ciudadano común, que va a la consulta médica y ve allí en la consulta a 2-3 personas inmigrantes. Creo que hay bastante rechazo o bastante sensación de xenofobia contra esa gente.»*

EA21 Español

*«A mí abusar me parece que no. Me parece que **han aprovechado la coyuntura de que este es un país en el que la sanidad es universal y gratuita para todo el mundo en cuanto llevas un tiempo**. Yo no veo que haya sido un abuso como tal, lo que pasa es que claro… Yo tengo la cabeza así de oír a la gente: "Nos quitan...". La idea que yo tengo de **lo que cree la gente es que sí abusan**.»*

EA8 Pediatra

*«Sí, he oído eso de que la población general percibe discriminación positiva hacia los inmigrantes. Sobre todo en municipios donde estaba afectado a más gente. Había gente con mucho dinero por las tierras y tal, y luego había gente que no tenía mucho dinero, porque era trabajador de esas tierras y estos vivían peor esas diferencias, esas **ayudas que podían percibir los inmigrantes y que ellos no**. Que igual no eran tantas. Por eso vieron mal a los marroquíes, etc., porque ellos **tenían unas prestaciones y al llegar los otros tenían que compartirlas**.»*

EA10 Trabajador social

*«Hay población autóctona que se queja porque los inmigrantes tienen determinados privilegios, pero porque **no se explica a la población**. Yo creo que falta información y se manipula fácilmente todo esto. Hay unos baremos para ayudas públicas, becas: de comedor, guardería, de lo que sea. Son unas **ayudas públicas que todo el mundo puede acceder siempre que cumplas unos requisitos** de estar empadronados, de tener documentación, etc., ¿A quién se lo dan? ¡¡A los más vulnerables!! Pero por baremo, no porque tú seas negro, blanco o azul. Ni porque lleves aquí 30 años y llevas más que el otro, no. Yo creo que se debería informar a la gente y decirle: "Que a tu vecino no le dan más porque sea inmigrante sino porque tiene menos que tú", "Ya pero es que se compra..." Bueno y el de aquí también se lo compra porque tiene dinero negro pero no porque sea de otro sitio.»*

EA11 Trabajador social

*«En el Hospital se veía el abuso que ellos hacían y eran conscientes del abuso que estaban haciendo en urgencias. Ellos ya sabían lo que tenían que decir y lo que no, porque **alguien le había***

> ***dicho**: "Tú tienes que hacerte el tonto como si no supieras hablar". **Me imagino que alguien le diría** eso porque llegaban ahí como diciendo: "No te entiendo, no te entiendo", cuando les oías hablar perfectamente con el médico a la hora de decirle lo que le duele o lo que no le duele.»*
>
> *EA22 Español*

Esta situación hace especialmente relevante que en este informe se haga un acercamiento a la idea extendida de: "el/la inmigrante abusa de los servicios sanitarios". Sobre todo si tenemos en cuenta que dicha percepción no está difundida únicamente entre la población general sino también entre el personal de los hospitales y centros de salud:

> *«No, no, no, ellos vienen cuando les ha surgido algún problema que no han podido solucionar. Realmente no es abuso. **La gente a lo mejor se confunde**. **Compañeras mías en el CS** decían: "Claro, vienen tarde o vienen sin hora". Pero eso no es abuso realmente, porque si no se les atiende o no les puedes atender y les das otra cita, eso no es abuso. No venían en plan de que: "como me van a atender igual", yo no he visto eso. Yo he visto que **ellos tienen otras cosas más importantes por lo que no podían venir.** A lo mejor **hay gente que** sí que lo **entiende que lleguen tarde como que "les da igual"** o siempre te piden el favor, pero, bueno, eso lo hacemos todos, no es necesario ser inmigrante.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Bueno, es que luego **mi colectivo**, con toda la fama que tenemos de solidarios, pues, no… ¿sabes? [Ríe] ¡Pues no! **La inmensa mayoría piensa que han venido aquí y nos han quitado el trabajo, la sanidad…**»*
>
> *EA8 Pediatra*

A pesar de la gravedad, hay que ser conscientes que es parte de la realidad pero que no es la actitud habitual en las/los profesionales del SERMAS. Es tranquilizador, para la adaptación de los servicios sanitarios madrileños a la diversidad cultural de la sociedad, comprobar que dicho tópico está mucho más extendido entre la población española en general que entre el personal del SERMAS, obviamente porque estos

disponen de información de primera mano que contrarresta las percepciones viciadas sobre realidades como las que estamos tratando aquí:

> «*Yo creo que no vienen a España porque la sanidad es gratis. Vienen a trabajar, pero sí que es verdad que como tienen facilidad a veces para ciertas prestaciones, pues,* ***en algún caso*** *ha habido algún abuso pero realmente… Hombre,* ***si son parte de la sociedad y están cotizando tendrán derecho como cualquier español****.*»
>
> *EA3 Médico*

> «*En general no es una población enferma, es una* ***población joven****, es una* ***población sana****…* ***Al contrario de lo que creímos pensar en el principio****. No traían más enfermedades* ***ni traían ningún tipo de epidemia****.*»
>
> *EA4 Médico*

> «*Yo creo que no hay un abuso. Es decir,* ***son población sana y vienen por cosas por las que puede venir cualquier otro****. Lo que pasa es que a lo mejor dices: "Es que todos vienen con ciertos problemas, porque tienen unos hábitos alimenticios que…", pero eso es normal. Es decir, habría que cambiarles un poco los hábitos, intentar ayudarles en eso, pero* ***no creo que vengan más que españoles****.*»
>
> *EA7 Médico*

> «***Abusa todo el que quiere abusar****, español y extranjero. Todo el que tenga cara, pues, puede intentar abusar. Ahora, otra cosa es que te dejen, eso es ya otro tema. Yo creo que ese* ***es un falso mito y que no se sostiene****.*»
>
> *EA11 Trabajador social*

En cualquier caso, se debe considerar que una de las causas de dicha percepción de sobre-consumo, por parte de la población, se debe en gran medida a una confusión entre los conceptos de "mal uso" y "abuso":

> «*Vamos a ver, la población inmigrante* ***no es que haya abusado, es que no se somete a las normas.*** *O sea, es que es gente*

que la mayor parte de las veces vienen sin cita diciendo: "Yo malo, yo mucho dolor,", y con eso… Sí que es verdad que ***muchas veces hay gente muy demandante y no se adaptan a las normas****. O sea, los papeles son para todos, para mí y para ellos. Sí que hay veces que hay algún abuso, pero bueno como también lo hace un español, o sea que…»*

E6 Administrativo

*«****Lo que hay*** *a veces* ***es inconsciencia sobre la escasez de los recursos*** *por parte de los pacientes también. Creo que* ***no todos siempre somos 100% responsables*** *y, a lo mejor, no valoramos lo que hay, ¿sabes? Y hay mal uso de las instalaciones, mal uso del tiempo…»*

EA14 Alemania

En otros casos, incluso la mera presencia del colectivo inmigrante se puede percibir como abuso. La percepción del abuso en estos casos se produce derivada de la falta de aceptación del derecho a la asistencia sanitaria de esta población. Si este derecho estuviese fuertemente interiorizado en el ideario de la población general el discurso no versaría sobre el "abuso" sino quizá sobre la calidad del uso. Es por ello que lo relacionado con la asistencia del colectivo inmigrante a los distintos servicios públicos tienda a percibirse en clave de abuso:

«Yo veo que ***hay una diferencia en el uso de la sanidad pública*** *aquí en España por parte de los inmigrantes,* ***dependiendo un poco del país de procedencia****, sobre todo de los inmigrantes que tienen el mismo idioma. A las personas que vienen de los países de Latinoamérica, eso les ha* ***facilitado el uso, y/o el abuso*** *del sistema sanitario. Al tener un idioma pueden* ***acceder más fácilmente*** *a esa sanidad. Mientras que las personas que tienen otro idioma lo tienen más difícil. Si es más* ***difícil saber bien el idioma****, eso hace que a la hora de que ellos van a una consulta médica* ***les eche un poco para atrás ser tan demandantes de ese sistema sanitario****. Mientras que las personas que proceden de los países con la misma lengua, les es mucho más fácil expresarse con un profesional y es mucho más fácil* ***entender y escuchar todas las ofertas que existen para hacer un uso del SS****. En-*

tonces, ***acceden porque el idioma les permite también tener ese acceso****.»*

EA21 Español

«Yo creo que ***lo usan mucho****, muy frecuentemente y* ***tienen mucho abuso****. […]* ***La población sudamericana y africana es la que yo más veo****, quizá por la zona en la que vivo. En Móstoles hay colonias muy grandes, sobre todo de sudamericanos.»*

EA22 Español

Por tanto, y bajo esta sospecha de abuso, es normal encontrar en el discurso del colectivo inmigrante la justificación de su derecho al uso de los servicios sanitarios en igual forma y medida que el ciudadano español:

«Pienso que ***la gente está mal enfocada****, porque dicen que es gratis pero no lo es. Yo entiendo que si usted tiene una cartilla y está pagando impuestos* ***no es gratis, porque usted está pagando****. Yo lo veo muy ventajoso, ahora,* ***de gratis nada****, porque si usted no trabaja le dicen que vaya a urgencias.»*

EA13 Ecuador

«Es que cuando uno acude a un centro de salud no es por capricho, no es por pasar el tiempo ahí, va porque está malo. ***Yo no voy a un centro de salud para perder el tiempo, ni prefiero llevar a mi hijo al médico que llevarlo al parque****. Si voy es porque estoy mal. Entonces, somos muchos y* ***se pega la idea de que estamos abusando del sistema sanitario****. Al contrario,* ***estamos cotizando y estamos ayudando a muchísima gente*** *de aquí, mucha gente que cobran las pensiones. Y hay mucha gente que es del país que no trabaja, que nunca ha trabajado y no dicen que esta gente abusa del sistema sanitario, si no ha cotizado en su vida.»*

EA16 Marruecos

Otra de las líneas argumentales sobre el sobre-consumo sanitario es la diferenciación del uso y abuso que hacen inmigrantes, denominados, "ricos" y "pobres". En esta diferenciación se aprecia no sólo una cualidad económica sino un motivo diferente para la emigración, por un lado, los inmigrantes "estacionales" (jubilados, procedentes principalmente del Norte de Europa, que buscan mejor clima) y, por otro lado, los inmigrantes "laborales" (procedentes de países con rentas más bajas, motivados por una oportunidad laboral mejor).

La idea de que el abuso proviene de estos inmigrantes denominados "ricos" está, obviamente, más instalada en el colectivo inmigrante:

> *«**Los que abusan** de la sanidad de España **son los países ricos, no los países que venimos a trabajar,** que la mayoría son de Marruecos y sudamericanos. La mayoría de esta gente no abusa, porque **encima que están pagando**… Pero los que abusan son los países ricos de Europa y les respetan a ellos más. **Ellos gastan más y no pagan nada, no como nosotros.** Cuando vas al médico es porque realmente estás malo, no puedes faltar a tu trabajo, porque tener un trabajo es importante.»*
>
> *EA15 Marruecos*

> *«El otro día salió un reportaje que también en EEUU, como es todo privado, hay mucha gente que también viene para operarse. Se empadrona aquí y al poco tiempo **se operan de una operación que es muy costosa**. Entonces, **a lo mejor nosotros vamos por enfermedades así muy comunes. Tienen que mirar eso**.»*
>
> *EA16 Marruecos*

> ***«Hombre, que si los alemanes e ingleses son inmigrantes, entonces sí que los inmigrantes abusan**, pero si creen que el subsahariano hace venir a su padre para operarse, yo no conozco a ninguno. Es que decir que hay un contingente de inmigrantes que hacen venir a su familia… Yo no lo he visto. [Risas] Ahora, si se considera al europeo inmigrante aquí, pues sí.»*
>
> *EA18 Camerún*

Dentro de la diferenciación de que el abuso del SERMAS, y por extensión del SERMAS, lo realizan inmigrantes "ricos" o "pobres", debemos puntualizar dos prácticas diferentes que en ocasiones se llevan a confusión.

Por una parte, la que hacer referencia al denominado "turismo sanitario", es decir, aquel uso del SERMAS por parte del extranjero únicamente durante su estancia temporal en el país.

> *«Yo he estado en Canarias y eso es una vergüenza, ¿eh? La mitad de la población es extranjera y no solo vienen a ponerse la prótesis, es que viene toda la familia. No puede ser, no podemos… Son los* ***turistas, que vienen y tienen aquí una casa que les sale barata****. Es que yo creo que hay un abuso.»*
>
> *EA6 Médico extranjero*

> *«Lo del* ***turismo sanitario*** *lo he oído en el* ***tema de maternidad****, o sea de parir. Primero porque* ***es gratuito****, no hace falta hacer un seguimiento, y* ***es urgente****. En este tema lo he oído tanto de Sudamérica, que han venido pues gente que conocía ya este país y ha retornado allí y ha venido solo exclusivamente a dar a luz, y de Rumania, parece ser que también. Bueno, eso te lo confirmo que es cierto.»*
>
> *EA10 Trabajador social*

Esta práctica suele ser menos visible:

> *«Luego, hay* ***otro tipo inmigrantes que vienen ocasionalmente como turistas****, los inmigrantes que tienen dinero y que yo creo que hay mucha gente que no lo sabe. Estos sí que están abusando, tanto o más que abusan los otros, pero se les ve de otra manera. Quizás porque lo hacen de una manera que* ***no se nota tanto****, porque ellos se hacen notar menos pero su forma de ser, de hablar…»*
>
> *EA21 Español*

> *«Los pensionistas de la Costa del Sol...* ***Posiblemente van más a la sanidad privada****, ¿no? [Risas]*

Entrevistador: Se fletan aviones a Mallorca para ponerse caderas y hacerse intervenciones cardiacas.

Entrevistado: Ah... ¿sí? No, ***pues eso no lo sabía****.»*

EA3 Médico

Y, por otra parte, la práctica de la "reagrupación familiar", es decir: derecho que adquieren aquellos extranjeros que se encuentran viviendo en España a reunir, bajo ciertos requisitos, a cuantos ascendientes o descendientes tengan a su cargo y que continúen en su país de origen:

«Lo de que se traen a los familiares para que los operen ***lo he oído yo mucho****. No,* ***la verdad es que no lo he visto****. Había una población muy mayor pero era* ***porque se han venido todos aquí con su familia****.»*

EA1 Enfermera

«Si yo estoy aquí bien, tengo mi casa, tengo mi trabajo, y ***puedo traer a mi padre, lo voy a traer****, porque si no puedo viajar para verlo pues lo más fácil es traer a mi padre aquí. Y si viene mi padre lógico que va a necesitar asistencia médica, y mejor que la que está en mi país. Sí,* ***sí, hay muchos casos,*** *hay mucha gente que hace lo que sea para buscar a sus padres porque saben que aquí tienen mejor asistencia médica. Mi suegro acaba de fallecer hace poco,* ***yo no he tenido la facilidad de traerlo para acá, pero si la hubiera tenido le habría traído****.»*

EA16 Marruecos

La confusión se produce en los casos en que se denomina "turismo sanitario" al uso que hacen los familiares de "inmigrantes económicos" del SERMAS cuando vienen de visita, sin embargo la mayoría de las veces no se trata de una visita turística sino más bien de un proceso de reagrupación familiar, con el que la población general no está familiarizado:

«Es verdad que ha venido mucha gente con lo de: "Aprovechando ahora me traigo a mi madre 3 meses y la opero", eso sí es verdad, pero a mí ***me parece bien****. Mira, mi compañera, que su hermana vive en Inglaterra, cuando viene de vacaciones les hace todas las revisiones a los niños. Y estamos hablando de Reino*

Unido. Pero es que yo haría lo mismo. Yo tengo a alguien que esta malo, que ***no tengo dinero allí para pagarlo*** *y tengo la posibilidad de que un familiar mío está en otro sitio y llego allí y le opero. Porque* ***eso va en función de la mente de cada uno****.»*

EA8 Pediatra

En algunas ocasiones la confusión llega al punto en que el personal sanitario confunde el derecho a la reagrupación familiar con una situación coyuntural favorable o no para el país y no con una situación particular del inmigrante que está en esta fase del proceso migratorio:

«Cuando yo estaba en primaria, en 2003, sí se traían a sus familiares para que les operásemos aquí. A lo mejor tenían su contrato de trabajo y ya se traían a los niños, luego a los abuelos. Y también es cierto que antes si que era más permisivo. ***Ahora ya, como el país está como está, yo creo que ahora ya se acabó****, pero si es cierto que venían.»*

EA2 Enfermera

Incluso llega a percibirse dicha práctica de reagrupación como un problema para el Sistema en sí:

«Yo no tengo ni idea de cómo los introducen en el sistema pero para los niños no debe de ser difícil, porque vienen las madres y los padres, entonces, ***empiezan a traerte a los hijos y se traen a sus padres.*** *Luego, yo no sé si ya otros parientes de otro grado, pero claro a los inmediatos sí. Primero se vienen con los pequeños y luego van trayendo a los* ***hijos adolescentes****. Y luego con eso* ***tenemos unos problemas terribles****, porque se adaptan fatal.»*

EA8 Pediatra

Debemos volver a insistir en la importancia de transmitir al profesional del Sistema sanitario información y sensibilización sobre las características del proceso migratorio y lo que ello conlleva, para obtener una mejora en la buena marcha del servicio.

