



Accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz de las trabajadoras del sexo nigerianas en el Poniente almeriense. Notas etnográficas

Accessibility to the Andalusian Sanitary Public System for the nigerian sex workers in Poniente Almeriense. Ethnographic notes.

Estefanía Acién González

Investigadora, Centro de Estudio de las Migraciones y las Relaciones Interculturales. Universidad de Almería (España)
eacien@ual.es

INMIGRACIÓN. NUEVOS RETOS EN EL SIGLO XXI

MONOGRÁFICO COORDINADO POR TERESA BELMONTE Y MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ. CEMyRI y Laboratorio de Antropología Social y Cultural, Universidad de Almería (España).

RESUMEN

Este artículo es un fragmento de un trabajo etnográfico más amplio sobre los proyectos migratorios de mujeres nigerianas que ejercen la prostitución en el Poniente almeriense (Andalucía, España). En esta ocasión, nos centramos en la relación que establecen estas mujeres con el Sistema Sanitario Público andaluz en cuanto a accesibilidad y actitudes del personal sanitario. Los propios discursos de las mujeres apoyan resultados que muestran necesidades de adaptación del sistema sanitario a los retos que presenta la diversidad cultural en combinación con situaciones de exclusión social y estigmatización.

ABSTRACT

This paper is part of a wider ethnographic work on the migratory projects of Nigerian women who exercise prostitution in the Poniente Almeriense (Andalusia, Spain). We examine the relation between these women and the Andalusian Public Sanitary System with respect to accessibility to and attitudes of the health personnel. The testimony of the women themselves support results that show needs to adapt the health system to the challenges presented by cultural diversity in combination with social exclusion and stigmatization.

PALABRAS CLAVE

salud | gestión de la diversidad | accesibilidad | trabajo sexual

1. Introducción

En las sociedades modernas la salud es indicador de bienestar. Así, en países como España y otros del sur de Europa, considerados modernos y desarrollados en los que la inmigración es un fenómeno relativamente reciente, la gestión de la diversidad en los sistemas sanitarios es un asunto de creciente importancia. No obstante, considerar la salud un derecho social es una idea contemporánea, institucionalizada por la OMS cuando la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1). Bajo ese principio, es prioritario paliar el sufrimiento de quienes tienen menor acceso a los bienes sociales y ello tiene su expresión en políticas concretas, medidas administrativas y recursos asistenciales específicos en los sistemas públicos de salud. De esta manera, encontramos que la gestión de la diversidad y la atención a situaciones de desigualdad están presentes en planificaciones sanitarias, que diseñan estrategias para armonizar la relación, por ejemplo, entre las personas inmigradas y el sistema sanitario.

En este trabajo, nos centramos en la relación entre el Sistema Sanitario español (en concreto el andaluz y en la provincia de Almería) y un colectivo de personas inmigradas que presentan características comunes muy específicas, entre las que se encuentran: su lugar de residencia actual (el Poniente almeriense), su origen nacional nigeriano, la actividad que desempeñan para subsistir (el trabajo sexual) y, en la mayoría de los casos, una situación administrativa irregular (carencia de permiso de residencia).

2. Una incursión en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

En los países de nuestro entorno, el sistema sanitario se construye desde los criterios de equidad y eficiencia que se encuentran también en la base de las políticas de salud, entendidas como “un conjunto coherente de decisiones gubernamentales, junto con los recursos e instrumentos para ponerlas en práctica, cuya finalidad consiste en contribuir a lograr objetivos estratégicos para la salud” (Alonso y Lizana 2009: 6).

En España, el artículo 43 de la Constitución establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria y la Ley General de Sanidad 14/1986 concreta su financiación pública, universalidad y gratuidad, a la vez que define derechos y deberes de los ciudadanos, establece el criterio de descentralización que

otorga competencias a las comunidades autónomas y subraya la necesidad de la atención integral de la salud.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, según la Ley 2/1998, la Atención Primaria es el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público y “comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora así como la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente” (2). La Atención Primaria está organizada geográficamente en distritos que gestionan administrativamente los centros de las diferentes zonas básicas de salud y el Distrito Sanitario Poniente (Almería) es la estructura sanitaria en la que hemos desarrollado nuestro trabajo de campo. En concreto, en los centros de salud de Roquetas de Mar (Roquetas Norte, Roquetas Sur, El Parador y Aguadulce Sur), Cortijos de Marín, La Mojonera y Vícar.

En cuanto al ámbito de la Atención Hospitalaria (que se encarga del ofrecimiento de medios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que no pueden resolverse en el nivel de Atención Primaria) (3) este estudio ha tenido especialmente en cuenta la relación de las mujeres nigerianas que ejercen el trabajo sexual y el Hospital de Poniente (sobre todo la Unidad de Medicina Tropical, consultas de especialistas, servicios de diagnóstico, urgencias y plantas de internamiento).

3. La respuesta sanitaria ante las migraciones

Las migraciones humanas, y su contribución a la conformación de sociedades más diversas, genera constantes retos a los estados modernos. En el caso de la salud, esto implica adaptar los diseños estratégicos de los servicios sanitarios a realidades cada vez más complejas. En nuestro tiempo, las políticas sanitarias son herederas de principios liberales y democráticos (López del Paso 2011) derivados del cambio de paradigma que acompañó a la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948 y la posterior Conferencia de Alma-Ata (1978). De todo ello, se deduce la importancia de considerar la Atención Primaria como estrategia para garantizar el acceso universal al derecho a la salud a toda la población (independientemente de sexo, raza, procedencia nacional, condición socioeconómica, etc.), lo que convierte a los sistemas sanitarios en aparatos fundamentales en el combate contra la exclusión social (Franco 2003: 161).

No obstante, es frecuente que el empeño por diseñar sistemas sanitarios que cumplan tal función no tenga las consecuencias esperadas y se encuentren fallas estructurales que acaben restringiendo el acceso a algunos grupos especialmente excluidos o estigmatizados. La desigualdad económica se traduce también

en inequidad a la hora de hacer efectivo el derecho a la salud y esto afecta a la realidad específica de algunos migrantes: “En cualquier país encontramos diferencias legales para ciudadanos de diferentes categorías y como consecuencia de esto, existen ciudadanos con más o menos derechos (...). Es fácil pensar en el caso de los inmigrantes legales o ilegales en países desarrollados y su acceso a los servicios sanitarios” (Brundtland y otros 2002: 27).

Si el objetivo es evitar esto, es importante que se trabaje en un modelo sostenible que tenga en cuenta que la existencia de condiciones de vida precarias para una parte de la población es incompatible con aquella meta. Así, “las condiciones materiales precarias y su impacto vital en la salud refuerzan la necesidad de políticas multidimensionales que profundicen en las problemáticas de vivienda, de ingresos básicos, de formación y de inserción sociolaboral, para ofrecer posibilidades efectivas de romper el círculo cerrado” (De Andrés y otros 2002: 120).

En España el sistema de salud trata de adaptarse a estos requerimientos aunque arrastra una configuración institucional homogeneizadora y de carácter asimilacionista. Desde la perspectiva antropológica, se han desarrollado críticas relacionadas con el modelo imperante en los sistemas de atención sanitaria que tienen que ver con la realidad migratoria y los retos que incorpora (véase Martínez 1992, Amezcua 2000, Comelles 2000, y Fernández-Rufete 2000 y 2004). Algunas de las más importantes hacen referencia, en primer lugar, a los procesos de estigmatización que genera la experiencia humana de enfermar (Martínez 1992), lo que puede conllevar el aislamiento del individuo, máxime si no se tienen en cuenta los significados culturales de determinadas enfermedades en otros contextos culturales. En segundo lugar, se ha alertado sobre el excesivo celo por la atención a aspectos biológicos, obviando los socioculturales (Amezcua 2000). Y, por último, hay quien ha resaltado en la atención de la diferencia cultural cuando se la ha considerado un problema y no un reto social al que hay que hacer frente (Allué 2004), generando barreras de comunicación que inciden negativamente en los individuos y en el funcionamiento del propio sistema.

