

2.2 *Los dominios simbólicos de la inmigración.*

La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de los dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la región de Murcia

José Fernández Rufete Gómez

Universidad Católica San Antonio de Murcia [UCAM] (Murcia)

Introducción

Esta reflexión surge de los resultados parciales de una investigación que se está realizando desde el Departamento de antropología social y cultural de la UCAM y cuyo objetivo fundamental es el de establecer un contexto interpretativo, analítico y evaluativo *de los principales condicionantes socioculturales que determinan los procesos de salud/enfermedad/atención* del Colectivo de Inmigrantes Ecuatorianos (CIE en adelante) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín ⁽¹⁾.

Obviamente la elección de esta temática para el desarrollo de nuestra investigación no es casual. Tampoco ha venido determinada por la influencia de determinadas corrientes ideológico-estratégicas y académicas que se han apropiado (con escasos márgenes de legitimidad en algunos casos) de un espacio social comprometido colectivamente como es el de la inmigración. El compromiso de analizar la inmigración desde el punto de vista sociosanitario obedece en nuestro caso, no únicamente a la necesidad de explicar los niveles de salud diferencial de los inmigrantes del CIE con respecto a la población local de las sociedades receptoras. Como vamos a intentar poner de manifiesto en el presente artículo, existen otros factores de carácter político, económico y social que se rebelan como determinantes en la comprensión global del fenómeno; la cultura político-sanitaria en materia de inmigración de nuestra comunidad autónoma, como en la mayor parte del Estado español, dista mucho de haber alcanzado un nivel míni-

mo de comprensión respecto a la emergencia y expresión de las nuevas expectativas sociales que se están generando en torno a esta temática. Y no solamente por las repercusiones que la misma provoca en el gasto (y consiguientemente en la estabilidad de los criterios extraordinariamente racionalistas que rigen la gestión sanitaria en los niveles asistenciales en la actualidad) y en la propia organización de los servicios sanitario como, con mucha razón, suele argumentarse desde los sectores más críticos; existe además, una cierta saturación ideológica que impide a los agentes sociales implicados reapropiarse de su papel como sujetos activos dentro de la complejidad del fenómeno. Los profesionales de la sanidad se encuentran limitados por la escasez de recursos ante un incremento desproporcionado de la demanda, además de coartados por unas estructuras sanitarias que, en la práctica, no se han adaptado a la heterogeneidad de los nuevos perfiles de estas demandas; los propios inmigrantes se encuentran desposeídos de cualquier capacidad de movilización que favorezca mecanismos de acción originales y adaptados a sus propias necesidades socioculturales. De hecho, existen ciertos grupúsculos organizados dentro del CIE que han dirigido sus esfuerzos, aunque sin éxito, hacia objetivos precisos, concretos y trascendentes para su organización y vida social: vivienda, empleo o la propia sanidad. Lo cierto es que la reivindicación de dichas acciones no ha sido tenida en cuenta ni en los debates públicos, ni en los espacios de discusión política a los que tímidamente han podido acercarse ⁽²⁾.

A pesar de los privilegios simbólicos (también materiales) que la investigación sobre inmigración reporta en la actualidad a todos aquellos que estamos implicados de una forma u otra en la misma, es cierto que existe una crisis de confianza en la fiabilidad de los estudios que están gestionando, desde las Ciencias Sociales (y concretamente, desde la propia Antropología) la complejidad del fenómeno migratorio. Las razones de esta desconfianza radican en la parcialidad de los enfoques en unos casos, y en el absentismo explicativo de las condiciones reales de producción de dicho fenómeno en otros. De ahí que nuestra intención inicial se centre en un intento por escapar de las simplificaciones explicativas e introducirnos en la complejidad del fenómeno en un esfuerzo por reconocer en los propios escenarios sociales de la inmigración determinados interrogantes preferenciales no cuestionados en los discursos políticos y político-sanitarios concretamente pero muy presentes en el imaginario y en la realidad en la que la inmigración se expresa cotidianamente.

La imposición de un modelo de recuento oficialista y sus consecuencias como “ilógica” de la inmigración.

