

LA SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE DESDE EL DISCURSO CIENTÍFICO BIOMÉDICO.

Otero García, Laura¹, Sanz Barbero, Belén² y Blasco Hernández, Teresa¹.

Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III¹.

Escuela Nacional de Salud. Instituto de Salud Carlos III².

Laura Otero García

Centro Nacional de Medicina Tropical

Instituto de Salud Carlos III

C/ Sinesio Delgado, 6 Pabellón 13

Madrid 28029

e-mail: laotero@isciii.es

Introducción.

La llegada de migrantes¹ de tan diversos países a España es un hecho reciente, aunque las migraciones internacionales han tenido lugar a nivel mundial durante siglos. El fenómeno de la globalización ha hecho, eso sí, que las migraciones internacionales se multipliquen y diversifiquen, lo que está suponiendo un reto a todos los niveles para ciertos países, entre otros, países europeos, donde están instaurados los denominados Estados del Bienestar.

El fenómeno de la inmigración, que está teniendo lugar en España en las últimas décadas ha sido estudiado por científicos sociales como Checa², Giménez^{3,4}, Martínez Veiga⁵ y Colectivo IOÉ⁶. Dicho fenómeno está provocando gran interés y preocupación social. En octubre de 2006 llegó a encabezar la lista de problemas identificados por los españoles, generada por el barómetro de opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Se produce así la configuración del fenómeno de la inmigración como problema social.

En los últimos años, desde el sistema sanitario español, también se ha manifestado un creciente interés tanto por la población inmigrante, como por las repercusiones del fenómeno migratorio en la salud pública. Esta preocupación no es exclusiva de los profesionales sanitarios, sino que se inscribe dentro del contexto político, económico y social de la problematización de la inmigración. Tampoco se desarrolla aisladamente en el estado español, ya que en otros países con una mayor tradición de acogida de migrantes la producción sanitaria centrada en el estudio de esta población comienza mucho antes y plantea los problemas que después se han retomado desde nuestro(s) sistema(s) sanitario(s). Así es como han proliferado artículos científicos biomédicos, libros, comunicaciones en congresos y cursos de formación para profesionales sanitarios sobre el tema; se ha construido a “los inmigrantes” o a la “población inmigrante” como grupo de riesgo¹ para múltiples problemas de salud: VIH-SIDA, tuberculosis, parasitosis, drogadicciones, interrupciones voluntarias del embarazo, y se ha dedicado una creciente atención al acceso y uso de los dispositivos de los sistemas de salud por parte de esta población, especialmente en lo que se refiere a los problemas de comunicación⁷.

¹ La medicalización de la diversidad continúa con la población inmigrante un proceso histórico de creación y sanción de los grupos desviados y marginales, y tiene, por tanto, una especial relevancia en la dinámica de inclusión/exclusión de los inmigrantes en nuestra sociedad.

La hipótesis de este estudio es que los y las profesionales que generan información científica sobre la salud de la población inmigrante (es decir, que publican sus trabajos en las denominadas revistas científicas biomédicas) son personas con sus propias representaciones sociales (valores, ideas, imágenes, prácticas, actitudes) sobre la población inmigrante. Estas representaciones sociales pueden estar influyendo en sus investigaciones en salud, debido a que pueden estar considerando unas variables de estudio y no otras, para desarrollar estudios sobre la salud de entre este grupo poblacional, condicionados por los valores, ideas, imágenes, prácticas o actitudes, que tienen hacia la población inmigrante.

El objetivo de este estudio va encaminado a realizar una aproximación al discurso que está siendo desarrollado en la literatura científica por investigadores españoles en relación a la salud de la población inmigrante. Al mismo tiempo, se pretende analizar si se tienen o no en cuenta factores, como puedan ser los factores sociales, económicos, culturales, que son importantes para conocer la situación de salud-enfermedad de la población en general, y en concreto, de la población inmigrante.

Metodología. En este trabajo, se realiza una aproximación al discurso científico biomédico a través de los artículos encontrados tras la realización de una revisión bibliográfica en la base de datos MEDLINE, utilizando los descriptores “migración internacional”; país de publicación “España”; y años de publicación “2000-2006.” La metodología utilizada para llevar a cabo este trabajo ha sido el análisis crítico del discurso (ACD), teorizado y utilizado por autores como Van Dijk⁸, Wodak & Meller⁹, Martín Rojo¹⁰ e Iñiguez¹¹.

