



Departamento de Sociologia

A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão

María Alejandra Ortiz Scaglione

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutora em Sociologia

Orientadora:

Doutora Beatriz Padilla, Investigadora,
Centro de Investigação e Estudos de Sociologia,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientador:

Doutor José Peixoto Caldas, Professor Titular,
Programa de Saúde Colectiva
Universidade de Fortaleza, UNIFOR/BRASIL

Março, 2016

ISCTE  **IUL**
Instituto Universitário de Lisboa

Departamento de Sociologia

A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão

María Alejandra Ortiz Scaglione

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutora em Sociologia

Júri:

Doutora Helena Carvalho, Professora Auxiliar com Agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (presidente)

Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Doutor Jorge Silva Macaísta Malheiros, Professor Associado do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa

Doutora Bárbara Maria Granês Gonçalves Bäckström, Professora Auxiliar da Universidade Aberta

Doutora Maria Helena Chaves Carreiras, Professora Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Beatriz Padilla, Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2016

AGRADECIMIENTOS

Durante estos cuatro años de proyecto, tuve la oportunidad de conocer diversas personas y de estrechar relaciones con colegas y profesores, que de diferentes formas colaboraron y me ayudaron a concretar este trabajo que aquí presento en forma de tesis.

Entre ellas y con especial destaque quiero agradecer a mi orientadora, Beatriz, por su incondicional apoyo, su dedicación y su rigurosidad, sin la cual este trabajo no hubiera sido posible. Agradecerle también la confianza depositada en mí y en este compromiso asumido y las múltiples sugerencias que me ofreció a lo largo de este camino, siempre valiosas y productivas. Así como también quisiera agradecerle las varias discusiones teóricas y metodológicas que mantuvimos, que me ayudaron a crecer como socióloga y como investigadora social.

También dejo un sincero agradecimiento para mi coorientador José, que siempre me animó con sabios y oportunos consejos sobre este proyecto académico y cuyos valiosos aportes y sugerencias fueron fundamentales para la concreción de este trabajo.

Quiero agradecer especialmente también al equipo del proyecto a Erika, a Sonia y a Cristina, con las cuáles tuve la oportunidad de trabajar simultáneamente durante dos años. El trabajo de equipo posibilitó, no solo compartir experiencias, interrogantes y desafíos surgidas desde el terreno, sino también amenas y productivas discusiones teóricas que se transformaron en aportes reflexivos y valiosos de este trabajo que aquí presento. Las discusiones y debates dentro de las reuniones del equipo mucho aportaron a mi trabajo, no solo a nivel científico, sino también a nivel humano.

A lo largo de estos cuatro años conté con el apoyo financiero de la Fundación para la Ciencia y Tecnología de Portugal, a través de una Beca de Doctorado que me permitió llevar a cabo esta investigación.

Agradezco también a todas las participantes, por su tiempo y disponibilidad, a las jóvenes que compartieron parte de sus problemas, a las enfermeras que abiertamente me contaron sus preocupaciones. En especial a las enfermeras de Amadora y Seixal a las cuales acompañe

durante las visitas a los barrios, siempre dispuestas a responder todas mis dudas y contarme sus experiencias de trabajo, mi respeto y admiración por la notable labor que desempeñan.

Un agradecimiento especial para Solange y Marta de la Asociación Casa Seis, responsables del proyecto que acompañe durante parte de mi trabajo de campo. Les agradezco por la disponibilidad y por su cordial bienvenida dentro del grupo en el cuál compartí junto a las jóvenes lindos y gratificantes momentos en aquellas tardes de los sábados.

A través de este trabajo conocí personas comprometidas, interesantes y creativas y a ellas también les debo el entusiasmo que me transmitieron para concretizar este proyecto de investigación. Fue un camino con altos y bajos donde el apoyo, la disponibilidad y el cariño de estas personas, fueron fundamentales para alcanzar este resultado.

Por último un agradecimiento muy especial a mi familia y amigos que me acompañaron durante este proyecto, siempre con una sonrisa y una palabra de aliento. A mi madre y a mi padre, a mis amigas en la distancia que me ayudaron y apoyaron de diferentes maneras, a mi amiga Paula por las revisiones del texto y por su apoyo incondicional en todo momento. Y muy especialmente a Sebastián y a Valentina, por estar siempre a mi lado, con paciencia y comprensión, con cariño y respeto por lo que significó este proyecto para mi vida profesional y personal.

A todos ellos mi más sincero agradecimiento,

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general conocer el acceso a los cuidados de salud materno e infantil de mujeres inmigrantes en Portugal. Partimos de la evidencia que muestra que las mujeres inmigrantes enfrentan mayores dificultades de acceso a la salud, agravadas durante el embarazo y la maternidad y consideramos los determinantes sociales de salud y la inmigración como generadores de estas desigualdades. Se trata de una investigación de carácter cualitativo que utiliza técnicas documentales, observaciones y entrevistas a mujeres, profesionales de salud y otros agentes sociales.

Concluimos que existen importantes barreras de acceso a la salud relacionadas con aspectos institucionales, socioeconómicos, funcionales y culturales, siendo éstas últimas agravadas por las representaciones sociales que se reflejan en la atención sanitaria. Asimismo identificamos situaciones específicas de soledad y violencia que también afectan el acceso en el caso de las mujeres más jóvenes. Son también identificadas estrategias llevadas a cabo por los profesionales para superar las barreras y facilitar el acceso, pero las mismas se encuentran mayoritariamente sujetas a voluntades y esfuerzos personales, siendo indispensable la creación de un marco institucional que las garantice.

La evidencia de esta investigación demuestra la brecha existente entre la legislación y la práctica, agudizada por la crisis económica y las restricciones en el sector de la salud que amenazan un retroceso en materia de inclusión social en Portugal. La apuesta hacia una salud ciudadana basada en mayor competencia cultural y mayor literacia, en salud contribuirán a reducir las desigualdades de acceso de las mujeres inmigrantes.

Palabras claves: mujeres inmigrantes, acceso a los cuidados de salud, salud materna, desigualdades de salud, inclusión social, ciudadanía de salud

RESUMO

Esta investigação tem como objectivo compreender o acesso aos cuidados de saúde materna e infantil das mulheres imigrantes em Portugal. Partimos da evidência de que as mulheres imigrantes enfrentam maiores dificuldades no acesso à saúde, agravadas durante a gravidez e maternidade e focamos a análise nos determinantes sociais da saúde e da imigração como geradores dessas desigualdades. Trata-se de uma investigação de carácter qualitativo que utiliza técnicas documentais, observações e entrevistas com mulheres, profissionais de saúde e outros agentes sociais.

Conclui-se que existem importantes barreiras ao acesso relacionadas com aspectos institucionais, socioeconómicos, culturais e de funcionamento dos serviços de saúde. Relativamente às barreiras culturais, as mesmas são agravadas pelas representações sociais que se reflectem nos cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde. Outras situações específicas também identificadas, como a solidão e a violência, também afectam o acesso no caso de mulheres mais jovens. No caso das estratégias desenvolvidas pelos profissionais para superar as barreiras e facilitar o acesso são na sua maioria sujeitas a vontades e esforços pessoais./ dependem na sua maioria da vontade e esforços pessoais.

Os resultados da investigação mostram a diferença entre a lei e a prática, diferença esta agravada pela crise económica e as restrições no sector da saúde, que ameaçam/ conduzem a um retrocesso na inclusão social dos imigrantes em Portugal. O compromisso da saúde pública com base numa maior cidadania, competência cultural e literacia de saúde contribuem para a redução das desigualdades no acesso à saúde das mulheres imigrantes e para a sua efectiva inclusão na sociedade portuguesa.

Palavras-chave: mulheres imigrantes, acesso aos cuidados de saúde, saúde materna, desigualdades na saúde, inclusão social e cidadania de saúde

ABSTRACT

The overall aim of this research is to understand the access to maternal and child healthcare of immigrant women in Portugal. We start from the evidence that immigrant women face greater difficulties in accessing health, aggravated during pregnancy and motherhood and from the evidence that consider the social determinants of health and immigration as important factors of these inequalities. It is a qualitative research that uses documentary techniques, observations and interviews with women, health professionals and other social agents.

We conclude that there are significant barriers to access to health related institutional, socioeconomic, functional and cultural aspects, the latter being aggravated by the social representations that are reflected in health care. We also identified specific situations of loneliness and violence also affect access in the case of younger women. Some strategies carried out by professionals were also identified to overcome barriers and facilitate access, but these are mostly subject to wills and personal efforts, the creation of an institutional framework that guarantees remain indispensable.

Evidence of this research shows the gap between law and practice, exacerbated by the economic crisis and restrictions in the health sector that threaten a retreat on social inclusion in Portugal. The commitment to a public health based on greater cultural competence and greater health literacy, contribute to reducing inequalities in access of immigrant women.

Keywords: immigrant women, access to health care, maternal health, health inequalities, social inclusion, health citizenship.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	XI
INDICE.....	XIII
INDICE DE TABLAS.....	XVI
INDICE DE FIGURAS.....	XVI
INDICE DE SIGLAS.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	1
1. MIGRACIONES INTERNACIONALES.....	7
1.1. El fenómeno migratorio en las sociedades contemporáneas.....	7
1.2. Teorías sobre migraciones.....	10
1.3. Políticas migratorias.....	16
2. MIGRACIONES EN PORTUGAL: HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA INMIGRACIÓN.....	21
2.1. Caracterización de la población inmigrante en Portugal.....	27
2.2. Caracterización de la población inmigrante de origen “africano” en Portugal.....	36
2.3. Feminización de la inmigración y su impacto en el contexto portugués.....	43
3. MIGRACIONES Y SALUD: EL IMPACTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.....	51
3.1. Las desigualdades sociales como responsables de las desigualdades de salud.....	51
3.2. La salud de los inmigrantes desde una perspectiva sociológica.....	56
3.3. La salud de los inmigrantes en Portugal : Una revisión de la evidencia.....	63
3.3.1. <i>Utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes</i>	64
3.3.2. <i>Las mujeres inmigrantes y el acceso a los cuidados de salud materna</i>	66
3.4. El acceso a la salud y la utilización de los servicios de salud de los inmigrantes.....	70
3.5. Combatir las desigualdades de salud a través de cuidados de salud adecuados.....	79
3.5.1. Visiones complementarias en una aproximación multinivel a los cuidados de salud.....	88
4. LA SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD EN EL AMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL.....	93
4.1. Legislación sobre salud en Portugal.....	96
4.2. El Servicio Nacional de Salud en Portugal: Surgimiento, desarrollo y última reforma.....	102
4.2.1. <i>Ultima reforma del Servicio Nacional de Salud en Portugal</i>	104

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	107
5.1. Investigación científica en ciencias sociales	108
5.2 Caracterización del problema de investigación.....	111
5.3. Opción metodológica y tipo de investigación	111
5.4. Objetivos de la investigación	112
5.4.1. <i>Objetivos específicos</i>	113
5.5. Justificación y relevancia del estudio	114
5.6. Viabilidad del estudio.....	115
5.7. Proceso de la investigación	116
5.7.1. <i>Lugar de la investigación</i>	117
5.7.2. <i>Tiempo del proceso de investigación</i>	117
5.8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	118
5.8.1. <i>La observación</i>	118
5.8.2. <i>La entrevista</i>	119
5.8.3. <i>Dificultades de implementación de las entrevistas</i>	122
5.9. Muestra (delimitación y criterios de la muestra).....	122
5.10. Análisis y tratamiento de los datos.....	123
5.11. Notas epistemológicas.....	125
6. ANALISIS EMPÍRICO RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	129
6.1 Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas	129
6.2 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	143
7. BARRERAS DE ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD MATERNA	147
7.1. Barreras institucionales	147
7.1.1. <i>Desconocimiento de los derechos a la salud</i>	148
7.1.3. <i>Impactos de la reforma del SNS</i>	150
7.1.4. <i>Situaciones de irregularidad</i>	152
7.2. Barreras socioeconómicas	154
7.2.1. <i>Las condiciones precarias de trabajo</i>	154
7.2.2. <i>El aumento de los costos directos en salud</i>	156
7.2.3. <i>Los costos de los transportes públicos</i>	158
7.2.4. <i>La escasez de materiales y recursos humanos</i>	159
7.2.5. <i>La alta movilidad</i>	161
7.2.6. <i>El nivel de escolaridad</i>	162
7.3. Barreras funcionales y organizacionales	162
7.3.1. <i>Burocracia y complejidad del sistema</i>	163

7.3.2. <i>La Información disponible</i>	165
7.3.3. <i>Médico de familia</i>	166
7.3.4. <i>Localización y horario de funcionamiento de las unidades de salud</i>	167
7.3.5. <i>La duración de las consultas</i>	168
7.3.6. <i>La fragmentación de los equipos de trabajo</i>	169
7.3.7. <i>Coordinación interna y externa del servicio</i>	170
7.4. Barreras culturales.....	171
8. BARRERAS CULTURALES Y LA INFLUENCIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	173
8.1. Comunicación.....	174
8.1.1. <i>Desconocimiento del idioma</i>	174
8.1.2. <i>Falta de entendimiento</i>	176
8.1.3. <i>Falta de sensibilidad</i>	179
8.2. Seguimiento del embarazo	179
7.3. Lactancia y alimentación.....	182
8.4. Planeamiento familiar.....	184
8.4.1. <i>Rastros de salud</i>	186
8.4.2. <i>Interrupción voluntaria del embarazo</i>	187
8.5. Otros aspectos: religión y tradiciones.....	188
8.6. Discusión	189
9. ALGUNAS SITUACIONES QUE AGRAVAN LAS BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD: SOLEDAD, VIOLENCIA Y PRECARIEDAD	193
9.1. Soledad: abandono y falta de redes	193
9.2. Situaciones de violencia	198
9.3. Precariedad laboral	200
10. ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LAS MUJERES INMIGRANTES PARA SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO	203
10.1. Dimensión personal: Las características personales.....	204
10.2. La dimensión relacional: Las redes familiares y de apoyo.....	207
10.3. El contexto social: El terreno como determinante.....	210
10.4. Actitudes de aceptación y resistencia frente a las dificultades	214
11. ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD PARA FACILITAR EL ACCESO A LA SALUD	217
11.1. Estrategias de adaptabilidad del sistema	218
11.2. Estrategias de articulación y trabajo en red.....	221
11.3. Estrategias de sensibilidad para facilitar la comunicación	226

11.4. Entre dinámicas de inclusión y exclusión en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes.....	228
11.4.1. <i>Principales factores que influyen los posicionamientos descritos</i>	235
11.5. Discusión de resultados	241
CONCLUSIONES	247
BIBLIOGRAFIA.....	257
ANEXOS.....	277
ANEXO 1	279
ANEXO 2.....	283

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 : POBLACIÓN EXTRANJERA RESIDENTE EN PORTUGAL POR PRINCIPALES NACIONALIDADES	30
TABLA 2 : VARIACIÓN 2001-2011 DE LAS PRINCIPALES NACIONALIDADES EXTRANJERAS EN PORTUGAL	31
TABLA 3: POBLACIÓN EXTRANJERA RESIDENTE EN PORTUGAL POR SEXO, 2014.....	48
TABLA 4 : ALGUNOS INSTRUMENTOS LEGALES INTERNACIONALES Y EUROPEOS SOBRE SALUD	96
TABLA 5 : RÉGIMEN DE EXENCIÓN DE TASAS MODERADORAS (PACIENTES).....	99
TABLA 6 : RÉGIMEN DE EXENCIÓN DE TASAS MODERADORAS (CUIDADOS DE SALUD)	99
TABLA 7 : PRINCIPALES MEDIDAS LEGISLATIVAS SOBRE SALUD.....	101
TABLA 8 : DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR EDAD.....	130
TABLA 9 : DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR ZONA DE RESIDENCIA	131
TABLA 10 : MOVILIDADES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	132
TABLA 11 : DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR ORIGEN.....	133
TABLA 12 : DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR NATURALIDAD	134
TABLA 13 : ESTATUTO LEGAL Y NACIONALIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	135
TABLA 14 : DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS POR AÑOS DE ESTADÍA EN PORTUGAL	136
TABLA 15 : ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.....	136
TABLA 16 : TIPO DE FAMILIA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	137
TABLA 17 : NÚMERO DE HIJOS.....	137
TABLA 18 : EDAD DE LOS HIJOS	138
TABLA 19 : DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD POR ZONA.....	145
TABLA 20 : TIPOS DE BARRERAS IDENTIFICADAS.....	147
TABLA 21 : BARRERAS ORGANIZACIONALES O DE FUNCIONAMIENTO.....	163
TABLA 22 : ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LAS MUJERES INMIGRANTES EN SU ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD POR DIMENSIONES DE ANÁLISIS.....	204

INDICE DE FIGURAS

ILUSTRACIÓN 1 : EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN RESIDENTE EXTRANJERA EN PORTUGAL -1980 - 2014.....	28
ILUSTRACIÓN 2 : EVOLUCIÓN DA POBLACIÓN EXTRANJERA RESIDENTE EN PORTUGAL POR SEXO.....	32

INDICE DE SIGLAS

ACES	Agrupação de Centros de Saúde
ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACM	Alto Comissariado para as Migrações
ARS	Administração Regional de Saúde
CEE	Comunidade Económica Europeia
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGS	Direcção Geral de Saúde
DSE	Carta Social Europeia
DUDH	Declaração universal dos Direitos do Homem
EU	União Europeia
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MIPEX	Índice das Políticas de Integração
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OCDE	Organization for Economic Cooperation and Development
OIM	Organização Internacional das Migrações
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PADE	Programa de Apoio a Doentes Estrangeiras
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SCMA	Santa Casa da Misericórdia de Amadora
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UCC	Unidades de cuidados na comunidade
UCSP	Unidade de cuidados de saúde personalizados
UN	Naciones Unidas
UNFPA	United Nations Populations Found
USF	Unidad de Salud Familiar

INTRODUCCIÓN

Todos en diferentes momentos de nuestras vidas precisamos de cuidados de salud, a veces más generales y otras más específicos, a veces regularmente, otras en casos puntuales. El acceso y la calidad de estos cuidados son determinantes para nuestra salud y para nuestro bienestar y para el bienestar social. Existe evidencia suficiente que resalta la importancia del atendimento, del contacto con el profesional de salud, de la relación de confianza, no solo en términos de alcanzar una buena atención de salud, sino de obtener mejores resultados. El tipo de relación establecida con los profesionales de salud resulta fundamental y determina en gran parte los resultados. En general no solemos dar mayor importancia a esto, hasta el momento que surgen problemas que pueden derivar de la falta de conocimiento sobre los servicios de salud, de las diferentes concepciones de salud o de una atención poco sensible o inadecuada. En las mujeres, inmigrantes o no, la maternidad puede ser uno de esos momentos donde los cuidados de salud importan y donde las diferentes sensibilidades se ponen en tela de juicio.

Mi interés por el tema del acceso a la salud de las mujeres inmigrantes, se concretiza durante mi participación en el proyecto de investigación sobre salud y ciudadanía “*Saúde e Cidadania: Disparidades e Necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*”, coordinado por Beatriz Padilla y llevado a cabo en el ISCTE durante los años 2011 al 2013 y del cual fui miembro integrante del equipo. El acompañamiento de ambos proyectos en simultáneo me permitió una aproximación global a esta realidad social, descubriendo diferentes miradas, no sólo desde la perspectiva sociológica con la cual me identifiqué, sino también desde la antropología médica y la psicología social que enriquecieron el proceso de investigación.

Varios acontecimientos, contribuyeron a aumentar mi interés y entusiasmo por esta temática, por un lado fui conociendo interesantes proyectos de asociaciones locales que incluían, sin saberlo, una concepción de salud amplia, en el sentido de bienestar individual y también colectivo, proyectos donde se abordaban cuestiones cotidianas de cuidados que repercutían en prácticas de inclusión y respeto.

Fui conociendo y acompañando el trabajo comunitario de algunas enfermeras, que me inspiran respeto y admiración, que se preocupan y se comprometen con esta realidad a veces compleja de las migraciones desde la salud. En el acompañamiento de las unidades móviles, así como de las visitas domiciliarias, me encontré con una realidad difícil y desafiante a la vez, de historias de suceso, pero también de carencias importantes. Esta incursión en el terreno muchas veces me enfrentó contra mis propias convicciones y me exigió un importante trabajo de auto-reflexión, que a la larga se tornó en un desafío de aprendizaje que resultó difícil, pero a la vez gratificante.

Tanto el trabajo comunitario de las enfermeras y de las asociaciones, así como los relatos de las mujeres, algunos más pacíficos otros más de confrontación y denuncia, me llevan a plantear algunas consideraciones.

La primera es la importancia de trabajar el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes desde varios ángulos que se complementen entre sí y que dialoguen sin moralismos. La segunda es escuchar de forma crítica y reflexiva tanto los discursos de las enfermeras, de las mujeres y de las asociaciones. La tercera es ir primero al encuentro, sea de culturas, de prácticas, de tradiciones y después ir a las diferencias, los desencuentros, solo yendo primero a lo que nos une como seres humanos, podremos establecer una relación productiva. La cuarta es reconocer públicamente el trabajo comunitario de las enfermeras en el terreno, valorizarlo, reforzarlo y continuarlo, sin dejarlo caer, por circunstancias de vaivén presupuestal.

Ahora centrándonos en el tema de la investigación, pretendimos analizar el acceso a los cuidados de salud de las mujeres inmigrantes desde una aproximación de inclusión social y desde el ejercicio de una ciudadanía de salud. Partimos de una concepción de salud que abarca y reconocen los factores socioeconómicos como importantes determinantes de salud y el acceso a los cuidados de salud como un componente fundamental de la integración de los inmigrantes y como un derecho humano y ciudadano. Partimos también de la evidencia que muestra que las mujeres inmigrantes, enfrentan mayores dificultades en el acceso a los cuidados de salud, siendo estas dificultades agravadas en los períodos de embarazo y maternidad. Reconocemos las desigualdades en salud que sufren estas mujeres como el resultado de la acumulación de las desigualdades sociales a lo largo del tiempo.

La presente tesis se divide en tres partes, en la primera parte se enuncian las perspectivas teóricas que sustentan la investigación, en la segunda parte se detalla la metodología utilizada y en la tercera parte se analizan los resultados y las conclusiones.

La parte teórica se divide en cuatro capítulos. En el primer capítulo teórico se analiza la perspectiva teórica de las migraciones internacionales, donde se muestra los impactos de las migraciones en el sistema social, pero también en los propios inmigrantes, lo que nos ayuda a visualizar la importancia del carácter histórico de las migraciones y su análisis en términos pos-coloniales. La creciente feminización de las migraciones nos revela la importancia de las relaciones de género al interior de las familias inmigrantes y la influencia de los roles de género esperados en las sociedades de destino, ilustradas por diferentes formas de vivir la maternidad y la paternidad.

En el segundo capítulo presentamos la inmigración en Portugal, su historia reciente y sus características actuales, centrándonos en la inmigración de origen africano y en la reciente feminización, considerando que el aumento de las mujeres inmigrantes y su juventud desafían las políticas de salud materna.

En el tercer capítulo teórico introducimos el tema de las migraciones y la salud y nos centramos en los determinantes sociales de salud, nos remete a un modelo de salud social, donde las condiciones de vida son fundamentales, las condiciones socio-económicas, pero también relacionales, comportamentales, las relaciones de poder, etc. y en una perspectiva que relaciona con la salud como derecho humano y de ciudadanía social, así el acceso desigual a la salud pasa a ser no únicamente un tema de integración social, sino también de déficit ciudadano. Por otro lado analizamos la evidencia internacional, europea y nacional sobre la salud de los inmigrantes en las sociedades de destino, llamando la atención para el caso de las mujeres y la salud materna. Por último se presentan las propuestas de adaptación de los servicios de salud a las necesidades derivadas de la inmigración y de la creciente diversidad.

El cuarto y último de esta primera parte, presenta el marco jurídico y el derecho a la salud en Portugal, así como el surgimiento del Sistema Nacional de Salud, haciendo mención a la última reforma de los cuidados de salud primarios.

El quinto capítulo se refiere a la metodología de investigación y presenta las opciones metodológicas adoptadas: el tipo de estudio, el método de investigación, los instrumentos de recolección de información y la forma de análisis de los datos. La investigación tiene esencialmente un enfoque cualitativo, utilizando métodos mixtos, recopilación documental, observación participante y entrevistas en profundidad. Dentro del capítulo de metodología se presentan también las caracterizaciones generales de las muestra, primero la constituida por las mujeres y en segundo lugar la de los profesionales de salud.

El análisis empírico es presentado en la tercera parte donde se analizan los resultados de la investigación divididos en cinco temáticas que corresponden a cinco capítulos.

En el capítulo seis, se identifican las barreras y dificultades de acceso a los cuidados de salud, señalados por las mujeres inmigrantes y por los profesionales de salud. Las barreras de acceso a la salud identificadas responden a varias causas y son de diferente naturaleza, siendo clasificadas para su análisis en barreras institucionales, socioeconómicas, organizacionales y culturales.

El capítulo siete hace hincapié en las barreras culturales identificadas por los profesionales de salud en la atención a mujeres inmigrantes y específicamente en la influencia de las representaciones sociales y los estereotipos sociales en la prestación de estos cuidados. Estas representaciones sociales basadas en los sistemas de valoraciones predominantes agravan las barreras de acceso y se refuerzan las desigualdades, reduciendo las posibilidades de diálogo entre ambas partes.

En el capítulo ocho se analizan otros factores que surgen como agravantes del acceso a la salud en el caso de las mujeres inmigrantes y se relacionan con aspectos que no se vinculan directamente a la salud, pero que impactan en ella, siendo identificados como importantes factores de vulnerabilidad.

En el noveno capítulo se presentan las estrategias utilizadas por las mujeres inmigrantes para superar las barreras de acceso a la salud, las mismas son definidas en base a los recursos que las mujeres accionan. Concluimos que los recursos utilizados por las mujeres se relacionan directamente con la capacidad de las mismas de acceder a redes familiares, con los recursos disponibles en el terreno (su contexto de residencia) y con la personalidad de las mismas.

Adicionalmente, en el análisis de las entrevistas se pueden identificar una variedad de respuestas que transitan entre dos tipos de perfiles.

En el décimo y último capítulo se presentan las estrategias utilizadas por los profesionales de salud para facilitar el acceso a la salud y mejorar la prestación de cuidados de salud a través de una atención adecuada a diferentes necesidades. El análisis de estas estrategias nos permite distinguir tres posicionamientos diferentes respecto de los modelos de incorporación clásicos utilizados en la literatura. Estos tipos de posicionamientos se construyen en torno a los sistemas de valoraciones y definen actitudes más o menos inclusivas respecto a los inmigrantes.

Por último se presentan las conclusiones generales y metodológicas, así como algunas reflexiones surgidas durante el proceso de investigación. Asimismo se sugieren algunas recomendaciones de investigaciones futuras que contribuyan a un mayor y mejor conocimiento sobre esta temática de forma crítica y reflexiva.

1. MIGRACIONES INTERNACIONALES

En este capítulo primer capítulo teórico, presentamos las migraciones y su impacto en las sociedades contemporáneas, las teorías migratorias y las políticas migratorias. Seguidamente presentamos la historia de la inmigración en Portugal y una caracterización de la población inmigrante, centrando la atención en el proceso de feminización de las migraciones.

1.1. El fenómeno migratorio en las sociedades contemporáneas

El fenómeno migratorio existe desde siempre, las personas se han desplazado entre diferentes territorios desde el comienzo de la humanidad, sin embargo las características de los movimientos migratorios actuales en términos de intensidad y diversidad lo convierten en un fenómeno de gran importancia para las sociedades contemporáneas con influencias en términos económicos, demográficos, políticos, culturales y sociales.

Los procesos de globalización y movilidad poblacional son sin lugar a dudas, marcas de nuestro tiempo, que generan reestructuras simples y complejas en las sociedades. En este sentido, las migraciones internacionales constituyen uno de los factores que más contribuyen a las transformaciones sociales. Así, la importancia de los movimientos migratorios para el desarrollo de las sociedades es ampliamente reconocida y evidenciada, donde se constituyen en uno de los factores que más contribuye para la transformación y al desarrollo social de las sociedades (Castles & Miller, 2003; Giddens, 2008; Massey et. al, 2008; Boyd, 1989)

El impacto producido por los movimientos migratorios afecta tanto a las poblaciones nacionales como a las propios migrantes, representando desafíos cada vez más urgentes. A pesar de que el fenómeno migratorio es antiguo, su constitución ha cambiado radicalmente, mientras que en los años 50 y 60 del siglo XX, las movimientos migratorios eran principalmente de poblaciones rurales, empobrecidas, actualmente los flujos se han diversificado, incluyendo una mayor diversidad de migrantes.

Las migraciones cada vez más frecuentes e intensas, generan espacios de diversidad cultural y de identidad, escenarios cada vez más diversos y heterogéneos que desafían las relaciones sociales, así como las políticas sociales. Esta renovación social generada por las migraciones, implica desafíos y reajustes a varios niveles (Rocha-Trindade, 1995). Como señalado por

Giddens (2008), las migraciones potencian e intensifican relaciones interculturales que conducen a una (re)definición tanto de la esfera personal, como de las prácticas y de los discursos científicos, políticos y sociales.

Varios procesos han contribuido para la intensificación de los movimientos migratorios contemporáneos. Entre ellos, los procesos de globalización que promueven las relaciones entre los países y entre las personas, facilitando la movilidad entre fronteras, acelerando la circulación de la información. A su vez, la liberación de los mercados, el crecimiento económico, el desarrollo de los medios de transportes y las redes de comunicación que permiten una masificación más generalizado del acceso a la información. A pesar de que también existen nuevas limitaciones, siendo la distribución del conocimiento desigual en las sociedades.

Por otro lado, la globalización en el plano económico y político trae también nuevas desigualdades generando nuevas y reafirmando viejas exclusiones sociales. Así, las desigualdades sociales entre los países más “ricos” y más “pobres” se han agudizado, dividiendo y fragmentando las sociedades. El crecimiento del desempleo y el declino de la economía tradicional en los países más pobre, junto con las mayores restricciones de entrada en los países más ricos conducen a crear una “nueva” migración, basada en el tráfico ilegal de personas hacia los países más ricos (Sassen, 2001) Las nuevas tendencias de centralidad y marginalidad entre los países consecuencia de la globalización constituyen como define Sassen (2007) *“nuevas geografías, que atraviesan la vieja división entre países ricos y pobres. Esta nueva geografía de los centros y los márgenes que se evidencia en las grandes ciudades, tanto de países desarrollados como de naciones en vías de desarrollo, no sólo contribuye a reforzar las desigualdades existentes, sino que pone en marcha todo un espectro de nuevas dinámicas de la desigualdad”*. Por otro lado las migraciones actuales son en parte consecuencia de la brecha cada vez mayor entre los países ricos y pobres (Mármora, 2002).

Otras causas, resultan de la creciente inestabilidad de algunas regiones, a las guerras, a la injusticia social y la violencia provocan fuertes movimientos migratorios, como actualmente lo ilustra la denominada “crisis de los refugiados” que afecta en mayor medida al continente europeo.

Las migraciones pueden ser distinguidas según diversas clasificaciones, tomaremos la de la Organización Internacional de las Migraciones (OIM, 2000, 2005) que define a las migraciones como *“el movimiento de una persona de una unidad geográfica a otra a través de una frontera administrativa o política con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal”*. A su vez, distingue diversos tipos, la migración forzada interna o externa, la migración voluntaria y la migración temporal o permanente, que se definen por el tiempo de permanencia en el lugar de destino (OIM, 2012).

Las migraciones forzadas describen movimientos de personas por coacción, incluyendo amenaza de vida, bien sea por causas naturales o humanas (OIM, 2005). Se relacionan también con circunstancias de intolerancia política y cultural, violaciones de derechos humanos, tráfico de seres humanos. Los movimientos de refugiados y desplazados componen estas migraciones; Europa, en su conceptualización de Estado de Derecho continua a ser la atracción principal de este tipo de migrantes (a pesar de a la actual coyuntura anti-inmigración) En el caso de algunos países del continente africano, las antiguas relaciones coloniales con Europa tienden a funcionar hoy como canales de escape de situaciones de extrema pobreza, violencia y marginalización (Pires, 2007).