Sobre la base de estas condiciones y a partir de un contexto de estudio más amplio que estábamos realizando sobre determinantes socioculturales del CIE en la Región de Murcia, hemos podido elaborar nuestras preferencias objetuales siguiendo como enclave reflexivo tres factores fundamentales: en primer lugar, el significativo incremento de inmigrantes ecuatorianos en las comarcas señaladas en el periodo 2000-2002; en segundo lugar, la interrelación entre determinadas condiciones estructurales del CIE y sus condiciones de vida junto con otros factores laborales y socioeconómicos que están repercutiendo de forma significativa en la conformación de determinados patrones de morbilidad diferencial y en ciertas condiciones y perfiles de demanda asistencial del colectivo; en última instancia, las enormes dificultades con que los dispositivos sanitarios se encuentran para asumir la cada vez mayor y diferencial demanda sanitaria procedente del CIE y de otros colectivos de inmigrantes.

Tal vez sea el primero de los factores apuntados el que más fielmente nos permita estructurar de forma descriptiva la evolución demográfica del CIE, con el objetivo de establecer los márgenes reales del escenario interpretativo en el que situar el contexto sociosanitario de la inmigración en nuestra comunidad autónoma.

Los ámbitos de invisibilidad formal provocados por el carácter ficticio de los datos con que se muestra oficialmente el fenómeno migratorio en muchos casos, así como la errónea e insidiosa certificación de las estadísticas y recuentos oficiales sobre el mismo, en otros, nos llevó a establecer un recuento propio⁽³⁾ para los años 2001 y 2002 de los individuos pertenecientes al CIE que conformaban el universo de estudio en las comarcas señaladas.

Dichas comarcas constituyen la cabecera de seis ayuntamientos con una población total de cerca de 200.000 habitantes de los aproximadamente 1.200.000 que posee la Comunidad Autónoma en su conjunto. No fue por tanto la significatividad numérica en términos absolutos de los habitantes de dichas comarcas lo que nos llevó a definir las como eje de la investigación, sino más bien la importancia y la presión de los flujos relativos al CIE en ellas durante los últimos años.

El recurso a los datos oficiales (fundamentalmente padrones municipales y Delegación del Gobierno en la Región de Murcia) nos permitió establecer inicialmente un mapa numérico de la inmigración en las comarcas del Alto y Bajo Guadalentín con respecto al conjunto de la Comunidad, pron-

to fuimos conscientes de que dichos datos opacaban, en cierto sentido, la situación sociodemográfica real a partir del cual debíamos definir nuestra investigación. Las razones fundamentales para ello radicaban en que los padrones municipales únicamente recogen a individuos ecuatorianos (o inmigrantes en general) con residencia declarada y acreditada en los respectivos ayuntamientos, sin tener en cuenta su situación de regularidad o irregularidad, mientras que otras fuentes oficiales solo recogen los datos de los individuos “con papeles”, esto es, con permiso de residencia o de trabajo y aquellos que han obtenido su situación de regularización administrativa mediante reagrupamiento familiar. Ello, sin lugar a dudas, reducía significativamente las posibilidades de establecer un contexto interpretativo real respecto al número de individuos de nacionalidad ecuatoriana susceptibles de acudir y ser atendidos por los dispositivos sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS).

A este respecto, resulta preciso señalar que la todavía hoy vigente Ley de Extranjería, respecto al derecho a la atención y asistencia sanitaria de los inmigrantes, recoge en su artículo 12 las siguientes disposiciones:

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

De este contexto legal, se desprende que las disposiciones referenciadas no hacen distinción alguna entre la situación administrativa (regularidad, irregularidad) de los inmigrantes susceptibles de recibir asistencia sanitaria. Por el contrario, especifica una serie de supuestos y posibilidades asistenciales que eluden la consideración “regular” o “irregular” garantizando un derecho que trasciende el anclaje ideológico con que comúnmente y colectivamente se representa el fenómeno migratorio. Y señalamos esta idea, fundamentalmente, porque cuando hacemos referencia a los conceptos de inmigración o de inmigrante suele reproducirse con demasiada frecuencia un consenso sobre los significados “oficiales” que objetivamente adquieren sentido en la estructura social y en el espacio social en el que se

presentan como realidad y como experiencia. La imagen socialmente construida sobre el inmigrante irregular escenifica simbólicamente el no reconocimiento en cuanto al acceso a determinados derechos sociales por el contexto trasgresor y delictivo con que se proyecta mediática, pero también políticamente en muchos casos, dicha imagen. La inmigración es uno de esos fenómenos que suelen mostrarse como estructura social objetiva y como categoría social subjetiva constituyendo el principio sobre el cual se asientan gran cantidad de acciones y de representaciones sociales, donde el estereotipo y la metáfora (con toda su rigurosidad y contundencia) adquieren rasgos ideacionales de verdad.