Para Ndiaye (2009: 10) existen cinco elementos que dificultan la relación entre los migrantes y los servicios sanitarios en destino cuando la situación es precaria social y económicamente: la escasez económica, la situación de carecer de permiso de residencia y sus condiciones derivadas (precariedades laborales, de vivienda, etc.), la priorización de la supervivencia sobre la salud y las particularidades culturales. Todo ello incrementa la posibilidad de que los inmigrantes acudan con más frecuencia a los servicios de urgencias y solo cuando su estado de salud es perceptiblemente grave o a estrategias de autoconsulta y automedicación.

Una buena manera de superar las barreras que todo ello plantea es a través del acercamiento a la realidad vivencial de los migrantes, teniendo en cuenta la etapa de su proyecto migratorio en la que se encuentra. Es

obvio que su relación con los servicios sanitarios no es la misma si se encuentran recién llegado, en pleno proceso de integración o definitivamente asentados. Para Jansá y García (2004) es necesario tener en cuenta tres grandes etapas del proceso migratorio a la hora de reflexionar sobre cómo mejorar la atención hacia las personas inmigradas. En una primera fase, en la que las personas están recién llegadas, debe atenderse a las particularidades sanitarias y culturales de la zona de origen, las desigualdades económicas entre su país y el de acogida y los trastornos derivados del proceso migratorio; tanto en lo que se refiere a condiciones físicas y mentales, como a cuestiones objetivas: condiciones de vivienda, trabajo, recursos económicos, etc. (Jansá y Borrel 2002, De Balanzó 1991, Vall, García y Puig 2001, Achotegi 2002). En una segunda etapa de adaptación, cobra importancia el factor socioeconómico para detectar la proliferación de problemas físicos latentes, trastornos psicoafectivos o incluso el desarrollo de hábitos de autocuidado no compatibles con nuestra forma de entender la prevención y la salud (como pueden ser el no seguimiento en los tratamientos farmacológicos, el escaso control de embarazo, etc.) Por último, en la etapa de asentamiento, la reflexión debe centrarse en el uso de los recursos sanitarios, situación comparativa con respecto a la población autóctona, si presentan los inmigrados patrones de salud diferentes o no y el desarrollo de actividades preventivas.

4. Las mujeres inmigradas subsaharianas y nuestro sistema sanitario

Para las mujeres inmigradas en particular, y muy especialmente las subsaharianas, “llegar aquí supone enfrentarse no sólo con una población que habla en una lengua distinta, sino que concibe universos simbólicos que hacen referencia a las cosas importantes de la vida de las mujeres (matrimonio, maternidad, percepción de su estado de salud, de su identidad étnica y de género), de una forma muy diferente y muchas veces estigmatizada” (Kaplan 2006: 110).

Así, la comunicación con los profesionales sanitarios no solo es compleja a causa de las diferencias idiomáticas, sino también por el encuentro entre concepciones diferentes sobre salud/enfermedad y realidades sanitarias diferentes.

La realidad sanitaria de África subsahariana ha sido descrita por Ndiaye (2009), quien resalta la existencia paralela de la medicina moderna y la tradicional como clave para entender los diferentes modelos de gestión. La medicina moderna se encuentra marcada por el intervencionismo del estado y las herencias de los sistemas coloniales, de manera que es frecuente que sus usuarios muestren reticencias y desconfianzas, residuos del rechazo a las imposiciones de las potencias colonizadoras. Por otra parte, en la mayoría de los países del África subsahariana no existen mecanismos de seguridad social y los que existen

suelen ser lentos y no dar prioridad a la prevención. Además, gran parte de la población de origen subsahariano no está acostumbrada a acudir a los hospitales, ya que en sus países son lugares caros y de difícil acceso. Lo usual es acudir a servicios privados, muy caros y solo en casos de urgencia. Los centros sanitarios confesionales o laicos de origen solidario completan el mapa sanitario y los médicos se concentran en las grandes ciudades (Ndiaye 2009: 7). En cuanto a los medicamentos, el acceso a los mismo es caro y limitado lo que obliga a grandes inversiones estatales y sobreesfuerzos para la mayoría de la población. Por ello, es habitual que surjan mercados informales.

En este estado de cosas se sitúa el sistema sanitario nigeriano, dividido en tres niveles de intervención: uno de atención primaria, dependiente de los gobiernos locales y patrocinado por los ministerios estatales (4) de la salud y las políticas nacionales; un nivel de atención secundaria, distribuido en servicios especializados ambulatorios y hospitales a los que son derivados los pacientes desde la primaria (tanto para medicina general, cirugía, pediatría, laboratorio, pruebas de diagnóstico, rehabilitación y fisioterapia); y un último nivel de atención terciaria, que incluye servicios muy especializados (Ndiaye 2009: 7-8).

En este punto es imprescindible atender al peso de la medicina tradicional, que la OMS entiende como “el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales” (5). Ndiaye, a su vez, la define como “un conjunto de percepciones materiales o morales, racionales e irracionales, empíricas y místicas que se han desarrollado desde los primeros tiempos de la historia, como una defensa para asegurar la seguridad del grupo” (Ndiaye 2009: 8). Y que es de uso cotidiano por parte del 80% de la población subsahariana en origen. Muy al contrario de lo que resultaría lógico desde una perspectiva desarrollista, la medicina tradicional tiende a expandirse en lugar de desaparecer. A causa de factores demográficos de crecimiento de la población y una mayor demanda, las funciones de los *traditerapeutas* están experimentando una especialización a lo que los estados responden buscando su integración en sus sistemas sanitarios modernos y oficiales.

Ante este panorama, podemos imaginar que la interacción de las mujeres nigerianas con nuestro sistema sanitario presenta especificidades dignas de estudio y atención. Nuestra población procede del sur de Nigeria, un entono geográfico fuertemente marcado por la historia religiosa *vudú*, extraordinariamente rica en medicina tradicional y un sistema sanitario que no consigue llegar a toda su población. El trabajo de campo realizado muestra el encuentro entre las personas procedentes de este contexto y nuestro sistema, con sus virtudes y problemas, aportando datos para la reflexión acerca de nuestra capacidad de reacción como sociedad.

5. Prostitución y salud

Nielsen (1999) señala que los enfoques técnicos de gestión de la salud pública y comunitaria han participado tradicionalmente de un enfoque centrado en la capacidad de transmisión de infecciones de transmisión sexual por parte de las personas trabajadoras del sexo. Hoy, aunque sigue existiendo cierta tendencia a considerar que quienes ejercen la prostitución son vectores de transmisión de enfermedades, especialistas, intelectuales, activistas y políticos han logrado introducir la idea del cuidado de la salud sexual como algo que incumbe a toda la sociedad y no sólo a ciertos colectivos. La idea de que no existen grupos de riesgo sino prácticas (Campero 2006) responsabiliza a toda la sociedad de la salud sexual común, alentando campañas de autocuidado para jóvenes y adultos de cualquier condición social, orientación sexual y género. Sin embargo, como veremos, esta idea no llega a todos los sectores ni ha logrado desterrar del todo la estigmatización hacia ciertos grupos como las prostitutas, que siguen siendo blanco de programas específicos y algunos esfuerzos control.