El ACD, como método y como perspectiva en ciencias sociales, es un medio para llevar a la práctica el lenguaje como eje de comprensión y estudio de los procesos sociales.

Los principios teóricos fundamentales del ACD señalan que éste tipo de análisis se ocupa de los problemas sociales, de las relaciones de poder que constituyen elementos discursivos, de las formas en que el discurso constituye a la sociedad y a la cultura y viceversa, y de la forma en que el discurso realiza una labor ideológica.

Este tipo de análisis engloba todas las modalidades de investigación crítica que tienen que ver con el uso de la lengua o con la comunicación, como es en este caso, el estudio de los artículos publicados en revistas científicas biomédicas.

Es considerado como una práctica tridimensional, en el sentido de que la práctica analítica opera, simultáneamente, con tres dimensiones.

El discurso en tanto que texto (el resultado oral o escrito de una producción discursiva.)

El discurso como práctica discursiva enmarcada en una situación social concreta.

El discurso como ejemplo de práctica social, que no sólo expresa o refleja identidades, prácticas, relaciones, es decir representaciones sociales, sino que las constituye y conforma.

Así, las dimensiones del discurso son la práctica social, la práctica discursiva y la práctica textual. Estas dimensiones no pueden dissociarse ya que los elementos lingüísticos que aparecen en un discurso concreto, las palabras que lo integran, el estilo o la lengua a la que pertenecen las voces que en él se evocan, contribuyen a realizar una determinada tarea, a actuar en sociedad, y al mismo tiempo, a crear una representación y no otra de los acontecimientos. Esta representación a su vez reforzará o cuestionará, naturalizará u objetará unas visiones de los acontecimientos del orden social y no todas, unas ideologías y no otras, que puede ir en beneficio o en detrimento de los intereses de los distintos grupos clases sociales y géneros.

Los objetivos que se fija el ACD derivan de esta concepción tridimensional del discurso. Se trata de conocer cómo se lleva a cabo esta construcción discursiva de los acontecimientos,

de las relaciones sociales y del propio sujeto, a partir del análisis de los aspectos lingüísticos y del proceso comunicativo en un tiempo y lugar determinados. Paralelamente, se trata de revelar cuáles son las implicaciones sociales de este proceso de construcción.

Numerosos trabajos, basados metodológicamente en el ACD, han estudiado el papel del discurso en la transmisión persuasiva y en la legitimación de ideologías, valores y saberes, por ejemplo, saberes acerca de lo que es “normal” o acerca de lo que es “esencial” a la hora de definir un grupo social: así aparecen y reaparecen enunciados bien arraigados y con prestigio que se citan y reelaboran constantemente.

El ACD se centra pues en el estudio de aquellas acciones sociales que se ponen en práctica a través del discurso puedan ser las desigualdades sociales o la marginación y la exclusión sociales.

En este trabajo se ha desarrollado la dimensión histórica dentro del marco teórico para contextualizar los resultados y la discusión de los mismos. Para realizar el ACD se utilizó la metodología recomendada por Martín Rojo¹². El ACD se desarrolló a través de las siguientes unidades de análisis: población de estudio; edad; sexo; género; enfermedad ; situación socio-económica; cultura.

Resultados. La revisión bibliográfica utilizando la base de datos MEDLINE dio como resultado 146 artículos, los cuales fueron sometidos a análisis. La población inmigrante es clasificada en función de su país o región de origen. No se tienen en cuenta para la definición de la población de estudio en las investigaciones otros factores como pudieran ser el nivel de estudios, la ocupación o el tiempo de estancia en España.

La mayor parte de los artículos, el 74% se centran únicamente la salud de la población inmigrante adulta. Hemos de tener en cuenta que la población inmigrante es mayoritariamente joven, en edad productiva y en edad reproductiva. Es población sana ya que las personas que emigran son aquellas que previsiblemente van a poder soportar el proceso migratorio, y su situación de salud se verá afectada en función de las condiciones del viaje migratorio y de las condiciones de vida en nuestra sociedad.¹³