Para poder situarnos en unos márgenes más realistas y con el soporte metodológico apuntado más arriba (nota 103) construimos una estimación cuantitativa que nos permitiese combatir ese espacio interpretativo ficticio que generaban los datos oficiales.

De la estimación realizada y como apunte ilustrativo para tres de los ayuntamientos en los que estábamos realizando el estudio, se desprendía que el intervalo de inmigrantes ecuatorianos (tuviesen el estatuto de regulares o irregulares) se situaba entre aproximadamente 22748 individuos en su límite superior y 21020 aproximadamente en su límite más bajo. Al comparar estos datos con los que habíamos extraído de los padrones municipales de esos mismos ayuntamientos para el mismo periodo y que representaban un número total de 6161 individuos ecuatorianos empadronados⁴ encontramos un salto vertiginoso entre los criterios contables oficiales y la situación numérica real en lo que afecta al CIE. Estas enormes diferencias evidencian lo ya apuntado respecto a los datos oficiales y su *utilidad* para la comprensión y activación de medidas conducentes a la adecuación de las estructuras sociosanitarias a la situación real de la inmigración ecuatoriana en las comarcas de estudio.

Pero esta situación, no es exclusiva ni particular del contexto sociosanitario sino que muy al contrario, se hace extensible a todas las parcelas en las que la inmigración se muestra socialmente como hemos podido comprobar en nuestra investigación. De ahí que estas *bolsas* de inmigrantes no reconocidos oficialmente y por lo tanto no localizables en los espacios formales de clasificación de la ciudadanía, y sujetos a las condiciones que impone nuestro país, bien definido por Naïr como el «reino de la precariedad jurídica de los trabajadores inmigrantes» (GOYTISOLO J.- NAÏR S. 2000: 118), sean coparticipes involuntarios en la génesis de una especie de sensación de alarmismo social que se está generando y apoderando de los ciudadanos en las zonas de estudio (como en otros muchos lugares de la geografía española).

Si la marginación y la exclusión son aspectos fundamentales en la elaboración de prejuicios, la conformación de estas distancias numéricas tiene un sentido en el aquí y el ahora de la inmigración; porque obviar (y se obvia *oficialmente*) es marginar, aislar en los espacios profundos de esa *nada estatalizada*, y en esas condiciones se encuentran muchos de los inmigrantes como apuntan las estimaciones realizadas. Inmigrantes que han modificado con su presencia los escenarios y paisajes urbanos, que comparten los espacios simbólicos de las ciudades, que reclaman silenciosamente el derecho a unas condiciones de vida y existencia dignas, y sobre todo, que en su propia invisibilidad han sido “reclamados” para retomar el pulso y dinamizar los procesos de aceleración de las economías locales.

Las definiciones oficiales sobre la inmigración, además, se basan en una compleja arquitectura y estructura de palabras que incorpora, entre otros, aspectos identificatorios como la procedencia (magrebí, subsahariano, lituano, ecuatoriano, etc.), la situación jurídico-administrativa y laboral (regular, irregular, empadronado o no, etc.), la adscripción religiosa (católico, musulmán, ortodoxo, etc.), a los que se suman conceptos extraídos de otros ámbitos (sobre todo académicos) como multiculturalidad, pluriculturalidad, etnia, racismo, etc. Todo ello, bajo la apariencia de mera descripción, termina por construir una realidad social ambigua, en un espacio social aun por definir, pero que se traduce en forma de representación para los conjuntos sociales, una representación expresada en muchos casos, no sólo en términos de superioridad estructural, sino también socio-cultural.

Comparto por todo ello con Pierre Bourdieu (BOURDIEU P. 1999: 128) la idea de que las realidades sociales son una ficción sin otro fundamento que la construcción social y que existen como realidad en tanto que son reconocidas por la colectividad.

El “efecto llamada” como expresión de la lógica de los mercados

Uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta para poder explicar la situación particular de la inmigración en las comarcas referenciadas más arriba y su incidencia concreta sobre el sistema sanitario, pasa, en un primer momento, por la comprensión que el impacto de la internacionalización de las economías en las conexiones entre los países de la emigración e inmigración y en la reorganización de los mercados en ambos contextos. A pesar de que no es este el argumento ni el tema central que guía esta reflexión, es preciso detenernos un instante en ello para poder compren-

der en qué condiciones y a partir de qué razones se ha producido ese significativo incremento de la población ecuatoriana en las comarcas de estudio.