Varias investigaciones ya han demostrado que no hay diferencias significativas entre los problemas de salud que presentan los inmigrantes en general y las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en particular (véase, por ejemplo, Sanz y otros 1998, Madueño y otros 2003). No obstante, aunque esta idea es ya compartida por un amplio sector de profesionales, “solía obligarse a las trabajadoras de sexo comercial a inscribirse en un registro de modo que fuera posible monitorear su condición de enfermedad regularmente, y las clínicas otorgaban certificados para establecer que las mujeres estaban *limpias*” (Nielsen 1999: 1). En esta línea, las administraciones sanitarias están desarrollando estrategias para garantizar el cuidado de la salud de quienes se dedican a la prostitución dejando un lugar secundario al control y priorizando alternativas eficaces que respondan a necesidades más amplias.

Otra de las ideas que se emiten desde la investigación sociosanitaria sobre la salud de las personas que ejercen la prostitución es que son especialmente propensas a tener problemas de salud mental (6). Así, sobre todo para investigadores que manifiestan tendencias ideológicas hacia el abolicionismo, el objetivo es demostrar que la prostitución provoca estrés y sufrimiento para casi todas las mujeres que se dedican a la prostitución: “la prostitución debe ser entendida como la violencia sexual contra las mujeres (...). Debemos centrar nuestra atención en el cambio de un sistema social que hace que la prostitución sea posible” (Farley y Barkan 1998: 14) (7).

Ambas ideas, considerar a las trabajadoras del sexo como transmisoras de enfermedades o víctimas de una sociedad que las enajena, son expresiones del fuerte estigma que les afecta.

Desde hace casi una década, en Almería, el Distrito Sanitario Poniente viene trabajando en la puesta en marcha de estrategias de sensibilización en prevención dirigidas al colectivo de trabajadoras del sexo y adaptación parcial de los servicios sanitarios a sus necesidades, ofreciendo un contexto idóneo para el fomento de la salud sexual y reproductiva entre este colectivo. Uno de los elementos clave para el desarrollo de estas iniciativas es la inclusión de mediadores interculturales en el ámbito sociosanitario que ejercen de puente entre la administración sanitaria, sus profesionales (tanto administrativos como sanitarios) y las trabajadoras del sexo.

6. Objetivos y metodología

Los resultados que aquí se muestran forman parte de un trabajo etnográfico más amplio que pretende describir la experiencia migratoria del colectivo de mujeres nigerianas que ejercen la prostitución en el Poniente almeriense. La interacción de estas mujeres con el Sistema Sanitario Público andaluz y su situación sociosanitaria son temáticas parciales, aunque ha sido precisamente nuestra incorporación como mediadores en un programa de intervención social en contextos de prostitución el medio que ha facilitado la recogida de los datos.

Esta investigación comenzó en febrero de 2003 y los datos que aquí se presentan se recopilaron hasta noviembre de 2011, entre estas fechas, la investigadora trabajó como mediadora en el *Programa de atención y mediación social y sanitaria para mujeres en contextos de prostitución* de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). Las descripciones y testimonios que se aportan en este artículo fueron recopiladas durante estas experiencias de mediación y recogidas en diario de campo a través de las técnicas de la observación participante (Checa 1995: 252) y la conversación informal (Hamersley y Atkinson 2004: 141).

Durante los años 2011, 2012 y 2013 se trabajó en la sistematización de la información, acompañando el proceso de la optimización de los datos mediante su actualización constante en el terreno.

En cuanto a la localización geográfica, se ha investigado en los municipios de Roquetas de Mar, La Mojonera y Vícar, sitios en la comarca del Poniente en la provincia de Almería.

La recogida de datos se ha desarrollado en los lugares de trabajo de las trabajadoras del sexo nigerianas, situados en su mayoría en áreas diseminadas, fuera de los cascos urbanos de los núcleos principales y en los locales existentes en el núcleo urbano de Roquetas de Mar, más específicamente en el barrio de las

Doscientas Viviendas y calles cercanas (véase Arjona y otros 2005). Pero también se ha realizado trabajo de campo en los centros de salud de Roquetas de Mar (Roquetas Norte, Roquetas Sur, El Parador y Aguadulce Sur), Cortijos de Marín, La Mojonera y Vícar, en las viviendas privadas de algunas mujeres, familiares y conocidos (tanto en diseminados como en el caso urbano de Roquetas de Mar) y, por último, en la vía pública y alrededores de los lugares señalados.

La población participante coincide con el volumen de mujeres que atiende la APDHA y que oscila entre las 460 y las 510. Estas personas ofrecen servicios sexuales, básicamente, a la población inmigrada africana residente en esta área geográfica. En este informe se presentan testimonios relativos al contacto directo con 62 mujeres de nacionalidad nigeriana. De ellas, un 80% son procedentes de la misma zona de Nigeria - Edo State- e integrantes del grupo étnico Edo (85%) y tienen edades comprendidas entre los 20 y 39 años.

7. Exposición de resultados

7.1. Sobre la accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz

En Andalucía no es indispensable ni siquiera el empadronamiento para acceder a una tarjeta sanitaria si se está en situación irregular, pues existe la posibilidad de acogerse a la categoría de desplazado para tramitar una tarjeta sanitaria temporal y renovable, siempre y cuando exista mediación de una entidad que sirva de contacto entre el beneficiario de la tarjeta y el SAS (8). La APDHA funciona como mediadora para garantizar el acceso a la tarjeta sanitaria a mujeres que ejercen la prostitución, independientemente de su situación administrativa.

Aunque algunas investigaciones han constatado que el 82% de los inmigrados tiene acceso a la información sanitaria (Fundación Encuentro 2003) lo cierto es que una de la primeras conclusiones que arrojó nuestro trabajo fue que las mujeres nigerianas no reconocían el servicio sanitario público como un recurso cercano. Muchas de ellas no habían acudido de forma regular o autónoma a un centro de salud de Atención Primaria por diferentes motivos:

“I. (9) ¿Y cuando estás enferma qué haces?

S. No sé...

I. ¿No vas al hospital?

S. No, no tengo dinero para el taxi (risa).

I. ¿Pero nunca has ido por eso?

S. No.

I. ¿Y qué haces? ¿No vas a la farmacia? ¿No tomas nada?

S. No entiendo español, si me encuentro enferma, espero...

I. ¿Nunca has ido a urgencias?

S. ¡Sí! Al hospital a El Ejido, mi novio fue conmigo y pagó el taxi, todo mi cuerpo me dolía (10), me dieron algunas pastillas” (lugar de trabajo, noviembre 2001) (11).

“Antes de conoceros yo no iba al médico nunca. Ahora sí voy, pero solo con vosotras. Fui una vez, y no entendía al doctor, hablaba y hablaba, él hablaba yo hablaba, ¡pero no comprendía, no comprendía! Me mandó un análisis de sangre, fui, pero no vi nunca los resultados” (vivienda, julio 2003).

Ante la necesidad de trabajar en el fomento de la accesibilidad de estas mujeres al SAS, la APDHA se coordinó con el Distrito Sanitario Poniente y su incipiente programa de Infecciones de Transmisión Sexual. Así, el papel de las mediadoras era facilitar la comunicación, fomentar la cohesión social a través de la promoción de la autonomía e inserción social de estas mujeres en el sistema sanitario, mientras que desde el Distrito Sanitario Poniente se pretendía normalizar el acceso a este servicio público, evitando crear una estructura separada y estigmatizadora para inmigrantes o personas que ejercieran la prostitución. De esta manera, las mujeres podrían acceder a las consultas de Atención Primaria, entrar en el sistema y acceder a un protocolo que les permitiría hacerse cargo de su salud sexual y reproductiva. A raíz de nuestra participación en ese programa hemos ido descubriendo múltiples causas que explican las dificultades. La primera de ellas es el desconocimiento del funcionamiento burocrático del sistema, agravado por las diferencias socioculturales (Jansá y García 2004). Por ejemplo, la mayoría de las mujeres desconocen los trámites para poseer una tarjeta sanitaria o ni siquiera saben que la necesitan para acudir a los servicios a los que tienen derecho de forma gratuita:

“I. ¿Tienes tarjeta sanitaria?