En relación a las migraciones voluntarias, son aquellas donde la persona se moviliza por voluntad propia, sin ningún tipo de coacción externa. Según la clasificación de la OIM, las mismas se clasifican en migraciones por razones de estudio, turismo o económicas. Las migraciones voluntarias son asociados en su mayoría a la esfera económica y a la mejora de las condiciones de vida, la búsqueda de trabajo, la movilidad socio profesional, la seguridad. También otros motivos como la reunificación familiar, las migraciones por amor, la atracción de una cultura diferente, la existencia de redes sociales son motivos de migraciones. Si bien las causas de naturaleza económicas continúan a ser predominantes otros motivos han aumentado en los últimos años, referidos a la violencia, persecución política y religiosa, guerras y terrorismo estas motivaciones humanitarias se relacionan con la actual “crisis en el Mediterráneo”. Siendo los motivos principales que los atraen constituidos principalmente por factores económicos, históricos, geográficos y políticos. Es decir lo que impulsa a las personas a migrar es la esperanza de un presente y un futuro mejor.

Otros motivos que pueden promover las migraciones se relacionan con las políticas migratorias implementadas por algunos países para la atracción y regulación de ciertos flujos migratorios, como por ejemplo el caso de las empresas de contratación en origen.

1.2. Teorías sobre migraciones

Las teorías clásicas sobre las migraciones han venido a ser cuestionadas en los últimos años, debido a la complejidad de la realidad migratoria actual y a la limitación que presentan estas teorías en abarcar la multiplicidad de factores que envuelven y determinan la decisión de migrar.

Tradicionalmente las migraciones internacionales eran analizadas en base a dos aproximaciones teóricas, las teorías a nivel micro a nivel macro. Las teorías micro, centran su explicación en la capacidad de los individuos de decidir de forma racional sobre su propia movilidad, siendo las motivaciones para emigrar de carácter económico, pero también social y personal, en este sentido los individuos son considerados como agentes racionales. Las teorías macro se basan en una visión estructural de las migraciones internacionales, donde se privilegian los factores socioeconómicos y las dinámicas sociales y económicas de los países emisores como receptores como principales causas de los movimientos migratorios.

Las “leyes migratorias” de Ravenstein (1885, 1889) escritas hace más de un siglo fueron una primera tentativa a la construcción de una teoría general de las migraciones, que si bien fueron muy válidas en su época, en la configuración actual de las migraciones internacionales revelan varias insuficiencias (Massey et. al, 2008).

Con todo, se rescatan de aquellas primeras leyes migratorias, la diferenciación entre migrantes temporarios y permanentes, y en particular los aportes teóricos sobre los modelos de atracción-repulsión, posteriormente avanzados en los modelos *push-pull* sobre los factores que determinan las migraciones internacionales desde una teoría explicativa de carácter económico.

Dentro de las teorías micro, encontramos las teorías *push-pull* que sostienen que los individuos toman decisiones racionales/instrumentales buscando maximizar sus rendimientos

emigrando por ejemplo a países con mejores condiciones salariales. Siendo una de las causas principales para emigrar, las diferencias económicas entre países, sea de rendimiento, condiciones de empleo o bienestar social (Castles, 2005).

Las teorías basadas en los modelos push-pull, también han sido cuestionadas en la actual coyuntura migratoria. Con todo, sus aportes en el campo de las migraciones internacionales es reconocido. Este modelo se sostiene en la existencia de factores de atracción y repulsión de los movimientos migratorios entre diferentes regiones, valorizando las disparidades económicas y las decisiones costo-beneficio de los individuos. Así la persona que decide emigrar lo hace en base a un conjunto de informaciones acerca del país de destino, donde prevalecen los factores económicos, como el nivel salarial, el mercado laboral, las condiciones potenciales de empleo (Peixoto, 2004). Asimismo existen otros factores que pueden ser considerados de atracción y que se relacionan con aspectos personales, familiares, con situaciones particulares del país de destino, como el idioma, el clima, la situación política, el acceso a la educación, la salud, el costo de vida.

Las políticas de admisión de inmigrantes, también funcionan como factores de atracción y/o repulsión, así como las políticas de reclutamiento de mano de obra que caracterizaron un período de creciente movilización de trabajadores. Los países de destino ajustan sus políticas de acuerdo a sus condiciones, así como los inmigrantes también ajustan sus estrategias migratorias en base a estas regulaciones (Massey et. al, 2008). Actualmente, las políticas migratorias son más restrictivas y selectivas privilegiando algunos tipos de inmigrantes, calificados, inversionistas, ciertas profesiones.

También dentro de las teorías micro, están las teorías del capital humano que rescatan el impacto de las migraciones a nivel individual y familiar a largo plazo, valorizan la formación y la educación y las condiciones de trabajo futuro. Si bien se basan también en una decisión individual bajo la lógica racional costo-beneficio, la misma es diferida en el tiempo (Peixoto, 2004). Se privilegia la inversión en formación, sobre el trabajo inmediato, siendo los jóvenes los que más incentivados por este tipo de migración.

A nivel micro, también existen teorías que valorizan el crecimiento personal y profesional, donde la migración funciona como un incentivo de movilidad ascendente en cierta etapa de la vida. El interés se centra en concretizar aspiraciones personales, con mejoras a nivel

profesional y personal (Peixoto, 2004). Así los ciclos de vida familiar y profesional pueden motivar las migraciones, más allá de los factores esencialmente económicos. Las personas que migran bajo estas motivaciones suelen ser personas jóvenes, en inicio de carrera y solteras cuya elección de migrar es individual.

Las teorías clásicas sobre las migraciones internacionales, que se centran en explicaciones de carácter macro, privilegian las condiciones estructurales, económicos, sociales, culturales y políticas de las sociedades de destino.

Esta perspectiva focaliza su explicación en las diferencias estructurales de carácter económico entre los países, como promotora de los flujos migratorios, que se darían entre países con peores salarios y condiciones de trabajo, hacia países que presenten mejores condiciones. Si bien esta puede ser una condición necesaria, no es suficiente para explicar las migraciones internacionales, donde surgen además de los movimientos sur-norte, otra variedad de movimientos que responden a otros factores, y que continúan en países de economías similares. Asimismo, a partir de cierto nivel de salario, las decisiones de emigrar dejan de basarse únicamente en una racionalidad economicista para incluir otros aspectos como costos emocionales y psicológicos que genera la migración (Massey et. al, 2008). En la compleja realidad migratoria actual la teoría económica neoclásica debe ser revista, ampliando los motivos para emigrar, incluso los motivos humanitarios.

También se habla de los factores demográficos como responsables de la migraciones internacionales, aunque los mismos tienen menor impacto de lo que normalmente se les asigna (Massey et. al, 2008). Las condiciones demográficas referidas frecuentemente en algunos de los países de destino, como la baja natalidad y el alto envejecimiento, pueden ser incluidos en una teoría más amplia sobre las migraciones internacionales, pero por si solos no existe evidencia que los constituya en importantes factores de atracción y/o repulsión. Es decir, las personas no migran porque reconocen estas diferencias (Massey et. al, 2008).

Mucho se ha avanzado desde entonces, con nuevas perspectivas teóricas para analizar el fenómeno migratorio internacional, incluyendo otros factores explicativos y el reconocimiento de que en la decisión de emigrar, influyen tanto factores individuales a nivel micro como condiciones y procesos estructurales del nivel macro. Los nuevos enfoques se trasladan de modelos mecánicos a formulaciones más dinámicas (Massey et. al., 2008).

Brevemente mencionaremos algunas teorías que centran su foco en la interacción entre el sujeto migrante (familia, comunidad) y su contexto geográfico, social, económico y político: la nueva economía de las migraciones, las teorías del mercado de trabajo segmentado, las teorías del capital social, las teorías del sistema-mundo y las teorías sobre la noción de causas acumulativas

En las teorías sobre la nueva economía de las migraciones, las explicaciones también son de carácter económico, basadas en las diferencias salariales, pero también se agregan otras variables como ser el capital de inversión del propio inmigrante. En este caso las decisiones de emigrar, no consideran únicamente al individuo de forma aislado, sino que se trata de estrategias familiares de largo plazo (Castles, 2005). El impacto de las migraciones en esta nueva economía también pasa por el impacto de las remesas de los inmigrantes en el país de origen, tanto para ayudar directamente a la familia en origen, como para invertir en su comunidad de origen.

Las teorías del mercado de trabajo segmentado asientan en que en la economía pos-industrial, el mercado de trabajo es caracterizado por una estructura dual o segmentada, en la que coexisten dos sectores diferenciados, uno formal o primario y otro informal o secundario (Peixoto, 2004; Castles, 2005, Massey et. al, 2008). Ambos sectores atraen diferentes tipos de trabajadores, mientras el mercado formal está compuesto mayoritariamente por trabajadores nacionales, el mercado informal se compone por trabajadores inmigrantes poco calificados. El mercado secundario no se encuentra regulado, presenta condiciones precarias y bajos salarios. Una vez que aumenta la población inmigrante de algún origen particular, pueden constituirse también los llamados enclave étnicos, que funcionan en base a la solidaridad étnica, según algunos autores esto puede constituir una tercera estructura dentro del mercado de trabajo (Massey et. al, 2008).

La teoría del sistema-mundo intenta explicar las migraciones internacionales en una base geográfica y geopolítica, pretenden analizar porque algunas regiones resultan más atractivas que otras para las migraciones. En general son las diferencias entre los rendimientos y los sistemas políticas que explican los movimientos entre regiones. En una adaptación del sistema-mundo de Wallerstein, el capitalismo globalizado genera mecanismos de desarrollo diferenciados, en regiones centrales y periféricas. Las migraciones internacionales son promovidas así por la introducción de la economía capitalista en países emergentes, donde no

existían previamente estructuras de mercados, y por la creación de un mercado global de trabajo (Sassen, 1988), donde las brechas salariales entre países centrales y periféricos se potencian, generando excedente de mano de obra y bajos salarios en la periferia y necesidad de recursos humanos en los países centrales (Peixoto, 2004).

En esta misma línea, encontramos las teorías de los sistemas migratorios, donde los lazos pueden ser históricos, políticos, coloniales, pudiéndose identificar regiones del mundo antiguas colonias, que envían mano de obra para las antiguas metrópolis, agravando aún más la brecha entre ambos (Castles & Miller, 1998).

Las teorías del capital social y las redes migratorias. Existe otro conjunto de teorías explicativas de las migraciones internacionales, que se focalizan en factores no económicos, sino de carácter social. Estas teorías sostienen que las redes familiares y de amistad, fomentan y facilitan la circulación de los migrantes (Massey et. al, 2008). El papel de las redes informales, familiares, sociales, étnicas etc., en la migración, no se restringe a la transmisión de información, sino que también resultan fundamentales en la búsqueda de empleo, vivienda y en todo el proceso de documentación y adaptación en una nueva sociedad. Estas redes también funcionan protegiendo a los inmigrantes y asegurando menos riesgos. Como señala Castles (2005), los inmigrantes suelen ir por los caminos conocidos, siendo las redes y el capital social que más contribuyen a migrar de forma segura y eficiente, enfrentando la menor cantidad de obstáculos posibles. Las nuevas tecnologías han facilitado mucho las redes entre los inmigrantes, así como los transportes. Así como en el papel de ciertas instituciones organizaciones, asociaciones de inmigrantes, instituciones de formación, agencias de empleo que pueden influenciar las migraciones. Por otro lado también existen agencias clandestinas de tráfico de inmigrantes (Peixoto, 2009).

Por último las teorías sobre la noción de causas cumulativas de la migración (Massey et. al, 2008) sostiene que las migraciones cambian el contexto social y económico en el cual se toman las decisiones a nivel individual y familiar.

Otro aspecto a referir, es la inminente transformación de las migraciones también en un negocio, en una “industria de las migraciones”, es decir como la migración también se ha transformado en un negocio internacional, desde los bancos hasta las agencias clandestinas (Castles, 2005, Salt & Stein, 1997; Peixoto, 2009). Existen en la industria de las migraciones fuertes intereses económicos, ganancias y pérdidas.

La nueva migración (*new migration*) ha sido analizada incluyen diferentes perspectivas teóricas y explicativas. En su reconocido trabajo (Castles & Miller, 2003) sistematizan estas perspectivas en articulación a cinco procesos, la globalización, cada vez más países forman parte de los destinos de las migraciones internacionales a gran escala; la aceleración, el aumento de las migraciones, también de la migración irregular; la diferenciación, la creciente diversidad de orígenes en un único país; la feminización, dado el aumento de las mujeres migrantes y su impacto y la politización, a nivel nacional e internacional (Castles & Miller, 2003).

Importa resaltar de estos procesos que caracterizan las “nuevas migraciones” el impacto de la feminización, que será abordado más adelante, que trae a la luz el papel de la mujer inmigrante y el análisis de las migraciones como un fenómeno genderizado (Hondagneu-Sotelo, 1999).

El análisis de las migraciones en perspectiva femenina, comenzó a ser relevante a partir de finales de la década del 70 con una creciente producción internacional que llama la atención para la ausencia de las mujeres tanto en las teorías sobre la explicación racional individual de las migraciones, como en las teorías que envuelven causas estructurales como principales responsables de las migraciones. En estas perspectivas clásicas la mujer era considerada como un elemento más de la inmigración familiar, sin iniciativa, ni poder de decisión (Padilla, 2013). El reconocimiento de la mujer como sujeto migrante individual y su impacto en las migraciones internacionales, exige un abordaje que integre las perspectivas macro y micro, incluyendo variables económicas y no económicas, así como la agencia individual de hombres y mujeres en sus contextos sociales, familiares y relacionales (Kofman & Sales, 2001; Peixoto, 2009; Padilla, 2013, Mahler & Pessar, 2001).

Como vimos, una de las causas más importantes que influyen las migraciones actualmente responden a las políticas de admisión y regulación de flujos de los diferentes países. Como señalan Massey et. al. (2008), en el siglo XXI las distancias entre países son más cortas, pero las barreras establecidas por los gobiernos son mayores, constituyendo un factor determinante del carácter y tamaño de la migración internacional contemporánea.

1.3. Políticas migratorias

Dentro de las políticas migratorias, encontramos diversas clasificaciones, mencionamos a modo ejemplo la de Padilla (Padilla, 2010 obets), inspirada en la clasificación exhaustiva de Mármora (2002), las políticas migratorias pueden clasificarse según sus objetivos y propósitos en políticas de: promoción (de emigración y/o inmigración), retención, regulación, integración y recuperación. Como señala la autora, *“en la mayoría de los casos, los mercados laborales y las oportunidades económicas repercuten de forma significativa en el fomento de determinados tipos de políticas, bien para atraer a migrantes o bien para favorecer su regreso, facilitando o impidiendo la movilidad”* (p. 275).

A pesar de la mayor atención prestada a las políticas migratorias, consecuencia de los cambios en los padrones migratorios a nivel mundial, la falta de respuestas adecuadas por parte de los gobiernos da cuenta de una falta de gobernabilidad de las migraciones (Padilla, 2010).

La gestión de los flujos migratorios a través de las políticas de inmigración supone más que controlar la inmigración, implica también responder adecuadamente a las necesidades internas de mano de obra, regulando la migración a través de canales efectivos de prevención, control y regulación (Pires, 2007). Lo que resulta no solo difícil de implementar, sino que puede ser cuestionable por responder a una visión puramente económica de la inmigración, sin considerar las políticas de integración. Esta supuesta regulación de las migraciones se basa, como manifiesta Pires (2007), en algunas “ilusiones” sobre la realidad migratoria: la primera se refiere a la posibilidad de restringir y controlar la entrada de los inmigrantes necesarios para cubrir las demandas del mercado de trabajo, la segunda se basa en la realización de una planificación rigurosa sobre estas demandas y la tercera asienta en la visión de una población inmigrante socialmente “pura” sin incidencia de factores sociales que afectan a cualquier población, como la marginalidad y la pobreza (p: 58).

En esta ecuación de control y regulación de los flujos migratorios, donde los inmigrantes son principalmente vistos como trabajadores en función de su utilidad y su temporalidad, siguiendo el modelo alemán del *gustarbeiter* (Massey et. al., 2008; Castles & Miller, 2003), por un lado se menosprecian otros aspectos que caracterizan los procesos migratorios y que no se definen en términos económicos. Y por otro lado, la evidencia ha demostrado que el trabajo inmigrante temporario, rápidamente se transforma en una migración permanente, en este sentido las políticas de “integración” deben surgir como prioritarias, dando continuidad y

sentido a las políticas de control y regularización. Este cambio también tiene un impacto en la concepción sobre la inmigración, ya no únicamente en términos económicos y demográficos, sino también políticos y sociales, siendo ahí donde se presentan los mayores desafíos.

Por otro lado, las políticas restrictivas de control y regulación de inmigrantes pueden también tener impactos perversos, así cuanto mayor sea la dificultad (y los riesgos) de la frontera que se atraviesa, mayor será la fijación en el destino, siendo la movilidad entre país de destino y origen muy reducida (Wenden, 2005). De esta forma se genera una selectividad negativa, así quienes tiene más recursos circularán y quienes tiene menos se establecen más rápidamente (Pires, 2007). A su vez la evidencia muestra también que las políticas más restrictivas y las fronteras más cerradas no necesariamente “frenan” los flujos migratorios, sino que contribuyen al aumento de una inmigración irregular (Wenden, 2005).

En el contexto europeo, existen diferentes políticas migratorias que responden en parte a la historia migratoria de cada país, existen países con una tradición inmigratoria y países de inmigración más reciente, como es el caso de Portugal (Padilla & Ortiz, 2012; Baganha & Peixoto, 2004). Precisamente, respecto a las políticas migratorias, Portugal, presenta una situación singular, caracterizada por la implementación tardía de políticas específicas, tanto de medidas legislativas relativas a la entrada y permanencia de extranjeros, así como medidas legislativas relativas a la integración de los inmigrantes. Así como por una marcada política de excepción respecto a la regulación de los flujos (Padilla, 2010). La gran parte de las medidas legislativas han sido de carácter reactivo, lo que lleva a que algunos autores señalen que el Estado portugués acaba por cometer los mismos errores que acusaba/denunciaba en otros Estados respecto a los inmigrantes portugueses (Backstrom, 2009).

En el contexto europeo actual, caracterizado por una fuerte polarización entre los que defienden la idea y los valores fundamentales de una Europa abierta y solidaria y los que reclaman un inminente cierre de fronteras bajo un discurso anti-inmigración, las políticas actuales se debaten en esta frágil arena política. En general los principales propósitos de las políticas migratorias en Europa son controlar, regular y restringir la inmigración, con algunas excepciones que resultan de abastecer algunos sectores económicos de mano de obra, como han sido los ejemplos de la construcción civil y el sector de la salud pública en Portugal (Padilla, 2010).

En forma muy resumida, las migraciones constituyen un fenómeno social complejo, que tiene múltiples causas y cuyo impacto mayor es la transformación social que producen en las diferentes esferas de la sociedad, tanto a nivel demográfico, económico, social, cultural y político.

Con respecto a la demografía, varios autores han resaltado el impacto positivo de las migraciones, como factor para atenuar el envejecimiento de la población, sobretodo en algunos países de Europa. En este sentido la inmigración es vista como una oportunidad para contra-restar el “dilema demográfico” del elevado índice de envejecimiento y la baja natalidad. Los índices de fertilidad y natalidad están a bajar en parte de los países europeos, entre ellos Portugal, así los flujos migratorios acaban por ayudar a combatir esta tendencia de forma de contra-restar esta tendencia. Así, los inmigrantes influyen en las alteraciones demográficas de forma directa y de forma indirecta a través del crecimiento de los nacimientos de madres extranjeras (Machado, 2007c)

A nivel económico, las migraciones contribuyen en materia macroeconómica para la sustentabilidad del sistema de seguridad social, el aumento efectivo de la población económicamente activa y el equilibrio de las cuentas públicas, entre otros (Valente Rosa et al., 2003). De hecho, las migraciones responden sobre todo a causas económicas, promovidas y sustentadas por una economía de mercado capitalista, la necesidad de mano de obra de forma que se ajuste al mercado de trabajo y sea funcional a este es también una consecuencia y soporte de un sistema capitalista. En general los inmigrantes cuando llegan al país de destino aceptan en un primer momento trabajos menos calificados y en condiciones más precarias caracterizada por salarios bajos y una mayor inestabilidad laboral, lo que sustenta también la reproducción de una economía informal.

A nivel social y culturales, las migraciones generan nuevas prácticas sociales, renuevan tradiciones y aportan diversidad lingüística y cultural, intensifican relaciones interculturales y transnacionales a través de la diáspora y promueven mayor movilidad. Las concepciones tradicionales de cultura, identidad y alteridad se ven fuertemente afectada y son confrontadas con relaciones históricas, políticas, económicas y simbólicas dominantes, sobre todo entre países de emigración y de inmigración que sostienen también otras relaciones.

Las migraciones no solamente envuelven cuestiones económicas y sociales, que implican reajustes y nuevas configuraciones sociales, sino que también responden a cuestiones políticas, la llamada “governabilidad” de la diversidad, ilustrada en el debate sobre el multiculturalismo y la diversidad cultural es un claro ejemplo de la gestión política de las migraciones internacionales y de los intereses que arbitrariamente son discutidos en torno a la “integración” de los inmigrantes. Así las migraciones constituyen un asunto político relevante, que ha pasado por diferentes fases dentro de la política europea.

A pesar del importante aumento de las migraciones internacionales y de la evidencia acumulada sobre su impacto positivo para el desarrollo de las sociedades contemporáneas, el fenómeno migratorio, continúa a generar incertidumbres, miedo y fuertes fragmentaciones dentro de las sociedades actuales. En particular en épocas de recesión económica y crisis políticas, como la que enfrenta Europa, las migraciones son vistas como una amenaza generando mayores divisiones y fuertes resistencias, tanto a nivel de la población en general como a nivel de los gobiernos. Los discursos políticos predominantemente anti-integracionistas recientes desde países como Francia, Inglaterra y Alemania con medidas cada vez más restrictivas que conducen al cierre de fronteras, favorecen el modelo de *Europa Fortaleza*, colocando en causa no solo el espíritu multicultural defendido anteriormente, sino también la solidaridad sobre la cual se funda el proyecto de la Unión Europea (Padilla & Ortiz, 2012).

El componente anti-inmigración que se dibuja en estos discursos, no solo afecta la llegada de nuevos inmigrantes, sino que trae varias consecuencias negativas para la integración de los inmigrantes que ya residen en los países europeos, siendo que se pueden transformar en el “chivo expiatorio”, constituyéndose fácilmente en objeto de culpa, el proceso de culpabilización a la inmigración por las adversidades que sufre el continente (Padilla & Ortiz, 2012).

Resulta también importante para comprender el fenómeno migratorio globalmente analizar la visión sobre la inmigración que se genera desde la metrópolis (Padilla, 2014) en el sentido de las teorías pos- o de-coloniales, así la posición asumida por Europa respecto a la inmigración puede también ser interpretada a la luz de sus relaciones coloniales y pós-coloniales. De-construir el modelo colonial e interpretar las relaciones asimétricas que se reproducen, en estos términos es también relevante para comprender las dinámicas entorno a

las migraciones. Si bien este aspecto no será detallado, constituye parte del mapa conceptual en el análisis.

2. MIGRACIONES EN PORTUGAL: HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA INMIGRACIÓN

Como mencionamos, las migraciones internacionales han crecido significativamente en los últimos años. Europa Occidental constituye hoy en día uno de los más importantes polos de atracción de inmigrantes del sistema migratorio mundial (Wenden, 2005; Castles & Miller, 2003; Massey et al., 2008). Se trata de la región de destino de la gran mayoría de los migrantes internacionales, seguido de Asia y América del Norte (UN, 2009).

Según el informe sobre las Migraciones en el Mundo elaborado por la Organización Mundial de las Migraciones del año 2011, se estima que el número de inmigrantes internacionales en el mundo asciende a 241 millones de personas, previendo para el año 2050 que se alcancen los 230 millones de migrantes (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2009). Según este mismo informe en los últimos diez años las migraciones internacionales verificaron un importante crecimiento, pasando de 150 millones de migrantes en el año 2000 a 214 millones de migrantes en el año 2010.

Esta tendencia general a nivel mundial, también se reproduce a nivel europeo, donde el número de inmigrantes para el año 2010 fue de 69,8 millones de personas, representando el 9,5% de la población del continente europeo (OIM, 2011; UN, 2009).

Es también una tendencia general contemporánea, que estos movimientos migratorios, estén constituidos por migrantes con intenciones de permanecer en los países a los cuáles se dirigen (Eurostat Yearbook 2010, European Commission, 2010a).

En el último siglo, las migraciones internacionales desde y para Europa atraviesan diferentes etapas, las migraciones transatlánticas, las inter-continenciales y las transnacionales (Padilla & Ortiz 2012). La migración intra-continental en Europa Occidental comienza en la segunda mitad del siglo XX, siendo compuesta en su mayoría por trabajadores invitados (*guestworkers/gastarbeiter*) que emigraban de países del sur de Europa, España, Portugal, Italia y Grecia y otras regiones del norte de África hacia países del norte, Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Suecia (Massey et al, 2008; Castles & Miller, 1993). Gran parte de estos trabajadores permanecen y los gobiernos europeos se ven enfrentados a desarrollar políticas

de integración de estos inmigrantes, a la vez que simultáneamente adoptan políticas de admisión más restrictivas (Massey et. al, 2008).

La crisis del petróleo de 1973, y la recesión económica mundial, marcaron un nuevo rumbo en las migraciones internacionales, en Europa el proceso de la conformación de la Comunidad Económica Europea, posterior UE, y el desmantelamiento del bloque socialista con la separación de la Unión soviética implicaron grandes cambios en el panorama migratorio europeo. Países que eran tradicionalmente exportadores de mano de obra pasaron a ser receptores, especialmente países de Europa del Sur, España, Grecia, Italia y Portugal que se transformaron en un corto espacio de tiempo en países de inmigración (Padilla & Ortiz, 2012; Peixoto, 2004). Si bien Portugal nunca dejó de ser un país de emigración (Peixoto, 2004; Márques & Góis, 2011) el fenómeno de la inmigración puede ser considerado bastante reciente.

Para comprender la situación actual de la inmigración en Portugal, es necesario entender la historia migratoria desde la emigración (Padilla & Ortiz, 2012; Márques, 2008; Baganha & Peixoto, 1997). Portugal fue durante siglos un país de tradición emigratoria. La emigración portuguesa puede ser dividida siguiendo a Padilla (2012) en cuatro fases: a) la fase trasatlántica, caracterizada por un importante flujo migratorio hacia América del Sur, especialmente Brasil y en menor escala Venezuela; b) una primera fase intra-europea, en especial para Francia, Luxemburgo, Alemania y Bélgica durante la década de 1960 y hasta 1974; c) una segunda fase intra-europea para diferentes destinos, entre ellos Suiza, España y Andorra y d) una fase producto de la crisis, caracterizada por flujos recientes de inmigrantes calificados hacia otros países de Europa, Brasil y Angola entre otros destinos (Padilla & Ortiz, 2012).

La tradición emigratoria de Portugal se mantuvo inalterada hasta entrada la segunda mitad de la década del 60 del siglo XX. Entre 1955 y 1974 con un pico en la década del 60, el total de salidas se estima en 1,6 millones, un número muy significativo para la dimensión del país (Peixoto, 2009). Una media de 150.000 portugueses emigraban por año, siendo los principales destinos, Brasil y Venezuela, seguidos en menor grado de importancia Estados Unidos y Canadá, durante la fase trasatlántica y Francia, Luxemburgo y Alemania dentro de la fase inter-continental.

Hasta finales de los años sesenta, residían en Portugal aproximadamente 25.000 extranjeros, ligados a actividades económicas como el comercio del vino de oporto, la exploración minera y otras actividades comerciales (Rocha-Trindade, 2004). La mayoría de la población extranjera era de nacionalidad española o descendientes de emigrantes portugueses, en especial brasileños (Baganha et. al, 2009). Sólo a partir de la década del sesenta, Portugal comienza a recibir los primeros inmigrantes, siendo que en las décadas siguientes, la década del setenta y del ochenta, la inmigración se torna un asunto relevante (Baganha & Peixoto, 1997; Baganha, 2009).

Este cambio de rumbo de las migraciones en Portugal, es analizado por varios autores como un pasaje claro de país de emigración para uno de inmigración (Esteves, 1991; Peixoto, 2004), siendo actualmente considerado como un país simultáneamente de emigración e inmigración (Baganha y Peixoto, 1997; Peixoto y Figueredo, 2007), con variaciones.

Dos acontecimientos contribuyen de forma sustancial para la transformación de Portugal de un país predominantemente de emigración a un país de inmigración, uno de naturaleza interna, pero con consecuencias fuera de fronteras y otro de carácter regional con fuertes repercusiones internas. Ambos predominantemente políticos. El primero es precisamente la implementación de un régimen político democrático en 1974, consecuencia de la Revolución de los claveles que pone fin a un prolongado período dictatorial. Asimismo, en ese entonces también se produce el fin del período colonial, el fin de la guerra de ultramar y la independencia de las colonias portuguesas en África. El segundo acontecimiento es la adhesión de Portugal a la entonces Comunidad Económica Europea (CEE) en el año 1986, a raíz de este hecho, la tendencia inmigratoria aumenta y se consolida y Portugal se convierte en un país política y económicamente más atractivo (Padilla & Ortiz, 2012).

El primer acontecimiento incluye, el proceso de descolonización y las alteraciones políticas iniciadas en 1974, marcan un período de importantes cambios a nivel migratorio, durante el período entre 1974 y 1976 Portugal recibe excepcionalmente, medio millón de portugueses residentes en las excolonias africanas, denominados en la altura de *retornados* (Pires, 1984).

El fin del “imperio colonial” hace retornar cerca de 295.000 nacionales que se encontraban repartidos por los países africanos colonizados por Portugal a los cuáles se juntan cerca de 205.000 africanos de esas mismas colonias, la mayoría proveniente de Angola. (Baganha et.

al., 2009; Pires, 1984). Tanto estos inmigrantes africanos, como los llegados antes del 25 de Abril de 1974, mayoritariamente de Cabo Verde, eran considerados en ese momento ciudadanos portugueses, por haber nacido en las colonias portuguesas. Con el Decreto-Ley 308-A/75 del 24 de Junio, que modifica el criterio de atribución de la nacionalidad privilegiando el *ius sanguinis* sobre el *ius soli* estos “inmigrantes africanos” hasta entonces ciudadanos portugueses pierden la nacionalidad portuguesa (Padilla & Matias, 2007; Padilla & Ortiz, 2012). Así, una parte importante de estos inmigrantes de las ex colonias adquiere la condición de no nacional de forma retroactiva con este decreto que substituye la nacionalidad por la nacionalidad del país de nacimiento o de nacimiento de los padres (Marques, 2008). A su vez la implementación de este decreto es indirectamente funcional a la inmigración irregular, ya que una vez perdida la nacionalidad portuguesa, los “inmigrantes africanos” ya residentes en Portugal pasan a ser ciudadanos extranjeros en situación irregular (Henriques, 2010).