A modo de refuerzo, podemos ver que la teoría sobre "el turismo sanitario" realizado por los familiares de inmigrantes económicos es desmentida con diferentes argumentos, principalmente dificultades eco-

nómicas, administrativas y sociales, que obstaculizan llevar a cabo una práctica de este tipo:

> «*Lo de traerse a los familiares es en el caso de otras poblaciones, pero en el caso de chinos al contrario.* ***El chino se lleva a su padre o a su madre a China a tratarse*** *y a morirse. Luego, el gasto sanitario en el final de la vida de los chinos aquí es cero o bajo cero. Así que,* ***en ese aspecto tampoco podemos decir que abusen****.*»
>
> *EA12 Mediadora*

> «*Antes no teníamos posibilidad de traernos a los familiares más cercanos. Mucha gente estaba esperando de regularizar la situación, con lo cual la reagrupación familiar en aquel momento era imposible, impensable. Y la inestabilidad, aunque tengas papeles, sin posibilidades económicas, pues, ni se te ocurría traer a la familia. Pero* ***el tiempo ha pasado*** *y muchos de los usuarios de ahora son los* ***familiares que vienen a cuidar a los hijos****. Los jóvenes que vinieron aquí se han casado y han tenido hijos pequeños, y como los horarios de trabajo no permiten organizarse pues recurren a los padres y se los traen.*»
>
> *EA17 Rumanía*

> «*Sí, yo creo que algunos vienen para utilizar el sistema médico de aquí. A lo mejor para alguna operación. Pero* ***no creo que sea el fin principal****. Yo creo que el obtener servicios de la sanidad pública* ***es parte de la decisión de venirse*** *aquí a España.*»
>
> *EA20 México*

Estos argumentos resultan bastante convincentes especialmente porque hay que tener en cuenta que en algunos colectivos dicho "turismo sanitario" se hace bastante complicado:

> «*Usted se imagina si yo me traigo a mi familia para que se trate acá, solamente el pasaje...* ***Si tuviera en mi país 1200 euros, le llevo al mejor sanatorio privado, no hace falta que le traiga aquí****. La lógica me dice eso: a mí me va a costar un dineral si yo le traigo a mi madre aquí y encima las cosas tampoco van a ser tan rápidas si ella lo necesitara urgentemente.* ***Si está mala, ¿cómo***

> ***va a resistir 15 horas de vuelo?*** *Es que las cosas tampoco son así acá, porque hay una lista de espera. Entonces, yo no sé de dónde salió eso.* ***Debe ser una leyenda urbana****. Si yo tuviera que hacerlo pues no me saldrían las cuentas.»*
>
> *EA19 Paraguay*

Además, como ya se mencionó anteriormente, el mal llamado "abuso" de los servicios sanitarios por la población inmigrante se debe, en parte, al desconocimiento por esta población, del funcionamiento y la oferta de servicios sanitarios disponibles del SERMAS. Ya hemos apuntado a una posible solución, un canal informativo consensuado, integral e integrado. Un servicio que transmita la información necesaria para que los inmigrantes conozcan la oferta global de servicios sanitarios tanto en su ámbito curativo como preventivo. Solo de este modo podrán realizar una decisión informada a la hora de acudir a los dispositivos sanitarios del Servicio de salud madrileño.

2.3 MÉDICOS INMIGRANTES: UN RECURSO POR DESCUBRIR

Dentro de esta sociedad multicultural cambiante, de la que venimos hablando en páginas anteriores, sería inexcusable que dejásemos a un lado la cuestión de la creciente existencia de profesionales extranjeros que prestan servicio dentro del SERMAS. En concreto, a fecha de abril de 2013, en la Comunidad de Madrid había un total de 13.505[11] extranjeros afiliados a la Seguridad Social en el sector de Actividades Sanitarias y Servicios Centrales.

Esta realidad es la que nos lleva a preguntarnos qué efectos tiene la presencia de este colectivo sobre la percepción de los/as profesionales autóctonos/as y del conjunto de usuarios/as.

Con este análisis se pretende tomar el pulso a la multiculturalidad dentro del Servicio, pero esta vez desde el lado del personal sanitario. De modo que se observará el tipo de relación existente entre profesionales (autóctonos y extranjeros) y si la presencia de profesionales extranje-

11 Según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística: Afiliación de extranjeros a la Seguridad Social. Datos por sector y Comunidad Autónoma. Abril de 2013.

ros se percibe como ventaja o una desventaja para el propio Servicio. Además, se pretende analizar cómo se percibe la presencia de dichos profesionales extranjeros entre los/as usuarios del SERMAS.

2.3.1 Relación entre profesionales

En la relación entre profesionales del SERMAS extranjeros y autóctonos se han detectado dos tendencias.

Por un lado, la tendencia de no reconocer la diferencia profesional entre colegas por su nacionalidad. Tanto es así que en un caso concreto un profesional autóctono se sorprende de que el comportamiento del personal extranjero sea igual al de sus compatriotas (no dedicados al ámbito sanitario). Es decir, el sanitario autóctono no es consciente de que el proceso migratorio del sanitario extranjero es tan probable como el de cualquier trabajador migrante, y que, por tanto, también puede producirse el retorno al país de origen en un momento determinado, como se está produciendo en tantos otros casos. En este caso no se reconoce una diferencia por nacionalidad, ya que no se advierte normalidad en el comportamiento del profesional extranjero que retorna al país de origen:

> *«Teníamos residentes extranjeros, pero **curiosamente** los residentes **han ido mayoritariamente convirtiéndose en inmigrantes** y hemos sufrido también las **consecuencias de esa forma de comportarse**. Como la mayoría de esos residentes inmigrantes procedían de países de Hispanoamérica, su comportamiento era un poco paralelo al de sus compatriotas, porque mis dos últimos residentes se han incorporado y se han marchado a su país. Aquí en el centro hemos tenido bastantes residentes y **muy pocos han cumplido**, se han marchado.»*
>
> *EA4 Médico*

Sin embargo, somos conscientes de que la nacionalidad es una característica muy relevante en las interrelaciones que se producen en la sociedad española. Tanto como el género o la edad. Es decir, el país de origen es un rasgo que marca las relaciones entre ciudadanos y que no deja de producirse también en el ámbito sanitario. Prueba de ello es la segunda

tendencia detectada, en la que el reconocimiento de la diferencia entre profesionales extranjeros y autóctonos se hace patente:

> *«La **relación** con los médicos de otros países es **buena.** Aunque **evidentemente hay cosas en las que chocamos**. Por ejemplo con el residente iberoamericano: son muchos más indolentes, mucho más relajados para todo, mucho más inconstantes, son mucho menos responsables en ese aspecto.»*
>
> *EA4 Médico*

> *«Creo que, a lo mejor, ellos dan **una atención un poco distinta por el trato cultural**. Si uno ha vivido en esa cultura y en ese país, pues **imagino que afrontarás el trato con el paciente de una forma distinta**. Sí que lo comentaban a veces pero poco, la verdad es que pocas conversaciones hemos tenido acerca de ello.»*
>
> *EA3 Médico*

> *«Los residentes latinoamericanos tienen muchísimo interés por aprender. Yo la experiencia que tengo es muy buena. Son muy disciplinados. Únicamente, que muchas veces en las historias clínicas escriben como hablan y eso es muy curioso. **No deja de ser otro idioma**, aunque sea castellano.»*
>
> *EA8 Pediatra*

Incluso se puede observar cierto recelo, derivado de la percepción palpable de la diferencia. Desde esta perspectiva se percibe al profesional extranjero como un "ocupante" cuya función es la de "despojar" de su lugar al autóctono:

> *«**No hace falta facilitar que los profesionales inmigrantes se introduzcan en la sanidad española, aunque** es verdad que **depende del paro que hubiera en España de los profesionales sanitarios del país**. O sea, que podemos asumir la formación de otros profesionales que se van a quedar aquí, pero formar a estos profesionales habiendo paro de los profesionales que son del país... no sé. Ahora mismo, a lo mejor, **habría que poner un límite**. Habría que poner un tanto por ciento de profesionales de otros países que se formaran aquí. Con el número de inmigrantes*

que hay ahora en la CCAA de Madrid ***no es necesario*** *tener un pool de profesionales inmigrantes.»*

EA3 Médico

Aunque el mercado laboral español se beneficiase, en un determinado momento, de que algunos trabajadores extranjeros realizasen labores que los trabajadores autóctonos no estaban decididos a realizar:

«Si han venido es porque había sitio para todos, ¿no? Quiero decir que ***cuando se necesitaban ellos vinieron*** *y había posibilidad, pues muy bien, ¿no?»*

EA7 Médico

*«****No se puede utilizar esa argumentación de que "ahora es que sobran"****, porque hubo una época en que hacían falta, porque* ***tú no querías hacer lo que ellos están haciendo ahora****.»*

EA8 Pediatra

Estos puntos de vista nos llevan a afirmar que el discurso sobre la "intrusión" del extranjero no es el único que circula por el ideario del profesional autóctono, sino que existe otra visión más abierta a la diferencia, en la que la circulación de personas en este mundo global es parte de la realidad del SERMAS, y en la que el profesional extranjero tiene el mismo "derecho" a ocupar un lugar en el sistema sanitario, independientemente de su lugar de origen, del mismo modo que el profesional español puede convertirse en "extranjero" en cualquier sistema sanitario del mundo:

«Aquí vienen a rotar muchos médicos extranjeros y enfermeras, y la verdad es que a mí me parece bien, porque igual que ***a mí me gustaría ir a formarme a otro país****… Porque yo creo* ***que todos somos iguales y que tienen los mismos derechos y la misma oportunidad*** *y* ***no creo que estén quitando trabajos****. Yo creo que son profesionales* ***igual de preparados****. El que viene quiere aprender, la verdad es que se está muy a gusto con ellos y tienen muchísimo interés.»*

EA1 Enfermera

*«Todos tenemos derecho a trabajar donde haya trabajo y **si no lo hay en mí país lo tengo que buscar en otro sitio**. Hubo una época en la que sobraban plazas, entonces, era fenomenal que vinieran ellos aquí. Ellos han cumplido una función.»*

EA8 Pediatra

2.3.2 Ventajas/Desventajas

Ante la situación presentada, respecto a las relaciones entre profesionales dentro del SERMAS según su nacionalidad, se ha de atender a las ventajas y desventajas que las/los profesionales autóctonos destacan de la presencia de profesionales extranjeros.

En primer lugar, se observan ventajas en relación a la mejora de la comunicación y, por tanto, de la atención sanitaria que causan los malentendidos culturales:

*«Creo que **se podría aprovechar lo que ellos saben culturalmente de sus países**, porque muchas veces cuando tienes pacientes de sus países ellos saben mucho mejor como llevar la entrevista y aconsejar al paciente. Lo saben mejor porque a nivel cultural **ellos se conocen** y cosas que nosotros no sabemos ellos nos las pueden aportar. Esas cosas las podemos aprovechar unos de otros mucho mejor. Igual que nosotros cuando ellos no entienden expresiones nuestras.»*

EA1 Enfermera

*«Hombre, yo creo que nos ayudamos entre todos, ¿no? **Es complementario**. Es decir, hay muchas cosas que yo no entendería y a veces esté médico extranjero sabe cómo tratarlos mucho mejor que yo. Eso me ha pasado con mi residente (dominicano), pero, luego, es que él lleva 4 años aquí y ha cambiado totalmente. Lo ves ahora como trata a la gente y **ha aprendido** un montón cómo se trabaja aquí y como se trata a la gente, Y **yo he aprendido de él como trata a los suyos**. Eso es una cosa que se potencia, oye, porque **enriquece a todo el mundo**, ¿no?»*

EA7 Médico

«A mí personalmente su bagaje cultural me ayuda cuando estamos tratando con gente de sus países. Hay cosas que ellos hacen, que las entiende perfectamente el residente. Porque dices: "¿Pero, cómo vienen queriéndose hacer 100.000 Rx y luego no controlan el embarazo?", pues porque para ellos el embarazo es una cosa tan natural. Eso es ***una de las cosas que los residentes te hacen entender****. Es que allí hay mucha gente que no va a revisarse, nada más que cuando tienen que dar a luz, porque les parece que no hace falta, ¿sabes? Es la forma normal de actuar ante el embarazo, que no es una cosa patológica, realmente quizás nosotros lo estemos medicalizando con tanta revisión y tanta historia. Pero eso* ***ellos lo ven de otra manera****. Es verdad que te ayudan a entender muchas cosas, de las formas que tienen de hacer y de porqué las hacen, que a ti en un momento determinado te puede parecer absurdo y luego te das cuenta que, bueno, no es tan absurdo, que son sus formas.»*

EA8 Pediatra

En este discurso se afirma que el conocimiento (o reconocimiento) de la diferencia cultural disminuiría las interpretaciones erróneas de comportamiento y mejoraría el servicio prestado. Incluso, se echa en falta una mayor variedad entre las nacionalidades de los profesionales sanitarios, ya que de este modo la comprensión de colectivos inmigrantes más "desconocidos" sería más factible:

«No hemos tenido residentes chinos. Nuestro ***objetivo*** *hubiera sido* ***el colectivo chino****. Eso hubiera sido muy interesante.»*

EA8 Pediatra

En segundo lugar, se observa el discurso contrario, ya que no se reconoce la existencia real de ventajas como las anteriormente mencionadas:

«Bueno, son residentes, entonces, ***los conocimientos que tienen cuando llegan son deficitarios****. Habrán pasado su corte y habrán aprobado su MIR, pero…»*

EA2 Enfermera

«A veces tienen más mérito los que no tienen ni idea de español y en nada lo ha aprendido y se maneja bien. Mejor que incluso los

sudamericanos, aunque el idioma es el mismo. Yo creo que ***los pacientes latinoamericanos no se entenderían mejor con el sanitario latinoamericano****. No.»*

EA2 Enfermera

«Hombre, ***a lo mejor algo sí pueden aportar, pero*** *también es verdad que, como el centro tiene muchos migrantes, no especialmente se pondrían con él. Médico de tu país, a lo mejor, hay uno. Yo creo que* ***el trato si sería parecido****.»*

EA3 Médico

«Normalmente el paciente busca algún tipo de complicidad con el médico, ¿no? Y nos ha pasado que el residente era latinoamericano y había determinados pacientes que preferían con él. Evidentemente el paciente inmigrante, pues, cuando ve algo que se le asemeja a su país pues tiende a ir a por ello. Quizá ***piensan que con ese médico****, sea residente o no,* ***van a tener un grado de complicidad*** *o de empatía* ***mayor****, pero luego no ha habido tal empatía, porque evidentemente el residente si está "institucionalizado", si lleva ya tiempo aquí, está más protocolizado en cuanto a su comportamiento. Algún chasco en ese aspecto sí se han llevado, ¿no? Al final se dan cuenta que* ***nosotros somos mucho más profesionales como para cumplir con una forma de trabajar y que por ahí no van a encontrar una vía de acceso distinta*** *a lo que nosotros les damos.»*

EA4 Médico

Por tanto, la ventaja relativa a la mejora de la comunicación a través de evitar malentendidos, por compartir la misma cultura el profesional y el usuario, no se reconoce como tal en todos los casos. Y es que no todo el personal autóctono es consciente de los efectos que la diversidad cultural tiene en la prestación del servicio sanitario. Algunos entrevistados hablan de "profesionalidad", pero en este debate no se trata de ser o no buen médico o administrativo (por ejemplo), sino de ser o no un ciudadano adaptado a un mundo multicultural y global. La presencia de esta sensibilidad hacia la multiculturalidad es la que facilitará la atención al usuario extranjero en las consultas y salas de espera, entendiendo que dicha diversidad existe y que puede provocar malos entendidos que entorpecen el buen funcionamiento del Servicio.

En algunas ocasiones esta falta de ventajas viene derivada de las diferencias que perciben los profesionales autóctonos entre la formación en España y los países de origen:

> *«Los residentes iberoamericanos son muchos más indolentes, mucho más relajados para todo, mucho más inconstantes, son mucho menos responsables en ese aspecto. Incluso e**l grado de capacitación técnica es muy inferior al nuestro**. Entonces, ahí chocamos. Nos llama mucho la atención su menor preparación y su poca implicación en muchos casos. En este centro, **a 2 les suspendimos** por poca implicación, llegar tarde, marcharse temprano, algún día que no venían, etc.»*
>
> *EA4 Médico*

Diferencias que en algunos casos pueden venir más de la mano de estereotipos que de realidades constatadas:

> *«Igual **en el fondo hay una cierta inseguridad**, por prejuicios nuestros.»*
>
> *EA5 Matrona*

> *«Hay **diferencia con Latinoamérica en el sentido formativo**. Allí es más práctica la cosa. Allí un estudiante de medicina cuando se gradúa ya ha hecho unos cuantos partos, ha suturado bastante, vamos, que ha hecho bastantes cosas. Cosa que yo he visto que aquí lo hacen R3 y con la MA supervisándolo detrás.*
>
> *Entrevistador: Sin embargo, la idea de los médicos españoles es que los médicos, sobre todo latinoamericanos, están peor preparados cuando llegan al MIR que los españoles.*
>
> *Entrevistado: **Lo que pasa es que aquí hay enfermedades que allí no son prevalentes. Enfermedades propias de la raza blanca que allí son muy poco frecuentes, porque somos un mestizaje, ¿sabe?** Es que, por ejemplo, cuando uno llega aquí y abre los manuales de las academias estas que te preparan para el examen, con todos los conceptos y las materias, tú estás viendo cosas quizás por primera vez, cuando los de aquí llevan viéndolo los seis años de la carrera.»*
>
> *EA6 Médico extranjero*

Ante esta situación se hace de nuevo necesario recordar que la sensibilización y formación del profesional autóctono en diversidad cultural es ineludible en un servicio de salud multicultural como el madrileño, tanto desde la perspectiva del usuario extranjero como del profesional extranjero. No solo porque un sistema sanitario cuyo personal está preparado para "afrontar" la diversidad promueve un funcionamiento más adaptado a la nueva realidad (haciéndolo menos estereotipado y más eficaz ante los posibles choques culturales que se pudieran producir), sino porque promueve relaciones entre profesionales de distinta nacionalidad más fluidas, menos suspicaces y con un objetivo común: el bienestar del paciente y el correcto funcionamiento del Servicio.

2.3.3 Perspectiva del paciente

Ya que para analizar el SERMAS se debe tener presente tanto la visión del personal como del paciente/usuario, en la relación entre profesionales también queremos darle voz a estos últimos, ya que pueden aportar una visión diferente a la del profesional en materia de atención recibida y percepción de dichas relaciones internas.

Por tanto, entre los discursos analizados de los/as usuarios/as (tanto extranjeros como españoles) se han encontrado disparidad de posturas ante la existencia de médicos extranjeros en los hospitales y centros de salud y su relación con el personal autóctono.