S. ¿Qué?

I. Una tarjeta con tu nombre y un número para que te puedan dar una cita y ver a tu médico.

S. No.

I. Nosotros podemos hacértela y con ella puedes ir al médico siempre que quieras.

S. No lo sabía. Cuando crucé el mar, en la Cruz Roja me hicieron un análisis pero desde entonces no he visto a ningún doctor” (lugar de trabajo, agosto 2004).

Las mujeres expresaban dificultad para realizar los trámites de la tarjeta sanitaria de forma autónoma por dos motivos básicos: la distancia entre sus lugares de residencia y la oficina a la que han de acudir y la carencia de pasaporte (lo que exigía la mediación de una entidad que diera fe de la identidad de la nueva usuaria). Este hecho supone un reto para la coordinación entre los servicios administrativos del Sistema Andaluz de Salud, generándose problemas de duplicidad de tarjetas sanitarias, o personas que tienen las dos modalidades diferentes del documento que da acceso al derecho a la salud -la tarjeta por desplazamiento (que es a la que acceden las personas en situación documental irregular) y la que proporciona la Tesorería General de la Seguridad Social (por haber solicitado acceso al sistema en dos provincias diferentes).

Así, pues, en muchos casos estas mujeres acceden al sistema gracias a la intervención de mediadores, quienes les acompañan a trámites administrativos y concertación de citas, les explican la distribución física de los servicios en el centro de salud, les traducen y resuelven desencuentros de diverso tipo con los profesionales administrativos o sanitarios. En ocasiones, el sistema llega a depender tanto de la mediación de entidades que, cuando las mujeres intentaban formalizar el procedimiento sin acompañamiento, el trámite se veía frustrado, generando incomodidad en las peticionarias, sensación de exclusión y dinámicas de dependencia hacia las personas mediadoras. Este último problema resulta muy difícil de revertir, lo habitual es que las mujeres se resistan a acudir al médico sin ayuda:

“¡Pero yo no conozco el camino! ¡Oh! Tú sabes que yo no entiendo español, por favor, te lo ruego, por favor, ayúdame. Dios te bendiga, te lo ruego, urgencias está muy lejos y todo mi cuerpo me duele. Si no vienes conmigo yo voy a morir (risas) y va a ser culpa tuya (risas)” (lugar de trabajo, octubre 2005).

Otras veces, es necesario prolongar la instrucción y el acompañamiento cuando los problemas de accesibilidad son agudos. En el acceso regular para el seguimiento del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual o las consultas de Atención Primaria resulta necesario repetir el proceso tres o cuatro veces para lograr la plena autonomía, pero es común que las mujeres sigan demandando ayuda para el desplazamiento cuando su lugar de residencia se encuentra a gran distancia del servicio sanitario que se necesita. Además, el desconocimiento del idioma hace muy complicada la autonomía, lo que se agrava cuando se encuentran diferencias culturales concretas o malas prácticas residuales en el propio sistema.

“¿Pero por qué en España los médicos no saben inglés? Deberían saber inglés ¿no? ¡En España nadie sabe inglés!” (lugar de trabajo, agosto 2004).

“Si tú no vienes conmigo no me escuchan, son racistas. ¿Entiendes? Son racistas. Me dicen que no hay cita que no hay médico, nada, nada, no hay nada. Cuando estoy contigo todo es diferente, ¡todo es diferente! Si voy contigo no hay problema, ¡ninguno! Tienes que venir conmigo” (coche [12](#)), junio 2006).

Hay quienes deciden tratar de sortear, readaptar o simplificar los trámites burocráticos cuando los consideran tediosos o absurdos, lo que genera dificultades para las propias mujeres (en cuanto que no llegan a asumir el funcionamiento del sistema y reproducen procedimientos erróneos que acaban causándoles problemas de pérdidas de citas, amonestaciones constantes por parte de los profesionales de la salud, etc.). Ejemplos de ello son, entre otros, el uso de tarjetas sanitarias de otras personas -cuando se ha extraviado la propia o se trata de una urgencia-, tenencia de dos tarjetas sanitarias por parte de la misma persona con dos nombres diferentes (el que se ha usado para entrar en España y eludir la presión policial y el que figura en el pasaporte, o nombre *real*), duplicar la petición de ayuda para visitar al médico a más de una mediadora, presiones para ser atendidas fuera del sistema de citas en los centros de salud o para que los mediadores usen su supuesta influencia con los profesionales sanitarios y eludir esperas, etc.

“S. Los médicos no saben la cara de las negras y me dolía mucho ¡no tenía tiempo de ir a por la tarjeta!

I. Pero ¿sabes que el médico registra en el ordenador todo lo que te pasa y ahora es Susana quien tiene en su historia una operación en el ojo? Cuando vayas de nuevo al médico, no sabrá que tú has tenido ese problema y no lo tendrá en cuenta si tienes problemas en el ojo después. ¡Y creerán que Susana está operada!

S. ¡Ah! Cuando vayamos al médico otra vez, me ayudas a explicarlo. ¿Vale?” (coche, junio 2006).

Transmitir la importancia de que no es aconsejable extraviar los documentos para acceder al derecho a la salud y por su carácter oficial beneficiosos para probar la estancia en España no es sencillo. Estos son algunos ejemplos de cuestiones que dificultan la accesibilidad a la Atención Primaria y que hay que sortear cuando las mujeres están en proceso de aprendizaje sobre el uso del sistema público de salud. Se requiere un esfuerzo que va desde explicaciones previas sobre los protocolos que hay que seguir desde el punto de vista burocrático, hasta la ilustración de las consecuencias prácticas e incluso legales que pueden tener ciertos comportamientos considerados fraudulentos por la administración.

En el caso de la atención de urgencia o extraordinaria (pruebas específicas, especialistas, ingresos hospitalarios, etc.), se le suma una mayor complejidad a los problemas ya expuestos. Pequeños detalles, como localizar la consulta de un dermatólogo, la sala de Diagnóstico por la Imagen, no entender las instrucciones para una espirometría o no saber que se ha de entregar el documento de derivación al personal de enfermería y esperar que se ordenen los turnos, pueden convertirse en obstáculos insalvables que hagan fracasar una visita.

“Entramos en la sala para la espirometría y Kate se sienta a esperar, directamente, que yo le explique lo que tiene que hacer. La enfermera le explica que tiene que respirar hondo y soltar el aire de golpe, escenifica todo frente a ella, muy claramente. Ella me mira, cuando acaba la explicación, y espera que yo le traduzca. Hay que repetir la prueba cuatro veces.