En el caso concreto de nuestra investigación, y por lo que hace referencia a las zonas de estudio, la implantación de una agricultura de carácter intensivista y comercial orientada a la exportación de productos de carácter hortofrutícola fundamentalmente a centroeuropa y el Reino Unido y con escasa incidencia en los mercados locales, ha convulsionado en poco tiempo las economías agrícolas tradicionales de estas comarcas. Los datos relativos al crecimiento de la población ecuatoriana en ellas (como en otras muchas zonas de nuestra geografía) evidencian en muchos aspectos cierto carácter de imprevisibilidad.

Pero la paradoja de esta imprevisibilidad viene determinada por la tendencia inductora de los mercados al “regular” laboralmente la continuidad de los flujos de mano de obra irregular. Se hace, hasta cierto punto, difícil de comprender la convivencia entre las estructuras laborales agrarias y los propios mercados, sobre todo, si tenemos en cuenta que ello ha llevado a convertir a los propios inmigrantes en una mercancía sometida a las leyes de la oferta y la demanda. Lo cierto es que a pesar de los discursos más o menos oficiales tendentes a colocar el acento en el carácter “invasivo” de los procesos migratorios actuales hacia nuestra comunidad de estudio, la sostenibilidad, no sólo de estos nuevos mercados agrícolas, sino también la estabilización de determinadas economías periféricas generadas en torno a ellos, ha dependido y depende de la continuidad de la entrada de inmigrantes con un bajo perfil de cualificación profesional y con un bajo coste salarial para continuar siendo competitivos. Además dichos flujos se sitúan en muchos casos bajo condiciones de vida marcadas por la invisibilidad respecto de las políticas sociales y sobre todo por la precariedad en cuanto al acceso a determinados recursos sociales.

No obstante y como ha indicado Sassen (SASSEN S. 2001: 94) los analistas de las políticas de inmigración, suelen tratar el flujo de mano de obra como el resultado de decisiones individuales, sobre todo en lo que se refiere a la opción individualista de emigrar en busca de mejores oportunidades. Tal criterio hace recaer toda la responsabilidad de la inmigración sobre los propios inmigrantes. Los comentaristas políticos y de los medios de comunicación hablan de “riadas” o “invasiones” de inmigrantes, y tratan al país como sujeto pasivo: la inmigración aparece desvinculada de los actos pasados o presentes de los países receptores, y la política de inmigración se presenta como más o menos benevolente hacia los inmigrantes.

Brilla por su ausencia, por ejemplo, toda advertencia de que las actividades internacionales de los estados o empresas de los países receptores de emigrantes hayan podido contribuir a la formación de vínculos económicos con los países de emigración, vínculos que pueden propiciar a su vez, tanto el movimiento de personas como de capitales.

Todo ello se acentúa con una concepción manejada por muchas sociedades de acogida (y de los propios estados políticos) acerca de que la inmigración sea algo transitorio con una cronología limitada en el tiempo y el espacio cuando, tal y como se está comenzando a comprobar, se produce un auténtico movimiento de poblaciones con un proyecto de retorno cada vez menos definido.

Estos procesos descritos están generando la copresencia de individuos que, en nuestra zona de estudio como en la práctica totalidad de las sociedades con un perfil similar de demanda de inmigración, se empieza a caracterizar por una continuidad y persistencia de los flujos que además suele establecerse en función de redes familiares y de afinidad social en muchos casos. Los vínculos establecidos entre las comunidades de origen y destino establecidos generalmente a partir de familias mixtas y estructuras de parentesco y sociales amplias son fundamentales para entender su continuidad e importancia en la regularidad de los flujos. Los inmigrantes ecuatorianos han comenzado a instalarse con mucha frecuencia en los trabajos domésticos, complementando así las ocupaciones generadas por el sector agrícola que fundamentalmente había constituido el nicho laboral por excelencia de los miembros del CIE. La creciente demanda que está generando este sector doméstico ha influido de forma determinante en ello y por razones muy complejas en las que no ha lugar incidir ahora; lo hacen de forma más o menos continuada a pesar de las características específicas del mismo: «exceso de movilidad y variedad, tanto en cometidos (tareas domésticas, cuidado de niños, disminuidos anciano, etc.) como en las modalidades y tiempos de trabajo (interna, por horas, media jornada, jornada completa, suplencias, etc.)» (CRIADO M.J. 2001: 350).

De la “mala salud” estructural de los dispositivos sanitarios a las condiciones de vida del Cie

Podemos afirmar, por todo ello, que la situación de la inmigración que estamos describiendo ha supuesto una discontinuidad institucional en el contexto político estatal y sobre todo, en el diseño de las políticas admi-

nistrativas comunitarias en lo que afecta a los ámbitos sociales y, particularmente a los sociosanitarios.