Por un lado, se aprecia que las/os usuarias/os no tienen en cuenta la nacionalidad del profesional (sanitario o no) que le atiende:

> *«No me sentiría más cómoda si mi médico fuera de Ecuador. A mí me gusta que la gente que es de mi país le estén dando una oportunidad, porque lo que vienen es a aprender. Pero si es de otro país también.»*
>
> *EA13 Ecuador*

> *«Por casualidad mi pediatra ahora es árabe, no es de Marruecos pero es árabe y me siento igual. O sea,* ***yo necesito una persona profesional****, una persona que sabe lo que está haciendo. Estoy a gusto, porque me escucha.»*
>
> *EA16 Marruecos*

> *«A mí me da igual si voy al centro de salud o al hospital y en vez de encontrarme un médico español, me encuentro a un médico de mi país.* ***No me da más confianza****. Yo creo que* ***todos están capacitados****, por eso me da igual.»*
>
> *EA19 Paraguay*

Aunque no siempre es por entender que unos y otros prestarán la misma atención sino porque hay una falta de interés por el tema:

> *«A lo mejor* ***hace 25 años cuando llegué, por el idioma,*** *si hubiera tenido la posibilidad de que me tratara un médico marroquí sí, pero* ***ahora me da igual****. Pero* ***tampoco lo había pensado****.»*
>
> *EA15 Marruecos*

> *«No tengo ni idea de cuantos médicos extranjeros hay en mi centro de salud.* ***Sé de uno que es cubano. Que me lo recomendaron por ser muy agradable pero no lo he conocido****.»*
>
> *EA14 Alemania*

Mientras que, por otro lado, sí se observan preferencias por parte de pacientes extranjeros hacia profesionales de su misma nacionalidad:

> *«Los pacientes se llevan bien con los médicos extranjeros, pero sobre todo el inmigrante sudamericano prefiere a un médico sudamericano. Nosotros tenemos un médico aquí que es de Perú y lo quieren a él.»*
>
> *EA9 Administrativo*

Preferencia que en la mayoría de los casos se viste de confianza hacia lo conocido:

> *«Yo con el pediatra estoy a gusto,* ***quizás también a lo mejor porque hablamos la mitad en castellano y la otra mitad en árabe****. Entonces* ***no te explica tan rápido****, entonces te da* ***más paciencia****, te da* ***más tiempo****. Y es que hace falta dar más tiempo al paciente en la consulta, porque no es un problema de matemáticas.»*
>
> *EA16 Marruecos*

*«**Si** este médico extranjero **ha ejercido en su país antes de llegar aquí, va a entenderte mejor,** porque **al conocer la realidad de allí sabe más o menos como es el paciente de allí**. No deja de ser la misma persona a pesar de haber cambiado de país, pero le va a entender, porque tienen los mismos códigos verbales, gestuales… Le puede entender mucho más fácil que un médico nacido en Europa. **No digo que le atienda mejor, pero le entiende mejor.»***

EA18 Camerún

«Yo creo que sí me inclinaría hacia el médico compatriota, porque evitaría cierta barrera lingüística y porque desde el primer contacto uno gana confianza. La confianza con lo que le puedes decir al doctor que es de tu propio país pues: "me pasa esto". De hecho, una de las doctoras cuando nació mi hija era mexicana. Y el trato que recibimos fue el mismo, tanto de la mexicana como de las españolas, fue muy bueno, pero claro, con ese puntito, ese matiz. Y no era que pudiéramos obtener algún beneficio o que quisiéramos obtener algún beneficio a través de la doctora mexicana, no. Pero era simplemente el que estuviera ahí, mira nos sentimos como un poquito más protegidos, eso sí.»

EA20 México

Como le puede suceder al usuario autóctono (o al usuario extranjero con el profesional autóctono) por desconfianza hacia lo desconocido:

«Alguien elige un médico, pero a lo mejor ese médico cambia y aparece un médico extranjero. Pero no pasa nada. A no ser que tengas algún problema personal con él y te cambies. En principio yo no he visto rechazo. Los que ha habido ha sido por la forma en que dicen las cosas.»

EA5 Matrona

«Hasta hace 5 años seguro que me hubiera sentido más confortable si el médico que me atendía era de mi país, seguro. Porque es un tema muy delicado, entonces, en caso de duda: "A saber esta gente que ha estudiado". Yo creo que viene de cercanía y a lo mejor tiene que ver con que la forma de comentar cosas y plantear síntomas puede variar, entonces, intuyes que "esta persona me

entiende", sólo lo intuyes. Es una pura sensación. Y a lo mejor "me entiende" es lo mismo que "sabe mucho". Creo que se asocia fácil cuando hay uno que es como yo, ¿sabes? Con lo cual es bueno. Entonces yo, hasta hace unos años, por intuición sí. También con el embarazo me costó dejarme en manos de los profesionales de aquí. Pero luego ya no. Ahora no. Es más, ahora me suena más lo de aquí, lo tengo mucho más cercano, me sentiría mejor y más segura en manos de un español que en manos de un alemán. Te pasa cuando te cambia el filtro de que cual es tu casa. Ahora, que me pongan alguien de Bolivia.... Me pasaría exactamente lo mismo. Tendría que obligarme, y decirme: "Hay que confiar, no sabes nada".»

EA14 Alemania

«En el hospital, la última época que yo estuve, sí que había muchos médicos extranjeros. Y compañeros nuestros se quejaban de que al final los protocolos eran diferentes. Es que en urgencias va todo muy rápido, vamos todos muy rápido, y ellos debían de tomarse las cosas de forma diferente, al final es una cultura diferente.»

EA22 Español

Aunque la preferencia por el profesional extranjero también puede darse porque el usuario extranjero busca una comprensión de la realidad migratoria que un profesional que no ha salido de su país no comprende en la misma medida:

«Un profesional extranjero en un centro de salud puede resultar útil en cuanto su experiencia como inmigrante. Por un lado, puede servir como intérprete y, por otro lado, dar atención con una visión quizás más abierta. Ser inmigrante te hace pasar por mucho, vivir cosas que nunca hubieras pensado que puedes llegar a hacer. Te encuentras con situaciones extremadamente duras. Estás tan expuesto y tan traumatizado de todo lo que te ocurre que es como que te transformas en otra persona. Toda esta experiencia deja huellas. Por eso esto sirve en algún momento dado para que les haga aprender a estos profesionales a ser sensibles y que acerquen a sus compañeros al mundo de la emigración. Cuando yo vine no había muchos extranjeros con

los estudios homologados en el ámbito sanitario y sentías que nadie te entendía.»

EA17 Rumanía

Por tanto, no se trata de una opción simplista de preferencia por "similitud". Unas veces las/los usuarias/os extranjeras/os "buscan" la atención de un compatriota porque esperan un tipo de atención en particular que asocian a la que han recibido en sus países de origen, sin embargo, otras veces estas/os usuarios/as "buscan" al profesional autóctono precisamente porque esperan una atención diferente a la que recibieron en sus países, por un tratamiento cultural de la enfermedad que se adapta más a sus nuevas expectativas:

*«**¿Los pacientes chinos se sienten más cómodos con un médico español o chino?** Depende. Hay algunos aspectos de los chinos que para nosotros puede que nos llamen la atención, pero que son así. Para ciertos temas un chino prefiere ir a alguien que no le conozca porque no va a estar en contacto con sus redes. Por ejemplo, para el tema de interrupción del embarazo, para los temas psicológicos, incluso para temas de infecciones genitales. Para estos temas ellos prefieren que sea alguien que no tiene ninguna relación con su comunidad, porque la comunidad china tiene muchos aspectos muy positivos, pero luego tienen otros aspectos más problemáticos, como el excluir de la comunidad al que piensan que puede dar una imagen del colectivo.»*

EA12 Mediadora

Es decir, que el reclamo del profesional de una u otra nacionalidad se produce por expectativas preconcebidas que tienen los usuarios extranjeros (tanto de su propios sistemas sanitarios como del madrileño), que unas veces creen que les evitará choques culturales y que, otras veces, les evitará las "desventajas" que creen tener en la atención sanitaria de sus países de origen, y que están causados por la existencia de estereotipos y prejuicios presentes en la forma de proceder de cualquier ciudadano/a, independientemente de su lugar de origen:

«También es según de dónde provienen. Según el nivel del país de origen automáticamente vas a pensar en si es bueno o malo. Va a depender mucho del trato que tenga y la confianza que te dé la persona. Pero reconozco que al tener una diferencia, ya sean los

rasgos o la forma de hablar, hay un "miniplus" de desconfianza. Imagino que puede ser el miniplus que durante muchos años, muchas personas habrán sentido si les atiende una mujer. Es muy injusto pero eres el paciente, estás en manos de alguien y no estás para ser justo.»

EA14 Alemania

«En mi centro de salud no hay demasiados médicos de origen extranjero. Sí, un poco más en las urgencias. Y en las urgencias sí que he visto siempre tratar de forma despectiva a los médicos que estaban en urgencias, que eran de origen extranjero, y oyes: "Jo, es que he ido a urgencias y estaba el guachupino ese que…", "Sí, pues es que el moro ese..." Que la gente si lo dice.»

EA21 Español

«Yo voy a urgencias y el que me atiende es un médico extranjero y creo que no tendría ningún problema. Pero, bueno, la verdad es que yo tengo un entorno cercano a mí que son extranjeros, entonces, no me considero en ese sentido muy racista o muy xenófoba.»

EA22 Español

Estas expectativas de atención sanitaria preconcebidas culturalmente no deben ser fomentadas por el SERMAS. Es por ello que los servicios sanitarios deben ser prestados independientemente de la nacionalidad tanto la del usuario como la del profesional, como característica de un sistema de atención global e igualitaria, a través de promover la formación entre las/os profesionales y la información entre las/os usuarios.

Por esta razón, no se puede desaprovechar la formación (sobre todo vía M.I.R[12]) que los profesionales extranjeros reciben en España. Esta formación debería tener, por un lado, una orientación específica en este colectivo para complementar los conocimientos de sus países de origen. Y por otro, se debería hacer un esfuerzo especial para integrar estos conocimientos entre los profesionales autóctonos, que (como ya se ha mencionado) evitarán malentendidos culturales con las/os usuarias/os. En definitiva, esa integración supondría una riqueza extraordinaria

12 Médico Interno Residente

a corto y a largo plazo para la sociedad en su conjunto, reconociendo a este colectivo como un valor añadido enriquecedor y no simplemente como una solución económica a las necesidades puntuales del mercado laboral.

Es recomendable que el conocimiento de los profesionales extranjeros sobre la realidad migratoria pudiera ser trasladado al resto del personal, de modo que todos transmitiesen al usuario el mismo grado de sensibilización y concienciación en dicha materia. Y, a su vez, que el conocimiento de distintos idiomas de este colectivo de profesionales fuese utilizado en los casos de usuarios que presenten mayor dificultad.

3. Necesidades Sanitarias No Cubiertas

3.1 LA FORMACIÓN INTERCULTURAL DE LOS PROFESIONALES (O FALTA DE ELLA)

Tras el análisis de los discursos de doce profesionales y de diez usuarios/as (seis de ellos extranjeros/as) sobre el nivel de preparación del personal al servicio del SERMAS ante la actual situación de diversidad cultural que caracteriza a la Comunidad de Madrid, se observa la absoluta necesidad de hacer un capítulo específico sobre la formación que poseen dichos profesionales en esta materia.

Esta necesidad formativa ha ido haciéndose patente en apartados anteriores, por tanto, y en pro de la mejora del Servicio de salud de la región, a continuación se mostrará:

– Cuál es la realidad de la situación formativa sobre inmigración y diversidad cultural y los cambios sufridos en la última década.

– Cuáles son las necesidades formativas más acuciantes entre el personal, tanto sanitario como no sanitario.

3.1.1 Situación actual y cambios

Con el objetivo de analizar minuciosamente la situación formativa del personal sanitario y no sanitario en materia de diversidad cultural e

inmigración, debemos "empezar por el principio". Es decir, se pretende abordar cómo era esta realidad entorno al año 2000[13], cuando el fenómeno migratorio se hizo patente en la Comunidad de Madrid:

> *«Recuerdo más de un curso sobre tratamiento, comportamiento y prácticas con los inmigrantes. Fundamentalmente sobre detección de problemas de enfermedades de infecciosas y detección de problemas socio-sanitarios como puede ser: violencia de género, malnutrición, desarraigo, problemas psicológicos, psiquiátricos derivados de desarraigo familiar, problemas de pareja, consumo de tóxicos derivados del aislamiento social, etc. Básicamente era detección precoz de esos problemas. Y sí recuerdo que al principio se hacía mucho hincapié en todo lo que pudiese tener una repercusión sobre la salud pública, en general.»*
>
> *EA4 Médico*

> *«Desde las instituciones de primaria se han podido formar. Y yo creo que sí, que en un momento determinado hubo formación y hubo dinero para la formación. Ahora ya no. Ahora no hay formación, no hay formación.»*
>
> *EA5 Matrona*

> *«Cuando empezó el proceso de regularización hubo una avalancha pero no se noto en la formación que recibimos. Nosotros nunca hemos recibido formación. Los administrativos siempre aprendemos a golpe de mazo. Hombre, a ver, te mandan una nota sobre tarjeta sanitaria, pero formación nunca hemos recibido formación.»*
>
> *E6 Administrativo*

> *«No sólo les damos formación a médicos sino también a otro tipo de trabajadores. Como el curso que dábamos en la Lain Entralgo lo damos en más sitios. La Lain Entralgo se ha cerrado, pero*

13 Ver datos de la Encuesta Regional de Inmigración. Enero 2013. Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos de la Comunidad de Madrid.

yo creo que es necesario que no cerremos este cauce que a mí me parece que es vital.»

EA12 Mediadora

«Antes del 2000 había muy poca formación al respecto ¿no? De hecho, uno de nuestros ejes de trabajo era dar formación en claves culturales a personal administrativo. Todos los funcionarios del Ayuntamiento tenían que hacer esta formación, entonces, trabajábamos con ellos y la verdad es que les venía bien, eran participativos, hacían muchas preguntas...»

EA18 Camerún

«En algunos centros sé que dieron formación, no solamente al personal sanitario sino a algunos administrativos, al trabajador social, a otras figuras, para el acercamiento a la población, pero debería haber sido un trabajo constante, si interesaba. Y si no interesa, hacer que interese. Crear una inquietud.»

EA17 Rumanía

Como resulta evidente, las aportaciones de las personas entrevistadas no dejan claro cómo era el uso de los programas formativos en aquel momento: ¿realmente ha existido esa formación?, ¿quién la ha recibido?, ¿qué organismos promueven las acciones formativas?, ¿quién decide las prioridades formativas?, ¿quién asume ahora las funciones de agencias formativas extintas?, etc.

El tema formativo no queda claro porque no se explica el contenido de los cursos, sino que más bien se trasmiten las dudas del personal frente a la nueva situación:

«Hace 10-12 años empezó a notarse el proceso de inmigración, porque empezaron a acudir más a los centros sanitarios. Nos planteamos entonces muchas cuestiones sobre qué patología podrían traer y en qué condiciones socio-sanitarias podían acudir y cuál iba a ser el nuevo comportamiento que teníamos que tener desde AP para con ese nuevo grupo de pacientes.»

EA4 Médico

Además, esta formación tampoco es un cambio que se haya hecho patente entre los/as usuarios/as extranjeros/as:

> *«No he notado que los profesionales estén más preparados o que nos traten de manera diferente desde que llegué.»*
>
> *EA14 Alemania*

> *«Es necesario, yo siento que todavía es muy necesaria, tanto como usuaria como compañera de gente que trabaja con gente extranjera.»*
>
> *EA17 Rumanía*

Asimismo, la explicación de la situación actual sobre su preparación para tratar con este tipo de población no es demasiado alentadora:

> *«Se pasa mal. La cultura es muy distinta: los horarios, las costumbres... La verdad es que no estamos preparados para recibir a esas culturas. No hay formación y creo que se necesita, porque si no es imposible. Con el idioma es muy complicado, pero si ya encima es distinta cultura es imposible.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«A nivel general, no estábamos preparados para atender esta gente. Pero sobre todo porque no nos han dado las armas para tener una relación.»*
>
> *EA7 Médico*

La explicación de todo este caos informativo es que a todas luces se hace patente que esta formación no proviene de una iniciativa institucional sólida, generalizada y homologada:

> *«A la hora de cursos y tal todo es como muy general, ¿no? ¿Hasta qué punto eso es luego práctico y se puede aplicar?»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«No nos dieron ningún tipo de formación específica para tratar a esta población. Nos dieron un librito, donde venían preguntas*

más comunes en distintos idiomas, que también teníamos en urgencias. Ahora ha desaparecido, pero da igual.»

EA2 Enfermera

«La verdad es que en la carrera no te enseñan patología propiamente dicha de inmigrantes. Tienes medicina tropical pero no tiene nada que ver con lo que ves. Entonces, la patología más prevalente en los emigrantes la vas aprendiendo según vas viendo pacientes y el tipo de trato, como afrontan ellos también la consulta del médico de familia, la relación con el médico… Eso lo vas aprendiendo porque de cursos así, hombre sí, cada vez hay más cursos de atención al inmigrante y cada vez hay más de medicina de atención primaria focalizada al inmigrante, pero realmente nadie te forma de ello durante la carrera.»

EA3 Médico

«Yo afortunadamente hice Antropología, entonces, a mí me ha servido profesionalmente para aprender de esa gran diversidad y para neutralizar este modelo que nos han querido poner durante muchos años: biomédico, controlador, patologicista… Entonces, a mí me sirvió mucho, porque hay gente que se queda bloqueada por la diversidad, por la diferencia.»

EA5 Matrona

«Creo que no se les ha formado suficiente. Han sido pocos años de trabajo desde el SEMSI, pero esta figura cada vez tiene menos peso o está muy poco usada. Han dejado de darse este tipo de sesiones informativas. Y nadie va por libre a que le den este tipo de sesiones.»