La distribución de los datos en los artículos científicos por sexo sólo se dio en el 5,8% de los artículos. En el caso de los artículos que estudian la salud de las mujeres inmigrantes, éstos sólo tratan sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades de transmisión sexual (ETS) y abortos. Se produce así la visibilización de las mujeres inmigrantes a través de su salud sexual y reproductiva. Estos datos producen dos efectos principales. Uno, que las mujeres no sean sujetos entendidos como tales dentro del fenómeno migratorio, de la población inmigrante, y dos la vinculación de las mujeres con su rol sexual y reproductivo. Desde una perspectiva de género, la feminización de la inmigración y la presencia de las mujeres entre los colectivos de inmigrantes es un aspecto invisible. Este silencio transmite la negación de su protagonismo como sujetos de la inmigración. La constatación de la invisibilidad femenina refuerza y perpetua un modelo exclusivamente masculino del fenómeno migratorio. Esto conlleva una visión sesgada que niega la importancia del género en los motivos de la inmigración, y la especificidad de sus proyectos migratorios frente a los de sus compatriotas masculinos¹⁴. Pero además, al ser nombradas sólo con relación a su especificidad biológica sexual y reproductiva se refuerza la centralidad de estos roles en sus vidas. De forma implícita, esta construcción cultural deja sin reconocimiento de un requisito básico de la modernidad: la individualidad y la capacidad de detentar un proyecto de vida propia que no estuviera supeditado a su condición de género¹⁵. Estos discursos sobre su salud sexual y reproductiva aparecen

vinculados a tres temas: el primero es la infección del VIH/ SIDA, el segundo es la violencia y en tercer lugar el aborto. Existen estudios que señalan que buena parte de la propagación del VIH en los años 70 y en los años 80 se dio a lo largo de “líneas de defecto” internacionales, definidas por las abruptas pendientes de la desigualdad, las cuales son también caminos del trabajo de inmigrantes y del comercio del sexo^{16,17}. Aquí nos encontramos con una triple desigualdad ya que el discurso hace alusión a mujer, inmigrante y trabajadora sexual. Así las desigualdades son generadoras de vulnerabilidad y discriminación que puede degenerar en estigmatización social. La vulnerabilidad biológica en el texto argumentada como causante del aumento de casos de VIH-SIDA entre mujeres (inmigrante o no) es difícilmente medible, cuantificable. Se tiende así a intentar sanitizarⁱⁱ problemas sociales, achacando la mayor predisposición de las mujeres, también de las inmigrantes a padecer VIH-SIDA. Lo que pone a estas mujeres en peligro es la desigualdad y la pobreza.

Ninguno de los estudios se centra exclusivamente en estudiar la en la salud de los varones. Las enfermedades que fueron mayormente asociadas a la población inmigrante fueron las enfermedades infecciosas: tuberculosis en el 26% de los estudios y VIH-SIDA en el 23% de los mismos. Las enfermedades infecciosas al tener la capacidad de transmitirse, comportan mayor alarma social, y en la mayoría de los casos tienen una estigmatización asociada que se ha ido arraigando históricamente¹⁸. Esto puede hacer que los discursos que relacionan a las personas inmigrantes con enfermedades de este tipo, provoquen que se discrimine y se generalicen actitudes xenófobas hacia la población inmigrante. La utilización de este tipo de discursos, en ocasiones generadores de contradicción, y de este tipo de relaciones puede provocar alarma entre la opinión pública, lo que supone una buena estrategia política, ya que se pueden establecer políticas de extranjería o migratorias utilizando la preservación de la salud-enfermedad de la población autóctona, de los ciudadanos, como fundamento, sin que éstos puedan ser culpados de poco humanitarios y así que no sean mal vistas socialmente.

Se atribuye a la inmigración en algunos de los estudios analizados el aumento de la de tuberculosis. Esta enfermedad es una antigua conocida que está volviendo con fuerza a ser estudiada asociada al fenómeno de la inmigración¹⁹. Sobre la relación que se establece entre tuberculosis e inmigración, podemos acercarnos a datos, a informes como pueda ser el registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid del año 2004, publicado en el año 2006, que muestran cómo la tuberculosis está disminuyendo. Si bien es cierto que el perfil de las personas que son diagnosticadas de tuberculosis tiende a corresponder a personas no nacidas en España. Este modelo es similar en el resto de Comunidades Autónomas.

Sobre la aparición de artículos sobre la población inmigrante en relación con las enfermedades infecciosas tropicales, es importante recordar que, en la época colonial, paralelamente a los procesos de colonización de los países situados en áreas tropicales, se descubrieron nuevos agentes infecciosos (fundamentalmente parásitos tropicales), frente a

ⁱⁱ Los inmigrantes frente al proceso de medicalización, entendiéndolo por medicalización el proceso mediante el cual cada vez más aspectos de la vida social pasan a ser competencia del sistema médico hegemónico. Este proceso no es único, tiene características específicas según el colectivo medicalizado y el binomio país-momento histórico en que se lleva a cabo.

los que se desarrollaron nuevos tratamientos y se pusieron en marcha programas de control que dieron origen a la llamada Medicina Tropical²⁰. Esta área médica tenía el interés asociado de evitar que los colonos enfermaran y de hacer que los “trabajadores” de las colonias, personas autóctonas, fueran más productivas²¹.