La ambigüedad con que los dispositivos sanitarios y la propia legislación han asumido el contexto de demanda sanitaria procedente de la inmigración ha representado, en la práctica, el surgimiento de una serie de estrategias informales por parte de los propios inmigrantes para integrar sus perfiles de demanda asistencial (condicionados fundamentalmente por sus propias condiciones sociolaborales, como veremos más adelante) en los diferentes espacios y cronologías de los ámbitos formales de atención sanitaria. Dichas estrategias han condicionado que, en la práctica, tanto Atención Primaria como la Asistencia Hospitalaria hayan tenido que acomodar en muchos casos sus rutinas y protocolos asistenciales a dichos perfiles.

Dicha situación, además, está generando que los servicios sanitarios de ambos sectores se encuentren en una situación límite en cuanto a sus posibilidades reales para cubrir la demanda existente; las urgencias hospitalarias suelen atender a un número de individuos que, en algunos casos, multiplica por cuatro el umbral de los recursos humanos y materiales que serían precisos para cubrir dichas demandas y lo mismo sucede con las urgencias dispuestas por Atención Primaria. Otros servicios como ginecología o maternidad se ven desbordados por el incremento de población femenina que acude con asiduidad a los mismos. Valga como ejemplo el incremento de nacimientos de niño/as ecuatorianos experimentado en el periodo 2000-2002, que ha supuesto, en términos porcentuales, que en la mayor parte de los ayuntamientos de referencia en los que se lleva a cabo nuestro trabajo, las cifras de nacidos, pertenecientes al CIE respecto al número total de los nacidos, se sitúe por encima del 20%, llegándose en algunos casos a cifras superiores al 25% para el primer semestre del año 2003.

Y todo ello, porque nuestro sistema sanitario, en términos de diseño político y económico continúa orientado exclusivamente al contexto de demanda local sin tener en cuenta, no sólo la diversidad de necesidades, sino de su incremento, surgidas del escenario pluricultural que hemos venido describiendo. Las necesidades sociosanitarias se multiplican al mismo ritmo que aumenta la llegada de inmigrantes mientras que las estructuras sanitarias son inadecuadas no sólo para cubrir la heterogeneidad cultural de la demanda, sino para dar respuesta, en términos absolutos, al número de solicitudes de atención sanitaria que se registran en los centros sanitarios.

Si las condiciones estructurales de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario plantean las dificultades apuntadas, no menos compleja es la si-

tuación de los profesionales sanitarios que cubren las demandas en los servicios hospitalarios y de Atención Primaria. Si bien desde los ámbitos estamentales oficiales se tiende a proyectar una situación *normalizada*, lo cierto es que la capacidad para absorber la demanda se presenta cada vez más diezmada y determinada por algunos factores que ignoran el “culto” estrictamente economicista y racionalista de la productividad y la rentabilidad sanitaria.

Son los profesionales, en los niveles prácticos, los que han de hacer frente a la disparidad entre los recursos disponibles (materiales y humanos) y el incremento de los niveles de demanda sanitaria provocados por la inmigración. La *disidencia* profesional observada en el curso de nuestro trabajo respecto a las normas institucionales y las regulaciones que restringen los servicios sanitarios en los dos niveles asistenciales, pone de manifiesto la magnitud de un problema generado, en gran medida, en las instancias políticas y gerenciales de nuestro sistema.

A pesar de que determinados trabajos de investigación auspiciados por los niveles de responsabilidad política en materia de inmigración, hagan hincapié en la competencia normalizada y en la casi universalidad asistencial que faculta a los inmigrantes empadronados para acceder a todos los servicios de salud, la realidad se muestra bien diferente bajo este impulso tan generoso como irrealista de la situación sociosanitaria de la inmigración.

En nuestra investigación hemos podido constatar en la practica totalidad de los casos analizados, cómo el contexto sociolaboral determina especialmente las condiciones en que se producen las citadas relaciones asistenciales en el caso concreto del CIE. Las condiciones de vida y de vivienda, los factores nutricionales y determinadas dinámicas de exclusión social aparecen como otros marcadores diferenciales que limitan igualmente el contexto relacional con los ámbitos sanitarios y con los profesionales. Para ilustrar esta reflexión, dirijamos un instante nuestra mirada al contexto socio-laboral.