EA17 Rumanía

La integración[14] óptima de población inmigrante en el SERMAS a través del trato con el personal no se hará efectiva si se deja única y exclusivamente en manos de la voluntad individual del profesional. En primer lugar, porque las circunstancias laborales lo dificultan, y en segundo lu-

14 Con la integración entra en juego la disposición a interactuar de manera intelectual, psicológica y cultural entre los miembro de distintas culturas. Implica la interacción mutua entre mayorías y minorías culturales, dando como resultado un proceso intercultural.

gar, porque implica una predisposición al autodidactismo e interés por la diversidad cultural, que todos los profesionales (tanto sanitario como no sanitario) no tienen por qué compartir de forma generalizada. Además, las prioridades formativas de los profesionales estarán enfocadas a las características de un individuo-realidad concreta y no al proceso global en el tiempo y en el espacio que supone una realidad social nueva como es la inmigración:

«Si da con un profesional que le apetece o le quiere dedicar tiempo o no le importa, pues... Pero es que no dispones de tiempo y no puedes. Y no estás formada. Y creo que sí que tendríamos que formarnos, sí.»

EA1 Enfermera

«Lo que pasa es que hay gente con inquietudes y gente que no. Quien se ha querido formar se ha formado o bien de forma personal o bien reglamentada.»

EA5 Matrona

«Yo lo que he hecho son cursos de migraciones. Sí, eso sí. He hecho cursos, pero por mi cuenta. Los daban los de la sociedad de medicina de familia. Hay cursos y libritos sobre el inmigrante. Inciden en las patologías que había en cada lugar, para ver qué pruebas había que pedir cuando venían aquí por primera vez.»

EA7 Médico

«Lo que ellos transmiten sobre este tema es que no están recibiendo formación, digamos, de oficio, sino que el que tiene esas ganas de aprender se busca la vía. Es que más bien depende del esfuerzo y del interés de cada profesional y esto después de 13 años de grandes avalanchas de población extranjera, pues sí que es hora de... Ya sé que las administraciones van por detrás de la sociedad. Pero es un momento donde habría que hacerlo por una razón práctica y económica.»

EA12 Mediadora

«Muchas personas se han quedado en acabar la carrera, coger el puesto y ahí se queda. No han tenido la curiosidad ni la molestia

de conocer la cultura de otras personas que van a atender, ni que tengan esta voluntad de dar un poquito más y no de atender a la persona: "¿Qué te pasa? pam, pam, pam. Y adiós".»

EA16 Marruecos

Con el objetivo de aclarar que este no es un problema menor, a continuación se exponen una serie de consecuencias causadas por las "lagunas" formativas que presenta la sanidad madrileña como sistema:

- Mayor dedicación del tiempo de trabajo del personal del SERMAS (dentro y fuera del horario laboral) para solucionar problemas globales. Tiempo que no se dedica a otras tareas fundamentales:

  «Yo me las apañé preguntando, sobre todo las costumbres de ellos. Me reunía con mis compañeras para ver un poco cómo lo habían estado haciendo ellas. Porque muchas veces, a lo mejor, tenemos conceptos un poco generales, que tú puedes mirar en Internet, pero luego realmente eran entrevistas muy largas y muy complicadas. Les tenías que dedicar muchas horas.»

  EA1 Enfermera

  «Te cuesta, en vez de 5 minutos, tirarte media hora para saber lo que quiere. En una consulta que hay días que tienes 50 personas dices: "¡Madre mía!".»

  EA7 Médico

- Aumento del síndrome de Burnout[15]. Esta realidad de "estar quemado" maximiza las ineficiencias del servicio:

  «La verdad es que cuando aparece mi primer flujo migratorio el choque cultural es importante. O sea, puede ser por una situa-

15 El síndrome de Burnout consiste en un estado de agotamiento físico, mental y emocional grave causado por el cansancio psíquico o estrés que surge de la relación con otras personas en un dificultoso clima laboral. Suele aparecer en personas cuya profesión implica dedicación y entrega hacia terceros como, por ejemplo, los profesionales de la enseñanza, de la salud y de asuntos sociales. Se trata de una situación que se va generando progresivamente hasta desembocar, en muchas ocasiones, en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo habitual. Las consecuencias pasan por un elevado absentismo laboral, el consumo de medicamentos, sustancias o drogas, así como la adopción de determinadas conductas de riesgo o violentas. Además, pueden aparecer conflictos en el ámbito laboral, por una disminución significativa del rendimiento y la motivación, así como de la calidad de los servicios prestados.

ción de: "qué bien, qué bonito, qué distinto", pero si no tienes una formación lo pasas mal.»

EA5 Matrona

«Que te salgan así 3 o 4 personas con esas barreras idiomáticas, pues a veces es un desgaste. Te desgasta la impotencia de decir: "Realmente me querrá decir esto" o "Me está entendiendo". O sea, las pasas un poco negras.»

EA7 Médico

- Fomento de la conflictividad en el acontecer cotidiano del servicio sanitario, entre el personal y las/os usuarios:

«A los administrativos les han formado poco, les han dejado mucho a su bola, porque yo veo que se da una baja de 4 meses y viene uno que no sabe nada de esto. Es que no hay formación. Es que yo exigiría que cuando se sabe que es una baja programada: "Usted va una semana antes a ver cómo funciona esto". Eso es una manera de no tener que estar aprendiendo de tus propios errores allí en el consultorio, porque eso origina muchísimo conflicto.»

EA8 Pediatra

- Favorecer el colapso del servicio de urgencias, porque la atención primaria no está preparada para tener en cuenta las particularidades de la población inmigrante:

«A lo mejor si desde primaria la cobertura hubiese sido mucho mejor y más amplia, no hubiese llegado a la urgencia tanta demanda. Si desde primaria se hubiese abordado bien la necesidad de esta población.»

EA2 Enfermera

Estos problemas cotidianos nos llevan a pensar que algunas de las mejoras que precisa el SERMAS podrían procurarse desde el fomento de labores de formación cultural estructurada para afrontar la actual realidad migratoria que repercutiría en la mejora global del funcionamiento del Servicio de salud.

«Es necesario formar a los profesionales. No es porque uno se haya formado en medicina que no deba saber cómo se mueve la sociedad. Necesitan otra herramienta que va cambiando a diario. Una especie de reciclaje sobre cuáles son las necesidades actualizadas de la sociedad.»

EA18 Camerún

3.1.2 Necesidades formativas en materia de inmigración

Una vez que se ha hecho patente cómo es la realidad formativa en materia de inmigración del personal del SERMAS, es preciso enfocar el análisis de cuáles son las necesidades formativas más acuciantes dentro del Servicio de salud.

A este respecto, dos son las necesidades que el personal destaca cómo más relevantes. Por un lado, está la formación en enfermedades emergentes, para saber cómo enfocar el diagnóstico y el tratamiento cuando se ven dichas enfermedades por primera vez:

«En este proceso de atención al inmigrante a lo mejor hubiera sido más fácil algún curso en patologías prevalentes según el origen del inmigrante.»

EA3 Médico

«Se debería formar a los médicos de aquí en enfermedades prevalentes, porque la emigración es un fenómeno mundial, ¿sabe? Y como es un fenómeno mundial, se debe formar en todo tipo de enfermedades, no sólo de las que hay en España. Por ejemplo, en Lavapiés deberían de formar también en enfermedades tropicales.»

EA6 Médico extranjero

Por otro lado, se presenta la necesidad formativa sobre la atención al paciente con características y necesidades sanitarias diferentes a las del autóctono:

«Algún curso sobre la manera de afrontar la enfermedad y la asistencia sanitaria según su cultura. Yo creo que eso sí que hubiera venido muy bien, porque la patología es la patología pero ver

la manera de afrontar y de enfrentarse a la enfermedad hubiera estado bien.»

EA3 Médico

«Nos tenían que haber formado más en conocer su cultura. Que nos hubiesen formado más en las características de la población a la que íbamos a atender y sus necesidades.»

EA2 Enfermera

«Los médicos no tienen una asignatura sobre la atención a pacientes, ¿no? Entonces, mientras no haya eso olvídate de la parte cultural, porque es una parte de eso. O sea, seguro que muchas veces una de las partes difíciles de la labor del médico es el trato con los pacientes.»

EA14 Alemania

Aunque también se perciben otras necesidades más específicas como el idioma, que repercuten directamente sobre la calidad de la comunicación con estos "nuevos" usuarios:

«Como formación el idioma hubiera sido algo muy importante, porque la verdad es que muchas veces no sé ni cómo los entiendes. Pues, por señas. O sea, cuando nosotras mandamos un análisis es de risa: "¿Ayunas? [Gesticulando] Comer no". O das el bote: "pis, pis... ¿cómo?, aquí pis, mira, abrir, pis aquí, y cerrar".»

EA9 Administrativo

Sin embargo, esta necesidad también forma parte de la anteriormente apuntada, y más global, que implicaba una mejora en la preparación del personal en la atención a esta población.

Sea como fuere, cualquier acción formativa que mejore la atención de estos pacientes y persiga la adaptación a la nueva realidad multicultural de la sociedad madrileña remediará:

1. Errores diagnósticos por malentendidos culturales:

«Hay cosillas que hay que conocer de cada cultura, porque, por ejemplo, quizás alguien se quede sorprendido y preguntándose: "¿Por qué serán los bangladesí tan diabéticos?". Pero el que trabaja en Lavapiés y conoce un poco su forma de vida, sabe que comen arroz 3 veces al día. Pero eso es que tú tienes que conocer la forma de vida de tus pacientes si quieres hacer un tratamiento integral.»

EA6 Médico extranjero

«Los latinoamericanos son una población tan exagerada en sus maneras, ¿no? [Ríe] Que todo te lo magnifican: "Ay, doctorsita que dolor de cabeza." Es un dolor, pues, como el de todo el mundo, pero lo magnifican tanto que realmente no sabes si es realmente algo grave. Quiero decirte que hay diferencia en cómo tratar a cada tipo de población, ¿no? Sí, malentendidos culturales, yo creo que sí hay.»

EA7 Médico

«Me parece muy lógico que la manera que tenemos en Alemania de contar los síntomas y la manera que tienen los médicos o las enfermeras de aquí de interpretarlos sea diferente, porque incluso la forma de comunicar que tengo un dolor varía mucho en un sitio u otro y, entonces, creo que seguramente alguien de aquí plantea sus cosas a su médico de otra forma.»

EA14 Alemania

2. Estereotipos culturales:

«La gente de fuera a veces saben muchos más idiomas que nosotros. Yo creo que el problema lo tenemos nosotros. Porque te vienen y dicen: "¿inglés?, ¿francés?", y nosotros ni idea, ¿sabes? Ellos vienen, incluso, con más nivel de idiomas.»

EA2 Enfermera

«Entre compañeras que no han tenido la formación antropológica que yo he tenido, los estereotipos están más acentuados a la hora de tratar a estas personas. Hay muchas resistencias y mucha frustración profesional. Es algo que no les enseñan a los médicos para nada y me parece básico y fundamental. Es un cimiento de trabajar los valores, las creencias, la diversidad cultural…»

EA5 Matrona

«Hay muchos tópicos que yo encuentro en el colectivo sanitario, por ejemplo: "Me entiende perfectamente". Pues no, no te entiende perfectamente, lo que pasa es que un chino no te va a decir que no te entiende. O: "Entienden lo que les da la gana". No, no entienden lo que les da la gana. O: "No vienen porque no quieren". No, no vienen porque a lo mejor no lo ha entendido o ese día no ha podido. Yo creo que hay una serie de malentendidos en los dos sentidos. ¿Cómo se arregla esto? Como todo en este mundo, con educación, con formación y con conocimiento uno del otro y el otro del uno. El paso es a través de la educación.»

EA12 Mediadora

«Creo que están un poco más abiertos a la población nueva, pero que no nos miren solo como inmigrantes. Estamos trabajando en este país, dejándonos la sangre aquí, lo mínimo que merecemos es un respeto y una atención sanitaria adecuada. Que no vean que soy como una intrusa que estoy ahí como si estás robando algo que no es tuyo. Estoy cotizando, aquí no te regalan nada. O sea, que abran un poquito la mente, que tengan otra formación con acceso al resto de las culturas. Que comprendan que cada persona es un mundo, que hay culturas diferentes.»

EA16 Marruecos

Todas estas situaciones generan conflictividad en las consultas y salas de espera, y obstaculizan el correcto funcionamiento de un Servicio sanitario en proceso de cambio y mejora, ya que algunos casos pueden derivar en consecuencias negativas, social y sanitariamente hablando.

Es por ello que resulta fundamental invertir en formación reglada dirigida al personal del SERMAS. Una formación para la atención integral a

la población inmigrante en sus dos vertientes: multicultural y sanitaria. Esta formación contribuirá a la disminución de estas prácticas autodidactas que se consideran normalizadas, aunque no por ello globalmente beneficiosas.

3.2 MEDIADOR INTERCULTURAL SOCIOSANITARIO: UN RECURSO INFRAUTILIZADO

El mediador intercultural es una figura emergente que surge a raíz de los procesos migratorios derivados de la nueva sociedad global en la que nos encontramos. Se trata de un profesional formado en inmigración, interculturalidad y mediación, pensado para ejercer de puente en contextos de multiculturalidad y evitar los posibles conflictos procedentes de los choques culturales que pudiesen darse en los distintos ámbitos sociales: educación, mercado laboral, justicia y, por supuesto, sanidad.

En la Comunidad de Madrid, el mediador intercultural sociosanitario viene existiendo desde los años 90. Pero fue en la década pasada cuando su presencia fue estimulada en mayor medida, principalmente por una llegada de inmigrantes más notable que en épocas anteriores y por las nuevas necesidades surgidas en torno a este hecho.

Para el presente informe interesa especialmente realizar un acercamiento a la situación actual de esta figura, promovida desde administraciones locales, en el Sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, así como indagar en las necesidades específicas surgidas en torno a esta figura, con la idea de introducir mejoras en el Sistema.

3.2.1 Situación actual de la figura del mediador

El problema fundamental que se detecta al analizar la situación del mediador intercultural sociosanitario en la Comunidad de Madrid es que el personal (sanitario y no sanitario) ofrece gran imprecisión informativa. Es decir, o bien, no se conoce a esta figura, o bien, si se tiene constancia de su existencia no se transmite un uso o utilidad real de la misma:

«No, no. Nosotros lo único que teníamos en el CS era una persona a través de móvil o de alguna asociación que venía, pero realmente no era del INSALUD. Aparecían con el traductor y nada más. Esas figuras yo no las he vuelto a ver en ningún otro sitio.»

EA1 Enfermera

«No, en mi centro no había. Yo cuando estaba en primaria empecé a oír algo de ese personaje, pero, vamos, en mi centro no hubo.»

EA2 Enfermera

«No, no, no. Yo sé que hay, como mucho, intérpretes, pero mediador no.»

EA3 Médico

«Sobre el mediador intercultural quizás deberías preguntar más al trabajador social.»

EA4 Médico

«Sí hemos oído hablar de eso. Alguna vez ha venido alguno, pero... Hubo incluso uno aquí, en este centro, como un pilotaje o algo así. No sé si del Ayuntamiento o de una ONG, no te puedo decir.»

E6 Administrativo

«Mediadores específicos para población inmigrante no hay. No, no, nada. Con el que sí que hemos trabajado a veces, es con una asociación de inmigrantes.»

EA10 Trabajador social

«La figura del mediador intercultural desapareció. Pero sí hemos tenido la oportunidad de trabajar con ellos, sí, sí. Contactábamos con ellos a través de un teléfono directo. Había por lo menos 1 o 2 de cada nacionalidad.»

EA11 Trabajador social

Es grave comprobar que aun existiendo necesidad de esta figura por los choques culturales en el devenir cotidiano del funcionamiento del Servicio de salud (como se ha podido observar a lo largo de los capítulos anteriores) este profesional esté infrautilizado o, peor aún, utilizado de forma nula por la falta de conocimiento. Se trata por tanto de una situación de desinformación y desorientación total sobre un recurso importante, necesario y demandado, y las posibles soluciones que este podría aportar.

Como quedó constancia en capítulos anteriores, es patente la falta de formación específica del personal (sanitario y no sanitario) en materia de interculturalidad, por lo que esta figura supone una buena alternativa de apoyo en los casos en que se producen choques o malentendidos culturales en las consultas o salas de espera. Pero para ofrecer un servicio óptimo de intermediación intercultural se deben conocer las principales necesidades de la población inmigrante y del Sistema sanitario en su conjunto, para hacer de este un recurso eficaz, eficiente y práctico.

3.2.2 Necesidades específicas en torno a esta figura

Frente al contexto anterior hay que preguntarse por qué el personal del SERMAS (tanto sanitario como no sanitario) no conoce la figura del mediador intercultural o si la conoce por qué no transmite la utilidad percibida.

En cuanto a la pregunta: ¿por qué los/as profesionales no conocen la figura del mediador intercultural sociosanitario?, la información aportada se ha materializado en los siguientes términos:

> *«Yo la figura esa del mediador no sabía ni que existía. Vamos, sería muy, muy interesante que la tuviéramos. Poder reunirnos con gente que nos pudiera enseñar a nosotros como... A mí no me importaría que estuviese en las entrevistas con nosotros. Yo pienso que necesitamos soluciones que podamos utilizar en el día a día, como pueda ser esa figura.»*
>
> *EA1 Enfermera*

«Muchísimos chinos ya conocían el servicio porque había un servicio boca a boca impresionante. Se empadronaban en un distrito diferente para poder asistir a las charlas. Bien es verdad que no se llegaba a toda la población.»

EA12 Mediadora

«Los inmigrantes llegaban a nosotros derivados por servicios sociales o por saber que existe este servicio, de boca en boca. Muchos sabían que existíamos, entonces, se acercaban, para gestionar sus documentos de permiso de residencia, por un lado, o por otro lado, para resolución de conflictos. Vamos, para resolver algunos temas que tenían pendiente y no sabían cómo llegar. Uno de esos era llegar al ámbito sanitario. Gente que venía por cuenta propia para pedir ayuda porque no llegaban al servicio sanitario. Quiero decir, que no sabían cómo gestionar citas, cómo acudir, cómo hacer los trámites que hay que hacer.»

EA17 Rumanía

Esta desinformación se hace más llamativa cuando se observan discursos sobre la necesidad de figuras como esta:

«La figura del mediador sería muy interesante que la tuviéramos, ¿sabes? Poder reunirnos con gente que nos pudiera enseñar a nosotros o que estuviese en las entrevistas con nosotros. Necesitamos algo más de soluciones a nivel de que podamos utilizar en el día a día, como puede ser esta figura.»