Si bien ahora, el proceso migratorio se ve invertido, y los habitantes de las antiguas colonias migran hacia las metrópolis, pudiendo aparecer en ocasiones portadores de cierta patología tropical. Simultáneamente se dan otra serie de movimientos poblacionales como los derivados del turismo. Los turistas se convierten así en vehículos para estas enfermedades, y en muchos casos, en mayor número e importancia que la población inmigrante. Sin embargo prima el discurso en torno a la posibilidad de la llegada de “enfermedades parasitarias tropicales” como una amenaza para la salud de la población autóctona, que insta a los profesionales relacionados con éste ámbito, y a sus instituciones, a prepararse para esta nueva situación.

Los factores socio-económicos son tenidos en cuenta en el 19,1% de los estudios. Se ha de destacar la importancia de incluir estos factores en los estudios relacionados con la salud, ya que son determinantes sociales que influyen en los estados de salud-enfermedad de las poblaciones. En concreto, la población inmigrante se encuentra condicionada por una serie de determinantes que no sólo dependen de su estilo de vida sino de otros derivados de las condiciones externas que soportan por su condición de migrantes, y de inmigrantes económicos, más concretamente. Así es como, en estudios realizados sobre procesos de salud-enfermedad de la población inmigrante^{22,23}, se describen la existencia de factores que influyen en los mismos. Se suelen clasificar en biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales.

Las diferencias culturales son utilizadas para explicar las desigualdades en salud en el 30,1% de los artículos. Esto significa que prácticamente un tercio de los estudios explicaría dichas desigualdades en base a las diferencias culturales. Se ha de tener en cuenta que cada cultura define un concepto de salud y enfermedad, unas determinadas representaciones sobre lo que significa estar enfermo, un determinado significado para algunas enfermedades como pueda ser el SIDA, un determinado valor a la salud en la vida de la persona, un contexto terapéutico que establece cuales son las prácticas y/o hábitos de cuidados y curación más adecuados y la organización de las mismas en un sistema de salud y una determinada forma de relación cuidador/a-enfermo/a o sanitario/a-usuario/a. Esto ha sido llamado cultura sanitaria, siendo un asunto muy influyente, complejo y difícil de abordar. Las representaciones sobre la salud y la enfermedad, los cuidados y la búsqueda de remedios tienen una génesis social que responde al contexto de la migración y que es necesario explicar para ver cómo influye en la persona inmigrada cuando se enfrenta a otro contexto que no es el originario. Pero al mismo tiempo que se tiene en consideración la llamada cultura sanitaria, no podemos obviar que existen determinantes sociales de la salud que están influyendo en mayor o menor grado en la situación de salud-enfermedad de la población inmigrante, y que las desigualdades que puedan darse en salud, no se han de achacar exclusivamente a la diferencia cultural.

Conclusiones.

Los artículos científicos que han sido analizados responden principalmente a problemas de salud que tienen un potencial efecto en la salud pública.

Hay una gran ausencia de investigaciones relativas a la salud de los niños/as inmigrantes o hijos de población inmigrante (población inmigrante de segunda generación). La perspectiva de género ha de ser incluida en los estudios para tener más información sobre cómo puede

afectar el género en la salud de las mujeres y de los hombres, al mismo tiempo que ha de incorporarse a los estudios científicos biomédicos con el fin de hacer visible las desigualdades en salud generadas por la discriminación de género.

Sobre las representaciones sociales de la salud de las mujeres inmigrantes que aparecen en los artículos, hemos de tener en cuenta que comprender la influencia y la naturaleza específica de las diferencias de género, de la forma como se construye la sexualidad, y cómo interactúan el género y la sexualidad con la pobreza en una comunidad, es esencial para diseñar cualquier estrategia de intervención y garantizar la mayor probabilidad de eficacia²⁴. La perspectiva de género ha de ser incluida también en los artículos periodísticos para mejorar la información en general de la salud de las mujeres, en este caso inmigrantes, y evitar la estereotipación y la estigmatización, que pueden fundamentar las inequidades en salud debidas a la discriminación de género. Las enfermedades infecciosas como el SIDA y la tuberculosis son enfermedades con un estigma social asociado. La población inmigrante puede sufrir una doble estigmatización y una doble discriminación debido a la rápida asociación que se establece en el discurso científico biomédico entre población inmigrante y enfermedades infecciosas.