La estructura laboral del mercado de trabajo en las comarcas de estudio y en el caso concreto del CIE, viene determinada por dos nichos laborales bien diferenciados: por una parte, y como ya hemos apuntado, el mercado de producción hortofrutícola, donde la proporcionalidad del empleo masculino es aun hoy, muy superior a la del empleo femenino; en un segundo plano, destaca la generalización del empleo doméstico por parte de la mujer ecuatoriana. Ambos dominios de *inserción* laboral se caracterizan por la precariedad, la inestabilidad y la provisionabilidad. Ello no sólo

afecta en gran medida y con carácter generalista, a los servicios sociales derivados de esta parcela: seguridad social, bajas por enfermedad o incapacidad y “paro” por ejemplo, sino que esta posición marginal y periférica respecto al sistema económico, determina unas condiciones socio-laborales muy concretas: jornadas laborales extensísimas, movilidad en las ocupaciones muy alta y precariedad de las propias condiciones laborales.

Estas dificultades *extrasanitarias* plantean la paradoja de que si bien la situación jurídico-legal de la asistencia sanitaria, ha alcanzado un grado de viabilidad razonable, las propias condiciones laborales impiden una adaptación socio-cultural a las rutinas y estructuras sanitarias. Las vinculaciones entre los procesos de enfermar y el tiempo improductivo, hacen que los primeros adquieran, en muchos casos, un peso relativo en función de los propios intereses dentro de la estructura representacional de los inmigrantes del CIE, pero no por ello irrenunciable y readaptable a las posibilidades formales e informales que les ofrece el propio sistema.

El recurso discursivo e ideológico dominante respecto al “desorden” con que los miembros del CIE asumen su posición dentro del sistema, al absentismo de las citaciones sanitarias o la falta de adhesión a los tratamientos por ejemplo, suele instalarse e interpretarse más por razones culturales o representacionales respecto a los procesos de enfermar o de concebir sus relaciones con los dispositivos sanitarios que a los verdaderos factores socioestructurales que se esconden, en muchos casos, tras esta realidad laboral desdibujada.

Es cierto que la práctica médica funciona enmascarando y/o escindiendo estas y otras variables y determinantes sociales (los factores riesgo implícitos en las propias condiciones de vida y trabajo de los inmigrantes o la falta de adecuación entre servicios y expectativas, como hemos apuntado), reintegrándolas en una lógica práctica que reproduce las particularidades de un Modelo Médico más centrado en una eficacia pragmática que en cualquier otro aspecto. Todo ello concede una autonomía casi ilimitada a la práctica médica respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención. Pero sin recluirnos en los límites y los estrechamientos del Modelo Médico, el cuestionamiento aquí debería situarse en el análisis de las estructuras relacionales que se establecen entre el modelo médico, las dinámicas que definen el espacio social de la inmigración y el contexto ideológico y político por el que ambos se ven reorientados en sus aspectos fundamentales.

Como ya hemos apuntado repetidamente, los procesos de salud/enfermedad/atención vinculados a la inmigración se presentan como dependientes de las condiciones de vida y de trabajo impuestas a los propios inmi-

grantes carentes por el momento de otra salida que no sea la sumisión resignada que se les predica a veces bajo el buen nombre de la integración y que por lo tanto se plantean como un problema esencialmente político e ideológico.

Así lo hemos podido comprobar en nuestro trabajo. Sin caer aquí en la retórica de los datos, se ha constado en todos los servicios en los que hemos llevado a cabo nuestro trabajo que la mayor parte de las demandas de atención sanitaria (medicina general, urgencias o medicina especializada) han estado vinculadas a factores desencadenantes por el contexto laboral o por las condiciones de vida.

La medicina y el modelo médico sobre el que se asienta, al negar en la práctica estas dependencias relacionales, y ello solo es posible gracias al binomio biologicismo/individualismo con que se articula en la experiencia, elimina las posibles emergencias de lo social como factor explicativo de los procesos de salud/enfermedad de los inmigrantes. Ello provoca, en muchos casos, que estas circunstancias no trasciendan a los ámbitos de decisión y diseño sociopolítico y se continúe ocultando el verdadero rostro con que se muestra el problema en los niveles asistenciales.

Al mismo tiempo, los niveles de responsabilidad política parecen haber aceptado el curso ineluctable e indeterminado de esta realidad sin ofrecer alternativas concretas a las complejidades fundamentales con que ésta se muestra: la saturación asistencial en sus ámbitos de atención fundamentales (Atención Primaria y Modelo Hospitalario), la imposibilidad fáctica de atender a los procedimientos regulados legislativa y administrativamente en lo que hace referencia al derecho a la atención sanitaria de los inmigrantes, y en último lugar, y aspecto en el que pretendo centrarme a continuación, la desigual ubicación estructural entre los niveles de oferta de servicios de atención a la salud y la enfermedad y la demanda y expectativas procedentes de los propios inmigrantes respecto a esos servicios como también a los significados que estos les atribuyen.