El segundo acontecimiento relevante, es la entrada de Portugal a la Comunidad Económica Europea que genera un aumento del flujo migratorio, no sólo de países africanos, sino de otros países de Europa. Varios sectores de la economía portuguesa fueron incentivados, especialmente debido a las importantes obras de infraestructuras realizadas, lo que dinamizó en especial el sector de la construcción civil, pero también el sector de los servicios y el comercio. El crecimiento del sector de la construcción civil tuvo un impacto directo en el aumento de la demanda de mano de obra que funcionó como llamador para la entrada de inmigrantes. A finales de los años 80, la población extranjera empleada como mano de obra en la construcción civil pasa de 3% a 22% (Backstrom, 2009). Portugal se convierte en un polo de atracción de inmigrantes, situación nueva para un país hasta el momento proveedor de mano de obra (Baganha et. al., 2009). La inmigración resultante es esencialmente laboral motivada en parte por las nuevas oportunidades de trabajo resultantes del proceso de modernidad que experimenta el país. Con todo, estas señales de modernidad con cambios profundos en los ámbitos social, político y económico, una alargamiento de la escolarización, procesos de urbanización e industrialización y democratización, continúan a co-existir con dinámicas que responden a valores tradicionales. Como apuntado por Machado & Costa (1998), en la década del 90 Portugal experimenta dos lógicas distintas, que sincroniza a modernidad y la tradición, lo que denominan una “modernidad inacabada” que afecta en algunos aspectos y deja otros igual, una modernidad mal cumplida. En este sentido y dentro de los países de Europa del Sur, Portugal presenta una asimetría mayor entre clases sociales

en términos de escolaridad y una disociación la actividad empresarial y la profesionalización universitaria (Da Cruz Martins, 2005; Machado & Costa, 1998). Por un lado comparte el padrón europeo respecto a las tasas de natalidad, fecundidad y envejecimiento de la población, pero por otro presenta peores indicadores de alfabetización, niveles de educación y profesionalización, así como altos indicadores de exclusión social que aún persisten (Viegas & Costa, 1998; Machado & Costa, 1998). Respecto a la salud, como mencionaremos más adelante, es en esta época donde se produce mejora significativa de los indicadores de salud de la población.

Como señalado por varios autores (Malheiros, 2007; Baganha et. al., 2009; Peixoto, 2008, Padilla, 2010) la modernización de Portugal a partir de los años noventa aunque “inacabada” como referimos anteriormente, implicó una gran demanda de mano de obra para cubrir las necesidades a nivel principalmente de la construcción civil, grandes infraestructuras, como carreteras y puentes fueron realizados durante esos años que junto con la transición hacia una economía de servicios fueron factores fundamentales en el aumento de inmigrantes.

Durante la década del noventa, la inmigración aumenta y tiende a consolidarse. La mayoría de los inmigrantes llegados en esta década son también provenientes de las excolonias portuguesas, con especial énfasis para Cabo Verde, se trata de una inmigración poco calificada, masculinizada en el inicio, y que venía soportada por las redes de los primeros inmigrantes (Henriques, 2010). Las antiguas relaciones coloniales, la inestabilidad económica y política de países como Angola, Guinea Bissau y Mozambique funcionaron como factores de expulsión de varios de estos inmigrantes llegados en la década del 90 (Backstrom, 2009). Durante este período también llega lo que se considera un primer flujo de brasileros, aunque ya existían ciudadanos brasileros en Portugal, los exiliados (Padilla, 2007a). Este primer flujo de inmigrantes brasileros tiene un perfil socio-profesional muy diferente al de los inmigrantes laborales africanos, se trata de profesionales, en especial dentistas, publicistas y especialistas en marketing e informáticos que son rápidamente absorbidos por el mercado laboral portugués de entonces (Padilla, 2006; 2007; Padilla et al., 2015).

A finales de los noventa e inicio del milenio, los flujos migratorios se diversifican en términos de orígenes. Por un lado a la inmigración africana, mayoritariamente Cabo-verdiana se suman otras procedencias, en especial inmigrantes de Guinea Bissau, cuyo número se cuadriplica en diez años y de Angola, cuyo valor se triplica en diez años (Machado, 1997). A pesar del

aumento considerable de estos inmigrantes, los caboverdianos continuaban a ocupar la primera posición entre las comunidades inmigrantes. También en esta década se suman inmigrantes de otros PALOP, aunque en menor número, San Tomé y Príncipe y Mozambique.

Asimismo, Portugal asiste a finales de los años noventa, a un nuevo fenómeno migratorio, la llegada de inmigrante de Europa del Este, en especial de Ucrania, Rumania y Moldavia, en su mayoría a trabajar en la construcción civil. Una de las particularidades de esta inmigración es la de no poseer relaciones históricas ni culturales con Portugal, ni tampoco existir en la altura ningún tipo de política directa de incentivo para estos inmigrantes. Este flujo de inmigrantes de Europa del Este vino a modificar el padrón migratorio que hasta entonces caracterizaba a Portugal, siendo en alguna medida imprevisible e inesperado (Baganha, Marques & Góis, 2004). Si bien esta situación de llegada de una inmigración del este de Europa también se replicó de forma similar en otros países de Europa como Italia y España (Padilla & Ortiz, 2012). Algunos de los motivos apuntados por varios autores, son por un lado la facilidad de estos inmigrantes en la obtención de visas de corta duración al amparo de la convención de Schengen de 1995 que promueve una mayor libertad de circulación y por otro lado, la eficacia de las redes de tráfico de mano de obra de algunos países del este europeo en la movilización y circulación de información (Baganha & Góis, 2004; Peixoto, 2009).

Cabe señalar, que estos inmigrantes de Europa del Este llegados a Portugal en la década del noventa, solo ganaron visibilidad cuando fueron regularizados en el proceso de regularización extraordinaria del 2001, llevado a cabo durante los años 2001 a 2004 (Padilla & Ortiz, 2012), que será mencionado más adelante.

Asimismo a finales de la década del noventa, llega un segundo flujo de brasileros, con características diferentes al primero, compuesto mayoritariamente por inmigrantes con menores habilitaciones, una importante diferencia con el primer flujo radica en la inserción laboral, en cuanto los inmigrantes calificados del primer flujo de brasileros lograron una buena inserción en la mercado de trabajo, en este segundo flujo esto no sucede, siendo la inserción laboral una diferencia entre ambos flujos (Padilla et. al., 2015; Peixoto et al., 2010) Este segundo flujo presenta también otras características predominantemente emigran sin familia y se incorporan en el mercado de trabajo en los sectores de comercio, restauración, operarios y construcción civil (Padilla, 2006; Pinho, 2014).

Al final de esta década y en el pasaje de siglo, inicios 2000/2001, llegan a Portugal también inmigrantes provenientes de Asia, en especial India, Paquistán y más recientemente de Bangladesh. Este flujo proveniente de Asia si bien tímidamente ya había comenzado, en especial de India, se afirma en los últimos años y es constituido principalmente por pequeños empresarios que se insertan en el sector del comercio y la restauración (Peixoto, 2009; Oliveira, 2005).

Respecto a las políticas migratorias y de regulación de los flujos de Portugal, las mismas se caracterizan por diversos procesos de regulación extraordinarios lo que indica una clara política de excepcionalidad (Padilla, 2007), resultante en parte del propio desarrollo de la inmigración en el país, pero también de las respuestas reactivas emprendidas por el estado frente a este fenómeno.

Seguidamente presentamos una caracterización de la población inmigrante según los últimos datos publicados.

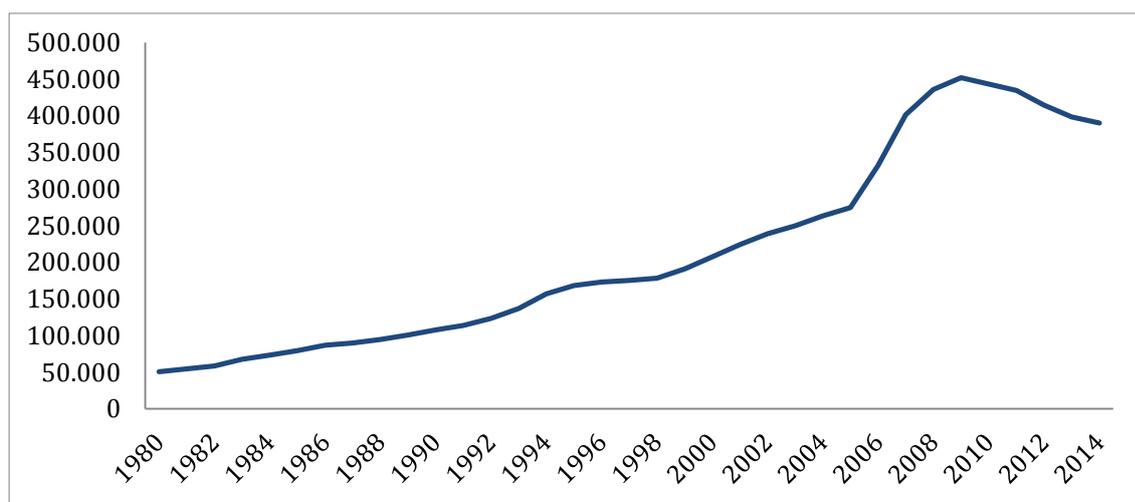
2.1. Caracterización de la población inmigrante en Portugal

Los datos estadísticos sobre la inmigración en Portugal provienen de diversas fuentes, siendo las principales, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en sus Censos de Población y el Servicio de Extranjeros y Fronteras (SEF). Existen también otras fuentes que proporcionan datos sobre inmigración dentro de la Administración Pública, como el Ministerio de Trabajo, la Seguridad Social, el Instituto de Empleo y Formación Profesional, el Ministerio de Educación y la Conservatoria de los Registros Centrales, aunque como señalan varios autores, estas fuentes no son comparables, ya que se trata de registros muy selectivos y específicos, cuyos objetivos, criterios y universos son muy diferentes, asimismo algunos de los datos no están desagregados, ni son previamente validados (Oliveira & Gomes, 2015; Padilla & Ortiz, 2012; Fonseca et. al, 2009;).

Para este trabajo utilizamos los registros provenientes tanto del SEF como del INE, especificados en cada caso.

Como presentado, la inmigración en Portugal ha crecido a partir de la década del 80 hasta la actualidad, con una ligera desaceleración de los flujos a partir del 2010, como se observa en el gráfico 1. El salto más importante verificado en los últimos treinta años de historia migratoria de Portugal se da en el año 2001, consecuencia de las regularizaciones extraordinarias. A partir del año 2001, se presenta un crecimiento constante de los flujos que se mantiene hasta 2010, donde por primera vez se observa una disminución.

Ilustración 1 : Evolución de la población residente extranjera en Portugal -1980 - 2014



Fuente: INE/SEF, 2014

A partir de 2010, el escenario migratorio en Portugal sufre algunas alteraciones, por un lado como mencionado anteriormente, se desaceleran por primera vez los flujos inmigratorios y por otro, se observa un crecimiento de la emigración, es decir aumentan la salida de portugueses para destinos europeos, como Suiza, Francia, Inglaterra y Alemania y en menor proporción para Brasil y Angola (Observatorio de la Emigración, 2013). Asimismo, a partir de este año se observa un incipiente retorno de brasileños a Brasil (Padilla & Ortiz, 2012). Respecto a las comunidades originarias de los PALOP, las mismas han venido a decrecer de forma consistente en los últimos años (Fonseca & Silva, 2010), sin ser esta disminución significativa.

Si bien estos acontecimientos tienen diferentes causas, subrayan la fuerte recesión que experimenta la economía portuguesa desde el 2009, consecuencia de la crisis económica y las medidas de austeridad implementadas durante el último gobierno.

En relación a las comunidades inmigrantes más representativas, hasta el año 2007, la mayor comunidad inmigrante fue la caboverdiana, pasando a partir de ese año la comunidad brasileña a ocupar la primera posición, lo que se mantiene hasta el presente.

La población extranjera¹ en Portugal representa el 4,2% de la población total residente en el país, variando en los últimos quince años entre el 4 y 5%. De acuerdo con los últimos datos disponibles², la población extranjera residente en Portugal en 2014 ascendía a 395.195 ciudadanos, presentando una disminución con respecto al año anterior de -1,5%, lo que se viene repitiendo desde el año 2010, con crecimientos negativos rondando los 3%.

La gran mayoría de los extranjeros continua a ser de países africanos de lengua oficial portuguesa (PALOP) a pesar de sufrir una disminución entre 2001 y 2014, en especial la comunidad cabo-verdiana y angolana. También se verifica una disminución de los flujos de los países de Europa del Este, en mayor medida de la comunidad moldava, con un crecimiento negativo de -13,3% y de la comunidad ucraniana con un retroceso de -6,8%.

Las razones de esta disminución son varias, entre ellas las principales apuntadas tanto por los organismos oficiales (SEF, OIM, OI) como por algunos autores se refieren a los efectos de la crisis económica y las medidas de austeridad implementadas por Portugal en los años recientes, así como a la alteración mundial de los flujos migratorios y la adquisición de la nacionalidad portuguesa por parte de algunos inmigrantes a través de la Ley de Nacionalidad aprobada en el año 2007.

Sobre el “retorno” de los inmigrantes a sus países de origen, se trata de un asunto poco consensuado, para el cual no existen aún datos que puedan establecer claramente una relación entre la desaceleración de los flujos y el regreso de inmigrantes a sus países de origen. En este sentido, si bien, los datos oficiales muestran una disminución del volumen de inmigrantes no necesariamente se asocian al retorno. A pesar de que varios estudios han revelado que los inmigrantes han sufrido en mayor medida las consecuencias de la crisis económica, con altos índices de desempleo, no todos los inmigrantes pretenden regresar, sino que muchos pretenden quedarse hasta resolver la situación (Padilla & Ortiz, 2012).

¹ Hablamos de población extranjera, ya que los datos oficiales (INE, SEF) utilizan este término, basado en la nacionalidad como criterio de referencia.

² Datos del Informe de Inmigración, Fronteras y Asilo del Servicio de Extranjeros y Fronteras, SEF, 2015

Otro aspecto que puede relacionarse con esta disminución del volumen de inmigrantes se refiere al aumento de la adquisición de la nacionalidad portuguesa en los últimos años. La modificación de la Ley de Nacionalidad 2007, tuvo un impacto positivo que se traduce en un importante aumento de la adquisición de la nacionalidad portuguesa, pasando de una media de 2.000 por año antes de la ley a cerca de 25.000 por año actualmente (Padilla & Ortiz, 2012). Este impacto también repercute en el volumen de población considerada extranjera de acuerdo con las estadísticas del SEF. En relación a las comunidades extranjeras que más han adquirido la nacionalidad portuguesa en los últimos años, las mismas son: Brasil, Cabo Verde, Moldavia, Ucrania, Guinea Bissau y Angola (Padilla & Ortiz, 2012).

Con respecto a las nacionalidades de origen de los inmigrantes, Brasil, se mantiene como la comunidad extranjera más representativa desde el año 2007, con un total de 87.493 ciudadanos contabilizados para el año 2014. El flujo migratorio desde Brasil ha crecido constantemente, pasando de 5.000 ciudadanos en 1980 a 115.400 en 2011, cuando comenzó un proceso de estancamiento y desaceleración hasta representar en 2014, 87.400 individuos.

Cabo Verde ocupa en el año 2014, el segundo lugar con 40.912 ciudadanos y Ucrania el tercer lugar con 37.852 residentes extranjeros. Luego estas tres comunidades extranjeras, se siguen los extranjeros provenientes de Rumanía (31.505), China (21.402), Angola (19.710), Guinea Bissau (17.981), Reino Unido, São Tomé e Príncipe e España. Por primera vez China pasa a ocupar en el año 2014 un lugar entre las cinco comunidades extranjeras más representativas en Portugal, representando el 5% del total de extranjeros. La comunidad china con una presencia cada vez mayor en Portugal, ocupando en el año 2014 la quinta posición, experimentó un crecimiento de 14, 8% respecto del año anterior.

Tabla 1 : Población extranjera residente en Portugal por principales nacionalidades

Nacionalidad	2014	%
Brasil	87.493	22,1
Cabo Verde	40.912	10,4
Ucrania	37.852	9,6
Rumania	31.505	8,0
China	21.402	5,4
Angola	19.710	5,0
Guinea Bissau	17.981	4,5

Reino Unido	16.560	4,1
S. Tomé y Príncipe	10.167	2,5
España	9.692	2,4

Fuente: SEF 2014

El análisis histórico de la evolución de las principales nacionalidades de origen a través de los Censos de Población del Instituto Nacional de Estadística de Portugal (INE) nos permite visualizar la diversificación de los flujos migratorios que ha sufrido Portugal en los últimos años.

La variación entre los registros del 2001 y del 2011 de los Censos de Población indican un crecimiento muy significativo para los nacionales de Rumania, China, Brasil y Ucrania. Las nacionalidades que presentaron un crecimiento negativo son Angola y Francia. Considerando el escenario actual, observamos una importante diversidad de orígenes, con inmigrantes de cuatro continentes, como se indica en el siguiente cuadro.

Tabla 2 : Variación 2001-2011 de las principales nacionalidades extranjeras en Portugal

Nacionalidad	2001	2011	Variación 2001-11 (%)
Brasil	31.869	109.787	+244
Cabo Verde	33.145	38.895	+17
Ucrania	10.793	33.790	+213
Angola	37.014	26.963	-27
Rumania	2.661	24.356	+815
Guinea Bissau	15.824	16.360	+3,4
Reino Unido	8.227	15.774	+92
Francia	15.359	14.360	-6,5
China	2.176	11.458	+427
España	9.047	10.486	+16
Moldavia	2.984	10.475	+251
S. Tomé y Príncipe	8.517	10.408	+22

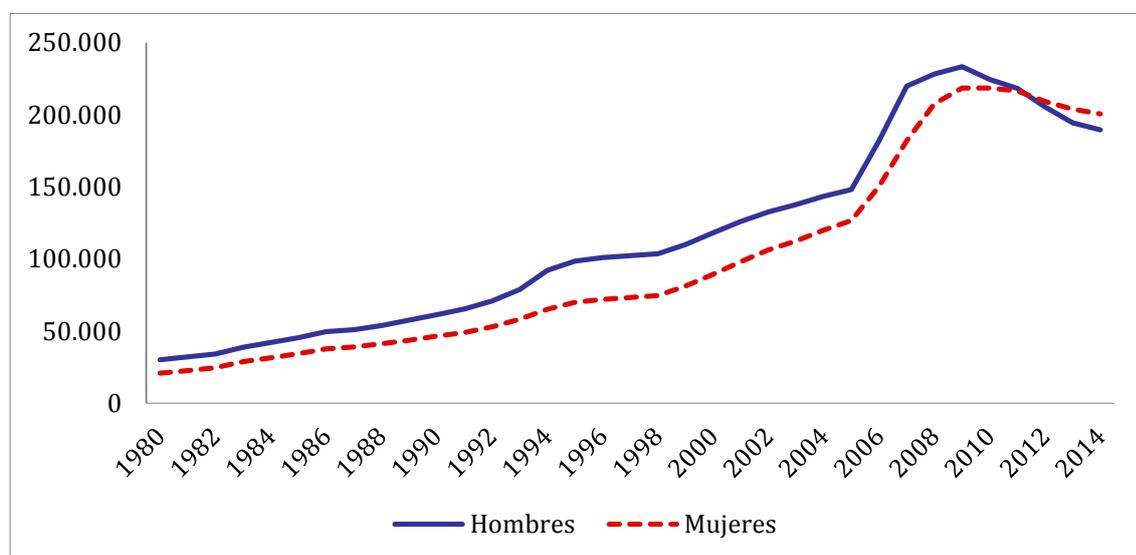
Fuente: INE, Censos de Población

Si tomamos en consideración el año 2014, según los datos del SEF, de las diez nacionalidades extranjeras más representativas en Portugal, únicamente cuatro registraron un aumento en

número de residentes comparadas con el año anterior, las mismas son: la china, la española, la británica y la de Guinea Bissau.

En relación a la distribución de género se observa en los años recientes, una tendencia a atenuar la masculinización que caracterizaba la inmigración, si bien esta relación varía según las diferentes comunidades. Una visión longitudinal nos permite observar como a pesar de la predominancia de los hombres inmigrantes respecto de las mujeres en Portugal, en los años recientes esta diferencia ha venido a disminuir.

Ilustración 2 : Evolución da población extranjera residente en Portugal por sexo



Fuente: SEF / INE 2014

Del total de la población extranjera en Portugal en el año 2014, el 48,5% es de sexo masculino y el 51,5% es de sexo femenino, se observa una feminización, comparando con los datos del año 2001, donde los hombres eran la mayoría con el 54%. En algunas comunidades, se observa una feminización, las mujeres son mayoría en Brasil, Cabo Verde y Angola, mientras que los hombres son mayoría entre los indios, paquistaneses, nepaleses y rumanos.

Con respecto a la edad, la población extranjera es más joven que la población nacional, el grupo etario entre los 20-39 años es el más representativo (173.114) con una composición de género con mayor proporción de mujeres en comparación con los hombres (53%).

Respecto a la población económicamente activa, aproximadamente el 83,5% de los ciudadanos extranjeros residentes en Portugal pertenecen a la población económicamente activa (330.107). Así cuando consideramos únicamente la población económicamente activa, el porcentaje de población inmigrante asciende de 4% a 10% de la población total residente en el país.

En relación a la distribución regional, la mayoría de los inmigrantes reside en el Área Metropolitana de Lisboa que concentra más del 50% de la población extranjera.

Los inmigrantes se concentran en las zonas urbanas y en el litoral del país del norte al sur, siendo los distritos de Lisboa, Setúbal, Faro y Porto los que concentran mayor población extranjera. En el interior del país, la presencia de inmigrantes es menos notoria, sin embargo en los últimos años se verifica un aumento en algunas regiones como por ejemplo en el Alentejo y la Beira Interior, destacando la presencia de ucranianos y rumanos (Fonseca, 2007).

En las diferentes comunidades inmigrantes, se observan diferentes padrones de regionalización. Los inmigrantes provenientes de los PALOP, se concentran en las áreas urbanas metropolitanas, en especial de Lisboa y también de Porto. La comunidad brasileña presenta una distribución geográfica más diversificada, menos concentrada por todo el territorio nacional. Dentro de los inmigrantes de Europa del Este, el padrón espacial es aún más disperso con una mayor concentración en zonas de poca inmigración, como lo son las zonas de Ribatejo en el Alentejo y la región Oeste (Fonseca, 2007).

Como referimos anteriormente, los datos presentados sobre el volumen y el flujo de inmigrantes se basan en las estadísticas oficiales sobre población extranjera residente en Portugal (SEFSTAT, INE / SEF), lo que no permite conocer datos sobre los inmigrantes que se encuentran de forma irregular en el país, según el régimen legal portugués establecido en el SEF³.

Si bien no existen datos sobre la inmigración irregular, es posible a través de estimativas conocer su número. Sabemos que en el inicio de la década del 90, cuando la inmigración

³ es inmigrante irregular aquel que cumple por lo menos alguna de las siguientes condiciones: entró sin documentación al país; permanece en el país sin documentación; permanece en el país después de haber expirado la validez de su visa de entrada o aquel que entró con documentación falsa.

laboral adquiere mayor relevancia, el 40% de los inmigrantes estaban en situación irregular. A partir de ahí es que se comienzan a implementar en Portugal políticas en materia de inmigración precisamente como consecuencia reactiva al problema de la inmigración irregular y a la necesidad inminente de regularizar a los trabajadores extranjeros, provenientes principalmente de Europa del Este que venían a trabajar en las obras de infraestructura públicas. Así, es en los inicios de los años 90, cuando comienza a gestarse una política migratoria nacional, consolidándose apenas al final de la década a partir de 1995 con el cambio de gobierno (entrada del Partido Socialista) y la consolidación de algunas iniciativas ya promulgadas en gobiernos anteriores que constituyen un marco general de política migratoria nacional en Portugal (Pires, 2003).

Como mencionamos anteriormente, la política migratoria en Portugal fue marcada por varios procesos excepcionales. Se trata de lo que algunos autores definen como una política de excepción (Padilla, 2007). En la década del 90 y principios del milenio, se llevan a cabo varias medidas para regular la entrada y salida de inmigrantes, así como procesos de regularización extraordinaria, particularmente en los años 1992/93, 1996, 2001, 2003, 2005 y 2007. Estos procesos de regularización buscan en primera instancia dar respuesta al crecimiento de inmigrantes en situación irregular, contribuyendo para su mejor integración, así como dar respuesta a las políticas y presiones internacionales.

En 1992/93 se realiza la primera regulación extraordinaria, donde el Estado reconoce públicamente la problemática de un número significativo de inmigrantes en situación irregular, así como toma una medida legislativa para su resolución. Se trata del Decreto-Ley 212/92 del 12 de Octubre, donde fueron regularizados más de 200.000 inmigrantes, sus cónyuges y sus hijos menores de 14 años. Para esta inmigración fueron también creadas diversas medidas de integración específicas (Backstrom, 2009; Padilla, 2007; Rocha-Trindade, 1995). También en el año 1993 fue promulgada una nueva Ley de Entrada, salida y permanencia de extranjeros (Decreto-Ley 59/93, del 3 de Marzo), así como un despacho de las Secretarías de Seguridad Social y de Empleo y Formación Profesional con medidas de integración social y profesional de inmigrantes (PPT, cursos de reconocimiento de diplomas, etc.).

En 1996 se lleva a cabo la segunda regularización extraordinaria y en el año 1998, se establece una nueva ley sobre el trabajo de los extranjeros (Ley nº 20/98 del 12 de Mayo) y

una nueva Ley de Entrada, salida y permanencia (Decreto-Ley 244/98 del 8 de Agosto) donde se establece el derecho de reagrupamiento familiar de las familias inmigrantes (Fonseca et. al, 2005; Baganha 2002).

En noviembre del 2001, tiene lugar un importante proceso de regularización extraordinario de inmigrantes. Para ese entonces las estimativas apuntaban para más de 300.000 inmigrantes en situación irregular en Portugal, en su mayoría de Moldavia, Ucrania, Rusia y Rumania (Backstrom, 2009). Solo al inicio del 2002 se otorgaron más de 48.000 nuevas autorizaciones de permanencia a inmigrantes en situación irregular al abrigo de este proceso y en total entre 2001 y 2003, al abrigo del mismo, se otorgaron más de 183.000 autorizaciones de permanencia, en su mayoría a ucranianos, rumanos, moldavos y rusos, así como a brasileños, los inmigrantes africanos sólo representaron un 13% en este proceso de regularización.

También en 2001, surge una nueva alteración de la Ley que reduce los tiempos de residencia para la obtención de visas de autorización de residencia permanente para los inmigrantes lusófonos y establece una nueva visa de “autorización de permanencia” (Decreto-Ley nº 4/2001 del 10 de Enero).

En 2003 es creada una nueva Ley de inmigración (Decreto-Ley nº 34/2003) donde se prioriza la integración social de los inmigrantes, a pesar de que la intención de trabar la inmigración irregular prevalece (Padilla & Matias, 2007; Padilla & Ortiz, 2012). También en ese año, como consecuencia del Tratado de Amistad, Cooperación y Consulta entre Portugal y Brasil firmado en el año 2000 (Padilla, 2007; Padilla & Ortiz, 2012) se lleva a cabo un proceso de regularización extraordinario conocido como el “Acuerdo Lula” (Acuerdo entre a República Federativa de Brasil y la República Portuguesa) que beneficia a lo inmigrantes brasileños. Fue la primera vez que en Portugal se implementó un proceso de regularización extraordinaria para una comunidad en particular (Padilla, 2007b). A su vez se beneficiaron también como el resto de las comunidades de la Ley de Inmigración 23/2007 que prevé un mecanismo de regularización más abierto (Padilla & Ortiz, 2012).

De acuerdo con lo expuesto sobre la caracterización de la población inmigrante en Portugal, podemos realizar algunas generalizaciones sobre las principales características que la definen, en comparación con la población nacional. Siguiendo el esquema planteado por Padilla & Ortiz (2012), los inmigrantes contribuyen para el rejuvenecimiento de la población, son más

jóvenes, se encuentran en la edad económicamente activa, contrapesando el envejecimiento de la población nacional. Contribuyen también para contrapesar la tendencia a la quiebra de los casamientos, siendo que el aumento de los casamientos entre cónyuges extranjeros y portugueses ha aumentado considerablemente. Así como también es de resaltar su aporte para el aumento de la natalidad, los nacimientos de madres extranjeras han aumentado en los últimos años como se especificará más adelante.

Respecto al mercado de trabajo, existen dos procesos que se han venido generalizando respecto a la población inmigrante en Portugal. Por un lado existe una bipolarización del mercado laboral, marcada por una concentración de los inmigrantes de origen PALOP en sectores de la construcción civil y de las limpiezas y por otro lado existe una concentración de inmigrantes de Europa del Este y brasileños en los servicios y inmigrantes europeos en los sectores más calificados (Peixoto, 2009). Por otro lado respecto también a la segmentación del mercado de trabajo existe una proletarización paulatina de la inmigración brasileña, es decir si bien en el inicio ocupaban puestos de trabajo de calificación media y alta, con el transcurso de los años pasaron a ocupar puestos de menor calificación (Padilla, 2007).

2.2. Caracterización de la población inmigrante de origen “africano”⁴ en Portugal

Debido al origen predominantemente “africano” de la población que compone nuestra muestra, consideramos pertinente realizar una breve caracterización de la inmigración PALOP en Portugal, ya que comparte algunas particularidades. Si bien como mencionaremos en el capítulo de la metodología, esta selección no fue intencional, resultó de los contextos donde se llevó a cabo la investigación. Dentro de la inmigración de origen africano, intentamos también centrarnos en las mujeres y en los jóvenes.

Resulta importante aclarar, que las generalizaciones siguientes sirven únicamente para contextualizar a los inmigrantes de origen africano en el panorama migratorio portugués, sin pretender reflejar la diversidad interna de las diferentes nacionalidades, ni la heterogeneidad que caracteriza los diferentes grupos sociales dentro de cada comunidad, no siendo de manera alguna exhaustivas.

⁴ Utilizamos el término africano para identificar los inmigrantes de origen de los países de lengua oficial portuguesa: Cabo Verde, Angola, Guinea Bissau, San Tomé y Príncipe y Mozambique

La comunidad “africana”, como referimos anteriormente es la comunidad inmigrante más numerosa en Portugal, agrupando todas las nacionalidades que la constituyen, en especial los PALOP (Cabo Verde, Angola, Guinea Bissau, São Tomé y Príncipe y Mozambique). Entre otros inmigrantes de origen africano, los más representativos en Portugal, son de Marruecos, Senegal y Guinea Conakry. A pesar de verificar una disminución en los últimos años, la población de países PALOP, continúa a representar la mayor comunidad inmigrante en Portugal, aproximadamente el 45% del total de los residentes extranjeros son de origen de algún país PALOP, con mayor incidencia para Cabo Verde, Angola y Guinea Bissau.

Se trata de la comunidad más antigua, con excepción de los europeos, y también de la más “establecida” en el país, en el sentido de que está constituida ya por varias generaciones (Machado & Matias, 2006; Machado, 2007). Así, los inmigrantes africanos comenzaron a llegar en la década del 60, creciendo en la década del 80 y se consolidaron en la década del 90 y principios del milenio. Los hijos nacieron en Portugal y también los nietos, siendo la única comunidad inmigrante en Portugal, exceptuando a los europeos, que cuenta con una “tercera generación”. Varios estudios han constatado la presencia de estos nietos de los primeros inmigrantes africanos, es decir entre los jóvenes descendientes de inmigrantes africanos nacidos en Portugal, se observa una parte de estos jóvenes que ya tienen descendientes (Machado, 2007; Machado & Matias, 2006; Padilla, 2011; Padilla & Ortiz, 2014)

Si bien por un lado, se observa un escenario de comunidad más “establecida”, al mismo tiempo, se verifica un continuo flujo de llegada, donde se incluyen jóvenes que vienen a vivir con familiares ya instalados o nuevas migraciones laborales influenciadas fuertemente a través de redes establecidas en Portugal.

Los motivos de la inmigración africana para Portugal en un inicio estaban básicamente relacionados con la sobrevivencia y la búsqueda de mejores condiciones de vida, escapando de la miseria y la pobreza, actualmente los motivos son otros y se relacionan también con el mito de la modernidad y sus consecuencias (Backstrom, 2009).

Composición familiar

Respecto a la composición familiar y al número del agregado domiciliario, la situación de los inmigrantes africanos se diferencia de la población portuguesa. Es decir, las familias de origen africano suelen ser más numerosas, con más hijos, y otros familiares, abuelos, tíos y cuñados

a residir en la misma casa, constituyendo así agregados domiciliarios más numerosos. Es decir es frecuente encontrar que, familiares directos y otras personas no necesariamente parientes vivan en una misma casa. Otra situación relativamente común entre los inmigrantes africanos es la presencia de familias monoparentales femeninas, es decir madres solas con hijo/s que viven solas o con la familia de origen, pero sin compañero.