EA1 Enfermera

«Era una figura que crearon que te echaba una mano en los casos difíciles. Ya no hay un mínimo servicio de apoyo. Y los CEPI que también atendían a población inmigrante, también quedan pocos. El de al lado de Tirso de Molina lo han cerrado en diciembre y también era muy útil para ayudarles en temas de legislación, para clases de español, para mil actividades. Era muy importante.»

EA11 Trabajador social

> *«Los chinos en Madrid son los grandes olvidados de todos los servicios públicos, incluido el sanitario. Están muy aislados del Sistema porque tienen una red de atención paralela. Entonces, el papel del mediador sanitario es vital, y si ahora no hay dinero sí que se pueden hacer pequeñas cosas.»*
>
> *EA12 Mediadora*

En consecuencia, es primordial que la existencia de un servicio de mediación intercultural se difunda, tanto entre el personal del SERMAS como en entre los/as usuarios/as extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid.

Sin embargo, no es suficiente con transmitir información por medios verbales de una manera informal, es decir, apelar al denominado "boca a boca", para difundir el uso de un recurso sanitario. Si se quiere garantizar la eficacia en el uso y aprovechamiento de cualquier recurso sanitario, es necesario disponer de un recurso legitimado por el Servicio de salud. Es por ello que volvemos de nuevo a remitirnos a la necesidad de un canal oficial, consensuado y estandarizado de información, que lleve a cabo también la labor de difundir la existencia de un servicio de mediación del que se pudieran beneficiar profesionales y pacientes.

Y por otro lado, si el personal (sanitario y no sanitario) conoce la figura del mediador intercultural sociosanitario: ¿por qué no transmiten la utilidad percibida? Lo más lógico es pensar que si no lo hacen es porque consideran que el servicio debe cumplir algunas características imprescindibles, de las que actualmente carece, para que su funcionamiento se dé de la mejor forma posible. Efectivamente esto es lo que se desprende del discurso de los/as profesionales consultados:

> *«Dentro de que todavía no están muy bien asentado en el Sistema Público Madrileño, existían los mediadores interculturales, lo que pasa es que como unos dependen de la Comunidad y otro dependiente del Ayuntamiento, con funciones en muchos casos solapadas, las interrelaciones no son exactamente lo que deberían ser, ¿no? En parte, quizá, porque haya enfrentamientos a más altos niveles que lo que es lo estrictamente profesional. Pero, vamos, en los CS no hemos tenido los beneficios que deberíamos de haber tenido de ello.»*
>
> *EA4 Médico*

«El problema es que, claro, ¿cómo te enteras tú de cuando viene esa persona? O sea, aquí hubo algo pero no surgió casi efecto, porque, claro, venia un mediador marroquí y a lo mejor lo tenías de 10 a 12, y si el usuario marroquí venía a las 4 de la tarde, ¿cómo te aclarabas con él? Hay que hacerlo de otra manera. Es que tiene que ser que coincida que esté aquí en el momento.»

E6 Administrativo

«Cuando llegamos al servicio nos decían: "Población china hay muchísima pero es que no acuden a nada. Entonces, empieza a trabajar, a ver qué se puede hacer, pero verdaderamente no sabemos si van a llegar". Y rapidísimamente nos dimos cuenta de que en cuanto saben que hay alguien que les atiende en su propia lengua y que les entiende se colapsan los servicios.»

EA12 Mediadora

«El mediador sanitario debe conocer a su propia comunidad y, por supuesto, cómo funciona aquí y allí el sistema sanitario. Debe manejar el vocabulario sanitario de aquí y debe conocer las claves culturales del colectivo.»

EA12 Mediadora

«A mí me resultó un poco más fácil porque yo estaba capacitada para entender y comunicar al personal sanitario de qué hablábamos. Este conocimiento ha servido a los compañeros de otros distritos, porque necesitaban justo una persona que no traduzca, que interprete. Que entienda lo que está diciendo y que capte el significado de lo que transmitían los profesionales del ámbito de salud para que sepamos que hay que hacer desde allí.»

EA17 Rumanía

Por tanto, para el óptimo funcionamiento de un servicio de mediación intercultural es preciso que se tengan en cuenta una serie de características:

– Incluir al personal del SERMAS (sanitario y no sanitario) en el proceso de mejora de este recurso, considerando su experiencia cotidiana en la atención a usuarios extranjeros, con el objetivo de optimizar su uso.

– Evitar solapamientos y problemas de competencias haciendo de este un servicio único del que se beneficien todos los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid en función de sus necesidades concretas.

– Aprovechar los sistemas telemáticos de citación para asociar los servicios de los mediadores sanitarios a los centros y horarios con mayor demanda de usuarios/as extranjeros/as, haciendo coincidir ambos en tiempo y lugar para maximizar su rendimiento.

– Procurar para el servicio de mediación una cantera de especialistas (sanitarios y no sanitarios) en interculturalidad y mediación para los que el idioma y el manejo de la diversidad cultural no supongan ningún problema. Entre los que, además, debe primar el conocimiento de la realidad de Servicio de salud madrileño, así como el de las culturas mayoritarias presentes en la región. El Servicio de salud debe responsabilizarse de la labor y la contratación de dichos profesionales para garantizar la efectividad y eficiencia del servicio, evitando así servicios "alternativos" de dudoso origen. Para ello es necesario flexibilizar la contratación laboral de profesionales (autóctonos y extranjeros) en los distintos centros sanitarios en función de sus necesidades asistenciales.

Con el cumplimiento de estas características, se contaría con un servicio de mediación que ahorraría conflictos cotidianos, que dan lugar a problemas globales en el Servicio que disminuyen su eficiencia.

4.

El RD de Sostenibilidad del Sistema Sanitario y su repercusión en la atención sanitaria al inmigrante en la Comunidad de Madrid

Según lo descrito en el texto del Real Decreto-Ley 16/2012 (de aquí en adelante RD), de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones:

> *«La ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.»*

Con objeto de garantizar dicho futuro, el texto concreta:

> *«Resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.»*

El RD dice superar un vacío normativo que ponía en riesgo la sostenibilidad del SNS completando el marco normativo vigente y estableciendo un régimen jurídico más adecuado que permita definir los supuestos

de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública y regular un mecanismo de reconocimiento de dicha condición que resulte de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades.

Queda, entonces, claro que la nueva legislación afecta a todos las/os usuarias/os, tanto españoles como extranjeros. No obstante, debemos recordar que siendo estos últimos el objeto del presente estudio, será el colectivo de inmigrantes en el que nos centraremos para:

– Estudiar la evolución del SERMAS en la última década.

– Averiguar qué efectos cree la población (autóctona y extranjera) que tendrá la nueva norma en materia de inmigración.

– Descubrir los problemas administrativos existentes en la Comunidad de Madrid a raíz del RD.

– Indagar en la atención sanitaria de embarazadas, menores y situaciones de urgencias dentro del SERMAS.

A partir de lo cual, se expondrán una serie de cambios que usuarios/as y profesionales consideran necesarios para que el SNS en general, y el SERMAS en particular, continúe avanzando de forma óptima.

4.1. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN MATERIA DE INMIGRACIÓN *(Desde la llegada significativa de inmigración a la publicación del Real Decreto 16/2012)*

> *«En aquella época, cuando yo vine, no había casi nadie de médicos extranjeros ni enfermeros extranjeros ni gente extranjera. Había gente extranjera pero no había tanta como hay ahora.»*
>
> *EA15 Marruecos*

Para contextualizar el nuevo RD se presenta a continuación cómo ha sido la evolución de la atención sanitaria desde finales de los años 90, cuando la presencia de inmigrantes no era tan significativa, hasta la fecha actual, en la que se está implantando una nueva normativa que regula el uso y acceso al SNS en general y al SERMAS en particular.

Los profesionales son los que destacan de una manera especial no haber notado cambios en el SERMAS, ni en su funcionamiento global ni en su estructura ni en su organización, sin embargo en su trabajo diario y en la sociedad los cambios han sido palpables en los últimos 10-15 años:

> *«No he notado que la Administración haya hecho ningún cambio en los 10-15 años que llevamos recibiendo inmigrantes en España. No se nos ha ofrecido. Tampoco hemos preguntado. Nos hemos ido apañando como hemos podido.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«Un centro con inmigrantes en el año 2003 tiene la misma estructura en el año 2013 y la población ha cambiado. En un principio, cuando la población llegaba, era mucho más difícil trabajar con ellos que ahora. Hemos ido aprendiendo y va resultando más fácil atenderles. También me imagino que esa población se ha ido adaptando. Incluso hablan español. Te entiendes mejor.»*
>
> *EA2 Enfermera*

> *«La Administración no ha hecho ningún cambio en 15 años que llevamos de inmigración. De organización no, desde luego. Incluso ahora están perdiendo derechos, porque cuando un inmigrante con papeles no está dado de alta no puede ser atendido. La CCAA de Madrid, no ha hecho mucho para acercar esta realidad a los profesionales. Nada en cuanto a facilitar el trabajo a los profesionales.»*
>
> *EA3 Médico*

En cambio, otro tipo de agentes reconoce que sí se han producido algunos cambios dentro del Servicio. Esta situación paradójica puede ser debida a que los profesionales piensan que el SERMAS no ha experimentado los cambios institucionales que ellos esperaban, mientras que el resto de agentes sí han percibido ciertos cambios. Aunque estos cambios estén más relacionados con modificaciones individuales en el funcionamiento diario del personal, que con el Servicio sanitario en su conjunto:

> *«Hay muchísimos médicos súper abiertos por conocer este tema, pero hace años no había ninguna conciencia social de que*

el inmigrante es exactamente igual que el español en derechos y deberes. Entonces, cada vez hay más gente abierta a conocer a la nueva población para atenderlos mejor.»

EA12 Mediadora

«Ha habido una mejora en la atención a los inmigrantes desde el año 2000, porque se ha pasado de la cerrazón a la curiosidad de hacerlo mejor. Yo he visto al médico buscar él mismo un recurso por teléfono, por ejemplo, llamando al servicio de orientación para poder atender mejor. Algo que no ocurría antes.»

EA18 Camerún

Todo lo anterior quiere decir que la adaptación experimentada por el SERMAS como institución social a las características de la nueva sociedad no ha sido suficiente. Esta adaptación se presenta como algo prioritario ante un proceso de transformación y mejora como el que se pretende afrontar en la actualidad con el RD 16/2012.

Para continuar, vamos a centrarnos en los cambios que ha supuesto la nueva norma en el funcionamiento del Servicio de salud. Ello es necesario para comprender cómo está siendo la evolución de nuestro Sistema sanitario en materia de inmigración. En este aspecto también hay una doble visión de los hechos. Por un lado, algunos informantes afirman que hay una "vuelta al principio", mientras que otros alegan la existencia de una "un antes y un después" del RD.

Con esa "vuelta al principio" se refieren a que hay un retroceso hacia la situación de finales de los años 90, cuando la llegada notable de inmigrantes era incipiente y el derecho pleno a la asistencia sanitaria no estaba garantizado:

«Lo que en un principio nos preocupó fue en qué condiciones les íbamos a atender. Al principio vivimos ese proceso de la falta de papeles y el no poder acceder a pruebas diagnósticas, a tratamiento, interconsultas, etc., que poco a poco fue dando lugar a la entrada de un SNS mucho más solidario y más amplio en el cual todos quedaron englobados. Nos manejábamos un poco parecido a como está empezando a ocurrir ahora, ¿no? Ahora estamos volviendo a encontrarnos con esas circunstancias, porque para las

patologías banales nos encontramos con un montón de trabas a la hora de plantearnos pruebas, hacer tratamientos, etc.»

EA4 Médico

«Yo empecé en el año 90, y sí que había población inmigrante. En la legislación entonces todavía había restos de beneficencia en cuanto a la asistencia sanitaria y luego se fue generalizando, se fue ampliando la cobertura. Pero ahora es al contrario. Aquí lo de que todos tenían asistencia sanitaria pues ha ido reduciéndose, a raíz de la aplicación de la nueva Ley. Se están viendo casos bastante graves, que unos se van resolviendo, pero otros es muy complicado.»

EA11 Trabajador social

Mientras que, por otro lado, según los informantes que sostienen que hay "un antes y un después" del RD, en lo que a requisitos administrativos y amplitud de la atención se refieren podemos diferenciar dos situaciones:

- **Antes del RD:**

«Yo he visto casos de inmigrantes que han traído a algún familiar para hacerse interconsultas con especializada. Se daban de alta como extranjeros sin recursos por el tiempo que fuera, aunque desconozco si tenían un límite de meses de prestaciones, pero sí que lo hacían. Ahora ya con el tema de la nueva legislación no se podría, pero sí que lo hacían. Sí que existía esa figura.»

EA3 Médico

«Antes venía el familiar y se le atendía con el pasaporte simplemente. Le hacías una cartilla sin recursos y ya está. Se le ha dado tarjeta a todo el mundo. Todo el que tenía pasaporte, lo empadronaban y ya estaba. Pero muchos no venían ni al médico. Venían a buscar la tarjeta sanitaria, que era su verdadera obsesión. Eso ha sido un mal control, no sé de quién, pero mío desde luego no. [Ríe]»

E6 Administrativo

«Hubo una época en la que aquí entraba todo el mundo, pero los papeles siempre han sido un punto importante.»

EA8 Pediatra

«Me sorprendió que la tarjeta que se exigía en Alemania no se me pedía aquí. Y yo no tenía un empleo. A mí no se me pedía ningún tipo de documentación. Yo me sentía que me estaban atendiendo porque necesitaba que alguien me atendiera.»

EA14 Alemania

Según estos informantes, el RD ha traído una mayor rigidez administrativa al Sistema sanitario que podría significar un mayor control a la hora de prestar atención sanitaria. Pero, con la información de la que disponemos, debemos apuntar que en la anterior situación de laxitud administrativa el RD no ha supuesto un punto de inflexión, ya que en los primeros años de llegada notable de inmigrantes esta rigidez administrativa también existía. Dicha laxitud y/o falta de control administrativo empezó a producirse con el proceso de regularización de inmigrantes en el año 2005:

«Siempre ha habido inmigrantes pero antes de la regularización venía solo el que tenía permiso de residencia. Es a partir de la famosa historia de "papeles para todos" cuando empieza a venir la avalancha de inmigrantes a pedir la cartilla de "sin recursos". Ahí es donde yo noto el cambio de inmigrantes, porque al principio el proceso era un poco como ahora: los que trabajaban tenían asistencia sanitaria y los que no la tenían eran los "sin papeles".»

E9 Administrativo

«Cuando llegué, en el 2001, busqué una asistencia médica, pero sin empadronamiento no podía tener la tarjeta sanitaria. Entonces, me fui de Madrid a Barcelona y ahí sí me facilitaron una tarjeta para tener una asistencia médica, pero solamente de urgencias y tenía que comprar medicación sin receta.»

EA16 Marruecos

«Tuve un dolor de gastroenteritis aguda, y me fui a la Paz. Me atendieron y luego me llegó una factura. Fue en el 98. Después,

estuve haciendo mis papeles y me salió denegado 2 veces, hasta que llegó justo el año que entró la regularización.»

EA13 Ecuador

«La forma de atender es bastante más restringido ahora de lo que era antes. Es decir, ahora no te dan la cita si no enseñas la tarjeta sanitaria. Cosa que en el 2006 o así, no te pedían que les enseñes los documentos cada vez que ibas.»

EA14 Alemania

- **Después del RD:**

«El paciente sigue viniendo. Probablemente venga menos que antes porque se piense más si le merece la pena venir, porque en algunos casos van a tener que gastarse dinero en algún tratamiento.»

EA4 Médico

«Hay gente que a lo mejor llevaban la tarjeta caducada desde el año anterior y no la habían renovado y vienen a ver si cuela, porque como les seguíamos atendiendo… Les frenaban en el hospital, porque si tenían la tarjeta caducada no les daban cita, porque no es una atención urgente. O sea, que el filtro era el hospital, no nosotros, porque como nosotros no podemos dejar de atender a nadie.»

EA9 Administrativo

«Ahora sí noto que no me recetan algo por una escasez que hay o por unos cupos. Notas que no recibes el tratamiento únicamente en función de la valoración de la situación de salud de la persona. Ahora el médico tiene que hacer otro tipo de cálculos y consideraciones y eso genera inseguridad.»

EA14 Alemania

«Fui una vez a urgencias y tuve que rellenar un papel con mis datos. Me dieron un plazo de 2 meses de que si no traigo un

justificante de que tengo acceso a sanidad, me mandan una multa o algo así como una cosa para pagar.»

EA15 Marruecos

«Desde septiembre están retirando la tarjeta. Me ha dicho una amiga, que tiene una hermana ilegal, que le han retirado la tarjeta sanitaria por ser ilegal.»

EA16 Marruecos

En lo que coinciden profesionales y usuarios/as es que la situación actual tras el RD se caracteriza por una limitación del derecho a la atención sanitaria debida a un cambio de las reglas del juego en la condición de asegurado y a un control más exhaustivo de esta nueva situación. Por tanto, en este sentido vemos que la nueva norma persigue, a través de las barreras administrativas (mediante el control) y de las restricciones de acceso (a través del cambio legislativo en la condición de asegurado), el objetivo anunciado: la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto.

En el presente informe se quiere mostrar el RD en todas sus dimensiones, es por ello que a continuación se detalla la opinión de las/os participantes en el SNS sobre la nueva norma, que aspira a garantizar su sostenibilidad y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

4.2. EL SIGNIFICADO DEL RD 16/2012 PARA LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE

Para comprender la situación actual del SERMAS es interesante conocer las impresiones que ha despertado la norma, en particular, cómo se percibe el RD entre la población. Nos referimos a la población autóctona y extranjera, porque lo que se pretende es tomar el pulso social respecto al tema que nos ocupa, y por eso debemos tener en cuenta a los distintos agentes sociales implicados en el Sistema sanitario: usuarias/os y profesionales, autóctonos y extranjeros.