S. Si vengo sola no puedo hacerlo, seguro, ¿eh? Seguro.

I. Pero la enfermera lo ha hecho delante de ti (risas).

S. (risas) Sí, pero explica en español.

I. Pues tendrás que venir más veces tú sola.

S. Bueno, ahora lo entiendo. Pero yo sola no puedo, seguro, ¿eh? (risas)” (hospital, mayo 2009).

El acceso directo a los servicios de urgencias, en principio, sólo presenta trabas relacionadas con la lejanía geográfica y el medio de transporte o las barreras de comunicación paciente-profesional. Urgencias es una vía de acceso al sistema sanitario muy utilizada por las personas inmigradas sobre todo en los primeros momentos de asentamiento (Cots y otros 2002). Sin embargo, en ocasiones excepcionales, cuando el caso está relacionado con sucesos violentos o comportamientos que pueden ser considerados fraudulentos, ilícitos o ilegales, el profesional se ve obligado a informar a las autoridades y la mujer percibe la presión. Si la llegada a urgencias se debe a una agresión o se ha cometido un delito (como tratar de interrumpir el embarazo) ilegalidad, la yuxtaposición de dudas y malos entendidos puede incluso tener como consecuencia la huida. El temor a las autoridades no sólo se manifiesta en las ocasiones excepcionales, sino que acompaña a todo contacto que se mantenga con lo público y tiene que ver fundamentalmente con el miedo a la expulsión, por carecer de permiso de residencia o a que se conozca el trabajo que se realiza.

“S. Vámonos.

I. ¿Por qué?

S. Porque la doctora quiere llamar a la policía.

I. Si te han pegado, ella tiene que informar al juzgado...

S. Vámonos. Me voy” (hospital, julio 2005).

“Hemos estado viendo a esta chica, amiga de Carolina, que ha tenido un problema con el Cytotec [\(13\)](#), lo tomó para interrumpir su embarazo y tuvo unas importantes hemorragias. Por eso su amiga la llevó al Hospital de Poniente, donde, al parecer, después de esperar cuatro horas la subieron a ver a la

ginecóloga y ésta le gritó y le dijo que iba a llamar a la policía, que dónde estaba su marido y porqué lo había hecho. Ella se fue muy asustada y fue cuando Carolina me llamó. Yo la convencí para que viniera conmigo otra vez al hospital para que pudiera curarse y que yo hablaría con la ginecóloga. Pero una vez allí, tras esperar otras cuatro horas la ginecóloga me dijo que ya había cursado la denuncia y que los médicos están obligados a denunciar este tipo de cosas. La chica tenía miedo de quedarse allí a dormir (había de hacerlo ya que estaba muy mal). La convencimos” (anotaciones en el diario de campo, noviembre 2003).

Además, hay otro tipo de trabas que tienen relación con decisiones técnicas, a menudo a nivel local, para tratar de verificar la capacidad de control sobre las entidades sanitarias sobre la identidad de los pacientes inmigrados. Un ejemplo de ello es la petición de documentación identificativa (como la tarjeta de residencia o el pasaporte) en el momento de gestionar una cita. A parte del obvio agravio comparativo que experimentan los pacientes extranjeros ante estas medidas (ya que a los pacientes autóctonos no se les exige esta documentación), estas exigencias derivan en comportamientos discriminatorios, dificultades añadidas para el fomento de la autonomía de las personas inmigradas (puesto que a veces no consiguen sus citas) y una mayor carga de trabajo extra para las entidades que se dedican a la mediación sanitaria. Por lo general, las mujeres nigerianas demandan acompañamiento tras ver frustrado su intento de gestionar una cita, puesto que muchas de ellas no disponen de su pasaporte.

Y aunque se sabe que las mujeres que ejercen la prostitución usan los servicios sanitarios haciendo una valoración positiva, “la relación se ve mediatizada por la dificultad de explicar a los profesionales sanitarios o sociales la dedicación a la prostitución, lo que también dificulta una buena relación terapéutica” (De Andrés y otros 2002: 117). Por ello, es común que piensen que el trabajo sexual es ilegal y que reconocer que se ejerce puede derivar en su detención, poner en peligro a las compañeras o al resto del contexto. Así pues, el estigma de la prostitución se manifiesta en inseguridad, ansiedad y tendencia a creer que es mejor mentir a *hablar demasiado*, aunque ello suponga un perjuicio para su salud. Esta situación es problemática cuando los profesionales ejercen presión para que la paciente comunique su profesión.

“Fui a recogerla para ir al médico, ella pensaba que iba a ir más tarde, así que tardó mucho en arreglarse. Una vez allí, la doctora le tomó los datos. Marian dijo que ella no trabajaba con más hombres, sólo lo hacía con su novio y por eso no usa condón. La doctora me preguntó si se incluía en programa ITS y dedujo que esta mujer era una jefa o algo parecido, incluso quería ponerlo en su

historial. Yo rápidamente reaccioné y le dije que esto no lo hiciera, porque no venía al caso en una historia clínica.

Entró otra doctora voluntaria del programa y observé que eran indiscretas al hablar entre ellas en presencia de las chicas. Delante de Marian empezaron a discutir si la introducían en el programa o no. Marian entendía perfectamente de qué hablaban.

M1. [\(14\)](#) Pero si no es prostituta no tenemos porqué meterla en el programa.

M2. Ya pero lo ha sido.

M1. Ahora es dueña de un bar.

I. Yo he hablado con ella, le he explicado en el programa y quiere incluirse. ¿Tiene que hablar de su trabajo para eso?” (centro de salud, octubre 2004).

Una vez desarrollada cierta experiencia de contacto con los servicios sanitarios públicos, las mujeres comienzan a expresar opiniones y percepciones sobre ellos. La población inmigrada subsahariana en general suele albergar elevadas expectativas sobre los tratamientos europeos aunque combinan esta imagen positiva con cierta desconfianza hacia las dinámicas administrativas (como el registro de expedientes e historias clínicas) y algunos procedimientos diagnósticos: “en su imaginario, son síntoma de gravedad o, simplemente, de que lo están estudiando” (Ndiaye 2009: 13). Durante nuestro trabajo de campo hemos encontrado manifestaciones de ambas cosas. Lo habitual es la satisfacción, generalizada, con la experiencia de contacto con el sistema público de salud. La primera idea que les queda clara es que pueden, por fin, saber en qué estado está su salud tras el largo periplo del viaje y no desaprovechan la oportunidad.

“S. Yo quiero chequear todo mi cuerpo, la sangre, mis partes privadas, todo.

I. Para eso tenemos que hacer una cita primero (...).

S. En todo mi viaje solo he visto a un doctor en Tánger, de *Spanish Doctor* [\(15\)](#).

I. Y ¿cómo te fue?

S. Todo estaba bien, pero desde ese día no he visto a un doctor” (lugar de trabajo, marzo 2008).

Más adelante, se comprende que es posible mantener el control sobre la propia salud y las ventajas de poder acceder a un sistema público de salud.

“Es realmente bueno. En Nigeria esto no se puede hacer, es muy caro y aquí es muy fácil. Es lo mejor de España. Seguro ¿eh? (...). Por esto yo quería venir a Europa, aquí puedes ir al médico gratis, mirar tu cuerpo (...). Si estás enferma, vas, te dicen que tomes medicinas, chequeas tu cuerpo cuando quieras” (lugar de trabajo, julio 2005).

En ocasiones, la expresión de satisfacción con el sistema va unida a la labor de mediación que desarrollan las entidades sin ánimo de lucro. No obstante, esta percepción no está exenta de problemas. A veces perciben a la persona mediadora como alguien que tiene ciertos privilegios y buena relación con los profesionales y que puede evitar trámites tediosos. Incluso no es infrecuente que confundan servicios y beneficios -a los que tienen acceso a través de acciones positivas de intervención social por su condición de mujeres, inmigradas y trabajadoras del sexo- con formas de esquivar inconvenientes burocráticos o de saltarse las reglas.

“S. Pero tú si quieres puedes ponerte la primera ¿no? (risas).