Respecto de las relaciones de género, algunos estudios demuestran que las mujeres africanas son figuras centrales en el desarrollo de las familias por lo menos en una fase importante del ciclo de la vida, son las que asumen la organización y el sustento familiar, las que permanecen cuando los hombres circulan con ligaciones más leves y efímeras (Ismael, 2008). Además la mayor parte de las ayudas entre las inmigrantes son de hecho solidaridades femeninas tanto familiares e intergeneracionales, como barriales, entre amigas, vecinas, etc., coincidiendo con lo apuntado por la literatura a este respecto.

La situación escolar

Con respecto a la situación escolar, resulta interesante destacar, como lo expresan varios estudios, la diferencia en términos de trayecto escolar que existe entre los adultos inmigrantes y sus hijos.

En términos generales, los adultos y también ahora adultos mayores (abuelos) africanos llegados a Portugal en las décadas del 70 y 80 presentan niveles de escolaridad más bajos que sus hijos (Machado, 2007, 2009; Padilla & Ortiz, 2014; Padilla, 2011). Siendo que la mayoría de ellos presenta un nivel básico o inferior al básico, inclusive existe dentro de este grupo de inmigrantes, algunos casos de inmigrantes que no saben leer ni escribir, situación que también se verifica entre la población adulta mayor portuguesa con particular incidencia en el interior del país.

En este sentido, encontramos que la situación de los jóvenes descendientes de inmigrantes es sustancialmente mejor que la de sus padres, lo que también sucede a grandes rasgos entre los portugueses, es decir existe una tendencia positiva al avance escolar entre generaciones. Sin embargo analizando la situación escolar/educacional por niveles de escolaridad, observamos que si bien la mayoría de los jóvenes descendientes de inmigrantes finaliza la escolaridad obligatoria (12 años de escolaridad en Portugal), el porcentaje de jóvenes hijos de inmigrantes africanos en las universidades portuguesas es todavía muy residual. Es decir cuando comparamos los jóvenes a nivel de estudios superiores, las diferencias entre nacionales y

descendientes de inmigrantes africanos se acentúan gravemente en detrimento de los descendientes de inmigrantes. Otro aspecto a resaltar se refiere al desempeño escolar y el abandono escolar por parte de jóvenes de origen inmigrante (Seabra, 2012; Padilla & Ortiz, 2014; Roldão, 2014)

Un aspecto sin embargo es claro, los jóvenes descendientes de inmigrantes están más tiempo dentro del sistema escolar, de lo que estuvieron sus padres (Machado, 2007; Seabra, 2012; Padilla & Ortiz, 2014), o sea la experiencia de ser estudiantes forma parte de su realidad cotidiana, cuando no lo era en el caso de la mayoría de los padres. Los padres, inmigrantes africanos adultos, presentan más bajos índices de escolaridad que sus hijos, en el caso del nivel terciario, las diferencias son aún mayores, lo que tiene una fuerte repercusión en las generaciones presentes, como muestran los informes sobre educación, donde la variable educación de la madre, es determinante en el desempeño escolar de los hijos (Seabra, 2012).

La escolaridad tiene también impactos en términos de género y en el ingreso al mercado laboral. (embarazo, responsabilidad de los hijos, dejar la escuela estudiar para trabajar igual de los padres).

Las diferencias de género dentro de la comunidad africana en términos de desempeño escolar, también son notorias, donde se observa una tendencia generalizada que muestra que las jóvenes son mejores alumnas que los varones, presentando menores índices de reprobación y abandono escolar. La relación entre sistema escolar y género es bastante compleja, envolviendo diversos aspectos entre ellos, la familia y la socialización extra-escuela, que no serán desarrollados en esta tesis.

Respecto a la inserción en el mercado laboral de los jóvenes descendientes de inmigrantes, esta discontinuidad que se observa en el trayecto escolar entre padres e hijos, no se verifica tan claramente. En otras palabras, si bien los jóvenes se diferencian claramente de sus padres en el acceso a la educación, no se diferencian así tanto en el acceso al empleo. Así encontramos jóvenes con educación superior trabajando en sectores por debajo de sus calificaciones, así como también encontramos jóvenes trabajando en el sector de las limpiezas al igual que sus madres y jóvenes trabajando en la construcción civil o desempleados al igual que sus padres. El cambio notorio que se verifica en la situación escolar no se traduce igualmente en el mercado de trabajo. Sabemos también que por sí solo un mayor nivel de estudios no proporciona una mejor inserción laboral, menos aún en un mercado claramente segmentado y en recesión, afectado por una fuerte crisis económica.

La situación laboral

Si bien se trata a la inmigración africana como una inmigración esencialmente laboral, resultado de una inserción segmentada en el mercado laboral portugués, resulta también importante resaltar que en el inicio, a finales de la década del 70, llegaron también junto con la misma, familias mixtas, funcionarios de la administración portuguesa de las colonias y combatientes portugueses que fueron obligados a retornar a Portugal. Ya en la década siguiente, como mencionamos la inmigración es “típicamente” laboral, ya que viene atraída por las condiciones de desarrollo económico y político de Portugal. Es en esta década, cuando además de los caboverdianos, llegan angolanos y guineeses a ocupar los puestos de trabajos emergentes del crecimiento económico experimentado por Portugal en su entrada en la actual Unión Europea.

Tanto en la década del 80 como actualmente, la mayoría de los inmigrantes africanos adultos trabajan en trabajos poco calificados, se han mantenido en los mismos sectores de actividad a lo largo del tiempo, si bien las condiciones contractuales, bastante precarias en un inicio, han mejorado en alguna medida (Machado & Roldão, 2010). Esta inserción laboral de los inmigrantes adultos africanos, también se encuentra claramente marcada en términos de género, es decir y a grandes rasgos, los hombres trabajan en la construcción civil y las mujeres en el sector de las limpiezas, en servicios de limpieza o como empleadas domésticas. Se ha observado en esta comunidad a lo largo del tiempo una limitante importante de la movilidad socio-profesional (Peixoto, 2004; 2009). Si bien también existen grupos que trabajan en el sector de los servicios, en la industria, por cuenta propia en micro-empresarios (Malheiros, Padilla & Rodrigues, 2010; Oliveira, 2005) y en profesiones liberales, son claramente minoritarios y excepcionales dentro de la inmigración africana en Portugal.

Con respecto a la inserción laboral de los jóvenes, si bien es frecuente que reproduzcan la situación de sus padres, como hemos venido a referir, es decir se insertan en sectores poco calificados, la situación se presenta más diversificada. Así actualmente encontramos más jóvenes descendientes de africanos, en sectores de actividad más calificados dentro del mercado laboral, por ejemplo en el sector de los servicios, en el comercio, en la restauración, hotelería y funciones administrativas de empresas y servicios públicos. Algunas encuestas recientes sobre jóvenes de origen africano, así lo confirman (Padilla & Ortiz, 2014; Ortiz, 2013; Machado, 2007).

La diferencia entre los jóvenes descendientes de africanos y la generación de sus padres respecto a la inserción laboral, también se diferencia en términos de género. Mientras que en los jóvenes hombres, se observa una mayor continuidad respecto a sus progenitores en los trabajos del sector de la construcción civil, en las mujeres esta continuidad, si bien existe, es bastante menor, ya que las jóvenes se insertan menos en ese sector con respecto a sus madres (Padilla & Ortiz, 2014; Ortiz, 2013).

A pesar de la situación laboral presentada ser la más frecuente entre los inmigrantes africanos, también existe un grupo minoritario de hijos de inmigrantes africanos con niveles de estudios superiores, que se inserta en sectores de calificación intermedia y en profesiones liberales y técnicas (Oliveira, 2005; Peixoto, 2004). Sin embargo, esta situación es bastante menor si comparamos con las comunidades brasileñas y ucranianas residentes en Portugal, lo que revela que la movilidad socio-profesional ascendente entre los inmigrantes africanos es bastante menor que en otras comunidades inmigrantes (Peixoto, 2009; Machado, 2007; 2009).

Condiciones socioeconómicas

Los inmigrantes africanos en general, resultado de su persistente situación laboral en los sectores menos calificados y peor remunerados del mercado de trabajo, viven muchas veces en situaciones de precariedad y pobreza, con rendimientos bajos. Las condiciones de vivienda son también bastante precarias, en algunos barrios todavía en viviendas de autoconstrucción.

La distribución geográfica

Respecto de la concentración espacial, la inmigración africana fue en sus inicios una inmigración urbana y concentrada en la capital del país y continua a serlo hoy en día. La mayoría de los inmigrantes africanos se concentra en zonas urbanas, más de 80% vive en la región de Lisboa, y el resto en las áreas metropolitanas de ciudades como Porto y Faro (Fonseca, 2007). Las comunidades africanas a su llegada se instalan en zonas de la periferia de Lisboa, en el contorno que envuelve la ciudad, en localidades principalmente de Amadora, Sintra y Seixal y Loures) y continúan actualmente a ocupar estos mismos espacios urbanos. En este sentido se diferencia de otras comunidades inmigrantes residentes en el país como la ucraniana y la brasileña que presentan una distribución espacial menos concentrada y distribuida por todo el territorio nacional.

La identidad cultural

La comunidad africana residente en Portugal, como mencionado anteriormente proviene en su mayoría de países que fueron antiguas colonias portuguesas, por lo tanto el idioma portugués se encuentra bastante presente en su cotidiano, la mayoría de los inmigrantes africanos entiende y habla el portugués. Asimismo existen dialectos y otros idiomas que se hablan, sobretodo el crioulo de Cabo-Verde y de Guinea Bissau,

Estos inmigrantes constituyen lo que se denomina los inmigrantes lusófonos, aunque muchos de ellos no hablan el portugués, sino que se trata del idioma oficial del país de donde provienen. Este término lusófono se refiere a los países cuyo idioma oficial es el portugués. A pesar de no existir demasiado consenso sobre esta terminología, es un hecho que en documentos oficiales nacionales y de organismos internacionales es utilizado este término de lusofonia, en particular asociado a la comunidad de países de lengua portuguesa (CPLP).

El idioma es solo un componente de la cultura y de la identidad de estos jóvenes descendientes de inmigrantes, muchos otros aspectos configuran la identidad cultural de los mismos. Como ha sido evidenciado por varios estudios sobre jóvenes descendientes de inmigrantes africanos en Portugal, la identidad cultural se construye en la semejanza y en la diferencia, se articula y negocia entre África y Portugal con una fuerte componente de elementos de la cultura global (Padilla,2011; Machado, 2007; Soysal, 2000; Hall, 2003; Ortiz, 2013). Los universos culturales juveniles, los consumos y las prácticas juveniles son cada vez más mediatizadas y accesibles a gran parte de la población juvenil, sea a través de la música, del vestuario, de las redes sociales.

Existan varias evidencias sobre las semejanzas entre los jóvenes descendientes de inmigrantes y los jóvenes en general (Machado, 2007; Machado & Matias, 2006), en esta línea justamente se destaca que los hijos de inmigrantes africanos nacidos en Portugal se asemejan más a los jóvenes portugueses, de lo que sus padres se parecían a sus pares portugueses de la respectiva generación (Machado, 2007, Padilla & Ortiz, 2008). Por otro lado, también las expectativas de los jóvenes hijos de inmigrantes son mayores que las de sus padres, sumadas a sus propias exigencias, las impuestas por la sociedad.

A pesar de estas semejanzas y/o continuidades entre jóvenes descendientes de inmigrantes y jóvenes portugueses, la discriminación es vivida de forma radicalmente diferente en ambos grupos. Sabemos que los jóvenes en general pueden ser objeto de algún tipo de

discriminación por su actitud, por sus comportamientos y consumos, por su asociación a prácticas irreverentes y/o de resistencia, pero en el caso de los inmigrantes africanos, esta discriminación contiene una fuerte componente racial que la caracteriza. Un aspecto importante que caracteriza a los jóvenes descendientes de inmigrantes africanos es precisamente la racialización de la identidad, particularmente esto se relaciona con el pasado colonial de la identidad y permite reforzar una estrecha relación entre la identidad y la alteridad (Padilla & Ortiz, 2014; Padilla 2012; Machado 2004). El racismo al cuál son sujetos los hijos de inmigrantes africanos, puede ser flagrante o sutil, pero siempre tiene un impacto negativo, ya sea en la generación de sentimientos de pertenencia como en los procesos de integración social (Marques 2007; Ortiz, 2013). Así, el ser víctimas de racismo, hace que estos jóvenes se sientan menos portugueses, tanto este factor como el rechazo que muchas veces sienten de la sociedad portuguesa, contribuye a que se sientan más “africanos”, aunque muchos de ellos nunca hayan salido de Portugal (Padilla, 2011; Padilla & Ortiz, 2014).

La fuerte racialización a la cual estos jóvenes se enfrentan tiene por un lado importantes impactos negativos en la vida de los mismos, que puede conducir a situaciones de exclusión social y marginalización, mientras que por otro lado, la racialización también puede constituirse en una forma de contestación social y política, adoptando una posición de resistencia que empodera a los jóvenes (Padilla & Ortiz, 2014).

2.3. Feminización de la inmigración y su impacto en el contexto portugués

La feminización de las migraciones es evidente y su análisis necesario para comprender el fenómeno migratorio actual. Si bien las mujeres también migran y siempre lo hicieron, su papel era en general subordinado al del hombre migrante y analizado mayoritariamente en base a éste.

Claro que esta invisibilidad de la mujer no es un asunto exclusivo de los estudios migratorios, sino que forma parte también de otras áreas de las ciencias sociales. En relación a las migraciones, algunos de los textos que incorporan el análisis de género en los estudios migratorios datan de la década del ochenta, siendo muy pocos los casos considerados fundamentales, lo que ilustra además otro fenómeno como señala Padilla (2013) *“el lugar periférico que ha ocupado la producción científica de las mujeres investigadoras en la*

producción científica considerada mainstream”(p.2). Encontramos aquí también una “doble ausencia” del fenómeno mujeres y estudios migratorios, la ausencia no solo de la mujer inmigrante como sujeto de estudio, sino también de la mujer como científica social. A pesar del aumento registrado por las mujeres investigadoras en el estudio de las migraciones (Padilla, 2013).

En la actualidad asistimos a una modificación de esta tendencia. Desde los años noventa existe un crecimiento importante de la producción científica sobre la feminización de las migraciones y sobre el impacto de las mujeres en los procesos migratorios que sin embargo no se reflejan en las formulaciones generales sobre migraciones internacionales que no han conseguido incorporar su impacto (Kofman & Sales, 2001). Con todo, a pesar de que la producción científica con una perspectiva de género no ha alcanzado una centralidad en el estudio de las migraciones internacionales, resulta destacable que ha aumentado y se ha feminizado (Padilla, 2013).

Algunos de los aportes más significativos sobre el estudio de las migraciones internacionales en perspectiva de género, se centran en cambiar la mirada, es decir en pasar de un enfoque predominantemente masculino a uno que incorpora las relaciones de género y las mujeres: reconocer que las migraciones no son un fenómeno asexuado, sino “genderizado” (Juliano, 2006; Hondagneu-Sotelo, 1999; Padilla, 2013), re-valorizar el análisis de género y poder en el estudio de las migraciones (Mahler & Pessar, 2001) y reconocer el “*sexismo metodológico*” como importante condicionante de investigación en los estudios migratorios (Padilla, 2013).

Asimismo los estudios migratorios actuales pretenden analizar a las mujeres desde su papel de protagonista y activa en oposición a su papel de seguidora, (Boyd, 1989; Padilla, 2007, 2013) y a las relaciones de género desde su interseccionalidad con otros factores sociales, como la clase social y la etnicidad (Anthias, 2006; Anthias & Lazaridis, 2000).

Los pioneros fueron los estudios sobre mujeres inmigrantes, que si bien no necesariamente implican una perspectiva de género, aportaron a los estudios de género, esta “otra” visión, constituidas por las experiencias, trayectorias e impactos de la mujer migrante, a nivel familiar, laboral, social y político, tanto en la sociedad de destino como en la de origen. Estos estudios denunciaron por un lado condiciones más adversas para las mujeres inmigrantes,

aumento de las desigualdades de género y por otro lado impactos positivos de las migraciones de mujeres, entre otros la autonomía económica y la emancipación (Morokvasic, 1984).

En Portugal el análisis de las migraciones con perspectiva de género no ha alcanzado un marco conceptual adecuado capaz de contener la diversidad y complejidad que lo caracteriza, en cierta medida, el estudio de las migraciones ha sido indiferente a las perspectiva de género (Peixoto, et. al, 2006), así como al desarrollo de un enfoque teórico que la contenga. Los trabajos que se refieren a la feminización, lo hacen en su mayoría desde un enfoque pasivo o lo toman como un hecho, sin demasiadas explicaciones. Así, la feminización de las migraciones aparece relacionada con los procesos de reunificación familiar (Fonseca et. al. 2005), como con la segmentación del mercado de trabajo, cuando existen nichos laborales específicos para mujeres, como pueden serlo la industria de los cuidados, ya sea que se trate de servicios personalizados para el cuidado de personas mayores o de niños, así como el sector de la limpieza y los servicios domésticos (Padilla & Ortiz, 2012; Wall et. al., 2006). En este tipo de enfoque las mujeres inmigrantes continúan a ser relegadas en una función de seguidoras de sus maridos/padres en el proyecto migratorio familiar, esta visión sobre la migración se sustenta en un modelo de familia tradicional y patriarcal, donde las decisiones de la esfera pública pertenecían únicamente al hombre, siendo “obligación” de la mujer acompañarlo. Este modelo familiar, claramente ultrapasado en nuestros días, a través de la “conquista” que llevaron a cabo las mujeres por espacios que les eran negados, continúa todavía vigente en los imaginarios, influenciando actitudes y comportamientos tanto de hombres, como de mujeres. Como mencionamos, incorporar el análisis de las relaciones de género al interior del fenómeno migratorio, implica no solo incorporar a las mujeres como sujetos migrantes y desarrollar un abordaje que las contenga en su protagonismo, sino también combatir fuertemente los estereotipos de mujeres inmigrantes como víctimas y acompañantes pasivas que aún hoy predominan en algunos sectores, donde la mujer que emigra de forma independiente es socialmente desprestigiada.

A nivel individual, las migraciones pueden tener impactos positivos y/o negativos para los inmigrantes, pero no serán los mismos si se trata de mujeres o de hombres. Según algunos estudios sobre migraciones y género, los efectos de la migración para las mujeres inmigrantes pueden ser tanto beneficiosos como perjudiciales. Dentro de los primeros, se destaca la obtención de autonomía e independencia económica, libertad, (UNFPA, 2006), la mejora de la calidad de vida de ellas y sus familias. Por otro lado, las migraciones también pueden

funcionar como un factor de *empowerment* (Topa, et al, 2010; Padilla, 2008; 2013) para las propias mujeres y para sus familiares en origen, en el sentido de su rol de sustento de los hijos y/padres que permanecen a través del envío de remesas que contribuyen para mejores estudios y cuidados de salud de sus familiares (Backstrom, 2009).

Dentro de los impactos negativos, las migraciones también desafían los roles tradicionales, acentuando las desigualdades de género (Topa, et al, 2010; Morokvasic, 1984). Así, resulta importante rescatar el enfoque de la interseccionalidad (Anthias, 2006) mencionado anteriormente, ya que las relaciones de género son indisociables de otros aspectos como la clase social, la etnicidad, la identidad que configuran la feminización de las migraciones.

Otro aspecto negativo relacionado a la inmigración de las mujeres se refiere a que las mismas sufren mayores dificultades de adaptabilidad e integración en las nuevas sociedades, así como también mayores procesos de exclusión y aislamiento (Boyd, 2006; Padilla 2008). Esto puede estar relacionado con el aumento de la pobreza en las mujeres; las mujeres en general tienen menos acceso a informaciones calificadas, menos autonomía y poder de decisión y menor preparación para enfrentar un proceso de inmigración solas con las condiciones adversas que trae aparejado (Boyd, 2006, Omelaniuk, 2005; Padilla, 2008). En contextos de pobreza y de acceso limitado a la educación y a la salud, las mujeres tienen menos capacidad de decisión sobre su movilidad (Dias, et al, 2009) y su futuro.

Otro aspecto que coloca a las mujeres inmigrantes en situaciones de vulnerabilidad en contexto migratorio se refiere a la precariedad laboral, lo que implica muchas veces que las mujeres se encuentren más expuestas a desempeñar actividades de menor calificación, ocupando empleos manuales y mal remunerados del sector informal, sin protección social. Como señala Sassen (2007), las mujeres inmigrantes son importantes actores de las nuevas economías informales de las grandes ciudades globales. La dependencia y vulnerabilidad social derivada de estas situaciones de trabajo precario, pueden incluso conducir a situaciones de explotación laboral, convirtiendo a las mujeres inmigrantes en víctimas de explotación sexual, violencia y tráfico (Rosário et. al, 2011).

Son frecuentes también situaciones entre las mujeres inmigrantes, de dependencia económica y jurídicamente (por el estatuto legal de los mismos) de sus maridos y/o compañeros lo que puede generar mayores dificultades en el reconocimiento de sus derechos fundamentales (UNFPA, 2006; Topa, et. al, 2010) Por diversos motivos, como señalan Castles & Miller (2003) en la nueva era de las migraciones, el trabajo femenino en la economía global, recae en

el sector de los servicios, con destaque para el cuidado de niños y ancianos, el trabajo doméstico y la industria del sexo.

La persistente invisibilidad de las mujeres inmigrantes contrasta con su aumento en términos numéricos y con su impacto a diferentes niveles del proceso migratorio global, que continúa a estudiarse como un fenómeno predominantemente masculino o neutro, donde las mujeres acaban por contar únicamente como números (Amancio, 2002, Padilla, 2007a). A pesar de que la feminización debe ser entendida más allá del sujeto mujer como migrante e incluir una perspectiva de género más amplia (Padilla, 2013), en la práctica la feminización de las migraciones acaba por ser un tema con más retórica que practica efectiva, que se discursa más de lo que se asume/incorpora, tanto desde la política, como desde la academia. Lo que arriesga a convertirlo en un tema formal y políticamente correcto, carente de contenido crítico y transformador.

Como hemos venido a referir, la situación de la mujer inmigrante no es del todo comparable a la del hombre, y genera problemáticas específicas que es necesario conocer con mayor profundidad para poder intervenir. La necesidad de reconocer esta perspectiva ausente tanto en la investigación como en la política es fundamental para construir una ciencia inclusiva en todos los sentidos (Padilla, 2013) y diseñar políticas capaces de contener esta problemática.

La importancia de las mujeres en las migraciones contemporáneas es demostrado por diversos estudios de forma evidente, sabemos hoy en día que cada vez más mujeres emigran de forma independiente, ya no solo y únicamente como madres y/o esposas de inmigrantes varones (OIM, 2006; UNFPA, 2006). Según el *International Migrant Stock* (UN, 2010) se estima que existen más de un millón de mujeres migrantes en todo el mundo, siendo que en el continente europeo la mitad de los inmigrantes residentes actualmente son mujeres (UNPD, 2009). De acuerdo con el informe *A Passage to Hope* el número de mujeres que emigran solas aumentó significativamente en los últimos años, lo que genera nuevos desafíos a nivel de las políticas migratorias. Precisamente respecto al ámbito de la salud este mismo informe llama la atención para mayores riesgos y vulnerabilidades en materia de salud de la inmigración femenina (UNFPA, 2006, UN, 2004 *Women and International Migration*).

Analizando la situación de Portugal, existe evidencia que comprueba que al igual que otros países sigue también esta tendencia y asiste en los últimos años a una *femenización* de la migración (Padilla, 2008; Castels & Miller, 2003).

Durante los primeros ciclos migratorios la mayoría de los inmigrantes eran de sexo masculino. A lo largo de los años y de los diferentes ciclos migratorios esta tendencia se ha ido atenuando. La masculinización de las primeras fases era significativamente mayor a lo que es actualmente, siendo el aumento de las mujeres inmigrantes significativamente mayor en los últimos años. Entre 1999 y 2009, las mujeres crecieron 158% en cuanto los hombres lo hicieron 110% (Malheiros et. al, 2010).

Considerando las comunidades inmigrantes más representativas, observamos que existen comunidades más feminizadas, como es el caso de Brasil y Cabo Verde, según los datos del año 2014 las comunidades con mayor proporción de mujeres son Brasil, Cabo Verde, São Tomé y Príncipe y Angola. Mientras que las que cuentan con una proporción mayor de hombres son Rumania y Guinea Bissau.

Tabla 3: Población extranjera residente en Portugal por sexo, 2014

Nacionalidad	Total	Hombres	Mujeres	% Mujeres
Brasil	87.493	33.956	53.537	61,2
Cabo Verde	40.912	19.679	21.817	53,3
Ucrania	37.852	18.679	19.173	50,7
Rumania	31.505	17.305	14.200	45,1
China	21.402	10.984	10.481	49,0
Angola	19.710	9.256	10.460	53,1
Guinea Bissau	17.981	9.830	8.151	45,3
Reino Unido	16.560	8.647	7.913	47,8
S.Tomé y Príncipe	10.167	4.591	5.576	54,8
España	9.692	4.937	4.755	49,1

Fuente: SEF 2014

Así, las mayores comunidades inmigrantes en Portugal, como fue referenciado anteriormente son la brasilera, la caboverdiana y la ucraniana. Dentro de estas tres comunidades las tendencias han variado a lo largo del tiempo, inclusive su composición de género, manteniendo tanto Brasil como Cabo Verde una tendencia hacia la feminización a diferencia de Ucrania cuyo padrón migratorio es marcado por una masculinización inicial que se acaba

por transformarse con el tiempo en una relación de paridad entre ambos sexos a través de los procesos de reunificación familiar.

En relación a la edad y a semejanza de lo que sucede respecto de la población inmigrante en general, las mujeres inmigrantes son jóvenes, la mayoría se encuentra entre los 20 y 39 años de edad.

Las mujeres inmigrantes en Portugal, también están más expuestas a situaciones de precariedad laboral, se insertan en un mercado de trabajo segmentado, ocupando nichos de trabajo específicos. Están también sujetas a prácticas de discriminación de género basadas en las imágenes sociales que “definen” a las mujeres brasileñas, africanas, ucranianas en la sociedad portuguesa.

Respecto a la salud y en particular a nivel de la salud materna, la feminización de las migraciones tiene importantes impactos, exige nuevas respuestas y abordajes diversos. Las inmigrantes como vimos, son en su mayoría jóvenes, donde la salud sexual, reproductiva, materna e infantil es fundamental. Como analizaremos más adelante, el acceso de las mujeres inmigrante a los cuidados de salud, se encuentra condicionado por diversas barreras, así como la relación con los profesionales de salud es compleja y se encuentra agravada por varios motivos, entre ellos el desconocimiento de la realidad social de las mujeres inmigrantes, lo que trae aparejado varios riesgos en términos de salud, pero también en términos de inclusión social y ciudadanía.

3. MIGRACIONES Y SALUD: EL IMPACTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

“Health inequities exist because the wrong policies are in place.”

Margaret Chan WHO Director General

En la primera parte de este capítulo se presentan los determinantes sociales de la salud y su relación con las desigualdades de salud. Para ello nos basamos en las teorías que sostienen que las causas fundamentales de las desigualdades en salud son sociales, además de mediadas por factores genéticos y ambientales.

En una segunda parte se analizan el contexto de las migraciones y la salud, considerando la inmigración como un importante determinante social de salud, centrándonos en la salud de las mujeres inmigrantes.

En la tercera parte se presentan algunas de las respuestas implementadas para adaptar los servicios de salud a la diversidad, sus potencialidades y limitaciones, finalizando con una propuesta que combina varias perspectivas.

3.1. Las desigualdades sociales como responsables de las desigualdades de salud

Según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales, en particular las desigualdades sociales son la primer causa de las desigualdades en salud y constituyen importantes obstáculos en la consolidación e implementación de una equidad en salud (CSDH, 2008; WHO, 2010; WHO, 2014). Así resulta evidente que para mejorar la salud, se deben mejorar las condiciones sociales y que las desigualdades de salud responden más a cuestiones de naturaleza política y no únicamente al avance de la investigación médica científica. Precisamente, el impacto de las condiciones sociales en salud, pretende llamar la atención sobre la naturaleza política de las desigualdades de salud.

Los determinantes sociales de la salud son una importante componente del nuevo paradigma de la salud surgido a partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978 donde la salud es entendida, en su concepción holística, relacionada con el bienestar físico, mental y social e indisociada de los determinantes sociales de salud (la alimentación, la vivienda, la educación, los medios de subsistencia adecuados, un ecosistema estable, recursos sustentables, ciudadanía, justicia social y equidad). De esta forma, la concepción de salud trasciende el punto de vista meramente biológico o físico y se relaciona más con aspectos psicológicos, emocionales y comportamentales. En este sentido las políticas de salud y los cuidados de salud primaria pasan de un paradigma puramente curativo y preventivo a uno centrado en la promoción y educación de salud (Lindström & Eriksson, 2011). Esta “nueva” política de salud basa su intervención, más que en los aspectos físicos y epidemiológicos de la salud en los aspectos sociales, culturales, rescatando la importancia de los estilos de vida. Así, en esta misma línea, se privilegian, los estilos de vida saludables y la calidad de vida, la salud se concentra más en la promoción de la salud y el bienestar social (Padilla, et. al, 2013). El último informe de la OIM, *Health 2020* es un claro ejemplo de esta nueva visión que llama la atención hacia las poblaciones saludables, analizando las condiciones que determinan estos estados de salud (*healthy status*).

Por otro lado, esta nueva visión de la salud pública, implica también un mayor compromiso de todos, la salud es vista más como un recurso para la vida y no como una finalidad, en este sentido los individuos deben estar aptos para identificar y satisfacer sus propias necesidades de salud, siendo uno de los objetivos de la promoción en salud precisamente aumentar la capacidad de los individuos de controlar su propia salud y mejorarla (carta de Ottawa, 1986).

Los determinantes sociales de la salud son reconocidos a varios niveles y han sido ampliamente estudiados. A mediados de la década del 70, en un estudio sobre las perspectivas de salud en Canadá, realizado por Lalonde (1974), considerado como el propulsor del modelo actual, se apunta para un modelo de salud según el cual, la salud es determinada por la interacción de cuatro variables: en primer lugar, por la biología humana (factores genéticos, edad, género); en segundo lugar el medio ambiente; en tercer lugar por el estilo de vida y en cuarto lugar por el sistema de salud en cuanto cobertura y accesibilidad.

Siguieron varios estudios que contemplan la importancia de las variables sociales en la salud de los individuos, que demuestran que la salud varía en relación a factores sociales,

diferencias culturales, factores socio-económicas, condiciones de trabajo, condiciones de vivienda, actividades de tiempo libre y educación entre otras. Asimismo resultan también importantes las variables relacionadas con la accesibilidad y funcionamiento de los servicios de salud y con la cobertura de los sistemas de salud, así como la intervención de las políticas de salud.

Un estudio realizado en el Reino Unido de Ewles & Simnett (1999), concluye que frente a cualquier enfermedad, las personas de clases socioeconómicas más altas, tienen más posibilidades de evitar la enfermedad, comparadas con las clases socioeconómicas más bajas, verificando también diferencias entre hombres y mujeres. Confirmando que la clase social, la ocupación, las condiciones económicas y el género constituyen importantes determinantes de salud (Ewles & Simnett, 1999, citado Carvalho, 2002).

La influencia de los factores sociales, además de los meramente biológicos (genéticos) o físicos (ambientales) en la salud, es ampliamente reconocida y llevó al desarrollo de varios modelos de la salud (Macdowall & Davies, 2006). Uno de los modelos de determinantes de salud más utilizados, tanto por organismos internacionales, como en documentos políticos, es el modelo “Arco-iris” (*rainbow model*) desarrollado por Dahlgreen & Whitehead (1991) difundido por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).

Este modelo ilustrado bajo la forma de arco-iris, contiene arcos concéntricos de influencia sobre la salud del individuo, donde en primer lugar encontramos los factores inalterables, la edad, el sexo y los factores genéticos o hereditarios, seguidamente encontramos tres arcos que contienen los factores potencialmente modificables, también según grados de influencia, en el primero se encuentran los factores individuales y de estilo de vida, en el segundo las redes sociales y comunitarias y en el tercero las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales, representados por: la agricultura y la producción alimentaria, la educación, el ambiente de trabajo, las condiciones de vida y de trabajo, el desempleo, el agua y la higiene ambiental, los servicios de salud y la vivienda.