Entre las percepciones que las/os usuarias/os autóctonos tienen sobre el RD, se observa que, por un lado, se asocia con la solución a un

problema como es el "abuso de los servicios sanitarios por parte de ciudadanos extranjeros", aunque, como ya se ha tratado en capítulos anteriores, dicho abuso no tiene un fundamento práctico y se basa más en la creencia de un tópico popularizado que en una realidad constatada:

> *«Antes de que hubieran llegado esos abusos se tendrían que haber tomado otro tipo de medidas para que la gente no abusara. Quizás, habría que tener en cuenta de dónde proceden este tipo de personas, si su Sistema sanitario es deficiente. Claro, abusar se ha abusado, pero si no se hubiera abusado, quizá no habrían tenido que llegar a este sistema. Yo creo que todo el mundo debería tener el mismo derecho a la salud. Sin abusar, de ninguna manera, pero, claro, la gente se busca sus medios.»*
>
> *EA21 Español*

Mientras que, por otro lado, la percepción es escasa ya que se muestra un desconocimiento claro de la norma:

> *«Tampoco sé qué dice exactamente el Real Decreto, pero sí creo que ha habido mucho abuso. Tampoco creo que sea bueno el no atender a nadie por regla general.*
> ***Entrevistador: la atención en urgencias está garantizada.***
> *Entrevistado: Está garantizada, ¡ah! Pero bueno una consulta por prevención… La gestión debería de ser: "ni tanto ni tan poco".»*
>
> *EA22 Español*

Se puede apreciar que la población no es consciente de los cambios que conlleva el nuevo RD, en primer lugar, porque parece que aún no le han afectado directamente. Recordemos que el cambio de condición de asegurado afecta tanto a autóctonos como inmigrantes. Un joven español mayor de 26 años sin trabajo, ya no tiene pleno derecho de asistencia como tenía antes del RD por el hecho de ser español y estar empadronado. Este joven necesita ser "beneficiario" de una persona que tener derecho a la asistencia sanitaria.

Por eso, indudablemente, donde se muestra mayor preocupación e interés por la nueva norma es entre la población extranjera y el colectivo de profesionales del SERMAS, ya que los discursos más me-

ditados y elaborados sobre la materia han sido los de estos grupos de población.

Entre estos grupos había una serie de expectativas preconcebidas relacionadas con el efecto que iba a tener el RD sobre el SNS y especialmente sobre los inmigrantes. A continuación se muestra un análisis detallado de los principales posibles efectos del RD indicados por estos integrantes del SERMAS:

1. Conflictos en los centros sanitarios y avalanchas de inmigrantes en urgencias:

El aumento de la conflictividad es una de las expectativas relacionadas con la puesta en marcha del nuevo RD. Especialmente respecto a las labores propias del personal administrativo, encargado de tramitar documentación y proporcionar citas médicas, ya que se espera que estos profesionales sean los que hagan cumplir la nueva normativa sobre la condición de beneficiario de asistencia sanitaria. Dicha labor podría producir dos situaciones:

- Por un lado, según los profesionales médicos, puede dar lugar a conflictos internos entre el personal sanitario y administrativo:

  «El administrativo es la puerta de entrada al Sistema y ahora están en el punto de mira. Son el origen de conflictos, porque nos dicen: "Páralos tu". ¿Pero con qué criterio hago yo eso? Esto va a originar conflictos entre nosotros.»

  EA8 Pediatra

- Y, por otro lado, según los usuarios extranjeros, puede dar lugar al malestar del colectivo inmigrante que a partir de ahora tendría que demostrar constantemente su "derecho" a la atención sanitaria:

  «Mi sensación en el momento que pides cita es que se dan más situaciones de tensión. Para las personas que están en la administración, que están siendo como un filtro y tienen que hacer una cosa que antes no tenían que hacer que es la de decir: "No, es que a usted no le puedo dar cita". El acceso no es el mismo y lo notas. Tienes que demostrar que "yo soy de los buenos, no hago nada malo".»

  EA14 Alemania

En cambio, la información de la que disponemos nos indica que estas previsiones sobre los efectos del RD no se han producido de una manera tan catastrofista:

> *«Yo no he notado que ahora haya un boom de gente inmigrante en urgencias. Porque nosotros pensábamos que iba a haber un abuso, pero no se ven más casos que antes. Antes igualmente venían pacientes descontrolados con la medicación, pero no creo que sea consecuencia de que ahora no tengan la tarjeta.»*
>
> *EA2 Enfermera*

> *«Aún así, y a pesar de que hemos sido muy críticos todos, es verdad que no se han tenido que salir tantos o que no hemos notado tanto como al principio nos pasó. Era quizás que estábamos un poquito más desbordados.»*
>
> *EA4 Médico*

> *«En general, la gente dice que los inmigrantes van mucho a las urgencias, que las colapsan, pero yo cuando voy no veo este problema.»*
>
> *EA18 Camerún*

2. Problemas de salud por falta de atención:

La segunda queja sobre el RD 16/2012 hace referencia a los problemas de salud que generará esta medida por la falta de atención a la población que no cumpla los requisitos para ser beneficiario del SNS:

> *«He visto que hay inmigrantes que están teniendo problemas de acceso a los servicios sanitarios. Una de las cosas que estamos haciendo desde aquí es buscar solución cuando hay un inmigrante que no tiene tarjeta sanitaria.»*
>
> *EA10 Trabajador social*

> *«Con la última ley la situación va a empeorar, porque mucha gente sencillamente va a ir a una farmacia para pedir lo que piensa*

que le puede aliviar. Y si tiene una enfermedad mucho más grave no va a seguir un tratamiento seguro.»

EA18 Camerún

Pero cada uno de estos temores tiene dos caras. Por ejemplo, el hecho de que desde servicios sociales se vean casos con problemas de atención sanitaria: por un lado, permite conocer los problemas sanitarios de cierta parte de la población lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de solventar las dificultades existentes y a las que no se les puede dar la espalda, por otro lado, esto no quiere decir que esta sea una situación generalizada, ya que precisamente los servicios sociales son el recurso al que acudir en caso de sufrir problemas de acceso.

Otro ejemplo de esas dos caras sería el caso de la prestación del servicio sanitario a las personas no beneficiarias a través de atención primaria:

«Abres la historia clínica y te comportas como con un paciente normal. Cuando vas a salirte de lo que es la atención, estrictamente profesional tuya, es cuando te das cuenta de si es un paciente que está excluido del resto sistema. Pero lo que es nuestra atención, está prácticamente cubierta.»

EA4 Médico

Como se observa, las previsiones catastrofistas en este ámbito tampoco parecen estar cumpliéndose. Como decíamos, se deben ver sus dos caras, ya que por un lado el profesional de AP centra su discurso en lo que ve, es decir, en los pacientes que acuden y consiguen llegar a su consulta, pero, por otro lado, también habría que tener presente los obstáculos que se le presentan a un usuario no beneficiario que no accede a la consulta de AP ni más allá de ella: atención especializada, hospitalización, medicación, etc.

En base a las consideraciones anteriores, y sin la intención de contabilizar el número de casos que han perdido la categoría de beneficiario del SNS (que no es el objetivo del presente estudio), queremos sacar a relucir la idea de que la situación de desatención institucionalizada entre el colectivo de inmigrantes que reside en la Comunidad de Madrid puede no ser mayoritaria:

«No conozco a nadie que se haya quedado sin atención. Que yo sepa no.»

EA13 Ecuador

«No conozco a nadie personalmente que haya perdido su tarjeta, que no haya podido ir al médico.»

EA14 Alemania

«A mí no me han llegado noticias sobre gente que se haya quedado sin atención sanitaria porque quizás tengo la suerte de tener amigos y conocidos que no les han pasado. Supongo que habrá algún recurso donde se pueda acudir para las personas sin cobertura sanitaria. En urgencias, por lo menos, ¿no?»

EA17 Rumanía

Sin embargo, y a pesar de que esta situación pueda no ser mayoritaria, no debe ser desdeñada, ya que la importancia de la realidad sanitaria de una población no se debe enfocar desde su cantidad sino desde su calidad.

3. Efectos legales:

Llegamos al tercer efecto previsible en el imaginario de la población consultada y vemos que es un efecto que resulta especialmente delicado para el Sistema sanitario. Pero no solamente para el Sistema, sino que tanto las/los profesionales sanitarios como la sociedad en su conjunto se podrían ver perjudicadas por la aplicación de la nueva norma. En unos casos, por la búsqueda de soluciones puntuales extraoficiales o "fuera del Sistema":

«Si alguien viene ahora sin tarjeta te llevas la sorpresa, porque no te lo dicen y cuando vas a hacer una petición el Sistema te dice: "Este paciente no tiene derecho a este tipo de prestación". A lo mejor es un paciente que has conocido durante los últimos 5 años y de repente ya no le puedes hacer cierta prescripción. Entonces ya te tienes que plantear volver a buscarte los favores personales, las segundas vías, las puertas de atrás, las mentiras a medias o las verdades maquilladas.»

EA4 Médico

Y en otros casos, por el surgimiento de una picaresca que podría dar lugar al tráfico de documentación y del consiguiente perjuicio para la población en su conjunto:

> *«Lo que creo que va a pasar ahora es que harán trampa de alguna manera. A mí me robaron la cartera en Septiembre y al poco tiempo aparecieron todas las tarjetas menos la tarjeta de la Seguridad Social. Y cuando fui a recogerla me dijeron que llevaba una época siendo muy frecuente.»*
>
> *EA22 Español*

El surgimiento de estas posibles vías alternativas para conseguir asistencia sanitaria o demostrar el derecho a la misma debería ser considerado por sus daños a medio y largo plazo, aunque a corto plazo sea difícil de comprobar si se trata de una mera expectativa o de un hecho real.

4. Efectos económicos:

El siguiente efecto destacado por los entrevistados resulta igualmente difícil de comprobar a corto plazo, y no por eso menos significativo. Este cuarto efecto hace referencia a las expectativas en términos económicos, en forma de economía sumergida, como medio para resolver la falta de atención sanitaria institucional. Es indudable que la necesidad de atención médica será necesaria independiente de la situación económica del individuo, lo que puede generar problemas de diversa índole:

> *«Con el Real Decreto y las restricciones de las personas que no tienen tarjeta sanitaria hay una pequeña parte de la población china que está saliendo de lo legal y está entrando en la ilegalidad. Y esto a mí siempre me parece peligroso. Primero porque se da la economía 'B', que es la que no nos interesa ahora mismo en España, y segundo, porque efectivamente es una población menos controlable todavía, menos estudiable, menos asequible a todo tipo de servicios.»*
>
> *EA12 Mediadora*

> *«Hay sinvergüenzas auténticos que conocen técnicas puntuales, pues, maxibustión, digitopuntura, acupuntura, etc., y que hacen pequeñas cosas pero que no son médicos. Que ponen clínicas chinas donde se practican desde abortos clandestinos hasta técni-*

cas para las que se necesitan unas condiciones de higiene y seguridad que no se están respetando. Esto se debía de vigilar más.»

EA12 Mediadora

«Hay mucha gente que está parada, pero ¿van a dejar de enfermar? Se va a enfermar igual, lo único que se van a acumular los morosos, porque si yo voy a un centro de salud y no puedo pagar, no voy a pagar, pero sí voy a necesitar atención médica.»

EA16 Marruecos

Pero por encima de todos los anteriores destaca el efecto que hace referencia a una menor presencia de inmigrantes en el SNS:

«Creo que con el nuevo RD el acceso a la sanidad de los inmigrantes, sobre todo de los sin papeles, se está viendo restringido. Sí que hay muchos menos.»

EA3 Médico

«Antes con alguna excusa decían que querían hacerse un chequeo. Ahora ese grifo se les ha cerrado y sí que hemos notado que la presión asistencial ha disminuido, claro. Un porcentaje importante de la población de este centro han dejado de venir porque muchos han dejado de tener prestaciones.»

EA4 Médico

«Yo creo que se están dando cuenta de que ahora que les han restringido a los que no tienen papeles y se ha notado en el centro un bajón de gente que me venía y ahora no viene. Y no vienen porque no tienen acceso. Pero nosotros aquí los atendemos a todos, ¿eh? El problema es cuando queremos alguna prueba, que ya no podemos acceder al ordenador. Los han borrado del ordenador.»

EA7 Médico

Según los discursos anteriores, las/os inmigrantes indocumentados se están marchando del este país porque no tienen acceso al SNS en las condiciones de años anteriores. Sin embargo, en estos discursos no se están teniendo en cuenta dos circunstancias fundamentales. En primer lugar, hay que considerar el contexto actual de crisis económica por el

que pasa la sociedad española en general, y madrileña en particular, y en la que la mejora económica que buscaba el ciudadano inmigrante resulta más complicada. Y en segundo lugar, hay que tener en cuenta que después de varios años de residir en este país se está produciendo un retorno de inmigrantes al país de origen que también forma parte del proceso migratorio global. Estas condiciones hacen pensar que esta población realmente no se marcha del país a causa del RD:

> *«Antes faltaba un médico y por los días que faltaba contrataban a un sustituto. Ahora se va alguien de baja o de vacaciones y lo que se hace es repartirse los pacientes entre todos los demás que quedan en el centro, ¿sabe? Y la promoción que se graduó, que antes hacían las sustituciones, ahora muchos se han ido. Es que con la crisis se han cerrado muchos puestos de trabajo y muchos médicos se han ido al extranjero, porque hasta Portugal paga mejor que España, ¿sabe?»*
>
> *EA6 Médico extranjero*

> *«A este centro hace mucho tiempo que no vienen inmigrantes nuevos. Yo tengo cantidad de gente que se ha vuelto y vienen a despedirse de nosotros. Y están contentos porque han cumplido sus expectativas. Dicen: "Si hubiera habido trabajo hubiéramos aguantado un poco más". Porque ellos siempre están con la idea de volver, lógicamente como todos los inmigrantes.»*
>
> *EA8 Pediatra*

> *«El descenso se ha notado, pero se nota porque se han ido a su país, no por el tema este del RD. El descenso es más bien producido porque no están teniendo trabajo y se están marchando a su país.»*
>
> *EA9 Administrativo*

> *«Ahora estamos percibiendo que está desapareciendo la población inmigrante en general, no solo en el hospital. Me han dicho que se han ido la mayoría. Hay inmigrantes más de Europa del Este, pero físicamente no se les distingue.»*
>
> *EA10 Trabajador social*

«Muchos se han vuelto, aún teniendo la tarjeta valida, digamos, teniendo acceso. Quieren volver simplemente porque no se pueden adaptar aquí. Y las prioridades cambian a lo largo de la vida. Te quieres ir a tu sitio porque siempre te va a faltar algo. Aunque tengas otras cosas. Mucha gente no aguanta y se plantea irse.»

EA17 Rumanía

Por tanto, ante la situación planteada no se puede afirmar que las peores expectativas sobre el efectos del RD 16/2012 se estén cumpliendo, porque los discursos de la ciudadanía aún están muy sesgados por las circunstancias que rodean a la nueva norma y la influencia de las percepciones sobre la misma. Pero ello no quiere decir que la puesta en marcha del RD no esté dando lugar a conflictos en el funcionamiento del Sistema sanitario. Ante lo cual, se debe prestar atención a que una de las características más relevantes de la situación actual del SERMAS es que la nueva norma ha provocado una grave falta de información entre los implicados en los servicios sanitarios:

«Yo no sé cuántos pacientes de los que yo veía antes han dejado de venir porque se han vuelto a sus países o porque no tienen accesos a ese tipo de prestaciones. A mí me preocupa saber cuántos han desaparecido presionados por la falta de derecho a la atención.»

EA4 Médico

«Te encuentras a inmigrantes que, por lo oyes, están un poco que no saben dónde ir o que no saben qué tienen que hacer, están bastante enfados.»

EA3 Médico

«Conozco un caso al que le hicieron una factura de 120 euros después de atenderles, porque tenía bronquitis y le habían hecho una placa, le pusieron unas vías, estuvo hasta las 4 de la tarde ingresada. En teoría la atención de urgencias no se paga pero a mí me mostró la factura que le mandaron a casa. Me dijo ella: "¿cómo tengo que hacer para pagar esto?", y le dije: "pues yo no sé, es una cosa nueva. Mejor te acercas al ambulatorio o te vas al hospital y preguntas".»

EA19 Paraguay

Aún quedan muchas preguntas por responder: ¿los profesionales conocen realmente la nueva norma?, ¿los usuarios conocen las características de los nuevos beneficiarios?, ¿cuál es el volumen real de "no beneficiarios"?, ¿por qué se están dando situaciones de facturación en los servicios de urgencias cuando no es el modo de proceder según la normativa?, ¿se está cumpliendo el RD o el desconocimiento está haciendo que se vayan solventando problemas individuales "sobre la marcha"?, ¿los centros sanitarios tienen información sobre cómo actuar con un inmigrante indocumentado según la nueva norma?, ¿todos los centros sanitarios funcionan de forma homogénea ante la nueva situación?

Son muchas las preguntas que surgen de un mínimo de observación sobre los efectos del RD en el SERMAS. No podemos dar respuestas a todas ellas ya que este no es el objeto de nuestro estudio, pero podemos adelantar que todas estas dudas indican fallos en su aplicación y puesta en marcha, que afectan al buen funcionamiento del Servicio y que deberían solventarse si se quiere conseguir la eficacia pretendida.

La aplicación del RD ha generado una situación de desorganización y caos que un Sistema Sanitario como el madrileño no puede permitirse. Es por ello que se recomienda la realización de un estudio pormenorizado sobre de los efectos reales de su aplicación.

4.3. PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DESDE EL RD 16/2012

Uno de los efectos de la implantación de este Real Decreto sobre el actual SERMAS, que se destacaba en el apartado anterior, era el relativo al aumento de la conflictividad en hospitales y centros de salud de debido a los asuntos administrativos. Este está resultando ser uno de los temas más delicados del RD 16/2012, ya que implica un amplio conocimiento de la norma (tanto del personal como de usuarias/os) para asegurar la eficacia del servicio, que en realidad no está tan extendido como debería:

> *«Hay casos que por un problema administrativo son una dificultad, que no está contemplada, pero ahí está. No son casos numerosos pero sí que dan mucho trabajo a los profesionales y hay pocos instrumentos para solucionarlos. O sea, que no sabes cómo*

resolverlo. Han dicho: "Emergencias sí", pero esto no sé cómo se pueden resolver. Bueno, pues, vamos resolviéndolo sobre la marcha.»