I. Pero no nos toca.

S. Por favor, tú puedes, conoces a todo el mundo, a ti te escuchan, no tenemos que esperar tanto” (centro de salud, noviembre 2005).

A veces incluso, para poder incrementar el nivel de relación con la mediadora sanitaria es posible que exageren síntomas de enfermedad.

“S. Tienes que venir ahora.

I. ¿Por qué?

S. Porque estoy muy enferma. Tienes que venir ahora.

He ido a ver a Jessica porque me ha llamado de madrugada diciendo que estaba muy enferma. Cuando he llegado, estaba bien, fregando el suelo del salón del bar. Me ha dicho que si no me dice que está muy enferma no voy tan rápidamente y que quiere ir al médico para recoger los resultados de su analítica” (teléfono, mayo 2004).

“S. Te llamé anoche y tenías el teléfono apagado (...). ¡No me coges el teléfono y sabes que te necesito!

I. Pero, ¡qué te pasa?

S. ¡Estoy embarazada!

Cuando hemos llegado Joy ha empezado a quejarse que ya no le hacemos caso. Decía que no le venía la regla desde hace mucho tiempo y que estaba embarazada, cuando hemos intentado hacer una cita, todas las chicas se han reído y han dicho que me estaba engañando y ella misma ha dicho que era una broma que sólo quiere que la citemos para una analítica” (teléfono, julio 2004).

Otro fenómeno frecuente es percibir al mediador como un profesional sanitario y pedirle consejo, confiar en su criterio.

“Me ha llamado aparte en el reparto de preservativos, para decirme que tiene una hinchazón en el labio que le preocupa mucho. Es curioso, porque ella ya ha ido al médico, pero a nosotras nos tratan como si fuéramos médicos también.

S. Escríbeme aquí qué tengo que pedir en la farmacia (me muestra un papel y me da un bolígrafo).

I. Pero ya tiene cita con el dermatólogo para que te diga lo que te pasa y la doctora te ha mandado una pomada y pastillas. ¿La has comprado?

S. ¡Sí! Pero me duele todavía, escríbeme una medicina tú.

I. Tienes que esperar unos días el efecto de la pomada y las pastillas” (lugar de trabajo, octubre 2004).

Estas actitudes de desconfianza acerca de las pruebas diagnósticas son comunes durante las serologías. El miedo a que los profesionales extraigan demasiada sangre o a que las extracciones se realicen con demasiada frecuencia e incluso a que la sangre no sea usada para analizarla, sino para otros fines -como la venta- son algunos de los temores que hemos encontrado.

“¡Pero es mucho! Sacan mucha sangre. ¡Pueden saber lo que tengo con una gota! No necesitan tanto ¿para qué sacan tanta? (...). Hay gente que compra sangre. ¡Seguro!” (centro de salud, mayo 2003).

“Mi cuerpo no puede vivir si me sacan la sangre. ¿Entiendes? No quiero que me saquen sangre. Eso no es bueno” (centro de salud, agosto 2006).

7.2. Actitudes de los profesionales sanitarios

Una de las dificultades que encuentran los profesionales de la salud en su contacto con los pacientes, independientemente de su origen nacional o cultural, es la incoherencia entre el relato del paciente y el aprendido en el ámbito académico. El diálogo es un reto y es extremadamente importante el esfuerzo para llegar a una comunicación fluida. Si además, el profesional atiende a un paciente extranjero y éste emite un relato culturalmente diferente, la cuestión se vuelve más compleja.

De acuerdo con Comelles (2009: 15), “la oleada migratoria ha supuesto para los profesionales de la salud (...) tomar alguna conciencia de que la sociedad y la cultura existen”. Por ello, los servicios sanitarios públicos, ponen en marcha programas de adecuación a la realidad culturalmente diversa como ocurre en el

Poniente almeriense, donde el Distrito Sanitario se esfuerza por adaptarse, tener en cuenta la mediación como manera de tener puentes entre inmigrados y el sistema, y la formación de sus profesionales en ese mismo sentido (Vázquez y otros 2007).

Para poner en marcha el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual, el Distrito Sanitario Poniente informó a sus médicos y les propuso adherirse voluntariamente a esta iniciativa. La implicación solidaria de estos profesionales engrasa la labor de mediación y es una garantía de facilitación de la accesibilidad.

Durante el trabajo de campo para este estudio, se han observado algunos aspectos que tienen que ver con las actitudes de los profesionales sanitarios con respecto a las mujeres nigerianas que ejercen la prostitución en el Poniente almeriense.

El personal administrativo es la primera fila de contacto, el primer filtro que han de atravesar las mujeres para llegar al médico y los servicios de enfermería. Estos profesionales están obligados a aplicar la estructura burocrática que ordena el flujo de pacientes. Por ello, su experiencia de relación con los inmigrados es más complicada y muestra algunas dificultades que son síntoma de las debilidades del sistema y de la escasa experiencia de nuestro contexto social en la gestión de la diversidad. Antes veíamos cómo el establecimiento de normas internas en los centros de salud, relativas a la petición de documentación acreditativa de la identidad a personas inmigradas, podía limitar la accesibilidad de estas mujeres a la Atención Primaria. Si a ello sumamos actitudes ocasionales de una parte del personal administrativo de primera acogida que pueden calificarse de excesivamente rígidas e incluso discriminatorias, el resultado es la obstaculización del acceso:

“A. [\(16\)](#) Si no tiene el pasaporte no podemos saber si es ella la dueña de la tarjeta.

I. Yo doy fe de que es ella, la tarjeta sanitaria se la he tramitado yo...

A. Ya pero si empezamos a dejar que vengan sin el pasaporte, se nos colarán la mayoría. Muchas usan las tarjetas de otras personas y eso es un problema” (centro de salud, enero 2004).

El uso de este tipo de expresiones, como *la mayoría* o *muchas*, no es más que la manifestación de actitudes prejuiciosas que incrementan las trabas para una parte de la población inmigrada. La acreditación

de identidad no se exige a autóctonos.

Los primeros encuentros de las mujeres con el personal administrativo suele ser conflictivos a causa, también, de los prejuicios que ellas mismas albergan. En numerosas ocasiones ven actitudes racistas donde solo hay requerimientos administrativos necesarios para acceder a determinados servicios.

Los conflictos experimentados por el personal médico y de servicios de enfermería son muy similares y pueden tener como consecuencia que no se lleve a cabo la prueba diagnóstica necesaria, que no se acceda a un servicio concreto (como el de inyectables) o, finalmente, que la paciente no comprenda el procedimiento.

“Blessing ha ido sola a ponerse la vacuna de la hepatitis. Una vez allí, la enfermera le ha dicho que tenía que comprarla y no se la ha puesto. Blessing ha vuelto furiosa a su casa y me ha llamado diciendo que cuando no voy con ella al médico son racistas con ella. Ha ocurrido que ha pensado que no querían ponérsela y la enfermera no se ha detenido con ella a explicarle donde la podía comprar, tampoco la doctora nos lo explicó en la consulta. Hay que volver a pedir la cita porque Blessing no sabía que podía comprar la vacuna en cualquier farmacia” (coche, octubre 2009).

En el caso de los médicos, se dan algunos conflictos con origen en el prejuicio o el desconocimiento mutuos que se complican por el incumplimiento de normas básicas por parte de una parte de las mujeres.