Figura – Diagrama de los determinantes sociales de salud – *Rainbow model*



Fuente: Dahlgren & Whitehead, Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, 1991

Este diagrama reafirma la idea de que la salud es social, (o al menos socialmente padronizada), y refuerza la visión holística de la salud. Resulta claro que las políticas de salud deben centrarse no solo en promover los servicios de salud, sino en combatir las desigualdades sociales.

Las desigualdades sociales afectan la salud y son producto de programas y de políticas sociales deficientes (WHO, 2009) y pueden superar inclusive las carencias económicas, como demuestran indicadores que señalan que los países más igualitarios son los que tienen mejor salud y no precisamente los más ricos (Lema Añón, 2012). Varios estudios han llegado a este mismo resultado, demostrando que son las sociedades que tienen menos diferencias entre los rendimientos aquellas que presentan mejores niveles de salud y no las más ricas. En este sentido, podemos afirmar, que la respuesta para obtener mejores resultados de salud es principalmente de naturaleza política (Ewles & Simnett, 1999).

Los determinantes sociales de salud han adquirido en las últimas décadas una importancia creciente, dando origen a una producción científica y académica sistemática y consistente.

Respecto a la salud de los inmigrantes, los estudios más recientes también hacen referencia a la influencia de los determinantes sociales de salud, la importancia de las condiciones de vida ha ganado cada vez mayor relevancia en el análisis de la salud de las poblaciones inmigrantes. La literatura apunta precisamente que la migración conlleva diferentes procesos que tienen

impactos en la salud, como ser el propio proceso migratorio, el proceso de adaptación a otra sociedad, el proceso de búsqueda de empleo y de vivienda, las pérdida y ruptura de lazos familiares y sociales.

Precisamente, el informe de la “Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS llama la atención para los procesos de exclusión social como la principal causa de desigualdades en el acceso y la calidad de los cuidados de salud, no solamente en inmigrantes y en minorías étnicas, sino también en otros grupos en condiciones vulnerables. Concluye que la exclusión social constituye, así un de las principales causas de las desigualdades de salud (CSDH, 2008). Además de las situaciones de vulnerabilidad consecuentes de la pobreza y marginalidad, otras situaciones se revelan importantes para los inmigrantes, como son las condiciones de vivienda, el trabajo precario, la discriminación, el estatuto legal y la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud (Padilla et. al, 2015; Ingleby, 2009; Padilla & Miguel, 2009)

Considerando el impacto de las migraciones tanto para los inmigrantes en sí, como para las sociedades de destino (AMAC, 2009; Padilla 2013), coincidimos con la premisa cada vez más generalizada de que la migración constituye en si misma un importante determinante social de la salud (Carballo et. al, 1998; Ingleby, 2012; Padilla, 2013; Rechel et. al, 2011). En términos generales, las poblaciones inmigrantes están más expuestas a peores condiciones de vida, asociadas a situaciones de pobreza, injusticia, déficit de educación, inseguridad, violencia, malnutrición, marginación y discriminación. La mayoría de los inmigrantes en general a su llegada, viven en viviendas precarias, con falta de infra-estructuras básicas y en barrios bastante deteriorados. Sumando a estas condicionantes, la experiencia migratoria coloca a los inmigrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad.

El acceso a los cuidados de salud y a la protección social también funciona como importantes condicionantes. En este sentido y siguiendo la misma línea de análisis se confirma que los principales obstáculos para garantizar el derecho a la salud están más relacionados con aspectos políticos y sociales que con aspectos médicos y de investigación científica. Resulta así claro, que las políticas de salud no solo deben centrarse en mejorar los servicios de salud, sino que deben ir más allá y focalizarse en las situaciones de exclusión social, educación, empleo y vivienda de los inmigrantes como primera causa de desigualdad en salud (Rechel et. al, 2011).

A su vez, la salud de los inmigrantes, es un importante factor para la integración social de los mismos, siendo así sería necesario mayor diálogo entre las políticas de salud y las políticas de integración para poder comprender el alcance y el impacto que las desigualdades sociales tienen en la salud de las poblaciones inmigrantes.

Varios trabajos científicos se han centrado en el análisis de estos determinantes de salud en el caso de las poblaciones inmigrantes, llegando a resultados similares. Aspectos como la trayectoria migratoria, la ruptura de lazos afectivos, los problemas de adaptabilidad a una nueva sociedad y las dificultades de acceso a los cuidados de salud son las primeras causas de una peor salud (Padilla 2009; 2013, Dias et al., 2008, Backstrom, 2009), superando en grado de importancia a las prácticas y comportamientos saludables. Pasando el período de adaptación, muchos inmigrantes presentan situaciones más desfavorables, condiciones de trabajo y vivienda precarias y procesos de exclusión social y marginalización que afecta también su salud.

La evidencia que analizaremos a continuación proviene tanto de estudios e investigaciones científicas, como de organismos internacionales y coincide en la importancia de los determinantes sociales de salud.

3.2. La salud de los inmigrantes desde una perspectiva sociológica

En esta segunda parte, analizamos la salud de los inmigrantes relacionadas con las condiciones sociales, pensando la salud desde una perspectiva sociológica y considerando la condición de inmigrante como un importante determinante social. Para ello realizamos una revisión de la literatura a nivel europeo y nacional, centrando el foco en las mujeres inmigrantes y en su acceso a los cuidados de salud materna.

Dentro de las ciencias sociales, la mayoría de los estudios sobre la salud de los inmigrantes provienen del área de la antropología médica, de la sociología y de la psicología social. En relación a las temáticas, prevalecen los estudios sobre salud mental y salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva.

Considerando los estudios de los últimos años, se observa que dentro de la antropología, la mayoría de las cuestiones investigadas se relacionan con los consumos terapéuticos, los saberes tradicionales, las prácticas de salud populares y las enfermedades de salud mental. Las investigaciones derivadas de la antropológica, centran su visión en las representaciones, percepciones y significados de la salud y la enfermedad, en particular en algunos grupos o comunidades de inmigrantes.

Por su parte dentro de la sociología, los estudios sobre el estado de salud de los inmigrantes se relacionan más con las actitudes, experiencias y comportamientos de ciertas poblaciones en relación a la salud, con las desigualdades de salud entre la población inmigrante y la población nacional, la evaluación de necesidades de salud (*assessment of health and social needs*), el funcionamiento de los servicios de salud, el acceso y la calidad de los cuidados de salud entre otras temáticas.

La salud de los inmigrantes como problemática sociológica es bastante reciente. Tradicionalmente los estudios sobre el impacto de los inmigrantes en las sociedades de destino centraba su atención en otras dimensiones sociales, en particular en el mercado laboral, las remesas, las relaciones sociales (inter-étnicas), el sistema escolar, las transformaciones urbanas, la (re)construcción de identidades multiculturales e inclusive la participación política. La temática de la salud de los inmigrantes y su impacto en los servicios de salud era menos considerada.

Actualmente, existe mayor evidencia que permite conocer mejor la salud de los inmigrantes y el impacto de los determinantes sociales en la salud de los mismos. Si bien hacen falta estudios más amplios y sistemáticos sobre el asunto. La evidencia que existía sobre la salud de los inmigrantes no era tampoco del todo consensuada, en algunos casos los inmigrantes eran mayoritariamente vistos como portadores de enfermedades (Padilla, 2013) y en otros casos eran considerados potencialmente más saludables, en lo que se dio a conocer como el *migrant health effect*, es decir presentando indicadores de salud por encima de la media de la población nacional del país hacia el cuál emigraban. Siguiendo esta línea algunos de los informes europeos también destacan el aporte “positivo” de la inmigración, en el sentido de contra-restar las bajas tasas de fecundidad y natalidad de algunos países europeos, privilegiando una visión sobre la salud de los inmigrantes de oportunidad, otros por el

contrario ven la inmigración más en el sentido de amenaza, centrándose más en las enfermedades emergentes de la inmigración y en los comportamientos de riesgo asociados.

Varios factores confluyeron para el surgimiento de esta nueva preocupación europea sobre la salud de los inmigrantes, en primer lugar el aumento de las migraciones internacionales en un corto período de tiempo en algunos de los países, lo que ocasionó una heterogeneidad de orígenes, edades, estatutos sociales y tipos de inmigración, sin precedentes en la historia (Padilla et al, 2013) configurando un escenario de padrones de comportamiento, hábitos y prácticas de salud diversos. Este crecimiento de las migraciones y sus consecuencias obligó a los estados a adaptarse rápidamente a las nuevas necesidades a través de respuestas más reactivas que de estrategias propiamente programáticas.

En segundo lugar, la concepción de salud y bienestar de salud ha cambiado, resaltando la importancia de la salud como derecho social y humano promulgado por diferentes convenciones internacionales (UN, 1948; OMS, 1986). Esta visión de la salud, a su vez, asienta en un modelo más holístico, que no solo se refiere a la ausencia de enfermedades, sino al bienestar físico, mental y social, donde las dimensiones socioeconómicas, culturales, ambientales, afectivas y emocionales cobran una mayor importancia. Así la justicia social, la ciudadanía y la equidad se constituyen también en prioridades en términos de salud. El acceso a la salud también se constituye en un prerrequisito para la efectiva integración de los inmigrantes en las sociedades de destino (Ingleby, 2008; Fonseca & Malheiros, 2005). Así, la estrecha relación entre salud e integración es reconocida, siendo el acceso a la salud y la salud de los inmigrantes indispensable para asegurar una participación de los inmigrantes en las sociedades (WHO, 2014). Precisamente esta dimensión de la salud fue incorporada en el último informe del MIPEX sobre la integración de los inmigrantes en las sociedades de destino, como un importante componente.

En tercer lugar, a pesar de la creciente producción, la mayoría de los estudios sobre los países de la Unión Europea llaman la atención sobre la necesidad de mayor conocimiento, considerando que los datos continúan a ser pocos, muy recientes y poco sistemáticos (Rechel et al. 2011; Padilla & Miguel, 2009; Ingleby, 2009; Rafnsson & Bhopal, 2008; Mighealthnet, 2009). Asimismo, diversos informes europeos e internacionales confirman la escasa información sobre la salud de los inmigrantes y sobre el acceso a la salud en los países de la Unión Europea, lo que impide comparaciones y medidas conjuntas (la Comisión Europea de

los determinantes sociales de salud (CSDH), del Consejo de Europa y la Comisión Europea, Oficina regional europea de la WHO Organización Internacional de las Migraciones, OIM). La ausencia de datos sobre la salud de los inmigrantes a nivel europeo, la falta de monitorización y evaluación sobre las condiciones de acceso, dificulta el surgimiento y la implementación de medidas efectivas para la adaptación de los servicios de salud a esta nueva realidad. Esta falta de información sumada a una intensificación de los flujos migratorios se convierte en un desafío a nivel de la salud pública que es necesario colmar (Padilla & Miguel, 2009; Carballo et. al, 2009; Dias & Gonçalves, 2007; Ingleby, 2006, 2009; Padilla et. al 2014).

Además de la poca información, también existen algunas dificultades metodológicas, en los procesos de levantamiento de datos, con criterios metodológicos no claramente especificados y falta de sistematización de la información (Mighealthnet, 2009; Rechel et al. 2011; Padilla & Miguel, 2009). Si bien en algunos países europeos se registra esta información, las posibilidades de estudios comparativos es muy limitada, debido a las varias definiciones y contabilizaciones sobre quiénes son los inmigrantes en los diferentes países, lo que conduce a desafíos conceptuales y metodológicos que condicionan los resultados (Rechel et al. 2011; Salt, 2006; Padilla & Miguel, 2009; Ingleby, 2009) Asimismo, otra dificultad de los registros a nivel europeo sobre la salud de los inmigrantes, es que la misma no contienen información sobre las poblaciones más vulnerables como los inmigrantes irregulares (Rechel et al. 2011), tratándose de estudios demasiado selectivos, con muestras demasiado pequeñas y con alguna inconsistencia entre los resultados.

Con todo, tomando en consideración la evidencia a nivel europeo de estos últimos años, se vislumbran algunas tendencias generales. Sin embargo, estas tendencias deben ser tomadas con cautela, debido a sus limitaciones.

La tendencia general evidenciada por la mayoría de la literatura nos muestra que existen desigualdades de salud tanto en términos de indicadores de salud como en relación al acceso a la salud de los inmigrantes (Fernandes & Miguel, 2008; Padilla & Miguel, 2009; Rechel et al, 2011; OIM, 2012; WHO, 2010, 2015). Es decir, la mayoría de los estudios a nivel europeo, incluyendo Portugal, apunta para la existencia de desigualdades en salud, siendo los inmigrantes los que enfrentan mayores problemas de salud y mayores dificultades de acceso a los cuidados de salud, lo que se traduce también en peores indicadores de salud (Carballo &

Neruker, 2001; Rechel et al, 2011, AMAC, 2009; WHO, Regional Office for Europe 2010; Padilla et. al, 2014; Padilla, 2013; Fonseca et al, 2009).

La evidencia también señala que dentro de los inmigrantes en general, existen algunos grupos sociales más vulnerables a las desigualdades de salud, en particular se refiere los inmigrantes irregulares , a los requirentes de asilo y los inmigrantes recién llegados que no conocen aún el funcionamiento de los sistemas de salud (Norredam et. al; 2011; Bragg, 2008; Wolff et. al, 2005; WHO, 2010; WHO, 2014).

En sentido contrario, algunos estudios sobre la salud de los inmigrantes a nivel europeo presentan otra tendencia, asociando a los inmigrantes con estilos de vida más saludables. Estudios específicos han demostrado algunas de estas prácticas en el caso de las mujeres inmigrantes relacionadas con un nivel mayor de adhesión a la lactancia materna, una mejor alimentación y un menor consumo de tabaco durante el embarazo (Machado et. al, 2007; Bollini et. al, 2009; Padilla et. al, 2014).

Asimismo, algunos estudios europeos, como mencionamos anteriormente, han llamado la atención sobre el efecto llamado *immigrant healthy effect*. Se trata de estudios que han demostrado que los inmigrantes, a su llegada al país de destino, presentan indicadores de salud, en algunos casos mejores que la media de la población nacional. Por otro lado estos indicadores de salud suelen empeorar una vez establecidos en el país de destino. (Raj Bhopal, 2009; Kandula et. al., 2004). Estos resultados enfatizan el impacto de las condiciones sociales como importantes responsables de los resultados en salud.

A su vez, este efecto del inmigrante saludable puede estar relacionado, como argumentan diversos autores, con el proceso de selección a los cuáles los inmigrantes están sujetos durante la migración (Reeske & Razum, 2011; Llácer et. al, 2007; Gissler et al., 2003), ya que los que emigran son en general aquellas personas más saludables dentro del grupo familiar, es decir aquellas personas capaces de emprender un viaje conscientes de las dificultades que tendrán que enfrentar en la adaptación a otras condiciones sociales y ambientales (Razum et. al, 2000; Llácer et. al, 2007; Kandula et.al, 2004; Padilla, 2013) y en general se trata de personas más jóvenes, en edad activa y que emigran principalmente para trabajar (Padilla, 2013; Rechel et al., 2011). Sin embargo esta condición de salud más favorable acaba por deteriorarse pasado un tiempo de estadía en el país de destino, debido a los diversos riesgos asociados con las

condiciones adversas de adaptación a un nuevo contexto social y ambiental y las dificultades de acceso a los servicios de salud de los países de destino (Kandula, et. al, 2004; Padilla 2013; Dias et. al., 2008). Estos resultados, refuerzan la estrecha relación entre salud y condiciones de vida agravadas por situaciones de vulnerabilidad (Carballo, et al, 1998; Sword, et. al, 2006) y resaltan también la importancia del acceso a los servicios de salud.

Con excepción de lo mencionado anteriormente, la evidencia ha demostrado que los inmigrantes en general se encuentran más expuestos por las condiciones de vida, y de exclusión social, a algunas enfermedades como son el virus de insuficiencia humana (VIH), la tuberculosis y la hepatitis (Rechel, et al. 2011; Matos et al., 2005; Caldas & Almeida, 2012). Por otro lado también están más expuestos a padecer problemas de salud vinculados a trastornos mentales, como depresión, estrés, ansiedad, esquizofrenia, derivados en parte del proceso migratorio, la pérdida de lazos afectivos y agravados por las dificultades de adaptación. Los procesos de discriminación individual e institucional, así como la limitación de los derechos sociales, también tienen un impacto a nivel de la salud de los inmigrantes (WHO, 2010; Rechel et al., 2011).

Como mencionamos, estos resultados se relacionan directamente con los determinantes sociales de salud, en el sentido de las condiciones de vida de los inmigrantes en los países de destino, caracterizadas por situaciones menos favorables (CSDH, 2008; WHO, 2010) Y también se relaciona con los tipos de sistemas de salud existentes, con el tipo de cobertura sanitaria y con el funcionamiento de los servicios de salud.

Tanto a nivel europeo, como en Portugal, podemos mencionar un importante punto de inflexión que contribuyó a resaltar la importancia de la salud de los inmigrantes y las condiciones de acceso a los servicios de salud desde su dimensión política. Se trató de la Conferencia Europea “*Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an inclusive society*” organizada en el año 2007 durante la presidencia europea de Portugal y que colocó la temática de las migraciones y la salud sobre la agenda política europea (Padilla & Miguel 2009; Fernandes et al., 2009; Barros et. al., 2011, MIGHEALTHNET, 2010, WHO, 2010). Este importante paso, fue continuado y reafirmado también durante la presidencia europea de España en el año 2010 con el proyecto *Health of Migrants – the way forward*, Madrid 2010, (WHO 2009; Gushulak, 2010). Retomado recientemente en el año 2014, en el marco de la presidencia italiana de la UE, donde se llevó a cabo el proyecto PHAME, Public

Health Aspects of Migration in Europe en el ámbito de la estrategia de la OMS, Salud 2020, cuyo objetivo es asistir a los países miembros del Mediterráneo en cuestiones de salud asociadas a inmigraciones en gran escala, respondiendo a la actual crisis del Mediterráneo (WHO, 2014).

La Conferencia *Better Health for All*, además de crear el paso inicial para una agenda europea sobre salud y migraciones, tuvo otras consecuencias como establecer colaboraciones entre varios países europeos, a través de la financiación de estudios y proyectos por organismos internacionales y europeos, cuyo principal objetivo fue un mayor conocimiento sobre el tema en Europa. Entre las varias iniciativas llevadas a cabo, destacamos: el proyecto “*Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of Indicators, Migration and Ethnic Health Observatory*” (MEHO); la iniciativa de la OIM sobre “*Promoting Comparative Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe*” (PROMINSTAT) y el proyecto “*Assiting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities*” (AMAC) de la Organización Mundial de la Salud y cofinanciado por la Comisión Europea y el Ministerio de Salud de Portugal.

A su vez, los resultados y recomendaciones surgidas de la Conferencia fueron adoptadas por el Consejo de Europa, bajo el lema de *Health in all policies* (Rechel, et al, 2011)

Como resultado de la Conferencia, fue también elaborado un Manual de Buenas Prácticas en Salud, “*Health and migration in the European Union: Good practices*”, donde se identifican buenas prácticas en salud a nivel europeo (Padilla & Portugal, 2007; Padilla & Miguel, 2009; Padilla et. al, 2009). Este manual resultó en un importante contributo a nivel de las políticas de integración y de salud. Sin embargo, existe un elevado riesgo de que todas las medidas y los programas resultantes de las mismas, sean de corto plazo, siendo sustentados únicamente con fondos de la Comisión Europea y otros organismos supranacionales y no se incorporen de forma programática en la política europea y/o nacional (Rechel, et. al 2011; Ingleby, 2011; WHO, 2014). Como señala Padilla (2009) a pesar de que las “buenas prácticas” resultan importante para adaptar y responder a diversas necesidades, las mismas no son suficientes y deben formar parte de programas y políticas más amplias (Padilla, 2009; Ingleby, 2006).

3.3. La salud de los inmigrantes en Portugal : Una revisión de la evidencia

Pasando al ámbito nacional, la Conferencia *Better Health for all*, también fue un importante punto de partida para una creciente producción nacional de investigación en esta área en Portugal, tanto a nivel académico y como a nivel del gobierno con una serie de estudios organizados con la participación del Ministerio de Salud en su agencia de la Dirección General de la Salud (DGS) (Mighealthnet, 2009; Portugal, 2007; Barros e Simões 2007; Fernandes, 2007; Padilla et. al, 2009). Los estudios nacionales basados en las conclusiones y recomendaciones surgidas de la Conferencia aportaron nuevos datos sobre la salud de los inmigrantes y sobre el acceso y la utilización de los servicios de salud en Portugal.

Respecto de las enfermedades, los estudios realizados en Portugal muestran que al igual que en el resto de Europa, existe una tendencia a que los inmigrantes estén más expuestos a algunas enfermedades como son el virus de insuficiencia humana (VIH), la tuberculosis y la hepatitis (Rechel, et al. 2011; Matos et al., 2005; Caldas & Almeida, 2012; Lopes, 2007).

Padilla (2013) también señala la persistente desigualdades de salud entre las poblaciones inmigrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad y las poblaciones nacionales, llamando la atención para los aspectos socioeconómicos, comunitarios, organizacionales y personales (Padilla, 2013; Padilla et. al, 2012). La autora también señala que las desigualdades en salud han aumentado en Portugal en los últimos años y que

“la accesibilidad a los servicios de salud se ha deteriorado para todos y más para los inmigrantes. Las barreras se han agravado y asumen una situación preocupante”.

Esta situación preocupante es en parte resultado de la crisis económica y de los cortes presupuestales derivados de la intervención de la TROIKA en Portugal (Padilla 2013; Padilla et al, 2014).

Por otro lado, existen algunos estudios que señalan que los inmigrantes son más propensos a estilos de vida que incluyen comportamientos de riesgo, consumos de alcohol y drogas lo que afecta de forma directa la salud (Caldas, 2007; Matos et al, 2005)

Con respecto a la salud mental, resultados similares a los europeos, también son apuntados para Portugal. La evidencia muestra que los inmigrantes en Portugal sufren de trastornos mentales, como depresión, estrés, ansiedad y esquizofrenia, asociados en parte al proceso

migratorio, la pérdida de lazos afectivos y agravados por las dificultades de adaptación. En el caso de las mujeres inmigrantes se observa también, coincidiendo con lo anteriormente registrado una mayor propensión a sufrir este tipo de problemas de salud mental (de Freitas, 2006, Backstrom, 2009)

3.3.1. Utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes

Sobre la utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante también existe alguna evidencia acumulada, tanto en Portugal, como en otros países de Europa que indica que los inmigrantes utilizan más los servicios de urgencias que los cuidados de salud primaria, es decir llegan más a los hospitales (Dias, et. al, 2008; Fonseca & Silva, 2010; Norreman, et. al., 2004; Machado et. al, 2007). Esto puede tener diversas causas, entre ellas, que en los cuidados de atención primaria, en los centros de salud, los inmigrantes en general no tienen atribuido médico de familia, lo que dificulta el proceso de solicitar una consulta, sin embargo en los hospitales, existe mayor facilidad de atención, siendo también los horarios son más extensos. Por otro lado las situaciones de irregularidad pueden ser más fácilmente ocultadas en los hospitales que en los centros de salud de atención primaria (Machado, et. al, 2007).

Actualmente y con los recientes cambios, dentro del Servicio Nacional de Salud (SNS), en Portugal, particularmente el aumento considerable del costo de las urgencia existe una percepción de que las urgencias han disminuido en algunos hospitales del país, si bien aún no hay estudios que confirmen esta situación (Padilla et. al, 2014).

El estudio de Andrade (2008) que tiene por objetivo analizar el acceso y la utilización de los cuidados de salud por parte de la población inmigrante de origen africana de la región de Lisboa, concluye también siguiendo la tendencia apuntada que los inmigrantes en general utilizan más los servicios de emergencia. En relación a los principales motivos, señala la inexistencia de servicios de salud en los países de origen y la poca adaptación de los cuidados de salud portugueses a la cultura africana. A pesar de las dificultades identificadas en el acceso a la salud, el estudio concluye que la mayoría de los inmigrantes africanos están satisfechos con los servicios de salud del SNS, destacando la existencia de más recursos,

mejores tratamientos, mayor competencia de los profesionales comparados con sus países de origen.

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, la Encuesta Nacional de Salud Portuguesa también refiere una mayor utilización de los servicios de urgencias por parte de los inmigrantes, comparados con los nacionales (20% vs. 17%).

La Encuesta Nacional de Salud (INS en su siglas en portugués) es un instrumento de medida de las condiciones de salud de la población en base a muestras probabilísticas y representativas de Portugal. Esta información oficial sobre la salud de la población es levantada regularmente desde el año 1987 por el Instituto Nacional de Salud Doctor Ricardo Jorge (INSA). Presentaremos aquí algunos resultados generales de la cuarta y última Encuesta Nacional de Salud⁵ realizada en el año 2006 y donde por primera vez se incluye la variable nacionalidad, para ello también nos basamos en el informe *A saúde dos imigrantes, inquérito nacional de saúde 2005-2006* de la autoría de Carlos Matias Dias et. al (2008) elaborado en el año 2008 y que tiene como base el INS. En este estudio los resultados son divididos en cuatro categorías que seguiremos: Caracterización sociodemográfica, estado de salud, utilización de los cuidados de salud y determinantes de salud.

En relación a la caracterización sociodemográfica de los inmigrantes, la muestra inmigrante comparada con la nacional, tenía una estructura etaria más joven, siendo mayoría en el escalón de 25-44 años, y una mayor proporción trabajadores activos (64% vs. 46%), así como también mayor proporción de desempleados (7% vs. 5%).

Con respecto al estado de salud, de una forma general los inmigrantes revelan un estado de salud más favorable que los nacionales, con mayor proporción a clasificar su estado de salud como bueno o muy bueno (63% vs. 48%). Por otro lado se observa menor prevalencia de enfermedades crónicas con excepción de asma; la enfermedad crónica más frecuente entre los inmigrantes es la hipertensión arterial, seguida de la diabetes. Con respecto a la salud mental, cerca de un tercio de la población inmigrante entrevistado reveló alguna enfermedad mental, siendo esta situación más frecuente entre las mujeres. Asimismo, los inmigrantes, parecen ser más propensos a comportamientos de riesgo, insuficiencias alimentarias, embarazo de riesgo, depresión, alcoholismo y comportamientos sexuales de riesgo.

⁵ Inquérito Nacional de Saúde (INS). Hasta el momento fueron realizados en Portugal cuatro encuestas de este tipo (1987; 1995/1996; 1998/1999 y 2005/2006) siendo únicamente en esta última incluida la variable de la nacionalidad

El mismo estudio revela en relación a la salud reproductiva y el planeamiento familiar, que el porcentaje de mujeres con hijos es mayor entre las inmigrantes (74% vs. 66%), siendo además que 3% de las mujeres entrevistadas estaban embarazadas al momento de la entrevista. En relación al número de hijos, también la proporción es más elevada entre las mujeres inmigrantes. Respecto a la lactancia durante los primeros tres meses de vida de los bebés las inmigrantes presentan también un porcentaje más elevado (60% vs. 55%). En relación al planeamiento familiar, la práctica contraceptiva es similar en ambos grupos, siendo mayor en las mujeres inmigrantes (58% vs. 56%), el método anticonceptivo más utilizado en ambos grupos es la “píldora”. Respecto a la contracepción hormonal de emergencia, a pesar de la utilización ser muy baja en ambos grupos, es significativamente mayor en el grupo de las mujeres inmigrantes (8,5% vs. 3,8%).

3.3.2. Las mujeres inmigrantes y el acceso a los cuidados de salud materna

Ahora pasamos a centrarnos en la salud mujeres inmigrantes y en su acceso a los cuidados de salud materna en Portugal.

Como mencionamos anteriormente, las mujeres inmigrantes son reconocidas como un grupo especialmente vulnerable en relación a los problemas de salud en general y de salud materna en particular (Carballo et. al, 1998; Gissler et. al, 2003; CEMAH Programme, 2007; Irfaeya et.al, 2008; Bragg, 2008; Wolff et al, 2005; WHO, 2010, 2014). Asimismo, la evidencia también señala que las mujeres inmigrantes enfrentan mayores problemas de acceso a los cuidados de salud en general y a los cuidados de prevención de salud, caracterizada por una escasa utilización de los cuidados de salud prenatales (Bischoff et al. 2003; Norredam et al. 2011; Reeske and Razum 2011; Gissler et al. 2009; Machado et. al, 2009 AMAC, Bragg, 2008; Wolff et al, 2005).

Con respecto a la salud mental, la evidencia también indica que las mujeres inmigrantes son más propensas a sufrir problemas emocionales y psicológicos (Gissler, et. al, 2003; Kandula et. al., 2004) que afectan también a su familia, especialmente a sus hijos.

Dentro de las mujeres inmigrantes, las mujeres en situación irregular y las requerentes de asilo son las que presentan situaciones más vulnerables, debido no solo a las dificultades de acceso a los servicios de salud, sino también a la falta de información apropiada, siendo urgente la necesidad de proveer información clara sobre los derechos y el acceso a los servicios de salud sobretodo a estos grupos más vulnerables (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2010; Bollini et al., 2007; Almeida & Ortiz, 2013).

En Portugal, al igual que en otros países europeos, diversos estudios han llegado a resultados similares, reconocido a las mujeres inmigrantes como más expuestas a problemas de salud, en particular en lo que se refiere a salud materna, siendo los problemas más destacados: embarazos de riesgo, partos prematuros, bajo peso al nacer, mayor mortalidad neonatal, infantil y materna (Harding & Santana, 2006; Carballo & Neruker, 2001; Machado et al, 2006; Bragg, 2008; Ibañez et al. , 2006; Padilla 2013; Padilla et al., 2014, Padilla & Hernández-Plaza, 2014; Almeida & Ortiz, 2013; Topa, 2013; Dias, 2009; Essen et. al, 2000; AMAC).

Pasaremos a continuación a sintetizar algunos de los estudios recientes más relevantes:

El estudio de Harding & Santana (2006) que compara los nacimientos de madres portuguesas y madres de origen africano, observa una mayor frecuencia de nacimientos prematuros y de bajo peso en el grupo de las madres de origen africano, el estudio concluye que estas diferencias se deben más a factores ambientales que a causas genéticas.

El estudio de Machado et. al (2007) "*Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes*" considerado pionero en la relación entre salud y condiciones sociales y galardonado con el premio BIAL de Medicina Clínica 2006 fue realizado en el año 2006 en el Hospital Fernando da Fonseca que abarca las zonas de Amadora y Sintra. Se trata de un estudio sobre todos los nacimientos registrados durante un período acotado de tiempo en dicho hospital y tienen un carácter comparativo entre la población nacional y la población inmigrante. Concluye que la mayoría de los embarazos en ambos grupos fueron seguidos con acompañamiento médico, aunque dentro del grupo de los inmigrantes, el no seguimiento es mayor (8% vs. 6%). Sobre la morbilidad materna, las diferencias son bastante significativas verificando dentro de las madres inmigrantes un valor mayor (30% vs 26%), siendo la causa principal en ambos grupos las infecciones. En relación a la mortalidad fetal y neonatal, el

grupo de las madres inmigrantes presenta también peores indicadores, así como en lo relacionado con patologías e infecciones durante el embarazo.

El estudio concluye, coincidiendo con la evidencia a nivel europeo, señalando peores indicadores de salud en las mujeres inmigrantes, registrando mayores niveles de mortalidad fetal y neonatal, así como mayores infecciones durante el embarazo comparados con la población nacional en Portugal (Machado *et al.*, 2007).

Por su parte, también llama la atención sobre el mayor riesgo de comenzar el seguimiento del embarazo de forma tardía de las mujeres embarazadas en situación irregular comparadas con aquellas en situación regular.

Con respecto a los factores sociales, el estudio concluye que la privación económica y la marginalidad social de las mujeres inmigrantes se traducen en peores indicadores de salud materna. Las situaciones más desfavorecidas de las familias de los municipios de Amadora y Sintra, agravada en el caso de las inmigrantes repercute en peores resultados en salud.