EA11 Trabajador social

Esta situación hace fundamental la información a los integrantes del SERMAS en materia administrativa sobre las características del beneficiario de los servicios sanitarios. Especialmente entre las/os usuarias/os, porque disponer de la información sobre las nuevas normas del SNS aumentará la confianza en el Servicio disminuyendo la conflictividad:

«Lo de los administrativos yo lo veía en el CS, porque hay tantas colas cuando tienen que coger cita que se impacientan. El profesional está nervioso y ellos tienen prisa. Entonces, el profesional sí que a lo mejor está más irritable por la presión, porque les lleva mucho tiempo, porque es más complicado explicarles las cosas, no se enteran y tienen que explicarle más que a otra persona que ya sabe cómo funciona, y entonces, yo entiendo que pueda haber algo más conflicto. Entonces, claro, eso acaba generando una tensión que a lo mejor produce más dejadez que a la hora de explicarles a un inmigrante que no entiende como es la asistencia en España o por lo que han oído están equivocados.»

EA1 Enfermera

«Entre los administrativos hay un poco mezcla: algunos están como encantados de que no se dé prestación, ya que se quitan un problema de encima, y hay otros que sí que colaboran y les dirigen a otros sitios para poder conseguir tarjeta sanitaria. Pero la mayoría, diría yo, se quitan el "muerto de encima".»

EA3 Médico

«Los administrativos, aparte que somos la puerta de entrada, somos el patito feo, porque claro, al médico ya va "limpio", digamos. O sea, yo tengo que pedir papeles, tengo que pedirle algún dato para poderlo meter al ordenador, y cuando ellos no traen esos papeles somos los malos, pero no es cierto. Somos los que peleamos con ellos para sacarle toda esa información. Es muy duro porque

vienen negativos, porque ellos mismos se creen que no les vas a atender. Por eso somos los malos de la película.»

E6 Administrativo

«Para ellos lo más difícil de nuestro Sistema cuando llegan es arreglar los papeles administrativos y todo eso.»

EA7 Médico

«El personal administrativo suele tener bastantes conflictos. Es que, claro, los inmigrantes vienen con los papeles, muchos no se enteran cuando les dicen lo que tienen que hacer, se cabrean porque les han tenido de ventanilla en ventanilla... Entonces, les marean con los papeles y les tienen dando vueltas, a gente que ni sabe el idioma o que se defiende mal o que no están acostumbrados a esto.»

EA8 Pediatra

Ante la anterior situación se hace inevitable dotar al personal administrativo de las herramientas necesarias para manejarse en situaciones de conflicto. En este contexto no es suficiente que conozcan bien la normativa sino que precisan de una formación extra en materia de inmigración y resolución de conflictos.

Esta es una conclusión a la que ya se hizo referencia en capítulos anteriores pero hay que ser conscientes que el nuevo RD está dando lugar a más situaciones de tensión y conflicto, lo que hace más necesario reforzar la formación del personal administrativo.

4.4. ATENCIÓN A EMBARAZADAS Y MENORES

Otro de los puntos delicados del RD 16/2012 es el relativo a la atención a embarazadas y menores, especialmente por las características de la población a la que se refiere.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la

calidad y seguridad de sus prestaciones asegura en su artículo 3 (De la condición de asegurado):

> *«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.*
>
> *Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:*
>
> *a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*
>
> *b)* ***De asistencia al embarazo, parto y postparto****.*
>
> ***En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles****.»*

Sin embargo, y a pesar de que la nueva norma asegura la atención a mujeres embarazadas y menores de dieciocho años, la experiencia de los informantes nos aporta otro punto de vista al que debemos dar voz. Voz que nos hace conscientes de las dificultades del funcionamiento diario del SERMAS, a las que hay que prestar una especial atención si se quiere conseguir las mejoras pretendidas:

> *«Yo he encontrado muchísima dificultad siempre con el tema de los papeles. Ahora más, porque se ha puesto muy duro. Pero yo, niño que entra por el centro de salud, niño que se va visto. La demanda sanitaria hay que cubrirla, aunque ahora se están poniendo muchísimos problemas.»*
>
> *EA8 Pediatra*

> *«En teoría los menores y las embarazadas no tienen que tener* ***problema****, pero* ***si no cumplen todos los requisitos*** *sí que te puede pasar.»*
>
> *EA11 Trabajador social*

Aunque haya algunos profesionales sanitarios que no tengan conciencia de las dificultades, sencillamente porque no se les hayan presentado hasta ahora:

> *«La atención a embarazadas y a niños ha seguido siendo normal, eso sí.»*
>
> *EA3 Médico*

«La atención a niños, embarazadas y la atención de urgencias siguen normales. No hemos notado diferencia. Abres la historia clínica y te comportas como con un paciente normal.»

EA4 Médico

Debemos abrir los ojos ante la experiencia del personal que tiene la información de todos los casos (con dificultades o sin ellas) que pasan por los centros sanitarios de la región: el personal administrativo.

«Antes de agosto los que tenían la cartilla vigente se han quedado en el Sistema. A ese paciente le puedes atender y le puedes derivar a especialistas pero no le puedes recetar. A toda esa gente la atiendes igual, no hay problema. El problema es que los nuevos que están viniendo, sobre todo niños, tienen asistencia sanitaria pero es difícil meterlos en el Sistema, porque los padres tienen que ir a su embajada y pedir una carta verde que les dan, pero dicen ellos que tarda.»

E6 Administrativo

Y es que aunque en el texto de la nueva norma asegure la atención a embarazadas y a menores ("en todo caso"), en la práctica existen unos requisitos administrativos que dificultan la atención sanitaria prestada en el día a día a esos casos en situaciones especiales, tal como denomina el RD:

«Creo que llegan a admisión y allí les deben hacer alguna burocracia. Desde allí se le indica cuando tienen algún derecho y cuando no. Yo creo que siempre tiene que haber algunos datos, porque sin datos no se puede ver a ningún paciente, porque si no ni siquiera les puedes pedir una analítica. Entonces, mis compañeras de admisión siempre les hacen como una ficha con un número, para tener algo.»

EA2 Enfermera

«Ahora si no tiene tarjeta no le pueden dar cita y si no le pueden dar cita yo no la veo. Y gente que estaba dada de alta, como no tenía la tarjeta, han borrado toda su información. La han sacado del sistema.»

EA5 Matrona

«Mientras la carta verde de la embajada llega nosotros tenemos que atender a los niños y ahí está la paradoja. Entonces, aquí lo que solemos hacer es poner: "Transeúnte recién nacido", por lo menos para que conste en el programa. Entonces, es un problema de registro.»

E6 Administrativo

«Están poniendo cada vez más trabas, a pesar de que dicen que la atención es igualitaria para todos los niños, pero claro al haber tantísimo problema al registrarlos… Antes en cuanto salían del hospital se les veía. Y ahora no. Ahora muchos vienen al mes y le dices: "¿Cómo no has venido antes?", "Es que no me lo inscribían, porque como no tengo papeles…". O sea, que aunque quieran decir que no hay problema, yo te digo que sí existe.»

EA8 Pediatra

«A lo mejor falta algún documento para poder hacer la tarjeta. Aunque sea para menores se pide acreditar la nacionalidad y el empadronamiento, con lo cual, cuando no se cumple uno de estos requisitos... Y más o menos se van sorteando, pero cuando hay problemas de empadronamiento es muy complicado. En fin, que hay problemas que no se pueden solucionar en seguida.»

EA11 Trabajador social

Estos requisitos burocráticos dan lugar a una serie de incidencias que dificultan la correcta atención sanitaria de estos casos especiales:

«Lo de las actividades de educación maternal para todas fue hasta septiembre del 2012, que ya empezó a haber restricciones. Y se supone que está incluido para las embarazadas, pero me comentó una administrativa que si no tienen tarjeta el periodo de dar citas está abierto 9 meses y luego ya se les corta. Ahora cubre hasta el parto. Pero es que después del parto hay que seguir viendo en el puerperio. Y después de la cuarentena, le tienen que dar información de los anticonceptivos, porque si no se queda embarazada al año siguiente.»

EA5 Matrona

«A raíz del RD los niños tienen asistencia sanitaria, pero sus mamás no. Entonces, vemos que van a inscribirlos, tienen derecho, pero hasta que no ha pasado un mes no les dan cita con lo cual no se sabe cuándo... Y las primeras revisiones las tienes que estar apuntando en un papelito, porque muchos no existen dentro del Sistema sanitario. Existen en el mundo y en el registro porque han nacido, pero no están dentro del mundo sanitario, entonces esto cada vez se va alargando más, más y más. Y se les atiende pero le haces la atención mínima.»

EA8 Pediatra

Las dificultades de registro de menores o de atención de las madres después del parto, surgidas a raíz de la nueva normativa, provocan que las decisiones individuales de las/los profesionales sean la alternativa a la solución a los problemas cotidianos sufridos, ya que la solución institucional no se adecúa a la realidad sanitaria:

«Bueno, a los niños se les atiende, pero el que quiere atenderlos, porque luego hay gente que piensa: "El que no tenga papeles aquí no se le atiende", y si no quiere atenderle está cubierto. La ley te protege.»

EA8 Pediatra

«En teoría la atención a los niños es en igualdad de condiciones que a los españoles, pero eso es en teoría, porque sí a mí no me ponen la pantalla donde quede registrado lo que yo hago… A mí me da igual, porque yo lo apunto, pero a lo mejor en otras consultas donde puede haber 100.000 niños, pues no.»

EA8 Pediatra

Desde aquí se reconocen los esfuerzos de los profesionales en la resolución de los problemas cotidianos con estos casos especiales, pero se recuerda a la Administración que el SERMAS no se puede conformar con estas soluciones alternativas. Por tanto, resulta necesaria la intervención institucional en la resolución de los problemas sanitarios sufridos por un colectivo con características especiales como este.

4.5. CAMBIOS EN EL SISTEMA SANITARIO EN RELACIÓN AL RD

Ante la situación planteada se sugieren los siguientes cambios, que adaptados a la nueva normativa podrían mejorar la atención sanitaria al inmigrante, en particular, y el funcionamiento del Servicio, en general.

En primer lugar, se sugiere enfocar la gestión de las necesidades de los servicios de salud a las características de la población. Especialmente en aquellos centros sanitarios con necesidades culturales específicas:

> *«En esta zona, con población china, estaba todo organizado como el resto de zonas en las que es mucho más fácil manejarte en la consulta. Entonces, esa dificultad (choque cultural) no se tenía en cuenta y teníamos que quitárnoslo de nuestro tiempo. Realmente salía adelante por nosotros.»*
>
> *EA1 Enfermera*

> *«A mí me han llamado mucho la atención 2 cosas: circuncisión y, luego, como un certificado de virginidad. Porque para nada se pide aquí. Ahí sí que me cuestioné si esto va a más a ver cómo se puede organizar esto, claro, para estar cubierta legalmente, porque yo hice lo que pude.»*
>
> *EA5 Matrona*

De esta forma, si se constata la existencia numérica de un determinado grupo de población inmigrante, se podrán proporcionar los recursos de traducción, intermediación cultural, formación del personal, etc., enfocados a las necesidades reales de los servicios sanitarios proporcionados en los centros de salud u hospitales correspondientes, en función del grupo de población del que se trate.

Del mismo modo, se podrían ofrecer ciertos servicios sanitarios culturalmente reclamados por algunos grupos o subgrupos de población, que pueden suponer un problema de salud o dar lugar a situaciones conflictivas. Así se evitarían las prácticas alternativas de dichos servicios, que con posterioridad pueden tener un coste económico para el Sistema mayor del que tendrían si se realizasen de forma oficial:

> *«La circuncisión para los chicos sería un servicio muy útil, porque algunas personas nuestras tienen que ir con el niño al país*

de origen para hacerlo, porque a veces los médicos son reticentes y dicen que no ven ninguna anomalía de su sexo, entonces como no es costumbre aquí no se hace, no ven la angustia de la madre.»

EA18 Camerún

Además, hay que tener en cuenta que esta falta de consideración ante la diversidad cultural (y lo que ello implica) a la hora de gestionar los servicios sanitarios provoca, en primer lugar, una disminución de la calidad de los servicios sanitarios y, en segundo lugar, lleva consigo un desgaste del profesional así como riesgos sanitarios y judiciales, ya que está implícita la toma de decisiones individual en un contexto global como es el SERMAS.

En segundo lugar, se propone una mejora en la gestión del acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.

Para cambiar la percepción sobre el abuso de los servicios de urgencias por parte del ciudadano inmigrante que tiene la población española, se deben tener en cuenta las causas de su comportamiento. Si el procedimiento administrativo del SERMAS indica que un paciente inmigrante sin contrato laboral no puede acceder al servicio de atención primaria sino que es el servicio de urgencias su único recurso sanitario disponible, esto provocará que este servicio se colapse por una mala gestión de su uso y acceso:

«Generalmente no es que abusen más que los españoles. Es que alguno, en teoría, podría ir en lugar de al servicio de urgencias a atención continuada del centro de salud, pero lo que pasa es que los pacientes ya se lo conocen: van a ir a la atención continuada y les van a decir: "Váyase a urgencias que necesita una analítica", entonces directamente se van al hospital. Es que muchas veces las derivaciones tampoco son adecuadas.»

EA2 Enfermera

Si, por el contrario, los servicios de atención primaria, son accesibles para este tipo de usuarios el reparto del uso de los servicios disponibles será más equitativo.

Asimismo, si el acceso de la población inmigrante sin contrato de trabajo estuviera más "gestionado" que restringido, se reducirían los casos sanitarios extremos ante los que los profesionales no tienen claro cómo actuar y que provocan un debate social, moral y legal:

«Se debería hacer algún grupo de trabajo para ver qué hacer con este tipo de pacientes que quedan fuera, porque tampoco hay un sitio donde acudir con el problema. Son una serie de obstáculos para los que tienes pocos apoyos ahí arriba. La calidad de atención sería mayor y menos estrés para nosotros.»

EA11 Trabajador social

Por último, hay una serie de planteamientos económicos que se deberían tener en cuenta a la hora de procurar la sostenibilidad del SNS. Por ejemplo, atender a la actual situación de facturación ya que por un lado hay usuarios a los que les están llegando facturas de servicios de urgencias (no acorde con el RD) mientras que por otro lado hay servicios que no pueden ser facturados, independientemente de que el usuario no cumpla la condición de beneficiario y sí pueda hacerse cargo del coste del servicio:

«Con el nuevo RD no se puede emitir factura. Es una cosa que no me lo puedo explicar. Me estás breando a mí, como española, a impuestos y resulta que ahora viene uno de fuera y no le puedo emitir factura. Yo la atiendo pero que pague.»

E6 Administrativo

«A algunos se les está haciendo llegar la factura. La atención de urgencias, en teoría, no se debería cobrar pero algunos la están pagando.»

EA10 Trabajador social

«Hay muchos chinos que además de tener la tarjeta sanitaria, tienen la tarjeta de cualquier compañía privada. Esto debían de hacerlo hospitales públicos cargándole el costo al paciente, porque el paciente chino pagaría muy a gusto por un servicio concreto que él necesita. Evitaríamos que todo ese dinero se esté yendo a China, porque el chino cuando tienen dudas de algo aprovecha cuando van a su país para hacerse allí todas las revisiones generales y les cobran un ojo.»

EA12 Mediadora

Estos son algunos de los cambios que podrían introducirse, en relación al RD 16/2012, para la mejora y optimización del SERMAS.

5.
Conclusiones y líneas de actuación

Tras la elaboración del trabajo de campo y el análisis de la información recogida, se han obtenido una serie de conclusiones a lo largo del informe que en el presente capítulo serán expuestas a modo de principales líneas de actuación.

Las conclusiones a las que se ha llegado en la búsqueda de los objetivos, expuestos al principio del estudio, han llevado al equipo investigador a desarrollar tres ejes fundamentales de mejora a realizar dentro del Servicio Madrileño de Salud:

- Crear un canal oficial de información y difusión.
- Incidir sobre la formación intercultural del personal del SERMAS.
- Gestionar el Servicio sanitario desde un planeamiento más flexible.

1. CREACIÓN DE UN CANAL OFICIAL DE INFORMACIÓN CONSENSUADA Y DIFUSIÓN POR MECANISMOS OFICIALES

Los inmigrantes de la Comunidad de Madrid no tienen, en general, dificultades de acceso al Servicio de salud. La forma de acceso inicial se realiza habitualmente mediante el "boca a boca" y la información transmitida por las ONG. El idioma continúa siendo la mayor barrera al acceso sobre todo para aquellos que acaban de llegar y los que debido a

su nivel cultural u otras circunstancias no son capaces de desenvolverse en castellano.

Tras el análisis de la información obtenida se observa una clara falta de información entre los inmigrantes sobre el funcionamiento del Servicio. Esta falta, o sesgo en la misma se suele corregir con el tiempo y el uso de los servicios sanitarios, pero acarrea problemas en el correcto uso de los mismos, debido a que la información recibida, a veces por canales de dudosa proveniencia, no siempre es cierta. Apelar a que esta población "se busque la vida" para conocer el Servicio da lugar a quejas por su mal uso.

La solución sería crear un canal oficial de información con el objetivo de transmitir el correcto funcionamiento del Servicio de la forma más adecuada, siempre que éste sea:

– Estandarizado: Sirviendo como recurso de referencia para todas las situaciones de confusión o conflictividad en materia de inmigración que se pudieran producirse en el día a día del SERMAS.

– Consensuado: Es fundamental la participación de los distintos agentes socio-sanitarios que atienden a personas extranjeras, tanto los que trabajan dentro como los que lo hacen desde fuera del SERMAS (ejemplo: servicios sociales y asociaciones de inmigrantes).

– Global: Debe poder ser utilizado en todos los centros sanitarios de la Comunidad en la medida que sus necesidades multiculturales los requieran.