Cabe subrayar que, aunque se resaltan en primer lugar los conflictos (pues alertan sobre aspectos mejorables y francamente obstaculizadores y que suponen carencias del sistema), también se han registrado comportamientos solidarios (como el ofrecimiento voluntario de los médicos a hacerse cargo del programa de ITS, o esfuerzos de entendimiento y búsqueda de simplificaciones en los trámites por parte de todos los profesionales). De la misma manera, las mujeres llegan a comprender que deben ajustarse a una serie de normas para usar los servicios públicos y asumen que los trámites burocráticos tienen una función ordenadora y homogeneizadora de los derechos sanitarios. La dificultad radica en que la tendencia al conflicto solo mengua a medida que ambas partes -profesionales y usuarias- avanzan en el nivel de relación, por lo que los profesionales suelen manifestar impotencia cada vez que deben enfrentarse a mujeres recién llegadas al sistema. Así se expresa una doctora de Roquetas de Mar: “Es que hay que empezar de cero una y otra vez. ¿No hay una manera de intentar difundir información para que esto cada vez pase menos? Es

que llegan las nuevas y otra vez igual. ¡No se enteran! Esto es una carrera de fondo” (centro de salud, febrero 2007).

Se han observado numerosas actitudes positivas de sorpresa, curiosidad, empatía y solidaridad hacia un colectivo desconocido y con el que se *tiene la suerte* de poder trabajar:

“M. ¿Esto qué es? (señalando tatuajes que Mary tiene en el vientre).

S. Cuando era pequeña estaba enferma del estómago y el médico me hizo esto. En mi país el médico tradicional lo hace. Muchas niñas lo tienen.

M. Estoy pensando en hacerles fotos a estos tatuajes y hacer un estudio de esto.

I. (Traduzco).

S. (risas) Yo no quiero que me haga fotos.

M. ¡No! No digo que te vaya a hacer una foto, es que me parece muy interesante” (centro de salud, abril 2007).

“E. [\(17\)](#) ¿Y cuándo llegaste a España.

I. (Traduzco).

S. Hace tres años.

I. (Traduzco).

E. ¿Y todavía no tienes papeles?

S. (Lo entiende) No.

E. Hay que hacer algo con esta gente, no sé cómo queremos ayudar a que vivan mejor en estas condiciones.

I. (Traduzco).

S. (Sonríe).

E. Me alegro mucho de conocerte, Elisabeth. Sigue viniendo, no lo dejes ¿vale? (la acaricia en la cara) y no te preocupes que esto no es nada, vas a notar un pinchacillo y ya está” (centro de salud, diciembre 2008).

8. Conclusiones

Los resultados etnográficos que han sido aquí expuestos son un ejemplo de la complejidad que presenta el *abordaje* de la realidad sanitaria de cualquier colectivo inmigrado, máxime si se trata de un grupo específico desde el punto de su origen étnico-cultural. Si a ello añadimos la inmersión de ese colectivo de mujeres en una situación difícil y marcada por la irregularidad administrativa, las dificultades de inserción laboral, la segregación residencial, carencias en la gestión de la diversidad y la estigmatización de la prostitución, obtenemos un contexto que solo puede abordarse desde el acercamiento y el conocimiento profundo de sus dinámicas internas.

Es evidente la necesidad de incrementar la adecuación de los servicios sanitarios públicos para garantizar el acceso al derecho a la salud de todos los miembros de nuestra sociedad, incluyendo en esta categoría a todas las personas que en ella se desenvuelven, aun cuando su realidad es prácticamente invisible.

Las mujeres que ejercen la prostitución encuentran en el sistema sanitario andaluz planificaciones, programas y proyectos encaminados a facilitar el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Y todo ello, cuenta con el respaldo y el trabajo cotidiano de los profesionales que se mantienen en contacto directo con estas personas. No obstante, es obvio que avanzar en la formación en interculturalidad, continuar en la línea de facilitar la accesibilidad y tener en cuenta los orígenes culturales y la realidad cotidiana de quienes se acercan a nuestro sistema sanitario es perentorio para continuar avanzando hacia la universalidad y la equidad.

Por todo ello, es importante subrayar la importancia de la investigación social, para conocer los contextos

concretos en que se desenvuelven los colectivos que tienen más difícil su integración en nuestras estructuras administrativas. Así pues, los diseños estratégicos de la administración no pueden partir de presunciones sobre necesidades que no han sido detectadas mediante la experiencia directa de trabajo de investigación y, por supuesto, aprovechando la experiencia de intervención de las entidades y servicios públicos especializados en la atención a estos colectivos.

Una hipótesis para la situación actual podría ser el empeoramiento de las condiciones de accesibilidad y salud de esta población debido a tres factores. En primer lugar, el impacto de la crisis económica en la vida cotidiana de la población inmigrada en el Poniente almeriense, puesto que la pérdida de empleos en autóctonos les han llevado a recuperar el trabajo de jornaleros agrícolas, desplazando a muchos inmigrados y reduciendo su poder adquisitivo, lo que afecta directamente a las mujeres que ejercen la prostitución y tienen en los inmigrados marroquíes y subsaharianos a sus principales clientes. En segundo lugar, es necesario atender a la aplicación desigual en el territorio español del *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*. Aunque en Andalucía no se aplica, ha generado confusión y límites a la accesibilidad reseñables para la población inmigrante en situación irregular. Por último, un tercer factor puede ser la reducción en las cuantías y concesiones de subvenciones a las entidades sociales que trabajan en directo contacto con esta población debido a las medidas de recorte en gasto público planteadas como salida a la crisis financiera en España. Las labores de mediación, captación y prevención de población en riesgo de ver limitada la accesibilidad al sistema, no solo benefician a sectores como las protagonistas de este trabajo, sino que forman parte de una estrategia de protección de la salud pública que no debe ser desatendida.

Muchas de las mujeres que hemos conocido a través de este estudio ya han mejorado sus condiciones de vida. Y continúen ejerciendo la prostitución, o no, han logrado en su mayoría comprender, acceder y usar el sistema sanitario de una manera óptima. No obstante, no olvidemos que, en la misma medida que eso ocurre, el proceso se reproduce con la llegada de nuevas mujeres. El trabajo prosigue, las necesidades permanecen en el mismo lugar y nuestra sociedad debe continuar dando respuesta.

Notas

1. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional (Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946).

2. Web de la Junta de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es>
3. Web de la Junta de Andalucía <http://www.juntadeandalucia.es>
4. En Nigeria los estados son las unidades administrativas equivalentes a las Comunidades Autónomas en España.
5. Ver OMS en http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/index.html
6. Son innumerables los investigadores que tratan de demostrar que las prostitutas lo son por haber sido víctimas de abusos sexuales y violencia sexual en la infancia (Belton 1992, Simons y Whitbeck 1991, Giobbe 1991, Bagley y Young 1987, Silbert y Pines 1981, Silbert y Pines 1983, James y Meyerding 1977) o que informan de la concentración de abusos sexuales perpetrados hacia las prostitutas (Hunter 1994, Vanwesenbeeck 1994, Silbert y Pines 1982) y que alertan sobre la elevada prevalencia del estrés postraumático entre ellas (Vanwesenbeeck 1994, Ross y otros 1990). Lo cierto es que estos estudios suelen ir seguidos de una declaración ideológica de los investigadores contra la prostitución.
7. Traducción propia.
8. La *Ley 8/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en el Estado español y su integración social* constituye el marco jurídico actual sobre la situación de los inmigrantes en nuestro país. No obstante, 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* ha variado lo estipulado para el acceso al Sistema Nacional de Salud. Anteriormente, todos los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tenían derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles (art. 12 LOEX 8/2000), pero el Real Decreto-ley 16/2012, limitó ese acceso sólo a los inmigrados con permiso de residencia. Andalucía, junto a otras comunidades autónomas, no aplicó esta nueva norma. De manera que, formalmente y salvo excepciones motivadas por confusiones por el cruce de normas, todos los extranjeros pueden continuar accediendo al Sistema Sanitario Público andaluz en las mismas condiciones que antes del verano de 2012.
9. I. se referirá *investigadora* y S. a *sujeto* (mujer o informante).
10. Con las expresiones *allmybodyispaining me* o *I feelpainallovermybody*, las nigerianas verbalizan los síntomas que los autóctonos relacionamos con el malestar general de infecciones gripales.