El estudio de Sopa (2009), sobre las representaciones y prácticas de la maternidad en contexto migratorio, se trata de un estudio de carácter cualitativo que utiliza una muestra de 20 mujeres inmigrantes. Entre los resultados apuntados, se señala la necesidad de adaptación de los servicios de salud a la diversidad cultural de prácticas de salud, alcanzando un equilibrio entre los requerimientos de la paciente y las posibilidades de la prestación de cuidados. También identifica la necesidad de mayor competencia cultural para los profesionales de salud que trabajan diariamente con población inmigrante, para ello propone la formación intercultural, como herramienta necesaria para comprender la maternidad en contexto migratorio y multicultural. La autora también señala que el profesional deberá tener en cuenta la concepción de cuidar que existen en otras culturas, así como las diferentes creencias y valores asociados.

La autora también llama la atención para la actitud hegemónica de algunos profesionales de salud occidentales que consideran los “otros saberes” como creencias, costumbres o prácticas de salud culturales, es decir esas “otras prácticas de salud” culturalmente determinadas no alcanzan la misma categoría de saber científico hegemónico occidental.

La investigación de Challinor (2012), titulada “Ciudadanía médica, culturas y poder en los cuidados prenatales y pediátricos a inmigrantes” se trata de un estudio de carácter etnográfico con inmigrantes caboverdianas en la ciudad de Porto. El estudio concluye que la etnografía revela las limitaciones de una política de salud basada en un universalismo ciego que niega

las diferencias, en nombre de los derechos universales, desvalorizando las diferencias culturales. Resalta a su vez, que la biomedicina no puede ser separada del contexto cultural donde es ejercida. La autora llama la atención sobre la necesidad de una competencia cultural tanto dirigida a médicos como a pacientes y por último propone una literacia de los sistemas de salud y no de la salud.

El estudio de Coutinho y colaboradores (2014), sobre la experiencia de salud materna de mujeres inmigrantes en Portugal pretende conocer las tradiciones, creencias y prácticas de salud relacionadas con el embarazo, el nacimiento y el posparto de madres inmigrantes en Portugal. Se trata de un estudio cualitativo, con 60 entrevistas a mujeres inmigrantes. En términos generales, concluye que las diferentes prácticas culturales asociadas al embarazo de las mujeres inmigrantes fueron respetadas por los profesionales de salud, sin embargo en algunos casos se detecta la necesidad de adaptar los servicios de salud. En este sentido, la autora, propone la perspectiva de la enfermería transcultural de Leininger (*transcultural nursing*) como alternativa de atención a madres inmigrantes donde se prestan cuidados de salud culturalmente adecuados, evitando actitudes de imposición y de etnocentrismo por parte de los enfermeras/os. El estudio concluye que el contexto cultural de las madres inmigrantes tiene una influencia significativa en la experiencia de la maternidad y coincidiendo con otros estudios, confirma que las mujeres embarazadas inmigrantes son un grupo vulnerable en términos de salud que requieren cuidados especiales que vayan al encuentro de su tradiciones, creencias y practicas culturales.

La evidencia también ha mostrado que las mujeres inmigrantes se encuentran más expuestas a situaciones de discriminación y violencia que afecta su salud (Lechner, 2005; Pussetti et. al, 2009). Por otro lado, existe evidencia sobre la situación más vulnerable de las mujeres en relación a la pobreza, a los bajos rendimientos y al bajo soporte social, en estos contexto de gran precariedad económica y social aumenta la probabilidad de situaciones de explotación laboral y violencia con consecuencias negativas para la salud mental (Andrade et. al., 2006). La literatura también señala que las mujeres inmigrantes son más propensas a problemas de salud mental, debido en parte al proceso migratorio, a la ruptura de lazos afectivos y a diversas situaciones de estrés provocada por la adaptación de un nuevo contexto (Topa, 2010; Padilla, 2013, Carta et. al, 2005), presentando mayores tasas de depresión y ansiedad (Andrade et. al, 2006).

Las relaciones de género son también determinantes en los resultados de salud de las mujeres inmigrantes y deben ser tenidas en cuenta en inter-ligación con otros factores como las condiciones socioeconómicas, la edad, la religión, las redes de apoyo, pero también la violencia y la exploración que impactan la salud materna de las mujeres inmigrantes, como refiere Padilla (2013)

“La maternidad en contexto migratorio puede significar mayores riesgos en caso de exclusión social y económica tanto en el embarazo como en la salud del recién nacido” (p. 56)

Por último, los organismos internacionales también llaman la atención para la salud de las mujeres y su importancia en el impacto de las mismas a nivel de las familias en particular y a nivel de las comunidades en general (WHO, 2005; UNFPA, 2005). El bienestar de las mujeres compromete el bienestar de las familia, por lo que la intervención en la salud de la mujer, debe considerar este hecho (AMAC, 2009).

3.4. El acceso a la salud y la utilización de los servicios de salud de los inmigrantes

Partimos como ya mencionamos de la inminente necesidad de mayor conocimiento sobre el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante y en particular de las mujeres inmigrantes.

Considerando que el acceso a la salud es el resultado de una compleja red de determinantes, siendo necesario identificar que factores son los más relevantes (Dias, et. al, 2008; Reijneveld, 1998).

El acceso óptimo (optimal access) puede ser definido como la prestación de un servicio de salud cierto en el momento cierto y en el lugar cierto (Rogers et al., 1999; citado por Norredam & Krasnik, 2011) Así, un acceso equitativo, no deberá depender de variables como la educación, el rendimiento, la condición de inmigrante, la etnicidad o la distancia geográfica (Norredam & Krasnik, 2011).

Si bien el acceso a la salud resulta difícil de medir, si resulta más fácil identificar las barreras que se colocan en la utilización de los servicios de salud, entendiendo por barreras, aquellos

obstáculos o dificultades que impiden el correcto funcionamiento de una consulta de salud, sea en el acceso, la accesibilidad o la calidad de la consulta de salud (OMS, 2010; Hernández-Plaza, 2014; Eurohealth, 2011; Padilla, 2014).

Varios estudios realizados se refieren como barreras principales de acceso de las poblaciones inmigrantes a: la situación de irregularidad, la situación de carencia económica, la falta de información, los costos de la salud, la localización y los horarios de los centros de salud, la falta de información, las dificultades de comunicación, las resistencias administrativas, la burocracia (Padilla et al, 2014; Dias y Gonçalves, 2007; Fonseca y Silva, 2010; Almeida y Caldas 2012; Masanet, et al., 2014; Hernandez et al., 2014; Santinho et.al; 2014; Padilla, 2013; Fonseca et. al, 2007; Dias et. al, 2004; Fennely, 2004).

El estudio llevado a cabo por Padilla et. al (2014) sobre Salud y Ciudadanía “*Saúde e Cidadania: Disparidades e Necesidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*”, que tuvo como objetivo conocer las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes en su acceso a la salud materna e infantil, identificando las principales barreras que condicionan este acceso. Se trata de un proyecto de carácter cualitativo, en base a una muestra de 185 entrevistas, entre mujeres inmigrantes, profesionales de salud y asociaciones. Los resultados de la investigación muestran que las barreras de acceso para las mujeres inmigrantes persisten y son agravadas por la crisis económica y por los cortes presupuestales del sector de la salud. En este sentido, el estudio llama la atención para los efectos de la crisis económica de Portugal en el acceso a la salud de los inmigrantes “*Portugal atraviesa una situación de crisis extremadamente delicada después de concertar un programa de ajuste económico con la Troika que tuvo un fuerte impacto en las políticas de salud, que afecta en especial a las poblaciones más vulnerables, entre ellos los inmigrantes (p.4)*”. Las barreras de acceso a la salud son clasificadas por la autora en: endógenas, exógenas y de auto-exclusión, las primeras responden a las características internas del SNS, desempeño, infraestructuras, recursos, las segundas se relacionan con aspectos sociales y económicos que deterioran el acceso a la salud y las últimas se relacionan con situaciones de estigma social o personal (Padilla, 2013, p. 60; Padilla et al, 2014; Padilla et. al, 2013)

A su vez se trató de un proyecto de investigación-acción pionero en el ámbito de la salud y migraciones en Portugal, que envolvió la participación con los actores sociales, lo que le valió candidaturas a premios nacionales.

El estudio de Hernández-Plaza (2014) sobre el acceso a los cuidados de salud primarios concluye también que las mujeres inmigrantes presentan obstáculos relacionados con la crisis económica y están más expuestas a riesgos de salud, debido a las desventajas de su situación socioeconómica y a la organización de los servicios de salud relacionado con la atribución desigual de médicos de familia (Hernández-Plaza et al, 2014).

Con respecto a las barreras de salud, el estudio de carácter cuantitativo de Coutinho et al., (2012) en base a una muestra de 900 mujeres inmigrantes, concluye que las principales barreras de acceso a los cuidados de salud materna se relacionan con barreras lingüísticas, situaciones de irregularidad, no tener médico de familia asignado y no ser atendida por el mismo médico durante el embarazo. El estudio abarca en su mayoría mujeres de origen PALOP, China, Rumania, Ucrania y Moldavia. Según el mismo estudio y en términos comparativos las mujeres inmigrantes de los países PALOP son aquellas que presentan peores niveles de vigilancia en el embarazo. El estudio también concluye que existe poca monitorización de la salud materna de las mujeres inmigrantes en el SNS lo que dificulta el diseño de políticas adecuadas.

El estudio de Fonseca y Silva (2010) sobre el acceso y la utilización de los cuidados de salud por parte de población inmigrante se centra en un estudio de caso del Centro de Salud de Graça en el centro de la ciudad de Lisboa. Con respecto a la identificación de barreras de acceso por parte de los inmigrantes, las principales detectadas en este estudio se refieren a: las barreras lingüísticas, las barreras culturales, la falta de información, el tiempo de espera por una consulta, la excesiva burocracia y la falta de sensibilidad de algunos profesionales de salud. Coincidiendo con otras investigaciones, los inmigrantes en situación irregular se constituyen en un grupo especialmente vulnerable respecto al acceso a los cuidados de salud. Relativamente al grado de satisfacción sobre los servicios de salud y coincidiendo también con otros estudios, los resultados muestran que la mayoría admiten estar satisfechos con los servicios de salud obtenidos, sin embargo si se presentan diferencias de trato entre inmigrantes en situación regular e inmigrantes en situación irregular, en particular por parte de los funcionarios administrativos. Los autores destacan también como medidas positivas la creación del Gabinete de Salud (CNAI) del ACIDI y la colocación de 28 profesionales de

mediación intercultural en los servicios públicos, entre ellos los centros de salud y hospitales de la región de Lisboa.

El estudio de Sopa (2009), sobre las representaciones y prácticas de la maternidad en contexto migratorio, en relación a las principales barreras identificadas por parte de las mujeres inmigrantes señala, coincidiendo con otros estudios, las barreras lingüísticas y burocráticas, así como las barreras culturales que generan dificultades de entendimiento entre las mujeres inmigrantes y los profesionales de salud.

El estudio de Dias, et al (2008) sobre una muestra de 1500 inmigrantes de las principales comunidades inmigrantes en Portugal, demuestra que el acceso a la salud de los inmigrantes, depende en gran medida de la capacidad de los servicios de adaptarse para superar las barreras socioeconómicas, culturales y psicológicas que afectan el acceso a los cuidados de salud (Dias, et. al, 2008). Con referencia a la utilización de los servicios de salud el mismo estudio, concluye que la misma está significativamente asociada al tiempo de permanencia en el país, al estatuto legal y al país de origen, más en las mujeres que en los hombres. En relación a las principales barreras identificadas, resalta los tiempos de espera, en más de la mitad de la muestra (64%), con mayor relevancia en el caso de las mujeres, otras barreras detectadas se refieren a las actitudes de los prestadores, el costo de los servicios, la distancia y el idioma. Concluye que es necesaria mayor investigación sobre la salud de los inmigrantes y la utilización de los servicios de salud, haciendo especial hincapié en el caso de los inmigrantes en situación irregular.

En el estudio de Lidia Lopes (2007) sobre maternidad y VIH en mujeres inmigrantes en la región de Lisboa, fueron entrevistadas 28 mujeres embarazadas, la mayoría de origen angolano que frecuentaban la consulta de obstetricia de un Hospital de Lisboa. A pesar de tratarse de un grupo con características específicas, ya que eran mujeres con VIH, los resultados apuntan para alguna insatisfacción sobre los cuidados de salud recibidos, señalando como principales barreras la falta de información y la falta de apoyo y contención emocional. El estudio también resalta como importantes condicionantes los aspectos ligados a la pobreza y a la exclusión social que agravan la situación de estas mujeres, colocando a las mismas más expuesta a las desigualdades sociales. Otros aspectos mencionados como limitantes de acceso en el caso de estas mujeres se refieren a las dificultades lingüísticas, los problemas de irregularidad, los sentimientos de marginalidad, la soledad y la falta de apoyo familiar.

El estudio sobre la comunidad ucraniana de de Sousa (2006), refiere que la cultura y las representaciones de salud de los inmigrantes ucranianos no son iguales a la de los profesionales portugueses, así se generan mayores dificultades de interacción entre ambos. En relación a las mujeres inmigrantes, también apunta que dentro de la “cultura ucraniana” no es hábito el seguimiento del embarazo, ni los exámenes complementares de diagnóstico, lo que puede conducir a malinterpretaciones sobre las mujeres ucranianas. Este mismo autor llama la atención para la necesidad de formación específica entre los profesionales de salud sobre las diferentes culturas y la interculturalidad.

El estudio de Bárbara Backstrom (2009) sobre las representaciones y prácticas de salud de la comunidad caboverdiana residente en Lisboa utiliza una muestra de 40 individuos, presentando los siguientes resultados relacionados con la salud materna, el acompañamiento médico durante el embarazo, demuestra cambios importantes en las prácticas de Cabo Verde y Portugal, siendo que la mayoría de los embarazos son seguidos y la mayoría de los partos son realizados en medio hospitalar, a diferencia de lo que sucede en Cabo Verde. También concluye que la mayoría ya conoce el planeamiento familiar, aunque muy pocos lo utilizan. La autora realiza una comparación entre dos grupos constituidos en base al nivel de escolaridad, las condiciones de vivienda, la actividad profesional y el nivel de rendimientos, llegando a resultados que muestran que hasta un cierto nivel, los factores socioeconómicos son determinantes, es decir las diferencias sociales producen diferencias de salud, superando ese nivel, las diferencias de salud dependen más de los factores culturales asociados a la identidad étnica. Así, en su análisis de las representaciones sobre la salud contrapone por un lado la tendencia general que señala la perspectiva culturalista como determinante, y por otro la perspectiva estructuralista que privilegia la posición social, llegando a una posición de equilibrio inestable de ambas perspectivas.

El estudio de Joana Filipa de Miranda (2011) sobre las mujeres brasileñas y los cuidados de salud materna, también llega a conclusiones similares en relación al comienzo tardío del seguimiento del embarazo, afirmando que esto puede deberse al estatuto legal de las inmigrantes brasileñas. La experiencia del embarazo en situación irregular, impide que las mujeres sean beneficiarias de los subsidios de maternidad, lo que agrava aún más su situación. La autora concluye que en el caso de las inmigrantes brasileñas existe una relación directa entre los factores socioeconómicos y jurídicos y el acceso a los servicios de salud en Portugal.

El estudio de Bernardes et al. (2011) compara las experiencias y prácticas de salud materna e infantil entre madres inmigrantes de origen caboverdiano y brasileño. En relación a la transmisión de conocimientos sobre el cuidado de los bebés, en el grupo de las madres brasileñas se privilegian los saberes técnicos transmitidos por los profesionales de salud, en cuanto en el grupo de madres cabo-verdianos se hace mayor hincapié a la transmisión de conocimientos en el seno familiar y social. Con respecto a las mayores dificultades de acceso a los cuidados de salud materna y coincidiendo con otros estudios se destacan las dificultades de organización y funcionamiento de los servicios de salud en Portugal, el elevado tiempo de espera, las dificultades para agendar las consultas y el hecho de no tener médico de familia atribuido. Estas barreras son mencionadas exclusivamente por madres de origen caboverdiana, para las madres brasileñas se agregan dificultades relacionadas con la ausencia de apoyo familiar, desconocimiento de los profesionales de salud sobre los derechos de los inmigrantes en términos de salud. Otro aspecto mencionado, corroborando otros estudios, resulta del estatuto legal de las madres inmigrantes, siendo la situación de irregularidad un importante condicionante a la hora de acceder a los cuidados de salud.

El estudio de Caldas & Almeida (2012), sobre los cuidados de salud materna a mujeres inmigrantes, reporta para la existencia de diferencias entre las mujeres de niveles socioeconómicos diferentes, es decir las mujeres de nivel socioeconómico más bajo, precisan de mayores cuidados de salud, comparados con los de NSE más elevado. Dentro de las mayores dificultades de acceso, se destacan las dificultades de comunicación, siendo potencialmente peligrosas, en términos de diagnóstico y tratamiento de salud. Concluye que más allá de las diferencias en relación a los determinantes culturales y sociales, así como a la identidad étnica y a la literacia en salud de las mujeres inmigrantes, la asistencia materna requerida es en general semejante, siendo condición que los cuidados de salud sean pautados por el respeto, la confianza y la comprensión. *“Así, la buena asistencia médica es una combinación de una práctica clínica de calidad y una comunicación adecuada, más allá de la accesibilidad de los servicios”* (p.22)

El estudio de Dias et al, (2009), sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres inmigrantes de origen brasileño y africanas, hace hincapié sobre la falta de conocimiento de algunas mujeres inmigrantes sobre cuestiones relacionadas a la salud sexual y reproductiva y resalta a las mujeres inmigrantes como un grupo especialmente vulnerable en lo que respecta a la salud

materna, situación claramente agravada cuando las condiciones sociales son menos favorables. Este estudio apunta como barreras de acceso importantes, el aislamiento, la falta de redes y la discriminación. De todas formas, las autores manifiestan que no es posible hacer generalizaciones sobre las prácticas de salud sexual y reproductiva de mujeres inmigrantes, ya que no se observan grandes diferencias entre los grupos analizados, sea relacionados a factores culturales, sociales y/o económicos (p.61).

Por último mencionamos, el estudio realizado por la Entidad Reguladora de la Salud de Portugal (ERS, 2015) que resume los siguientes resultados: coincidiendo con la tendencia general apuntada, señala la persistencia de una falta de datos sistemáticos sobre el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes en Portugal como importante limitante para el conocimiento sobre los determinantes y las barreras de acceso. Así como también concluye, coincidiendo con otros estudios, que son los inmigrantes recién llegados y aquellos en situación irregular, los subgrupos más afectados por las dificultades y la falta de información para acceder a los cuidados de salud (ERS, 2015). A su vez, el mismo informe destaca el gran desconocimiento y la ausencia de datos sobre los pacientes inmigrantes/extranjeros del SNS, respecto a su nacionalidad, cuidados prestados y valores cobrados lo que limita la capacidad de diseñar políticas que promuevan un mejor acceso a la salud (ERS, 2015).

Con respecto a las barreras de acceso a la salud, según este informe, las principales barreras se relacionan con dificultades lingüísticas, diferencias culturales, problemas y dificultades socioeconómicas, así como condicionamientos informáticos y procedimientos instalados para referenciar estos pacientes en la prescripción de medicamentos del SNS, así como también para referenciarlos para cuidados diferenciados o para los llamados medios complementares de diagnóstico y terapéutica (MCDT) (ERS, 2015; p:8). Esta realidad es más grave en pacientes inmigrantes en situación irregular, ya que los sistemas informáticos no permiten incluir esta referencia siendo al momento un problema para el cuál no se ha encontrado ninguna solución. En el momento de realizada esta investigación, la solución encontrada por los profesionales de salud era realizar a mano las recetas de medicamentos, así como los MCDT por fuera del sistema informático para los pacientes sin número de registro en el SNS (*numero de utente*), siendo además una práctica frecuente el contacto telefónico directo de los médicos con los otros profesionales a los cuales el paciente era transferido.

Con respecto al acceso a la salud de los inmigrantes en Portugal, siguiendo la tendencia europea, los inmigrantes enfrentan mayores barreras de acceso a la salud. Las barreras se traduce en una peor calidad de salud y en mayores dificultades en términos de seguimiento y promoción de salud (Padilla et. al, 2014; Masanet et.al, 2012; Santinho et.al, 2014). Estas barreras de acceso pueden ser de diversa índole, de distinta naturaleza, internas o externas al servicio de salud, pueden ser materiales y simbólicas. Pueden responder a cuestiones concretas o más estructurales. En términos generales las barreras responden a diferentes factores, interrelacionados entre sí, entre los que se destacan factores sociales, económicos, culturales, de origen, de género y de estatuto legal, barreras culturales y lingüísticas que limitan dicho acceso y que contribuyen para una atención sanitaria deficitaria y discriminatoria (Padilla et al, 2014; Dias y Gonçalves, 2007; Fonseca y Silva, 2010; Almeida et at., 2013; Masanet, et al., 2014; Hernandez et al., 2014; Santinho et.al; 2014; Padilla, 2013; Fonseca et. al, 2007; Dias et. al, 2004; Fennely, 2004,)

Coincidiendo también con la evidencia europea, también en Portugal se reafirma que el estatuto legal, afecta la utilización de los servicios, donde se muestra que los inmigrantes en situación irregular utilizan menos los servicios de salud y tienen mayores dificultades en el acceso a los mismos (Dias, et. al, 2008; Padilla et al., 2011; Padilla, et al, 2014; Torres-Cantero et al., 2007)

Otros factores que influyen en el acceso a los cuidados de salud por parte de los inmigrantes en las sociedades de destino, se encuentran asociados a las experiencias de salud en el país de origen, al tipo de servicio de salud disponible y a la utilización realizada (Hernández-Plaza et al; 2014; Padilla, 2013; Padilla et. al, 2014; Dias, et. al, 2008; Ortiz, 2014)

Por otro lado, también influyen en el recurso a los cuidados de salud, las creencias y representaciones sobre la salud y la enfermedad de algunas comunidades (Backstrom, 2009; Dias, et. al, 2008; de Sousa, 2006).

Las desigualdades de salud que fueron presentadas se encuentran basadas en la evidencia. Sintetizando, los inmigrantes presentan peores indicadores de salud, comparado con los nacionales (Padilla et al, 2014; Padilla, 2013; *WHO Regional Office for Europe, 2010*). Dentro del grupo de los inmigrantes, las mujeres son las que presentan peores indicadores de salud, en particular en lo relacionado con la salud materna y reproductiva (Machado et. al,

2006; Harding et. al, 2006), siendo que además presentan mayores problemas en el acceso y la calidad de la salud. Las barreras de acceso a la salud materna continúan a existir, agravadas por la crisis económica y se relacionan principalmente con factores socioeconómicos, lingüísticos, diferencias culturales, organizacionales y de estatuto legal (Padilla et al, 2014; Dias y Gonçalves, 2007; Fonseca y Silva, 2010; Almeida y Caldas 2012; Masanet, et al., 2012; Hernandez et al., 2014). Las barreras de salud que condicionan el acceso y la calidad de salud constituyen desigualdades de salud que funcionan como un mecanismo restringido de la ciudadanía y en el caso los inmigrantes condicionan también su inclusión social.

A pesar de esta evidencia, solo en la última década las investigaciones y los estudios abordan las cuestiones de salud desde una perspectiva que incorpore múltiples desigualdades, considerando la naturaleza acumulativa y dinámica de las mismas: las desigualdades sociales, las desigualdades de género, entre otras. Sumadas a factores como la edad, el nivel educativo y la identidad cultural influyen inter-dependientemente en la salud. Estos ejes de desigualdad se agravan con cuestiones de discriminación y preconceptos.

Las condiciones sociales son responsables de las desigualdades de salud, lo que en el caso de los inmigrantes, se convierte en un problema de naturaleza política. Varios estudios e informes de organismos nacionales e internacionales han llamado la atención sobre la importancia de los determinantes sociales de salud y la necesidad de su combate para minimizar las desigualdades de salud (OMS, 2010; 2014; CSDH, 2008).

En el caso de Portugal y como consecuencia la crisis económica iniciada en el 2007 y agravada en los años sucesivos, existe un importante riesgo de retroceder en términos de acceso y equidad lo que revierte en un aumento de las desigualdades de salud, afectando fuertemente el acceso a los cuidados de salud de los inmigrantes. La importancia de la salud de los inmigrantes y el objetivo de una salud más equitativa e igualitaria iniciada con la Conferencia Europea y defendida por los organismos internacionales de la OIM, WHO y regionales como la Comisión Europea y el Consejo de Europa, pasa a un segundo plano frente a exigencias de mayor austeridad y restricciones económicas. En Portugal, los cambios, reformas y reestructura de los servicios de salud en pro de reducir el gasto público, junto a una restricción generalizada en el área de la salud pública, pone en riesgo el camino hasta el momento alcanzado.

En este sentido, Portugal en los últimos años se alejó del nivel alcanzado en términos de salud

y migraciones en el contexto europeo, lo que posiblemente repercutirá en peores indicadores de salud tanto para los portugueses como para los inmigrantes, el reciente informe del MIPEX sobre políticas de salud es un claro ejemplo de esta tendencia (Padilla, 2013; Padilla et, al, 2015).

La evidencia analizada reafirma también la necesidad de encontrar medidas para adaptar los servicios de salud a una población cada vez más diversa. A continuación mencionaremos algunas de estas respuestas.

3.5. Combatir las desigualdades de salud a través de cuidados de salud adecuados

La necesidad de adaptar la prestación de cuidados de salud para dar respuesta a una población cada vez más diversa con nuevas necesidades, manteniendo la calidad de los servicios para toda la población ha sido ampliamente señalada (Rechel et al 2011, Padilla, Mighealthnet, 2009, WHO). Como mencionamos anteriormente, la relevancia de este tema en la esfera política, no responde únicamente a la identificación de peores indicadores de salud en los inmigrantes, ni con las barreras de acceso que los mismos enfrentan, sino también con los cambios recientes en los padrones migratorios y sus consecuencias en varios ámbitos de la sociedad. Así como con el nuevo paradigma de salud pública, más focalizado en los determinantes sociales de salud y en la concepción de salud como un bienestar físico, mental y social.

En la salud pública, reducir las desigualdades se ha convertido en una prioridad, surgiendo varias respuestas, entre ellas “buenas prácticas”, que han intentado mejorar el acceso a los inmigrantes. Claramente, los sistemas de salud europeos han venido a tomar consciencia sobre la importancia de establecer servicios de salud adecuados y apropiados, a los inmigrantes (Rechel et al 2011; Mladovsky 2009, 2012; Padilla & Miguel, 2009; WHO, 2010; WHO, 2014). Las barreras de acceso, principalmente las de naturaleza lingüística y cultural han generado propuestas por parte de los servicios de salud e institutos de investigación basadas en la interculturalidad como eje central de las políticas de salud.

La competencia cultural surge desde los servicios de salud como respuesta para entender la creciente diversidad derivada de las migraciones, en un principio más centrada en superar las

barreras lingüísticas, que las culturales. Así, en un primer intento por evitar o minimizar estas dificultades de comunicación en la relación médica, se crearon folletos informativos de fácil difusión con informaciones básicas sobre salud que fueron traducidos a los varios idiomas de las poblaciones que se atendían.

La información así era suministrada en materiales multilingües, claro que esto en algunos países era fácil, debido al número limitado de orígenes y en otros absolutamente imposible (Ingleby, 2011). Otras estrategias utilizadas para superar las barreras lingüísticas y que aún hoy se utilizan como observamos durante la presente investigación, resultan en líneas telefónicas de traducción, traducción vía internet (*google translate*), traducción informal a través de familiares, vecinos y/o amigos, traducción informal a través de personal (dentro del servicio) que conozca el idioma y el recurso a mediadores interculturales.

A pesar de estos esfuerzos, las dificultades de entendimiento entre los profesionales de salud y los pacientes inmigrantes continúan, reflejado en un acceso muy reducido a los servicios de salud. Estas dificultades, en un inicio asociadas más a barreras lingüísticas, responden en mayor medida a factores culturales. Las dificultades de comunicación entre los inmigrantes y los profesionales de salud generan inúmeras dificultades, tanto a nivel de la salud, como del acceso y la utilización de los servicios. Los impactos pueden ir desde situaciones puntuales de estrés en las consultas hasta diagnósticos errados con consecuencias graves.

En este sentido, resulta necesario un abordaje cultural, más allá de una traducción de significados. El significado del concepto de cultura ha variado dentro de la perspectiva cultural aplicada a la salud. Si bien en un principio la cultura era considerada un conjunto de prácticas y saberes que los inmigrantes traían con ellos y para los cuáles era necesaria la elaboración de un *Kit*, capaz de de-codificar la misma, gradualmente esta visión se fue transformando incluyendo también aspectos socioeconómicos, religiosos, generacionales y regionales, convirtiendo a la cultura en algo dinámico, flexible y relacional, donde el conocimiento de la cultura del otro es resultado de la cultura vista desde el nosotros, en este sentido la perspectiva cultural de la salud implica también poner en causa, al profesional de salud en su contexto cultural.

A su vez, la perspectiva de la cultura como un bagaje cultural homogéneo y estático refuerza estereotipos y representaciones sociales asignadas a ciertos grupos culturales, lo que conduce

a incrementar aún más la brecha entre los profesionales de la salud y los inmigrantes (Ingleby, 2011; Durieux-Paillard, 2011).

El abordaje de la competencia cultural en la salud surge como una tentativa a responder a esta dinámica concepción de cultura y pretende crear un sistema más responsable de las necesidades de los inmigrantes (Ingleby, 2009) incorporando la diversidad cultural a través de una práctica médica más sensible culturalmente (Hernández-Plaza et. al, 2014). Así como prevenir el etnocentrismo y el estigma, mitigando el impacto sobre el paciente inmigrante (Nozaleda, 2011).

El modelo de competencia cultural envuelve también un aprendizaje y requiere de una capacidad de entender y “traducir” la información que es proporcionada desde y a los pacientes inmigrantes en su contexto. Así, la competencia cultural se basa no solo en los conocimientos sobre la cultura, sino también en las competencias y en las actitudes (Ingleby, 2011). Los conocimientos sobre salud utilizados deben ser claros, preciso, legibles y disponibles para todos, las competencias se refiere a la capacidad de entender y traducir esa información por parte de los inmigrantes, la actitud indica la habilidad de incorporar esa información en el cotidiana y se relaciona con la prevención de salud (Hernández-Plaza, 2012)

La competencia cultural además de envolver el conocimiento, la competencia y la actitud, se demuestra en la práctica, valorando y respetando la diversidad, debe formar parte de todas las actividades y estar ancorada en la diversidad (*commitment to diversity*) (Ingleby, 2011).

Se trata así de la construcción de un cuidado de salud culturalmente competente basado en la capacidad del profesional de salud de analizar la cultura del otro en cuanto proceso de integración, se trata de un cuidado de salud construido en un proceso, siendo como tal un recurso válido no únicamente para cuestiones de salud, sino que presenta herramientas conceptuales y prácticas para intermediar en relaciones donde las diferencias culturales se ponen de manifiesto (Santinho et. al, 2014) y esto incluye también diferencias de género, religiosas, sociales, económicas y de escolaridad.

El concepto de competencia cultural sufre también una evolución hacia una nuevo enfoque de sensibilidad a la diversidad, (*sensitivity to diversity*), término acuñado por algunos autores

dentro de la WHO *task force*, (Chiarenza, and Deville 2012) para abarcar otras diferencias que influyen también en el acceso a la salud. La sensibilidad a la diversidad puede ser individual, organizacional y del sistema, funcionando desde varios frentes. Sin embargo este concepto no ha sido tan consensual, ya que como manifiestan algunos autores (Ingleby, 2011), debido a la amplitud de aspectos de la diversidad que consideran, diluyen el foco sobre la problemática de los inmigrantes en particular.

El abordaje de la competencia cultural en la salud pretende facilitar la interacción entre los inmigrantes y los profesionales de salud o los servicios de salud, la competencia cultural debe ser parte de todo el servicio, desde el personal médico al personal administrativo para poder obtener algún efecto. Facilitar la comunicación y el diálogo, supone evitar o minimizar las representaciones sociales que existen sobre las comunidades inmigrantes, combatir los prejuicios y estereotipos sociales en primer lugar y prevenir el etnocentrismo. Facilitar la comunicación y el diálogo implica también reconocer las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad arraigadas en las diversas culturas y contextos sociales. No se trata únicamente de traducir la información, sino de interpretarla en su contexto de emergencia.