Los factores socio-económicos relacionados con la salud de la población inmigrante deben de ser analizados debido a que están relacionados con la salud.

Las diferencias culturales no han de ser utilizadas como el único factor que explica las desigualdades en salud entre la población inmigrante y la población autóctona. Se han de considerar como estrategia principal, para conocer los porqués de estas desigualdades los llamados determinantes sociales que afectan a la salud.

¹ González, H. Los retos epistemológicos de las migraciones transnacionales. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 2, (1).143-145. 2007. Disponible en <http://www.aibr.org/antropologia/02v01/cronicas/020101.php>. Accedido el 9 de Marzo de 2007.

² Checa, F. Las migraciones a debate. De las teorías a las prácticas sociales. Icaria. Institut Català d'Antropologia. Barcelona. 2002

³ Giménez, C. ¿Qué es la inmigración? Editorial Integral. Barcelona. 2003

⁴ Giménez, C). Inmigrantes extranjeros en Madrid. Imprenta de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2003

⁵ Martínez-Veiga, U. El Ejido. Discriminación, exclusión social y racismo. Los libros de la Catarata. Madrid. 2001

⁶ Colectivo IOE. Inmigración y trabajo en España. Trabajadores inmigrantes en el sector de la hostelería. Observatorio Permanente de la Inmigración. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.1999

⁷ Meñaca, A. Los inmigrantes frente al proceso de medicalización. En *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Mari Luz Esteban y Pallerès Joan (Coordinadores). X Congreso de Antropología. Sevilla.2005

⁸ Van Dijk, Teun A. Racismo y análisis crítico de los medios. Editorial Paidós. 1997

⁹ Wodak, R. & Meyer, M. Métodos de análisis crítico del discurso. Editorial Gedisa.

Barcelona.2003

¹⁰ Martín Rojo Martín Rojo, L . El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Iñiguez, Lupicinio. Editorial UOC (Universidad Oberta Catalunya). Barcelona.2005

¹¹ Iñiguez, L. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Editorial UOC (Universitat Oberta Catalunya). Barcelona.2003

¹² Martín Rojo, L . El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Iñiguez, Lupicinio. Editorial UOC (Universidad Oberta Catalunya). Barcelona.2005

¹³ Blazquez, M. Otero, L, Sanz B y Blasco, T. Inmigración y Salud Pública. A tu Salud. 59-60, 2007:10-15

¹⁴ Nash, M. Inmigrantes en nuestro espejo. Editorial Icaria. Barcelona.2005

¹⁵ Nash, M. Inmigrantes en nuestro espejo. Editorial Icaria. Barcelona.2005

¹⁶ Farmer, Paul & Castro Arachu (2004). Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba. Unhealthy Health Policy. Castro Arachu & Singer Merrill. Altamira Press.

¹⁷ Farmer, Paul. (1996) Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases Journal*. Vol. 2, nº 4. CDC. 1996. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm>. Accedido el 08 de octubre de 2006.

¹⁸ Farmer, Paul. (1996) Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases Journal*. Vol. 2, nº 4. CDC. 1996. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm>. Accedido el 08 de octubre de 2006

¹⁹ Otero, L. Blasco, T y Sanz, B. Inmigración y discurso científico en los artículos de investigación sobre enfermedades infecciosas. *Enfermedades Emergentes*. Nº 8 (2) Actas de comunicaciones. V Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional.2006

²⁰ Pereira, J. La salud de la población inmigrante. En *Salud pública y enfermería comunitaria*. Mazarrasa, Lucía et al. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.2003

²¹ Baer, HA, Singer, M. & Susser, I. *Medical Anthropology and the World System*. Praeger Editorial. Westport-London. 2003:332

²² López-Vélez, R.(Coord.) La salud de la población inmigrante, con especial referencia a la población pediátrica. Edita GSK. 2006

²³ Sanz, Belén. Et al.(2003). La salud de la población inmigrante. En *Salud pública y enfermería comunitaria*. Editorial McGraw-Hill-Interamericana. Madrid.

²⁴ Farmer, Paul. (2005) *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press. Oxford.