Más que en cualquier otro contexto, la realidad sociosanitaria que estoy intentando describir define una estructura social y de significado determinada por las condiciones de desigualdad estructural y diferencia que el espacio social de la inmigración impone en la actualidad. No existen datos concluyentes todavía que permitan expresar las tasas diferenciales en cuanto a la morbilidad de los inmigrantes respecto a los conjuntos sociales integrantes de la sociedad receptora y esta carencia es especialmente significativa en nuestro ámbito regional, pero, como ya se ha puesto de manifiesto, a nadie escapa que las condiciones de vida (en lo que hace referencia a

vivienda, higiene, etc.) y los factores de riesgo implícitos a las condiciones laborales (jornadas que exceden en mucho lo tipificado, bajos salarios que condicionan el incremento de los ritmos autoimpuestos por los trabajadores inmigrantes, la falta de seguridad laboral y los riesgos en el trabajo, entre otros muchos factores) están generando condiciones objetivas para que las diferencias comiencen a mostrarse como apreciables.

Las significaciones socioculturales de los procesos de salud/enfermedad, deben ser referidas, como ha expuesto Menéndez (MENÉNDEZ E. 1997), a la estructura social para poder observar las condiciones donde se construyen, se desarrollan, se modifican y se utilizan esas significaciones culturales. Y hago hincapié en este aspecto porque aunque la intervención en las condiciones objetivas de existencia de ciertos colectivos inmigrantes y la modificación en ellos de, por ejemplo, una creencia etiológica o un ritual terapéutico ponga en cuestión órdenes ideológicos y equilibrios subjetivos profundos, el no tener en cuenta las condiciones estructurales y sociales (desigualdad, pobreza, etc.) imposibilita el análisis no sólo de las condiciones materiales, sino de los procesos simbólicos que están operando en este contexto.

Es por todo ello que la *delegación estatal* al modelo médico de los procesos de salud/enfermedad de los colectivos inmigrantes, por su propia naturaleza curativa y reparadora, elimina cualquier posibilidad de tener en cuenta los datos de carácter económico, social y político que están incidiendo y definiendo directa e indirectamente en esos mismos procesos. Pero si al mismo tiempo, esta *delegación* se convierte, por el curso de los acontecimientos proyectados a través de discursos “mediático-políticos”, en la única tendencia posible, en el signo inevitable de los acontecimientos, caeremos en un espacio de ambigüedad objetiva con un Estado más inclinado a ratificarla que a transformarla.

En el curso de nuestra investigación, hemos llegado a comprobar como las concepciones biomédicas respecto al proceso salud/enfermedad/atención se muestran como hegemónicas en un espacio social marcado por la heterogeneidad impuesta necesariamente por el decurso de la inmigración.

Sobre la base de las condiciones apuntadas, el modelo médico de atención a la salud y la enfermedad tanto como los colectivos profesionales adscritos al mismo, hacen homogénea esa heterogeneidad “ignorando” con demasiada frecuencia su valor respecto a los modelos culturales relativos al propio cuerpo, a la salud y la enfermedad y a su marco ideológico de valores; el imaginario, las representaciones y los valores simbólicos y emocionales referentes a cada uno de los padecimientos; su etiología y curso; las

vivencias subjetivas de la enfermedad como uno de sus componentes esenciales, a la vez que los componentes biológicos que la constituyen en el organismo, y las expectativas con los profesionales y los diferentes sectores sanitarios.

Las diferentes formas de desigualdad social en las que se expresa el fenómeno migratorio en la actualidad se traduce en necesidades objetivas y subjetivas que las propias condiciones de vida y trabajo imponen indiferenciadamente a la población inmigrante. Pero el modelo médico confirma las concepciones ideológicas y normativas dominantes en las que, como ya hemos intentado poner de manifiesto, el Estado juega un papel determinante en la normalización, codificación y homogeneización.

Todo ello determina la importancia de contextualizar la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención y las posibilidades asistenciales respecto a la inmigración en un ámbito político, porque si bien es cierto, como hemos intentado demostrar en este trabajo, que las dinámicas de normalización estatales tienden a opacar y escindir lo político, social e ideológico que definen esos mismos procesos, mediante la concesión al modelo médico, eso no implica que esos niveles que se imponen como reales no sean tratados como tales desde la reflexión teórica, pero también desde las propuestas prácticas derivadas de la propia investigación antropológica.