La forma como las diferentes comunidades inmigrantes entienden, interpretan y viven sus problemas de salud son fundamentales para entender la forma de expresión que los mismos adquirirán cuando tengan que ser transmitidos a un profesional de salud. (Si las consultas de prenatal, no tienen sentido en mi “concepción” de salud, nunca sentiré la obligación de hacerlas y menos me sentiré “culpable” por no hacerlas). La competencia cultural es también un recurso válido de los profesionales de salud para disminuir las falsas interpretaciones y evitar juicios de valor premeditados.

La perspectiva de la competencia cultural ha sido bastante difundida en los países europeos en los últimos años, sin embargo los resultados sobre su impacto en la mejora del acceso a la salud de los inmigrantes ha sido menos analizada (Ingleby, 2011; Fortier & Bishop, 2003). Uno de los motivos principales responde a la falta de interés de las agencias financiadoras de invertir en este asunto (Ingleby, 2011, Padilla & Miguel, 2009) y a la dificultad de medir su impacto.

Sin embargo y a pesar de ser considerado una importante estrategia de adaptación de los servicios de salud a las necesidades surgidas de las migraciones (Hernández-Plaza, 2014), actualmente la competencia cultural está siendo sujeta a un riguroso debate (Ingleby 2011;

Ingleby, Chiarenza, and Deville 2012), en busca de nuevos abordajes más holísticos y comprensivos (Hernández-Plaza 2011; Hernández-Plaza & Padilla, 2014; Hernández-Plaza et. al, 2014).

Una de las críticas más difundidas se refiere a la excesiva importancia sobre la dimensión cultural que la perspectiva de la competencia cultural privilegia, desvalorizando y minimiza el impacto de otros factores que afectan la salud de los inmigrantes. En este sentido, Hernández-Plaza & Padilla (2014) llaman la atención sobre la importancia de las desigualdades sociales y las asimetrías de poder (Hernández-Plaza et. al, 2014; Hernández-Plaza & Padilla, 2014). Otros autores también señalan la importancia de las diferencias de género, edad y permanencia en el país (Bhopal, 2001),

Por otro lado, el modelo de la competencia cultural también se basa en la narrativa del paciente y es considerada por algunos autores como una extensión de la salud centrada en el paciente (Saha et. al 2008). Se trata de una estrategia que reconoce la individualidad del paciente, viéndolo como un ser único y reconoce su narrativa como singular (Saha et. al 2008). El mayor problema surge cuando los cuidados de salud prestados en base a valores médicos establecidos, entran en conflicto con los valores y prácticas del paciente inmigrante. En ese momento el profesional de la salud utiliza el recurso de la competencia cultural, para entender y evitar el conflicto. En este sentido la competencia cultural, ayuda en la relación clínica inmediata, cuando el profesional se basa en la construcción de la narrativa del paciente para entender el significado “cultural” de algún comportamiento o práctica.

Es sabido que la cultura también se construye en la interacción y en cada contexto, de ahí la importancia de reconocer la individualidad de paciente, básicamente el modelo basado en la centralidad del paciente se afirma en que no se puede asumir un comportamiento “cultural” igual en una mujer o en un hombre, en un joven o en un adulto, aunque compartan el mismo origen y la mismas condiciones sociales. Este tipo de abordaje es teóricamente adecuado para el tratamiento de los pacientes inmigrantes y de toda la población en general, pero instrumentalmente difícil, sino imposible de implementar en un servicio de salud pública, que se tendría que transformar en un servicio extremadamente personalizado. Este abordaje conlleva un importante desafío no únicamente a nivel individual, de los profesionales de salud, sino también a nivel colectivo y a la interna de las los servicios de salud.

Un ejemplo de intervenciones que promueven la competencia cultural en el caso de Portugal, fueron los mediadores culturales. Se trata de personas formadas no solo para interpretar la

información entre el paciente inmigrante y el profesional de salud, en este sentido su objetivo principal era superar las barreras lingüísticas, sino también tenían la capacidad de mediar en la relación médica, es decir entender y “traducir” el contexto cultural y social del paciente al médico y viceversa, de esta forma se intenta superar también las barreras culturales. En Portugal se llevó a cabo un proyecto organizado por el entonces Alto Comisariado para la Integración y el Dialogo Intercultural (ACIDI), en conjunto con la OIM, y la universidad autónoma de Madrid y el ISCTE. Donde se dio formación a un grupo de mediadores interculturales que trabajaron durante algunos años principalmente en el ámbito de la educación y la salud.

La promoción de la competencia cultural y de la sensibilidad a la diversidad aquí presentada son medidas a nivel de los sistemas de salud, implementadas desde los servicios y que contribuyen a mejorar la atención de salud. También existen medidas a nivel individual que pueden promover una mejor atención en salud y reducir las desigualdades, nos referimos en particular a la literacia en salud y a la ciudadanía. La competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad ayudan a fomentar la literacia en salud y la ciudadanía en salud a través del propio sistema.

La literacia en salud surge para reducir las desigualdades en salud, derivadas de la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, la falta de información sobre tratamientos, procedimientos, análisis, diagnósticos y otras informaciones relevantes en salud. Así hoy en día, los sistemas de salud son cada vez más complejos y sofisticados, con informaciones técnicas que requieren de una lectura más perfeccionada y una comprensión técnica mayor. En este sentido, la promoción de una la literacia en salud⁶, entendida como la competencia cognitiva y social, bien como la habilidad de un individuo de acceder, comprender y utilizar la información sobre salud para promover y mantener su salud, resulta indispensable para entender el funcionamiento del sistema de salud, así como para obtener mejores resultados en salud.

La distribución de información, conocimientos y capacidades de este tipo es bastante desigual en las sociedades, generalmente en detrimento de los más excluidos (Ingleby, 2011). Es decir que existe un desequilibrio entre los diferentes grupos sociales, siendo aquellos en situaciones más vulnerables, los más afectados, de esta forma la capacidad de tomar decisiones

⁶ Literacia em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a literacia em saúde define-se como um conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (WHO, 1998).

fundamentadas sobre cuestiones de salud, se encuentra también limitada por las condiciones sociales.

Si bien existen iniciativas que promueven una mayor literacia en salud, llevadas a cabo tanto por servicios de salud, como por asociaciones y organizaciones no gubernamentales, su impacto sobre los inmigrantes ha sido bastante limitado sobre todo por la ausencia de una visión sistémica y holística (Ingleby, 2011, WHO, 2010). Algunos estudios han demostrado que poblaciones con baja literacia en salud, por ejemplo recorren más a las urgencias, descontinúan la medicación y no utilizan los servicios de prevención (Kickbush and Maag; 2005; Lindström & Eriksson, 2011).

Una de las críticas a la noción de literacia en salud, cuando se trata de poblaciones inmigrantes se refiere precisamente a considerar la literacia como competencias y/o conocimientos que “se deben” adquirir en una lógica vertical, *top-down*, lo que afecta otras representaciones sobre salud, que puedan existir dentro de estas comunidades, desvalorizando los significados culturales que la salud y la enfermedad pueden tener en otras culturas. En esta lógica el conocimiento sobre la salud tiende a converger y unificarse, en lugar de multiplicarse y tornarse más abierto a otros significados y sentidos sobre la salud. Resulta así necesario abordar la literacia en salud como un conocimiento dinámico y en construcción, basado también en “otros” saberes, experiencias y prácticas de salud. Siguiendo a Padilla (2013) parece más indicado hablar de una “literacia en salud intercultural”, que incluya más de una perspectiva o como refiere Challinor (2012), considerar la literacia de los sistemas de salud y no de la salud, porque de esta forma solo se valoraría el modelo biomédico de salud, no dando lugar a otros significados.

La literacia en salud como es entendida actualmente no incorpora, como mencionamos, aspectos vinculados a la cultura ni interpretaciones de comportamientos y prácticas de salud diferentes, que ayuden a entender a pacientes de diferentes culturas. Con todo, la literacia en salud, resulta un concepto bastante útil para entender la comunicación entre el profesional de salud y el paciente inmigrante, desvelando la brecha entre el conocimiento que tiene el paciente sobre salud y el conocimiento que el profesional de salud asume que el paciente tiene, así lo que puede ser considerado en una primera lectura como ignorancia, no necesariamente lo es (Ingleby, 2011).

La literacia en salud a nivel de los pacientes, ayuda para el ejercicio de la ciudadanía en salud en sentido amplio. La promoción de la ciudadanía de salud y de la literacia en salud son estrategias de mejora de los servicios de salud (Padilla, 2008).

El modelo de ciudadanía de salud busca a su vez crear un modelo de salud, basado también en la centralidad del paciente, cuyo eje central es la ciudadanía. La noción de ciudadanía de salud asume la salud como un derecho, que implica un mayor involucramiento de los ciudadanos en cuestiones de salud, tomando decisiones informadas, a través de la literacia en salud (Padilla, 2008; Padilla et. al., 2013) donde se promueve un paciente activo, participativo y responsable por su propia salud (Padilla, 2009).

Un aspecto central de la concepción de una ciudadanía de salud que queremos rescatar, más allá de la incorporación del paciente de forma activa, es la incorporación del paciente como sujeto de derecho; y con esto la intervención y responsabilización del Estado, es decir el ejercicio de la ciudadanía funciona a nivel individual del paciente, pero es garantizada por el Estado en su carácter de catalizador de las políticas públicas.

Resulta interesante discutir, en qué medida la ciudadanía, en su interpretación amplia como generadora de individuos con derechos políticos y sociales, puede vincularse a la salud; es decir si tiene la ciudadanía un potencial inclusivo en términos de salud?

La ciudadanía a su vez incluye y excluye, jugando también un papel de dictamen social, moral y simbólico, reforzando un sistema de valoración, donde se “construyen” los excluidos, la ciudadanía se configura así también como una fuente de exclusión. Quiénes serían en este caso los ciudadanos? Para evitar esta formulación, resulta fundamental incorporar en la ciudadanía de salud, el aporte sustancial de Soysal (1994) sobre la importancia de los derechos humanos (Soysal 1994) como extensión de los derechos civiles y sociales, así la ciudadanía puede ser ejercida por los ciudadanos y también por los “no” ciudadanos, como sería el caso de los inmigrantes en situación irregular. En definitiva se trata de englobar principios universales como los derechos humanos y en este caso el derecho a la salud, a principios nacionales, enmarcados en un estado de derecho. Más allá que puede excluir (en la formulación) aquellos “no” ciudadanos, esto más que un problema conceptual, es un problema de falta de mecanismos rápidos y efectivos de regularización y legalización.

Por otro lado, la ciudadanía de salud como modelo pretende también incluir al paciente, darle voz al paciente sobre su propia salud, promover la participación, siendo que también se lo

empodera, lo cual tiene impactos positivos no solo a nivel de la salud, sino de la participación ciudadana, en otros ámbitos de la sociedad.

La ciudadanía en salud, es actualmente una perspectiva bastante interesante, pero que también tienen sus limitaciones, implica una mayor responsabilidad que se traslada a la persona sobre su propia salud lo que trae desafíos. Por un lado que el paciente sea responsable sobre su salud, trae implícito que la persona tenga conocimientos suficientes y que a su vez tenga capacidad de tomar decisiones utilizando esos conocimientos. Así la literacia en salud, en el sentido de formación en salud, es indisoluble del compromiso de parte del servicio en brindar también estos conocimientos, de forma legible y adecuadas al paciente. Es en este sentido que la competencia cultural y la literacia en salud ayudan a un mayor ejercicio de la ciudadanía en el campo de la salud.

Otro aspecto que funciona como condicionante se refiere al sistema de conocimientos único (el modelo de salud biomédico) en el cuál se basan los cuidados de salud, que excluye y desvaloriza otros conocimientos, mientras el sistema de salud no reconozca las necesidades sociales, los saberes leigos/populares, ni la pluralidad de prácticas de salud, seguirán existiendo situaciones de exclusión (Carapinheiro, 2001). Por lo tanto la ciudadanía de salud para ser efectiva necesita de información, conocimiento y capacidad. En este sentido, la literacia en salud también puede contribuir para cerrar la brecha entre diferentes grupos sociales, donde sabemos que los conocimientos no se encuentran igualmente distribuidos.

Por otro lado responsabilizar al paciente puede tener también varios riesgos, hasta que punto puede una persona decidir si no tiene información suficiente o si no entiende la información, o si no conoce las consecuencias, si se encuentra en un estado vulnerable, si atraviesa un trauma, si está solo, si es víctima de discriminación, violencia o maltrato.

Como hemos presentado, la ciudadanía en salud es importante como eje central de una política de salud pública para mejorar los servicios de salud para todos, incluidos los inmigrantes. En Portugal la apuesta hacia una ciudadanía de salud, se encuentra como eje estratégico de salud en el plano nacional de salud (PNS 2010-2016) que contiene un espíritu inclusivo que es importante destacar. Con este enfoque de una salud más ciudadana, se pretende rescatar al paciente como figura central de los servicios de salud y la participación del mismo, tanto en su propia salud como en las decisiones sobre salud colectivas. Como presentamos el riesgo es que no todos los ciudadanos se encuentran aptos para ejercer sus

derechos de ciudadanía, ni en iguales condiciones para hacerlo. El ejercicio de la ciudadanía es indisociable del contexto donde se ejerce.

Las perspectivas de literacia y ciudadanía en salud a nivel individual deben complementarse con la competencia cultural como estrategia para reducir desigualdades en salud entre los diferentes grupos sociales.

3.5.1. Visiones complementarias en una aproximación multinivel a los cuidados de salud

Las perspectivas presentadas son herramientas útiles para reducir las desigualdades en salud y para adaptar los sistemas de salud a las diferentes necesidades, mejorando la calidad de la salud para toda la población incluidos los inmigrantes.

Como vimos, las perspectivas de la competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad son importantes a nivel de los sistema de salud y la literacia y la ciudadanía en salud son importantes a nivel individual de los pacientes.

La competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad funcionan a nivel del sistema de salud, como estrategias de adaptación del mismo a diferentes necesidades. Se trata de respuestas que surgen en un inicio debido a la escasa utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes, creando y desarrollando recursos (mediadores, líneas telefónicas, folletos, etc.) para minimizar las barreras lingüísticas y culturales detectadas como importantes barreras de acceso entre las poblaciones inmigrantes. La competencia cultural es responsabilidad del profesional, que tiene que formarse a través de conocimientos, capacidades y actitudes para entender las necesidades de los inmigrantes.

La literacia en salud y la ciudadanía funcionan a nivel de los usuarios y también contribuyen a reducir las barreras de comunicación entre los profesionales de salud y los usuarios, a través de mayores conocimientos de salud que permitan un ejercicio de los derechos sociales. Para el paciente inmigrante el ejercicio de los derechos de salud ayuda también a evitar actitudes discrecionales en base a la cultura, clase, etnicidad.

Las propuestas de competencia cultura, sensibilidad a la diversidad, literacia en salud y la ciudadanía en salud contribuyen de forma complementaria a mejorar la atención de salud, aproximando los pacientes al servicio y viceversa, reforzándose mutuamente.

Esta visión complementaria asienta también en que la salud tiene que ser construida por todos, por las personas desde su singularidad y desde su igualdad, no debe ser únicamente ni un emprendimiento exclusivamente médico, ni una responsabilidad únicamente política, sino un esfuerzo a varios niveles.

Así para reducir las desigualdades de salud es preciso apostar a tres niveles: a nivel institucional, a nivel de la organización de los servicios de salud y a nivel de la relación clínica entre pacientes y profesionales.

A nivel institucional, nos referimos al acceso a la salud, en este sentido se debe priorizar una salud pública basada en los principios de universalidad e igualdad, se promoviendo un acceso igualitario a todos los ciudadanos. La salud pública debe basarse en los principios de universalidad, a través de un acceso igualitario y equitativo.

A nivel de la organización de los servicios de salud, fomentando y disponibilizando recursos que permitan una competencia cultural y una sensibilidad a la diversidad mayor. Los servicios deben ser también flexibles, adaptarse a nuevas realidades y ser colaborativos interna y externamente.

A nivel clínico, nos referimos a la relación clínica entre el profesional de la salud y el paciente inmigrante en términos de la calidad de la atención. En este sentido la literacia en salud y la ciudadanía en salud por parte de los pacientes junto a la atención centrada en la persona utilizando recursos de competencia cultural y sensibilidad por parte del profesional de salud resultan fundamentales. Se debe priorizar el principio singularista, de la competencia cultural, de la atención centrada en el paciente desde su individualidad, considerando las diferencias sociales, económicos, culturales, de género, etc. Esta atención debe ser (re)formulada continuamente y construida en cada interacción para evitar generalizaciones y uniformación de conductas de forma acrítica. La competencia cultural y la singularidad del paciente deben complementarse para evitar respuestas estandarizadas culturalmente.

La atención igualitaria, es ciega a las diferencias y acaba por encubrir una asimilación generalizada hacia prácticas y comportamientos socialmente adecuados y legitimados institucionalmente. Desde el control de la natalidad, la utilización de ciertos métodos anticonceptivos, el seguimiento del embarazo, hasta la “correcta” parentalidad, todas estas conductas implican regularizaciones y “normalizaciones” de comportamientos, que no necesariamente tienen relación directa con el contexto cultural de los inmigrantes. Así, en el

tratamiento igualitario, se pierde equidad y se desvaloriza el impacto que tienen las diferencias culturales y las desigualdades sociales en la salud.

De ahí la importancia de rescatar la competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad por el lado del sistema conjuntamente con la literacia y ciudadanía de salud por el lado del paciente para evitar reproducir las desigualdades existentes.

Para ello, esta propuesta de visión complementaria y en tres niveles (desde el sistema, el servicio y la relación paciente-profesional), debe basarse en los principios de igualdad y equidad simultáneamente. Igualdad en el ejercicio de los derechos y equidad en el acceso y la atención sanitaria. A su vez, el principio de equidad que funciona a nivel de la práctica médica debe incluir un auto-examen crítico sobre la propia cultura, sobre las propias creencias y sobre las expectativas creadas sobre el “otro”, el denominado etnocentrismo dual (De Santis, 1994).

Así, la atención se torna más equitativa e inclusiva y no se basa únicamente en aspectos culturales, sino en la combinación de estos con los determinantes sociales de salud. El derecho a la salud es también entendido en este marco. Las políticas de salud no pueden ser desprendidas del contexto donde se ejercen.

Por último, quisiera llamar la atención sobre dos consideraciones respecto al nuevo paradigma de la salud pública. Recordemos que esta nueva visión privilegia, los estilos de vida saludables y la calidad de vida y la salud se concentra más en la promoción y el bienestar social, lo que implica un mayor compromiso individual.

La primera consideración es llamar la atención sobre otra lectura mucho más pragmática y menos idealista de esta visión que pretende promover estilos saludables y mayor participación en la propia salud y que tiene como base principal la reducción de costos de salud del Estado, trasladando los mismos a la esfera privada de los individuos (es decir menos medicamentos y menos tratamientos complementarios de diagnóstico que generan importantes costos de salud al Estado y más alimentación saludable, ejercicio físico, etc. generando mayores costos individuales).

La segunda consideración se refiere a que este nuevo paradigma de salud pública con énfasis en los estilos de vida saludables y los comportamientos individuales, donde la responsabilidad sobre la propia salud se centra más en el individuo, puede conducir a una culpabilización de los individuos según adhieran o no a los comportamientos esperados, desvalorizando la

importancia de los determinantes sociales de la salud (la persona no quiere ser saludable versus la persona no “puede/sabe” ser saludable). En este sentido este modelo de salud pública puede también generar procesos de culpabilización en los individuos, desresponsabilizando al Estado en su carácter de catalizador de las políticas sociales y públicas de salud. (Katz & Peberdy, 1998; Ewles & Simnett, 1999).

En los capítulos anteriores, hemos presentado las perspectivas que constituyen las líneas teóricas que estructuran el marco analítico de la presente investigación de donde surgen los nuestros conceptos centrales de análisis. Partimos de las desigualdades de salud como desigualdades sociales, centrando el análisis en los determinantes sociales de salud y en la migración como un importante componente de los mismos.

Nos basamos en la evidencia que demuestra las dificultades de acceso de los inmigrantes a la salud, considerando que las mismas no solo limitan y condicionan su acceso a los cuidados de salud, sino también su inclusión social y el ejercicio de una ciudadanía plena, considerando el acceso efectivo a la salud como una cuestión de ciudadanía. De ahí la importancia de rescatar propuestas que combinen esfuerzos a diferentes niveles.

De la articulación de estas perspectivas teóricas surgen varias cuestiones que pretendemos responder y que servirán para conocer un poco más esta realidad social con la finalidad última de reducir las desigualdades de acceso a la salud de los inmigrantes. Pretendemos conocer cuales son las principales barreras de acceso a la salud para las mujeres inmigrantes y como se establece la relación entre profesionales de salud y mujeres inmigrantes y que lógicas sustentan esta relación? Así como identificar cuáles son las respuestas hasta ahora utilizadas por ambos para el efectivo acceso a la salud y la prestación de cuidados de calidad.

4. LA SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD EN EL AMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

En este capítulo hacemos una referencia al derecho a la salud en el ámbito internacional y presentamos el marco jurídico sobre salud en Portugal. También presentamos brevemente la evolución y el surgimiento del Servicio Nacional de Salud Portugués, haciendo hincapié en la última reforma de los cuidados de salud primarios.

La definición sobre salud en el mundo occidental ha cambiado a lo largo del tiempo, pasando de una concepción meramente biológica, definida por la ausencia de enfermedad a una concepción más holística que incorpora aspectos psicológicos, emocionales y sociales. Según la definición de la Organización Mundial de la salud, la salud representa el bien estar físico, mental y social de una persona, siendo condiciones fundamentales para una buena salud, la alimentación, la vivienda, la educación, los medios de subsistencia adecuados, un ecosistema estable, recursos sustentables, ciudadanía, justicia social y equidad (WHO, 1948, 1986).

La salud de una población, así como el acceso a los cuidados de salud son un indicador clave del desarrollo social y humano de una sociedad.

El derecho a la salud es reconocido y garantizado por diversos tratados nacionales e internacionales. El primero y fundamental es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (DUDH) del año 1948, que asegura el respecto universal y efectivo de los derechos del hombre y las libertades fundamentales y proclama los derechos económicos, sociales y culturales. En su artículo nº 25, establece que:

“toda persona tiene derecho a un nivel de vida suficiente que le asegure a su familia la salud y el bienestar principalmente en relación a la alimentación, vestuario, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios” (ONU, 1948).

Además de esta Declaración, que constituye un marco de referencia para el derecho internacional, existen otras convenciones y pactos que reconocen el derecho a la salud, en este sentido solo mencionaremos algunas de ellas.

La Carta Social Europea (DSE) del Consejo de Europa del año 1961 asegura los derechos económicos y sociales y establece en su artículo nº 11 el derecho a la protección de la salud y el derecho a la asistencia social y médica por parte de los Estados, para cualquier persona,

independientemente de su condición económica y social. Asimismo, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE) establece los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de los ciudadanos de la Unión Europea. Asegura el derecho a la protección de salud en su artículo n° 35, donde establece que todos los ciudadanos tienen derecho a acceder a los cuidados médicos.

La Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas del año 1966, se refiere a la protección de salud en su artículo n° 12 donde establece que los Estados reconocen el derecho de salud física y mental de todas las personas.

Asimismo la Convención de los Derechos de los niños de 1989, también establece el derecho a la protección de la salud de los niños, donde se reconoce que se les debe atribuir el derecho a los servicios médicos y a la educación, siendo que ningún niño debe ser privado de este derecho.

En relación a la población inmigrante, la Convención Internacional de Protección de Derechos de los trabajadores inmigrantes y los miembros de sus familias (1990) reconoce la importancia del efecto de la inmigración para los trabajadores y lo extiende a las familias y establece la protección de los derechos humanos fundamentales para estos trabajadores, incluido el derecho de recibir cuidados médicos en iguales condiciones que los nacionales. Sin embargo, como señala Pace (2011), citando al secretario general de las naciones unidas, Ban Ki-Moon, “ninguna de las naciones europeas ha firmado o ratificado la Convención Internacional de Protección de los Derechos de los trabajadores migrantes y sus familias, denegando así derechos básicos a los inmigrantes”. Esta Convención establece a igual tratamiento en el acceso a los servicios de salud a trabajadores inmigrantes regulares, a su vez la misma convención en su artículo 12 establece el derecho al tratamiento médico de emergencia a todos los inmigrantes, independientemente de su situación legal (Pace, 2011, UN, 1990). A pesar de que algunos países europeos están advocating en este sentido, ninguno lo ha reconocido formalmente (Pace, 2011)

Asimismo, todos los países europeos son miembros de las Naciones Unidas y forman parte del tratado de derecho humano internacional y del Comité de Derechos económicos, sociales y culturales, que garante entre otros derechos, el acceso a un servicio de salud apropiado (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000).

A su vez la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, establece la obligación a los estados de asegurar el acceso a la salud para todas las personas, incluyendo los inmigrantes indocumentados y los requerentes de asilo (Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2004).

También algunos países europeos forman parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) donde se establecen principios de justicia social y trabajo. Países europeos como Portugal, Italia, Eslovenia y Cyprus también forman parte de las convenciones sobre los derechos de protección de los trabajadores inmigrantes (Pace, 2011).

A nivel europeo, existen varios instrumentos que garanten el derecho a la salud de los inmigrantes, incluso aquellos en situación irregular. La Convención Europea de Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales el consejo de Europa establece también entre los derechos fundamentales, el derecho a la salud (1996, 2003, 2005, 2010).

Los países europeos, también forman parte de la Organización Mundial de la Salud, donde se establece en su constitución el derecho a la salud (OMS, 1946) y específicamente el derecho a la salud de los inmigrantes en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2008)

En el caso de la Unión Europea, el Tratado de Lisboa, en Diciembre de 2007, reitera la importancia de los derechos humanos como valores fundadores de la Unión Europea (EU, 2010) estableciendo el derecho de todos al acceso a los cuidados de salud y al tratamiento médico, asegurando la protección de salud como prioridad en la políticas de la unión europea.

A nivel nacional, Portugal, España, Italia, Holanda, Hungría y Bélgica reconocen el derecho a la salud para todos los residentes en el territorio nacional en sus constituciones nacionales (Pace, 2013). Aunque aún falta un largo camino para asegurar el acceso a la salud de los inmigrantes en Europa, algunos buenos ejemplos son llevados a cabo por algunos países para garantizar el acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados. Siendo necesarias no únicamente definiciones claras de la ley e implementación rigurosa, sino también divulgación accesible a los inmigrantes y a los servicios de salud (Pace, 2011).

A pesar del derecho a la salud estar garantizado por diversos acuerdos y convenciones internacionales y europeas, en la Unión Europea las limitaciones y negaciones de este derecho de salud a los inmigrantes son frecuentes (Pace, 2011). En la práctica este derecho no es implementado de forma igualitaria para extranjeros y nacionales (Barros & Pereira; 2009).

Tabla 4 : Algunos instrumentos legales internacionales y europeos sobre salud

Nombre	Ámbito	Año
Declaración Universal de los Derechos del Hombre	Naciones Unidas	1948
La Convención Europea de Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales	Consejo de Europa	1950
Carta Social Europea	Consejo de Europa	1961 / 1996
Convención Internacional de los Derechos económicos, sociales y culturales	Naciones Unidas	1966
Convención Internacional de la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial	Naciones Unidas	1969
Convención de los Derechos de los niños	Organización de las Naciones Unidas - ONU	1989
Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea	Unión Europea - UE	2000
Directiva europea sobre el combate a la discriminación racial	Unión Europea - UE	2000

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Legislación sobre salud en Portugal

Una mirada retrospectiva, permite verificar que Portugal ha realizado grandes esfuerzos en relación a los derechos de salud de la población a través de varios compromisos institucionales realizados a lo largo de los años.

Existen en Portugal diferentes niveles de legislaciones que contemplan el derecho a la salud, desde el nivel más general, que se establece en la Constitución de la República Portuguesa y la Ley de Bases de la Salud, hasta niveles particulares, constituidos por Decretos, Despachos y Porterías que han venido a ser implementadas recientemente y que actúan como directivas a través de circulares informativas⁷.

Así, el derecho a la salud en Portugal se encuentra estipulado en la Constitución de la República Portuguesa de 1976 y ratificado en la Ley de Bases de la Salud, aprobada por la Asamblea de la República en 1990.

⁷ Las circulares informativas no constituyen fuente de derecho, pero si son obligatorias para los agentes de la administración pública en este caso, todos los establecimientos de salud del SNS.

La Constitución de la República Portuguesa (CRP) establece en su artículo 15 que “los extranjeros y los apátridas que se encuentren o residan en Portugal gozan de los derechos y están sujetos a los deberes del ciudadano portugués” (artículo 15º, nº1), con excepción en algunos casos de los derechos políticos y de los derechos y deberes reservados exclusivamente a los ciudadanos portugueses (cfr. nº 2 a 5 do artigo 15º da CRP). Relativamente al derecho a la salud, el mismo integra los llamados derechos fundamentales sociales, previstos en el artículo 64º que estipula que *“todos tienen derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla”* (Artículo nº 64). La CRP es aún más generosa en este capítulo que la DUDH, donde se establece como mencionado anteriormente, “el derecho a un nivel de vida suficiente para asegurar a su familia salud y bien estar”. En la CRP no se consagra únicamente el derecho a la salud, sino que se establece el deber del Estado de proveer las condiciones para efectivizar ese derecho a la salud a través de la creación de un servicio nacional de salud universal y general teniendo en cuenta las condiciones económicas y sociales de los ciudadanos, tendencialmente gratuito (artículo 64º, nº2 da CRP) (Miranda, 2010). Sin embargo la legislación posterior, en general limita o condiciona esos derechos.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) es creado a través da Ley de Bases de la salud aprobado por la Ley nº 48/90, del 24 de Agosto y se basa en los principios de universalidad, generalidad y gratuidad⁸ para todos los ciudadanos.

Esta ley del SNS no hacía referencia a la diferenciación entre ciudadanos incluyendo a toda la población. Únicamente a finales de la década del 90 cuando la inmigración se constituyó en un hecho notorio para Portugal, es que la legislación cambió y fue publicado un Despacho del Ministerio de Salud, en el cuál se estableció una equiparación entre ciudadanos extranjeros legalmente residentes en Portugal y ciudadanos portugueses *“todos los ciudadanos tienen derecho a la prestación de cuidados globales de salud y por esa razón todos los medios de salud existentes deben ser disponibilizados en la exacta medida de las necesidades de cada uno”*. Según el mismo despacho, el SNS abarca a todos los ciudadanos independientemente de su nacionalidad, estatuto legal o situación económica, estableciendo que *“son beneficiarios del Servicio Nacional de Salud todos los ciudadanos portugueses”* y también *“son beneficiarios del Servicio Nacional de Salud los ciudadanos extranjeros residentes en Portugal”* (Despacho del Ministerio de la Salud nº25.360/2001).

⁸ Cuidados de salud tendencialmente gratuitos regulados un régimen de tasas moderadoras.

Por otro lado abre la posibilidad de acceso a los cuidados de salud a los inmigrantes irregulares, estableciendo un régimen especial para los ciudadanos extranjeros en situación irregular, es decir aquellos ciudadanos que no posean títulos de autorización de permanencia o residencia, ni visa de trabajo, permitiendo el acceso a los cuidados de salud mediante la presentación de un atestado de residencia. Así, para acceder al SNS los ciudadanos portugueses deben solicitar una tarjeta/carné (*cartão de utente*) en el Centro de salud de su residencia (Decreto-Ley n.º 198/95, 29 de Julio substituída pelo Decreto-Ley n.º 468/97 do 27 de Fevereiro e n.º 52/2000, do 7 de Abril). Mientras que los ciudadanos extranjeros en situación irregular deben presentar un documento que compruebe su residencia en Portugal por más de 90 días emitido por la Junta de Freguesia de la zona de residencia (Barros e Pereira, 2009). Sin embargo en estos casos, los servicios de salud podrán cobrar a los pacientes extranjeros los gastos efectuados de acuerdo con los valores en vigor, atentos a las circunstancias económicas y sociales de las personas (Miranda, 2010). Como consecuencia de la crisis económica y las medidas de ajustes derivadas de la intervención de la Troika en Portugal, algunas de estas medidas se encuentran amenazadas.