11. Las citas que se aportan son transcripciones literales de conversaciones informales y relatos consecuencia de la observación participante. La cita original puede haberse registrado en *brokenenglish* o haber sido traducida al castellano una vez trasladada al diario de campo. Señalaremos el contexto físico y mes y año en que se recogió la cita. Todas ellas son mujeres nigerianas que ejercen la prostitución en Roquetas de Mar, La Mojonera y VÍcar.

12. Vehículo de la investigadora.

13. Citoprotector y antiseptor para el tratamiento de la úlcera péptica con efectos secundarios abortivos.

14. M1 hace referencia a *doctora* 1 y M2 a *doctora* 2.

15. Así es como la comunidad nigeriana denomina a *Médicos sin Fronteras* durante el tiempo de espera en tránsito en Tánger.

16. A. responde a *personal administrativo*.

17. E. responde a enfermera.

Bibliografía

Achotegui, J.

2002 *La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona, Ediciones Mayo.

Arjona, Á. (y otros)

2005 “Estrategias económicas de mujeres subsaharianas en el poniente almeriense: economía étnica y espacios alternativos de ocio”, en F. Checa (edit.), *Mujeres en el camino*. Barcelona, Icaria: 117-138.

Alonso, E. y (T. Lizana)

2009 “Los sistemas sanitarios en nuestro entorno”, en M. Casas, F. Collazos y A. Qureshi, *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona, Fundación La Caixa.

Alluè, X.

2000 "De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales", en E. Perdiguero y J. M. Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra: 55-70.

Amezcuca, M.

2000 "Antropología de los cuidados, enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados", *Cultura de los Cuidados*, nº4 (7-8): 61-67.

Bagley, C. (y L. Young)

1987 "Juvenile prostitution and child sexual abuse: A controlled study", *Canadian Journal of Community Mental Health*, nº 6: 5-26.

Belton, R.

1992 "Prostitution as traumatic reenactment", *8th Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*, Los Ángeles.

Brundtland, G. (y otros)

2002 "Globalización, exclusión social y salud", en P. Estébanez. (ed.), *Exclusión social y salud. Balance y perspectivas*. Barcelona, Icaria-Antrazyt: 23-54.

Campero, R.

2006 "Sida y viejos discursos, *Factor S*",
<http://www.generoydiversidad.org/articulos/verarticulos.php?id=11>

Checa, F.

1995 "El aprendiz de etnógrafo. Técnicas en el trabajo de campo", en J. M. Santacreu (coord.), *Historia contemporánea y nuevas fuentes*. Alicante, Universidad de Alicante: 245-259.

Comelles, J. M.

2000 "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo", en E. Perdiguero y J. M. Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra: 305-352.

2009 "Inmigración, cultural y salud", en M. Casas, F. Collazos y A. Qureshi, *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona, Fundación La Caixa.

Cots, F. (y otros)

2002 "Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona", *Gaceta Sanitaria*, nº 16: 376-384.

De Andrés, J. (y otros)

2002 "Salud y marginación social", *Documentación Social*, nº 127: 97-123.

De Balanzó, X.

1991 "Enfermedades importadas y medicina de la inmigración", *Atención Primaria*, nº 8: 527-529.

Farley, M. (y H. Barkan)

1998 "Prostitution, violence and posttraumatic stress disorder", *Women & Health*, nº 27: 37-49.

Fernández-Rufete, J.

2000 "El afecto perdido", en E. Perdiguero y J. M. Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra: 277-304.

Fernández-Rufete, J. (y J. A. Rico)

2004 "Imágenes, símbolos, y prácticas asistenciales. La inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia y los procesos de salud/enfermedad/atención", *Cuarto Congreso sobre la Inmigración en España. Ciudadanía y Participación, Mesa sobre Migraciones y salud*. Gerona.

Franco, A.

2003 "Globalizar la salud", *Gaceta Sanitaria*, nº 17 (2): 157-163.

Fundación Encuentro

2003 *Informe España 2003*. Madrid, Fundación Encuentro.

Ganduxer, D. (y J. R. Villalbí)

1999 "Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres filipinas", *An EspPediatr*, nº 39: 253-259.

Giobbe, E.

1991 "Prostitution, buying the right to rape", en A.W. Burgess (ed.), *Rape and sexual assault III: A research handbook*. Nueva York, Garland Press: 143-160.

Hammersley, M. (y P. Atkinson)

2004 *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós.

Hunter, S. K.

1994 "Prostitution is cruelty and abuse to women and children", *Michigan Journal of gender and law*, nº1: 1-14.

James, J. (y J. Meyerding)

1977 "Early sexual experience and prostitution", *American Journal of Psychiatry*, nº 134: 1381-1385.

Jansà, J. M. (y C. Borrell)

2002 "Inmigración, desigualdades y Atención Primaria: situación actual y prioridades", *Atención Primaria*, nº 29: 466-468.

Jansà, J. M. (y P. García)

2004 "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos", *Gaceta Sanitaria*, nº 18.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700033&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Kaplan, A.

2006 "Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas", en VV. AA., *Género e Inmigración*. Bilbao, Harresiak Apurtuz: 109-120.

Lincoln, S. Y. (y E. Guba)

1985 *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, Sages.

López del Paso, R.

2011 "William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social", *Extoikos*, nº 2,

http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2_Beveridge.pdf.

Madueño, A. B. (y otros)

2003 "Urgencias e inmigración: necesidades de adaptación. Actualización", *Medicina General*, nº 56: 467-474.

Martínez, A.

1992 "Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia

sanitaria”, *Rol de Enfermería*, nº 172: 61-67.

Ndiaye, A. M.

2009 “Salud e inmigración desde la perspectiva de la comunidad africana subsahariana”, en M. Casas, F. Collazos y A. Qureshi, *Mediación Intercultural en el ámbito de la salud*. Barcelona, Fundación La Caixa.

Neilsen, G.

1999 “Por qué los servicios sanitarios deberían trabajar con la industria del sexo”, *Boletín médico de IPPF*. www.ippf.org

Ross, C. A. (y otros)

1990 “Dissociation and abuse among multiple personality patients, prostitutes and exoticdancers”, *Hospital & community psychiatry*, nº 41: 328-330.

Sanz, B. (y otros)

1998 “¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud?”, *Ofrim/suplementos*, nº 2: 14-24.

Silbert, M. H. (y A. M. Pines)

1981 “Sexual child abuse as an antecedent to prostitution”, *Child Abuse and Neglect*, nº 5: 407-411.

1982 “Victimization of street prostitutes”, *Victimology*, nº 7: 122-133.

Simons, R. L. (y L. B. Whitbeck)

1991 “Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescent and adult homeless women”, *Journal of Family Issues*, nº 12: 361-379.

Vall, O.

2001 “La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes”, *Pediatría Integral*, nº 6: 42-50.

Vanwesenbeeck, I.

1994 *Prostitutes' well-being and risk*. Amsterdam, VU University Press.

Vázquez, J. (y otros)

2007 “Orientación de los servicios sanitarios a la diversidad cultural”, en R. García, *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Sevilla, Junta de Andalucía-Consejería de Salud: 53-65.