Notes

⁽¹⁾ Dichas comarcas se sitúan en el sureste de la Comunidad Autónoma de Murcia y están conformadas por los ayuntamientos de Lorca, Totana, Alhama de Murcia, Mazarrón, Águilas y Puerto Lumbreras. El interés estratégico de nuestra investigación por dichas comarcas se sitúa en el extraordinario crecimiento que ha tenido la inmigración en los últimos cinco años, siendo ésta fundamentalmente de origen ecuatoriano y, en menor medida, procedente de los países del Magreb. Dicho crecimiento ha estado cerca de superar el 300% en el periodo de estudio en algunas de las localidades objeto de nuestro trabajo.

⁽²⁾ Existen asociaciones estatales de ecuatorianos como RUMINAHUI cuyo cometido ideacional fundamental es el de mejorar la calidad de vida del inmigrante ecuatoriano en España o canalizar determinados proyectos de cooperación al desarrollo con Ecuador que han intentado asumir un papel preponderante, pero tristemente y más que nada para focalizar la mirada mediática y reforzar al mismo tiempo su presencia simbólica en determinados espacios de reconocimiento social dentro del propio CIE. En el caso de esta asociación en la Región de Murcia, algunos de sus miembros se han visto salpicados en corruptelas o tráfico de irregulares, lo que supuso un duro golpe a sus pretensiones activistas en nuestro espacio de estudio. Otro estamento que ha intentado, con cierto margen de éxito, canalizar y construir propuestas de acción originales ha sido el Consulado de Ecuador en la Región de Murcia, con propuestas como la creación de la Casa de Ecuador y determinadas actividades que favoreciesen la integración de los miembros del CIE en la realidad social murciana.

⁽³⁾ Para poder calcular el tamaño de la población inmigrante ecuatoriana en el periodo señalado, utilizamos el método *captura-recaptura*, método indirecto basado en el cruce de dos o más fuentes de datos. Dicho método consiste en la estimación del número de sujetos que pertenecen a un grupo determinado, utilizando para ello dos o más fuentes de datos obtenidas a partir de la población a estudiar, posteriormente estas muestras se comparan y se determina el grado de solapamiento en las mismas (cuantos individuos hay repetidos en las diferentes listas). En el caso de nuestra estimación utilizamos dos fuentes independientes entre sí a partir de las variables sexo, edad y nombre de los sujetos para poder realizar el cruce. Dichas fuentes fueron el Hospital Rafael Méndez de Lorca y la Gerencia de Atención Primaria, puesto que aglutinaban en una proporción elevadísima el contexto de demanda de las zonas de estudio.

⁽⁴⁾ Empleamos como Fuente el Padrón Municipal de habitantes de la Región de Murcia del año 2001. Dirección General de Economía y Estadística.

⁽⁵⁾ Ver texto y bibliografía final.

Bibliography

BOURDIEU P. (1999^a [1994]), *Razones Prácticas Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona [ediz.orig. *Raisons Pratiques Sur la theorie del'action*, Editions du Seuil, Paris, 1994].

BOURDIEU P. (1999b), *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, Anagrama, Barcelona.

CASTELLS M. (1999), *La era de la Información. Economía, Sociedad y Cultura, Vol. 3, Fin de Milenio*, Alianza Editorial, Madrid.

CRiado M. J. (2001) *La línea quebrada. Historias de vida de migrantes*, CES, Madrid.

FOUCAULT M. (1999), *Estrategias de Poder*, introducción, traducción y edición a cargo de VALERA Julia y ALVAREZ URÍA Fernando, Paidós Básica, Barcelona.

GOYTISOLO J. - NAIR S. (2000), *El peaje de la vida. Integración o rechazo de la inmigración en España*, Aguilar, Madrid.

IZQUIERDO A. (1996), *La inmigración Inesperada. La población extranjera en España (1991-1995)*, Trotta, Madrid.

MENÉNDEZ E. (1978), *El modelo médico y la salud de los trabajadores*, pp. 11-53, in BASAGLIA F. (ed.), *La Salud de los Trabajadores*, Nueva Imagen, México.

MENÉNDEZ E. (1997), *El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad*, "Relaciones. Estudios de historia y sociedad", n° 69, I invierno 1997, pp. 238-269.

SASSEN S. (2001), *Perdiendo el control. La soberanía en la era de la globalización*, Bellaterra, Barcelona.