El objetivo que debe perseguir dicho canal informativo debe ser la funcionalidad del Servicio, evitando las suspicacias del inmigrante para que el servicio tenga la efectividad buscada. Por tanto, se ha de crear un canal con dos modalidades:

1. Folleto explicativo en los idiomas de la población extranjera más prevalente conocido por los profesionales y ONG para que puedan transmitirlo a la población inmigrante.

2. Figura de atención al usuario, conocedora de los idiomas más demandados y encargada de guiar a los usuarios así como de dar información sobre la estructura y funcionamiento dentro del Servicio. Es fundamental que esta figura sea bien conocida por las/os profesionales.

La falta de un canal informativo como el sugerido da lugar a la infrautilización de servicios como ha sucedido con el de mediación intercultural. La existencia de un servicio de mediación intercultural precisa de una correcta difusión (tanto entre el personal del Servicio como en entre los/as usuarios/as extranjeros residentes en la Comunidad de Madrid). No es suficiente con difundirlo por medios verbales de una manera informal ("boca a boca"). Para garantizar la eficiencia en el uso y aprovechamiento de un servicio como este es necesario disponer de un recurso legitimado por el Servicio, es decir, de un canal oficial de información, consensuado y estandarizado, como el que se viene sugiriendo en el presente apartado.

Pero, además, un servicio de mediación intercultural precisa del cumplimiento de las siguientes características:

- Incluir al personal del SERMAS (sanitario y no sanitario) en el proceso de creación de este recurso, considerando su experiencia cotidiana en la atención a usuarios extranjeros, con el objetivo de optimizar su uso.

- Evitar solapamientos y problemas de competencias haciendo de este un servicio único del que se beneficien todos los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid en función de sus necesidades concretas (ejemplo: volumen de usuarios extranjeros, nacionalidades mayoritarias, cantidad de inmigrantes recién llegados con dificultades idiomáticas, etc.).

- Aprovechar los Servicios telemáticos de citación para asociar los servicios de los mediadores sanitarios a los centros y horarios con mayor demanda de usuarios/as extranjeros/as, haciendo coincidir ambos en tiempo y lugar para maximizar su rendimiento.

- Procurar para el servicio de mediación una cantera de especialistas (sanitarios y no sanitarios) en interculturalidad y mediación para los que el idioma y el manejo de la diversidad cultural no supongan ningún problema. Entre los que, además, debe primar el conocimiento de la realidad de nuestro Servicio sanitario, así como el de las culturas mayoritarias presentes en la región. El Servicio debe responsabilizarse de la labor de dichos profesionales para garantizar la efectividad del servicio, evitando así servicios "alternativos" de dudoso origen. Para ello es necesario flexibilizar la contratación

laboral de profesionales (autóctonos y extranjeros) en los distintos centros sanitarios en función de sus necesidades asistenciales.

2. FORMAR EN DIVERSIDAD CULTURAL AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO (ESPECIALMENTE AL PERSONAL ADMINISTRATIVO)

En general, la población extranjera que utiliza los servicios sanitarios de la CCAA de Madrid está satisfecha con el trato que recibe. Una parte importante de los usuarios extranjeros se ha adaptado al Servicio y lo utiliza de manera similar a la población autóctona. Sin embargo, existen todavía grupos específicos de población que, aunque se han adaptado de cierta manera, todavía no son capaces de utilizar de una manera eficiente todos los servicios ofertados. Existe un desfase entre las necesidades reales de la población extranjera y los servicios sanitarios existentes que se debe, en parte, al uso generalizado de tópicos y a una formación mejorable de los profesionales.

Se hace entonces patente la necesidad de formar y sensibilizar al personal del SERMAS en materia de migración (especialmente sobre las características del proceso migratorio y lo que ello conlleva) por múltiples razones:

- Introducir al SERMAS en la sensibilidad hacia la diferencia cultural generará en la población inmigrante la confianza necesaria para el correcto acercamiento al Servicio sanitario.

- A su vez, dicha formación evitará las prácticas que generan conflictividad (como los estereotipos o los malentendidos culturales) y que obstaculizan la mejora del Servicio. El nuevo RD está dando lugar a más situaciones de tensión y conflicto, lo que hace más necesario reforzar la formación intercultural del personal administrativo en particular.

- La sensibilización y formación del profesional autóctono en diversidad cultural es inevitable en un servicio de salud multicultural como el madrileño, también desde la perspectiva de la relación con el personal extranjero, porque promueve relaciones entre profesionales con distinta nacionalidad más fluidas, menos suspicaces y con

un objetivo común: el bienestar del paciente y el correcto funcionamiento del SERMAS. No se puede desaprovechar la formación (sobre todo vía M.I.R[16]) que los profesionales extranjeros reciben en España y en nuestra Comunidad. Esta formación debería:

– Tener una orientación específica en este colectivo para complementar los conocimientos de sus países de origen con la realidad sanitaria en la que desarrollan su trabajo como profesionales.

– Hacer un esfuerzo especial para integrar estos conocimientos culturales, sociales y sanitarios de sus países de origen entre los profesionales autóctonos. Esta integración contribuiría a desmontar los tópicos existentes y a ser conscientes de una realidad sanitaria diferente entre las/os nuevas/os usuarios del sistema que evitaría malentendidos culturales con el consiguiente malestar de profesionales y usuarios.

Los servicios sanitarios deben ser prestados independientemente de la nacionalidad, tanto la del usuario como la del profesional, a través de información (usuarios) y formación (profesionales). No obstante, sí es recomendable:

- Que el conocimiento de los profesionales extranjeros o que han trabajado en el extranjero sobre la realidad migratoria pudiera ser trasladado al resto del personal, de modo que todos transmitiesen al usuario el mismo grado de sensibilización y concienciación en dicha materia.

- Que el conocimiento de distintos idiomas de los profesionales extranjeros fuese utilizado en los casos de usuarios que presenten mayor dificultad, lo que debe ser considerado en el momento de asignación de profesionales sanitarios a usuarios para los que se crea preciso.

En resumen, esa integración supondría una riqueza extraordinaria a corto y a largo plazo para la sociedad madrileña en su conjunto, reconociendo los conocimientos culturales, sociales y sanitarios de este colectivo como un complemento y no simplemente como una solución económica y puntual a las necesidades del mercado laboral.

16 Médico Interno Residente

3. PLANTEAMIENTO DE UN SERVICIO SANITARIO MÁS FLEXIBLE DEBIDO A LA EXISTENCIA DE UNA SOCIEDAD EN PROCESO DE CAMBIO

Es indudable que tanto los inmigrantes como los profesionales han hecho un esfuerzo de adaptación grande para entenderse y evitar conflictos dentro del sistema. Sin embargo, todavía se está lejos de una integración sanitaria eficiente sobre todo en los servicios de prevención, promoción y educación para la salud. Existe una queja generalizada por parte de los profesionales de la baja utilización de estos servicios entre la población inmigrante a la que se añade la preocupación por un uso excesivo de los servicios sanitarios de los dispositivos de urgencias. Invertir esta tendencia sería posible si se llevan consigo modificaciones del Servicio tales como:

- **FLEXIBILIZAR EL ENFOQUE AL TRASMITIR LA CULTURA SANITARIA AUTÓCTONA A LA POBLACIÓN EXTRANJERA:**

Cambiar la forma de adaptar al inmigrante al Sistema sanitario resultaría más productivo en tiempo y dinero. Se debería tener en cuenta las diferentes características culturales a la hora de inculcar los usos y costumbres de salud en la población inmigrante, ya que hacerlo de la misma forma que se hace en la población autóctona no es efectivo. Por ejemplo, se ha de procurar no perder el seguimiento del primer tratamiento, teniendo en cuenta las características laborales particulares de esta población, para no "tirar" la inversión y conseguir curar. En este proceso el asesoramiento de expertos es fundamental (profesionales no sanitarios con experiencia dentro del Servicio, asociaciones y organizaciones centradas en esta materia, etc.).

Si lo que se pretende es evitar la desorganización del SERMAS porque la población inmigrante no cumple las normas establecidas, debe hacerse desde el planteamiento de que la aculturación es un proceso de aprendizaje en el que la sociedad receptora también juega un papel informativo fundamental, basado en la consciencia de la diferencia cultural. Si este proceso de aculturación no tiene una guía sólida y consensuada pueden darse conflictos, fruto de la desconfianza mutua, que no permitirán que el objetivo de buen funcionamiento del Servicio tenga lugar.

Inculcar la "cultura de la prevención" en el/la usuario/a inmigrante es una vía para evitar obstáculos cotidianos en el buen funcionamiento del servicio. Para que los servicios de prevención, promoción y educación de la salud sean eficientes y efectivos deben desligarse de los dispositivos sanitarios y acercarse a los lugares de encuentro físicos y temporales de los inmigrantes. Los líderes en estos encuentros son las personas mejor posicionadas para transmitir la información en materia sanitaria que queremos que llegue al inmigrante. Un profesional sanitario no sensibilizado o ajeno a los intereses de los distintos grupos de inmigrantes no garantiza la transmisión de la información. La formación de personas con capacidad de liderazgo dentro de su grupo podría ser un mecanismo más eficiente y efectivo.

Los gestores de los servicios sanitarios han de concienciarse que esta cuestión no es parte inherente del individuo sino que es parte del proceso de enculturación de cada individuo. La preparación de estas personas es primordial y debe de estar organizada, consensuada y regulada mediante canales oficiales para que sea beneficiosa y evitar así los posibles abusos de poder que pueda generar. Las quejas sobre el mal uso de la población extranjera (faltan a las citas de primaria o de tratamientos crónicos, exigen inmediatez por la gravedad de la posible enfermedad por no haber acudido antes al Servicio, etc.) no cesarán si no se hace una labor previa de toma conciencia y del reconocimiento de las distintas realidades culturales. La finalidad de esta labor es la de transmitir una forma de proceder acorde al SERMAS, dirigido a la prevención de la salud en la población inmigrante teniendo en cuenta sus particularidades culturales y vitales (derivadas del proceso migratorio). Una solución a este problema fundamental viene de la mano de la inversión en prevención, promoción y educación para la salud.

- **FLEXIBILIZAR LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS SANITARIAS MÁS ACORDES A LA NUEVA DIVERSIDAD CULTURAL DE LA POBLACIÓN:**

Comenzar a introducir algunas prácticas (preventivas y de intervención) más acordes a la diversidad cultural de nuestro país puede evitar gastos económicos derivados de la resolución de estas "demandas culturales" fuera del SERMAS. Es decir, se podría evitar el uso de los dispositivos de urgencia si se invierte en prevención, promoción, edu-

cación para la salud y conocimiento del funcionamiento de los distintos servicios sanitarios disponibles. Tomar como ejemplo los cambios que ya han introducido los Servicios Sanitarios de otros países como Francia o Reino Unido (con una experiencia migratoria más amplia), podrían dar ideas de qué tipo de servicios sanitarios son eficientes porque evitan costes mayores a largo plazo. Para ello se sugiere un estudio detallado de las prácticas sanitarias más habituales entre la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid no cubiertas por el SERMAS, y que dicha población tiende a resolver con métodos propios, potencialmente peligrosos para la salud del individuo.

- **FLEXIBILIZAR LA FORMA DE CONTRATACIÓN DEL PERSONAL DEL SERMAS PARA NECESIDADES ESPECÍFICAS:**

Evitar la rigidez en la forma de contratación del personal que trabaja en el SERMAS resolvería problemas mayores, sanitarios y sociales, especialmente en lo que se refiere a necesidades específicas como la falta de traductores y/o interpretes. Un Servicio sanitario que facilite la contratación de personal con perfiles específicos, adecuados a las necesidades detectadas, y con movilidad entre los diferentes dispositivos de atención mejoraría la eficiencia del Servicio.

Una de las necesidades primordiales del SERMAS es la existencia de un servicio de traducción y/o interpretación eficaz que evite problemas mayores sanitarios y sociales. Esta cuestión debe convertirse en una prioridad en el funcionamiento del Servicio cuando se proyecten actuaciones futuras en materia de atención a la población inmigrante. La mejor forma de contar con un servicio verdaderamente eficaz es hacerlo de forma consensuada con los/las profesionales (sanitarios y no sanitarios) y los agentes sociales expertos en materia de inmigración, como asociaciones y ONG. Sobre todo, lo primordial es que todo el personal del SERMAS tenga conocimiento de dicho servicio y el modo de utilizarlo.

El RD 16/2012 ha modificado los derechos de acceso a la atención sanitaria de la población residente en España en su conjunto. Esta modificación afecta de manera especial a las personas en situación más vulnerable como el colectivo de inmigrantes sin trabajo o en situación irregular. En la CCAA de Madrid, la atención sanitaria los inmigrantes que han perdido el derecho a la asistencia sanitaria, se está efectuando gracias a la buena

voluntad y a la habilidad de los profesionales del SERMAS para sortear las trabas administrativas y los aspectos burocráticos que ha generado el RD. Esto no quiere decir que todos los inmigrantes sin derecho accedan a los servicios sanitarios. Las ONG, los inmigrantes, los profesionales y los medios de comunicación nos recuerdan cada día que también hay inmigrantes que, a pesar de tener reconocido el derecho porque su situación forma parte de los supuestos de atención que marca el Art 3.ter no están recibiendo la atención sanitaria a la que legalmente tienen derecho.

Por estas razones se hacen dos recomendaciones muy específicas en relación al RD 16/2012, con el objetivo de procurar una implantación óptima de la nueva norma y un funcionamiento correcto del SERMAS:

- Es precisa la intervención institucional en la resolución de los problemas sanitarios sufridos por el colectivo de inmigrantes con características especiales como el de la atención de urgencias y atención a embarazadas y menores de dieciocho años y derecho reconocido de asistencia sanitaria. La Administración no puede transigir con soluciones alternativas que las/los profesionales del SERMAS van aportando con su buena voluntad, ya que esto no garantiza el buen funcionamiento del Servicio de salud a largo plazo. Además, esta intervención debe de hacerse extensiva a los problemas de salud pública que puede generar un tratamiento inadecuado por falta de atención sanitaria a determinadas enfermedades reguladas en el anexo de "Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el servicio madrileño de salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria" de la Consejería de Sanidad de la CCAA de Madrid. Esta intervención evitaría que solo recibieran atención y tratamiento aquellas enfermedades en las que existe un interés directo de empresas farmacéuticas y/o determinados profesionales.

- La aplicación del RD ha generado una situación de desorganización que un Servicio de salud como el madrileño no debería permitirse, porque la ineficiencia de su aplicación va en contra de los objetivos principales de su razón de ser. Es por ello que se recomienda la realización de un estudio pormenorizado sobre de los efectos reales de su aplicación.

En definitiva, con la implantación de estas líneas de actuación en materia de inmigración y atención sanitaria se pretende mejorar la viabilidad y el funcionamiento de la atención sanitaria al inmigrante en la Comunidad de Madrid a medio y largo plazo y se espera que esta mejora pueda extenderse al resto del Sistema Nacional de Salud.

6. Listado de abreviaturas

AP Atención Primaria

CCAA Comunidad Autónoma de Madrid

LGS Ley General de Sanidad

MIR Médico Interno Residente

SNS Sistema Nacional de Salud

SERMAS Servicio Madrileño de Salud

RD Real Decreto

7. Bibliografía

- Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Capítulo 7. Marisa Ros Collado y Carmen Ollé Rodríguez.
- Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. A.M. López Martínez, M.A. Martín Ortíz, R.M. Rodriguez Ferrer, R. Rosa Aguayo, M.I. Sánchez Perruca. Matronas Profesión 2002; 10: 32-39.
- Actitudes y demandas de los profesionales de la salud hacia la atención sanitaria de los inmigrantes. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. 2006.
- Encuesta Regional de Inmigración. Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos. Comunidad de Madrid. Avance Informe población extranjera Enero 2013.
- El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. P. Chauvin, I. Parizot, N. Simonnot. Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo. 2009.

- Ensayo sobre las relaciones entre establecidos y forasteros. Norbert Elias. Revista REIS 104/03 pp. 219-251.
- Inmigración, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. M. Martínez, S. Garabato y L. Martínez. Documentos técnicos de salud pública. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2004.
- Jornada de Mediación Social Intercultural: Experiencias y Prospectiva. 2006. Ponente: Sakina Souleimani. Título: Experiencia del S.E.M.S.I. Ayuntamiento de Madrid.
- Plan de Integración 2009-2012. Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España. Berra S, Elorza-Ricart JM. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Núm. 2007/08. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia y Tecnología. 2009.
- Salud en crisis. Informe 3. Acción por la Salud Global. M. Hart, A. Kesterton, S. Terlecki. 2009.

Las peculiaridades en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante son determinados por la mezcla de elementos culturales propios (su forma de concebir la salud), la realidad del sistema sanitario del país de origen y las expectativas de las prestaciones sanitarias ofertadas por el del país de acogida.

Patrocinado por la Asociación Europeos (ASE), se ha realizado un estudio cualitativo desde la perspectiva de esos tres elementos. El libro *Evolución de la asistencia sanitaria a la población inmigrante en la Comunidad de Madrid en la última década*, presenta los resultados, sin duda, de gran utilidad para todos aquellos que trabajan con migrantes, desde el ámbito privado o público, para los migrantes mismos y para los servicios de salud.

Las autoras del estudio han realizado un trabajo en profundidad. Teresa Sánchez Sagrado es especialista en Salud Pública y en Medicina Familiar y Comunitaria. Posee gran experiencia en la atención sanitaria directa a poblaciones migrantes en contextos diversos (ha trabajado en España, Suecia, Reino Unido y Bélgica), además de formar parte del grupo de evaluadores de proyectos de salud para la EACH (Executive Agency for Health and Consumers), agencia ejecutiva europea dependiente de la Dirección General de Salud y consumidores (DG Health and Consumers). Y Marta Ibáñez Carrasco, socióloga, especialista en *investigación social aplicada y análisis de datos* por el CIS. Como investigadora ha manejado técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas, en temas de exclusión social, inmigración, discapacidad, violencia de género, etc.; y como docente en el campo de la Sociología de la Educación ha colaborado en la Universidad de Alcalá. Coautora del libro: "El cambio lingüístico en la educación en los últimos 25 años en España", colección de estudios del Instituto de la Mujer.

ISBN 978-84-940651-0-1

9 788494 065101