En relación al acceso a la salud de los inmigrantes irregulares, la Dirección General de la Salud (DGS) emitió una Circular Informativa del 07/05/2009 para aclarar el sentido y el alcance de este despacho referente al acceso a los cuidados de salud de los ciudadanos extranjeros en situación irregular, debido a las dificultades de interpretación que surgieron y a las malas praxis a este respecto. La Circular ratifica lo estipulado en el Despacho ministerial 25 y establece el acceso a los cuidados de salud materno-infantil y salud reproductiva en los mismos términos para ciudadanos extranjeros y portugueses. Si bien las circulares no constituyen fuente de derecho, son obligatorias para los agentes de la administración pública, en este caso para los establecimientos de salud (Miranda, 2010). Con respecto a los menores extranjeros en situación irregular, la legislación portuguesa también establece los mismos derechos que atribuye a los menores de edad en situación regular en el territorio nacional (Decreto-Ley n.º 67/2004).

Con respecto a su financiamiento, el SNS funciona en parte a base del pago de tasas moderadoras de los ciudadanos que efectúan descuentos para la Seguridad Social. Con todo, la legislación contempla también prestaciones de salud sujetas a un régimen de exención de las mismas. La persona deberá realizar un procedimiento para obtener esta exención que

luego será presentada en el centro de salud que le corresponde⁹. También existen cuidados de salud exentos de pago de tasa de moderadoras (gratuitos). Los cuidados de salud gratuitos son para todos los ciudadanos, independientemente de la nacionalidad y del estatuto legal. Los dos cuadros siguientes resumen estas exenciones. El primero presenta el régimen de exención de personas /pacientes que no tienen que pagar las tasas moderadoras, si bien en algunos casos es necesario una constancia justificada; en el segundo cuadro se presentan los cuidados de salud exentos de pago.

Tabla 5 : Régimen de exención de tasas moderadoras (pacientes)

Personas con régimen de Exención de tasas moderadoras
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en situación de comprobada insuficiencia económica y sus miembros dependientes (es necesario la presentación de un comprobante). - Niños con edades hasta los 12 años inclusive. - Mujeres embarazadas y en el puerperio (hasta 8 semanas después del parto). - Pacientes con incapacidad igual o superior a 60%. - Pacientes trasplantados. - Militares y ex militares de las Fuerzas Armadas incapacitados en forma permanente - Bomberos . - Desempleados con inscripción en el Centro de Empleo y con subsidio de desempleo igual o inferior a 1,5 IAS e sus dependientes - Donantes de sangre, células, tejidos y órganos - Pacientes con enfermedades crónicas legalmente establecidas y comprobadas a través de declaración médica - Jóvenes en consulta en el Centro de Atendimento a Adolescentes

Fuente: Guia de acolhimento dos utentes. Taxas moderadoras, Administração Central dos Sistemas de saúde, IP, 2014

Tabla 6 : Régimen de exención de tasas moderadoras (cuidados de salud)

Cuidados de salud gratuitos (exentos de pago de tasa moderadora)
<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de peligro para la Salud Pública (Enfermedades de Declaración Obligatoria) - Salud materna (hasta 8 semanas después del parto) - Salud infantil (hasta 12 años de edad) - Consultas de planeamiento familiar y actos complementares prescritos en las mismas (Interrupción voluntaria del embarazo). - Cuidados de salud respiratorios a domicilio - Cuidados de salud en el área de Diálisis

⁹ Respecto a estos procedimientos existe recientemente un debate parlamentario y algunas alteraciones fueron realizadas recientemente.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Programas de tratamiento de alcohólicos crónicos y toxico dependientes- Vacunación prevista en el Programa Nacional de Vacunación |
|--|

Fuente: Guía de acolhimento dos utentes. Taxas moderadoras, Administração Central dos Sistemas de saúde, IP, 2014

A pesar de la universalidad del sistema de salud portugués que garantiza el acceso a los cuidados de salud, las desigualdades persisten y se mantienen (Padilla, 2013). Estas desigualdades se ponen de manifiesto entre la población inmigrante¹⁰, las minorías étnicas y otros grupos vulnerables, cuyas causas principales se encuentran asociadas a aspectos políticos, socioeconómicos, comunitarios, organizacionales y personales (Padilla, Hernández-Plaza y Ortiz, 2012).

Respecto a la salud materno-infantil que es el tema de interés de la presente investigación, la misma es considerada una “isla de excelencia” dentro de los cuidados de salud (Padilla, 2013), siendo además los índices de mortalidad materna e infantil importantes indicadores del desarrollo humano de una sociedad. En la Declaración de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, se establecía como prioridad para el año 2015, la reducción de la tasa de mortalidad materna. Este objetivo, no solo se relaciona con la promoción de la salud reproductiva, sino que es asociado al desarrollo humano, a la disminución de la pobreza y de las desigualdades sociales a nivel mundial. A su vez, la salud materna, repercute en la salud de toda la familia, y condiciona el desarrollo y crecimiento de los hijos, condicionando también su futuro como adultos (WHO, 2007).

Dentro de los cuidados de salud reproductiva e materno se encuentran el planeamiento familiar, el embarazo, el nacimiento de los hijos, el puerperio.

En Portugal, la CRP establece que cabe al Estado la garantía del derecho al planeamiento familiar, la organización de las estructuras jurídicas y técnicas que permitan el libre acceso a todos los ciudadanos a estas consultas. En relación al embarazo y a la salud materno-infantil “...*compete a los servicios de salud proporcionar a la mujer el conocimiento sobre las condiciones de apoyo que el estado puede dar la prosecución del embarazo y la maternidad.*” – A línea b) do n.º 2 do artigo 2.º da Ley 16/2007 de 17 de Abril.

¹⁰ A pesar de que se posibilite el acceso de los inmigrantes no documentados a los servicios de salud, su acceso se encuentra condicionado al pago de las tasas moderadoras (decreto-ley sobre tasas moderadoras)

Como fue referido anteriormente, la legislación portuguesa, establece el acceso gratuito a las consultas de salud materno-infantil, así como la gratuidad de todos los exámenes y consultas médicas efectuadas durante el embarazo y hasta 60 días después del parto, así como también el parto y cualquier internamiento por causa del embarazo en cualquier hospital perteneciente al Servicio Nacional de Salud (Decreto-Ley nº 70/2000). Todos los ciudadanos, independientemente de su nacionalidad y estatuto legal tienen garantizado el acceso a estas consultas.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVG), la legislación portuguesa establece desde el año 2007, la posibilidad de la interrupción del embarazo hasta las 10 semanas de gestación debiendo ser realizada en establecimientos de salud oficialmente reconocidos para tal efecto (Ley n.º 16/2007 del 17 de Abril)¹¹. Todas las mujeres, independientemente de su nacionalidad y estatuto legal, tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, a una consulta de planeamiento familiar posterior y al acceso a los métodos contraceptivos adecuados, no siempre de forma gratuita desde la imposición del régimen de austeridad consecuencia de la crisis económica y la intervención de la Troika (Padilla, et al, 2014)

El siguiente cuadro resume la legislación portuguesa relativa a la salud y a la salud materno-infantil. Existen también convenios entre el Ministerio de la Salud y la Santa Casa de la Misericordia de Lisboa (SCML) que no se encuentran referenciadas.

Tabla 7 : Principales medidas legislativas sobre salud

Legislación	Características /Artículo	Año
Constitución de la República Portuguesa	Derechos sociales fundamentales Artículos:13,15 e 64	1976
Ley nº 48/90	Ley de Bases de la Salud – Base I	1990
Ley 142/99	Protección a la maternidad y paternidad	1999
Ley nº 111/2000	Ley de no discriminación	2000
Ley 70/2000	Gratuidad de los exámenes y consultas durante el embarazo y hasta 60 días después del parto	2000
Despacho nº 25.360/2001	Acceso de ciudadanos extranjeros	2001
Decreto-Ley nº 173/2003 de 1 de Agosto	Artículo nº 2 (Tasas moderadoras e situaciones de exención)	2003
Ley nº 67/2004	Registro Nacional de Menores	2004

¹¹ Durante el período de escrita de la tesis, en el año 2015 estuvo en discusión parlamentaria, las condiciones de esta ley, en relación a la obligatoriedad de una consulta previa a la IVG.

Ley 23/2007 de 4 Julio	Ley de Inmigración	2007
Decreto nº 84/2007	Decreto Reglamentar nº 84/2007 de 5 Noviembre	2007
Ley 16/2007	Artículo nº 2 Apoyo al embarazo y maternidad	2007
Portería nº 1563/2007 de 11Dic	Medios de subsistencia de ciudadanos extranjeros	2007
Ley 16/2007	Ley de Interrupción voluntaria del embarazo	2007
Circular Informativa nº12/DQS/DMD	Dirección General de la Salud (DGS)	2009
Manual DGS	Manual de acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros	2014

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaria General del Ministerio de Salud de Portugal

4.2. El Servicio Nacional de Salud en Portugal: Surgimiento, desarrollo y última reforma

Al igual que otros países europeos, como es el caso de España, Italia, Suecia y Finlandia entre otros, Portugal, adopta un sistema de salud universal de dominancia estatal, es decir en el cual el Estado adquiere un papel central en la prestación de la atención sanitaria.

Durante la década del 60, Portugal presentaba a nivel europeo los peores indicadores de salud de la UE (OCDE, 2000; Baganha & Ribeiro, 2002), tanto en términos de mortalidad infantil y materna, como de cobertura sanitaria, dos de los principales indicadores utilizados para medir la salud de un determinado país. Así, en esa altura la salud de la población en general, era muy precaria y exigía una reestructura profunda que ayudará a mejorar estos indicadores, lo que vino a suceder tímidamente a partir del año 71 y se concretizó con la democratización y el nuevo desarrollo de un Estado social durante la década del 70.

Hasta el año 1974 el sector de la salud en Portugal era constituido por diferentes organismos e instituciones que proporcionaban cuidados de salud. Las más importantes a nivel nacional eran las misericordias, que eran instituciones de solidaridad social de cariz religioso que gestionaban la mayor parte de las instituciones hospitaleras, los llamados hospicios en la época, donde se atendía a la mayor parte de la población. También existían antes de 1974 los servicios médicos sociales que prestaban cuidados de salud principalmente relacionados con la vacunación, la protección materno-infantil y el saneamiento ambiental. Estos servicios eran sustentados por las contribuciones de los trabajadores a través de las cajas de providencia y

eran conocidos como los “médicos da Caixa”, a pesar de atender a gran parte de la población portuguesa, los médicos de este servicio tenían una imagen de desprestigio siendo conocidos como un “servicio de pobres” (Teixeira, 2012). También en esa altura existían algunos servicios privados dirigidos a la población de mayores recursos (Baganha & Ribero, 2002)

En 1971, se lleva a cabo una importante reforma en el sector de la salud en Portugal, considerada un marco histórico en la evolución de las políticas de salud pública, que afectará las décadas siguientes. Esta reforma establece una política de salud centrada en los cuidados de salud primaria, promueve la creación de lo que hoy conocemos como centros de salud de atención primaria y reconoce por primera vez el derecho a la salud de todos los ciudadanos (Decreto-Ley nº 413/71, del 27 de Setiembre). Esta reforma de 1971 es considerada, la primera tentativa de creación de un Servicio Nacional de Salud, y consistió en una profunda reestructura del Ministerio de Salud y Asistencia. En ese entonces fueron creadas las estructuras funcionales de lo que posteriormente sería el SNS, la Dirección General de la salud, la Dirección General de los Hospitales y una red de cuidados primarios que luego evolucionó en los centros de salud (Barros et. al, 2011; Fonseca, et. al, 2009)

En 1973 se crea el Ministerio de Salud, que sustituye el antiguo Ministerio de Salud y Asistencia, marcando una fuerte división entre salud y asistencia y lo que significa que el Estado, a través de la organización de este Ministerio de Salud pasaría a tener la responsabilidad sobre la orientación de toda la política de salud.

Con la democratización en el año 1974 se producen alteraciones profundas en la concepción del Estado social y en la concepción de las políticas sociales, incluidas las políticas de salud. En el año 1976 se comienza a vislumbrar la creación de un Servicio Nacional de Salud (SNS), que acaba por crearse en 1979 y que se reglamenta e implementa como tal mucho más tarde a mediados de la década del 90 (Carapinho, 2010; Fonseca, et. al, 2009). El Servicio Nacional de Salud creado en 1979 se basa en los principios de universalidad, generalidad y gratuidad. Únicamente, a partir del 2001, como consecuencia del aumento de la inmigración en Portugal, es que abarca a todas los ciudadanos, independientemente de su estatuto legal.

La creación de un SNS universal y las políticas de salud implementadas por Portugal a partir de los años ochenta, lograron mejorar en gran medida los indicadores de salud de la población. Según el informe de la OMS (2010), se destacan mejorías significativas a nivel de los indicadores de salud en Portugal, en particular el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad en personas mayores de 65 años y la reducción de la mortalidad

infantil, pasando de ser la más alta de la UE en 1980 a valores próximos de la media europea (WHO, 2010).

4.2.1. Última reforma del Servicio Nacional de Salud en Portugal

El servicio nacional de salud (SNS) ha sufrido varias reformas a lo largo de las últimas décadas, en lo que respecta a los cuidados de salud primarios que es el objeto de nuestro interés, haciendo una breve y sintética recopilación histórica siguiendo el trabajo de Teixeira (2012), observamos que los Centros de salud son creados en 1971, coexistiendo en esa altura con los servicios médicos sociales referidos anteriormente. En 1983 son creados los centros de salud integrados, también conocidos como “de segunda generación”, en 1999 son reconfigurados, cambiando su estructura organizacional, en 2003 y en 2005 son nuevamente reestructurados, en 2006 se aprueba el reglamento para la constitución de las unidades de salud familiar y en el 2008, se establece la creación de los Agrupamientos de Centros de Salud (ACES).

La última reforma del Servicio Nacional de Salud tiene a grandes rasgos el objetivo general de garantizar su sustentabilidad y mejorar el servicio, tornándolo más eficiente. Específicamente en relación a los cuidados de salud primarios, esta reforma pretende: más y mejores cuidados de salud, mayor accesibilidad, proximidad, calidad y satisfacción para los usuarios; para los profesionales de salud, mejores condiciones de trabajo, mejorar la organización y recompensar las buenas prácticas (Teixeira, 2012).

Entre los cambios estructurales más importantes a nivel de los cuidados de salud primarios, se encuentran la creación de una nueva figura constituida por la Agrupación de los antiguos Centros de Salud (ACES) y la división de la prestación de cuidados en cinco unidades orgánicas: la unidad de salud familiar (USF), la unidad de cuidados de salud personalizados (UCSP), la unidad de cuidados en la comunidad (UCC), la unidad de salud pública (USP) y la unidad de recursos asistenciales compartidos (URAP) (Teixeira, 2012). Vemos como por un lado se agrupan los centros de salud en agrupaciones mayores, los denominados ACES y por otro lado se dividen los centros de salud en diferentes unidades lo que puede generar visiones contradictorias.

Estos cambios acaban por afectar tanto a los usuarios, como a los profesionales de salud. En el caso de los usuarios generan confusión, ya que las diferentes unidades funcionan muchas veces en los mismos edificios y no se encuentran debidamente identificadas; por otro lado se comprueba entre los usuarios poco conocimiento sobre el nuevo funcionamiento del “antiguo” centro de salud y en particular sobre la creación de las nuevas unidades de salud, cómo funcionan, qué cambió y cuál es el impacto a nivel de la atención. Con respecto a los profesionales de salud, la reforma afecta directamente la labor de los mismos, que se ven obligados a adaptarse en poco tiempo a un sistema diferente y del cuál tienen también escaso conocimiento, en lo que se refiere a la instrumentación de estas medidas. En este sentido, como señala Teixeira (2015) la reforma fue poco explicada, poco divulgada y poco o nada participada.

Como mencionamos, uno de los puntos centrales de la reforma, se refiere a la creación e implementación de las Unidades de Salud Familiar (USF), cuyo objetivo es la prestación de cuidados de salud primaria “personalizados” basados en la proximidad entre el paciente y los profesionales, garantizando la continuidad. Estas unidades son formadas por equipos de médicos, enfermeros y administrativos que trabajan en un sistema de lista cerrada, es decir tienen un número determinado y fijo de pacientes. Se trata de unidades autónomas e independientes en términos funcionales y técnicos, cuentan con sus propias reglas dentro del sistema basadas en un compromiso asistencial contractual que en la práctica representa un conjunto de principios y lógicas de gestión empresarial trasladadas a la gestión pública de salud (Teixeira, 2012). En particular en lo que se refiere al desempeño por objetivos y a la evaluación a través de un sistema de indicadores, donde el cumplimiento de ciertos indicadores habilita la obtención de incentivos financieros e institucionales.

Las unidades de salud familiar se crean en base a candidaturas, son los propios médicos y enfermeros que tienen que presentar una candidatura al SNS para convertirse en USF, que luego va a concurso para crear la unidad, hasta el momento ha funcionado de esta forma. Así, las unidades de salud familiar (USF) tienen sus propios reglamentos y trabajan en base a objetivos predefinidos, los médicos, enfermeros y administrativos reciben un incentivo monetario por cumplimiento de los objetivos, lo que trae, según la opinión de varios profesionales, nuevas desigualdades al interior de los antiguos centros de salud, ahora divididos en unidades diferenciadas.

Según algunos estudios, existe entre muchos profesionales una disconformidad manifiesta en relación a esta reforma, donde a su vez, se señala que genera tensiones y rivalidades entre los profesionales de salud dentro del propio servicio (Padilla et. al, 2014), así como acaba por generar también distinciones simbólicas entre profesionales y pacientes de “primera” y de “segunda” (Teixeira, 2012). En este sentido genera también nuevas desigualdades en salud, abriendo una brecha cada vez mayor entre los pacientes, en detrimento de aquellos en peores situaciones y favoreciendo aquellos más integrados en el sistema.

A lo largo de la presente investigación, los impactos de esta reforma, en particular en lo que se refiere a la creación de las unidades de salud familiar, fueron frecuentemente mencionados en todas las entrevistas realizadas con profesionales de la salud de los cuidados de atención primaria. Si bien esto no fue profundizado en este tesis, es sin duda un aspecto muy relevante que afecta la práctica cotidiana de los profesionales de salud.

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo presentamos la metodología de la investigación utilizada. Comenzamos con una breve descripción de la investigación científica en ciencias sociales y en particular de las características del enfoque cualitativo. Seguidamente presentamos nuestro diseño metodológico, justificando su adecuación a la investigación, incluyendo la relevancia de la problemática, el tipo de investigación, los objetivos, los instrumentos de recolección de información y el análisis de los datos. Discutimos sobre las dificultades y las potencialidades de este diseño metodológico y por último a modo de reflexión, introducimos algunas notas “epistemológicas” que surgieron durante y a posteriori del proceso de investigación relacionada con las opciones metodológicas tomadas y la influencia que las mismas pueden tener en la construcción del conocimiento.

La metodología es una parte central de la investigación científica, define por un lado la forma como nos aproximamos a la realidad social que pretendemos investigar y por otro los instrumentos y herramientas que utilizamos para la labor de *hacer* investigación. Tiene así un carácter conceptual e instrumental. Así, la investigación científica es un proceso integrado en la teoría que lo determina y le otorga significado (Almeida & Pinto, 1995). La metodológica también es entendida como la disciplina instrumental al servicio de la investigación enfatizando la necesidad de un ejercicio de intuición, creatividad e imaginación.

Debatir sobre las opciones metodológicas que realizamos y como las mismas definen, condicionan e influye la construcción del conocimiento es cada vez más relevante, particularmente en el área de las ciencias sociales. Desde cuestiones más pragmáticas sobre la posición del investigador, el lugar de los sujetos investigados, las inter-relaciones y el involucramiento mutuo, hasta cuestiones de naturaleza más cognitivas sobre el propio significado de “*hacer*” ciencia y cuál sería el lugar que debería ocupar la investigación social en la sociedad real en términos de intervención y transformación. En esta línea, adherimos a la idea de que las ciencias sociales y la sociología en particular generan y producen importantes aportes junto a los agentes sociales y en particular en el diseño e implementación de las políticas sociales. Es decir, nos interesa rescatar también el papel activo e instrumental de la investigación social en la resolución de problemas, en la búsqueda de soluciones, en el planteamiento de nuevos desafíos e interrogantes y en la creación de espacios de reflexión inclusivos y permeables, en este caso hacia afuera de la academia. En otras palabras,

coincidimos con Burawoy (2005) en su definición de la “sociología pública”, como una sociología que privilegia el carácter interviniente de la misma y consideramos que la investigación social solo podrá ser útil, aplicada y utilizada por los grupos sociales con los cuáles trabaja, siempre y cuando genere conocimientos capaces de ser apropiados y valorizados dentro de estos mismos grupos. La sociología pública también pretende escapar a los determinismos y producir un conocimiento reflexivo y en diálogo con públicos extra-universitarios, utilizando su lenguaje, sus lógicas e intereses (Burawoy 2005, 2007).

5.1. Investigación científica en ciencias sociales

La investigación científica en ciencias sociales es un proceso organizado y jerarquizado compuesto por diferentes etapas relacionadas entre sí e interdependientes que constituyen el método o la estrategia metodológica. Es decir se trata de seleccionar el mejor camino para alcanzar los objetivos, a través de la optimización de los recursos disponibles (Selltiz et al, 1974; Quivy & Campenhoudt, 1992). Tiene las características de ser sistemática, empírica y crítica. Sistemática porque exige disciplina y un método, empírica porque los datos son recolectados y analizados y crítica porque está siendo evaluada y mejorada constantemente (Kerlinger, 2002, citado por Sampieri et al, 2006).

La investigación científica puede perseguir diferentes objetivos, entre ellos, los más frecuentes son el de producir nuevos conocimientos, de encontrar soluciones para problemas prácticos, de testear hipótesis, así como el descubrir nuevas interrogantes.

Sin pretender ser exhaustivos, resulta importante rescatar las dos formas principales de abordar la realidad social, es decir de hacer investigación científica y de construir conocimiento, el método deductivo y el método inductivo. A su vez resulta importante mencionar los paradigmas que orientan estos abordajes, sabiendo que la discusión entre positivistas y constructivistas ha contribuido mucho al avance de las ciencias sociales.

El método deductivo parte de ideas, hipótesis, teorías que se pretenden contrastar, verificar o refutar a través de la investigación empírica, es decir a través del levantamiento de datos empíricos. A grandes rasgos, la teoría orienta la recolección y el análisis de los datos para construir el conocimiento científico. En el caso de los fenómenos sociales, se obtienen datos de la realidad social, no necesariamente a través de una reducción de la misma, sino partiendo

de generalizaciones abstractas que se aplican a la realidad particular, utilizando con rigurosidad un método científico (Bourdieu, 2002). Los defensores de esta abordaje entre ellos, Bourdieu, enfatizan que el método en las ciencias sociales debe ser teórico, partir de elementos conceptuales y teóricos para *comprender* la realidad social, pero a su vez debe ser sometido a constantes aplicaciones prácticas de verificación experimental. El conocimiento científico es producto de la relación de interacción entre sujeto-objeto científico, no objeto real (que surge de la realidad inmediata), partiendo de generalizaciones abstractas, puestas a prueba a través de un cuestionamiento empírico constante para dar surgimiento a un conocimiento científicamente validado. Así, se construye el hecho social (Bourdieu, 2002).

El método inductivo, por su parte, funciona en un sentido contrario al anterior, es decir parte de las observaciones, de los datos de la realidad y construye hipótesis desde los mismos para volver una y otra vez a testearlas volviendo a más observaciones (Bowling, 2014). En ciencias sociales es común la utilización de métodos inductivos para el estudio de los fenómenos sociales, debido a las características inestables, historicistas y multicausales de los mismos. El método inductivo, permite el surgimiento inductivo de ideas que luego serán conceptualizadas sin restricciones teóricas previas (Vasilachis, 2006)

La teoría fundamentada “*grounded theory*” es un excelente ejemplo de este tipo, utilizado en Sociología y uno de los métodos más difundido entre los investigadores que realizan investigaciones cualitativas en ciencias sociales. Surge en la academia norteamericana en el ámbito de la disciplina de sociología, pero rápidamente se expande a otras ciencias sociales, alcanzando un importante desarrollo también en disciplinas como la psicología, la educación y la enfermería. Se trata del proceso de descubrir teoría a través de los datos sistemáticamente recogidos y analizados, sin conceptualizaciones teóricas previas de antemano (Vasilachis, 2006). Para la teoría fundamentada, las preguntas surgen de los datos, se favorece el proceso inductivo y todos son considerados *datos* como señalan Glaser y Strauss (1967), considerados los padres fundadores de esta teoría, los datos, se refieren a todo lo que está sucediendo en la escena de investigación, independientemente de la fuente de donde provengan esos datos, entrevistas, observaciones, etc. No se trata únicamente de qué está sucediendo, sino también de cómo sucede y lo que rodea a todo lo que sucede, siempre hay más datos para corregir y generar nuevas categorías.

Generar teoría desde los datos, es una de las características fundamentales de la teoría fundamentada, no se trata solo de describir, sino de privilegiar la «densidad conceptual» sobre

la «descripción densa» (Strauss y Corbin, 1994: 274, citado por Soneira, 2006). En este sentido, la mayoría de las hipótesis y conceptos utilizados vienen de esos datos y son trabajados sistemáticamente durante el proceso de investigación (Glaser & Strauss, 1967). Estos autores defienden también, que el proceso inductivo de levantamiento de datos, el análisis y la teoría mantienen una relación recíproca.

Respecto a los enfoques principales de aproximarnos a los datos en la investigación científica, distinguimos así el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo. En grandes rasgos, el enfoque cuantitativo busca describir y relatar los hechos, utiliza la recolección y el análisis de datos para responder y comprobar hipótesis, se basa en el principio de que los fenómenos sociales pueden ser conocidos, medidos y cuantificados, utiliza frecuentemente métodos estadísticos.

Por su parte el enfoque cualitativo busca comprender, entender el fenómeno social y el punto de vista del actor social, reconoce que más allá de la medición, deben ser considerados los contextos y los significados subjetivos del fenómeno analizado. Se trata de un proceso flexible, dinámico que transita entre los hechos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en construir la realidad tal como es observada por los actores sociales (Sampieri, 2006). Así, el enfoque cualitativo, se centra en los significados y estudia los actores en el terreno “*in their natural setting*” (Bowling, 2014).

El enfoque cualitativo es más utilizado para analizar fenómenos donde existe poco conocimiento anterior y en relación con asuntos más complejos y sensibles. En términos prácticos, una de las características de la investigación cualitativa, es que el investigador cualitativo es libre de cambiar el foco durante el transcurso del trabajo, siempre y cuando no se pierda el rigor científico. Para ello es necesario la existencia de una distancia reflexiva que implica desprenderse de valores, creencias y preconcepciones, así como la anulación de posturas etnocentristas y/o relativistas junto a una orientación abierta en la forma de escuchar y mirar. El desarrollo de las categorías de análisis, se realiza antes, durante o después de terminado el proceso de investigación, se trata, así de un proceso inductivo.

Actualmente, existe una tendencia en la investigación en ciencias sociales para la utilización de ambos enfoques, tanto el cualitativo, como el cuantitativo, lo que se suele conocer como triangulación metodológica (Denzin, 1994) o estrategias metodológicas mixtas (Creswell, 2009), cuya finalidad es utilizar diversos métodos, sean extensivos o intensivos para obtener una comprensión más acabada del problema de investigación, respondiendo a la complejidad

del fenómeno desde más de una perspectiva. La investigación mono-método, ya no resulta la única en la investigación científica. Así, los métodos mixtos pueden ser utilizados a lo largo de toda la investigación o en diferentes fases de la misma, dependiendo de la necesidad de uno u otro tipo de abordaje (Creswell, 2005). La división entre métodos intensivos y extensivos, que caracterizó los debates metodológicos de las ciencias sociales durante largo tiempo, enfrentando positivistas y constructivistas ha venido a decaer en los últimos años, dando paso a la utilización mayor de métodos mixtos.

En nuestro caso, utilizamos la triangulación metodológica en el sentido de transitar de la evidencia empírica al análisis de documentos en este caso, la legislación y los planos nacionales de integración y de salud. A su vez transitamos entre las observaciones y las entrevistas, siempre en diálogo y comparación. El desarrollo de esta investigación en un proyecto más amplio, nos permitió también contrastar resultados. En definitiva no utilizamos una sola perspectiva o una sola técnica para conocer la realidad de este fenómeno, sino que lo abordamos desde varias perspectivas y con una variedad de instrumentos empíricos. Esta triangulación metodológica contribuye a la solidez y “validez” de los resultados, si bien en términos de validez la investigación cualitativa tiene sus propios presupuestos a los cuáles adherimos.

5.2 Caracterización del problema de investigación

La presente investigación pretende contribuir para aumentar y mejorar el conocimiento sobre la prestación de cuidados de salud materna e infantil a mujeres inmigrantes, aportando herramientas metodológicas y conceptuales capaces de comprender esta realidad social en toda su complejidad. Incorporando también los determinantes sociales de salud, así como las actitudes y prácticas de los profesionales de salud en su análisis.

5.3. Opción metodológica y tipo de investigación

Las opciones metodológicas que orientan esta investigación son concebidas tanto en su variante (acepción) epistemológica, como instrumental. En el primer aspecto se considera la

concepción teórica-conceptual que sitúa la investigación y la producción del conocimiento, entendiendo al método y a la teoría como indisociables.

Esta investigación privilegia el enfoque metodológico cualitativo, debido a su carácter flexible, interpretativo y abierto. Rescata el proceso inductivo, reflexivo y dinámico tanto de levantamientos de información, como de análisis de la misma.

Nuestra investigación pretende conocer la problemática del acceso a los cuidados de salud materna e infantil de las mujeres inmigrantes en Portugal.

La investigación presenta un abordaje integral a la problemática del acceso a la salud materna e infantil a través de la inclusión de los principales actores sociales involucrados, así son objeto de estudio de esta investigación: las mujeres inmigrantes en su carácter de usuarias del servicio nacional de salud, los profesionales de salud de atención primaria en su función de prestadores de los cuidados y los integrantes de la sociedad civil relacionados a la temática, instituciones y asociaciones locales. Se pretende de esta forma, realizar una lectura cruzada y articulada de estas perspectivas.

El tipo de investigación es definida dentro del paradigma cualitativo, como una investigación exploratoria, descriptiva y reflexiva sobre el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes residentes en el Área Metropolitana de Lisboa.

La presente investigación se encuadra en un proyecto de investigación de carácter nacional, con el cual comparte objetivos y resultados. Se trata del Proyecto de investigación-acción *“Saúde e Cidadania: Disparidades e necessidades interculturais na atenção em saúde às mães imigrantes”*, coordinado por la profesora Beatriz Padilla y financiado por la Fundación para la Ciencia y a Tecnología de Portugal (PTDC/CS-SOC/113384/2009).

5.4. Objetivos de la investigación

Los objetivos de investigación resultan de las preguntas de investigación y conforman los principios orientadores de la misma.

En términos generales, este trabajo se enmarca en el ámbito de la salud y las migraciones en Portugal y pretende contribuir para mejorar el conocimiento sobre el acceso y la prestación de los cuidados de salud materna e infantil de las mujeres inmigrantes de la región de Lisboa.

Para ello, en primer lugar se identifican las barreras y dificultades de acceso a la salud materna y en segundo lugar se identifican las estrategias que ambos, mujeres inmigrantes y profesionales de salud utilizan para superar los obstáculos presentados. Considerando ambas perspectivas, pretendemos obtener una visión integral y articulada de la problemática del acceso a los cuidados de salud y conocer las lógicas que lo subyacen.

5.4.1. *Objetivos específicos*

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a) Identificar y describir las dificultades y barreras en el acceso y la prestación de los cuidados de salud materna e infantil de las mujeres inmigrantes de la región de Lisboa.
- b) Identificar y conocer los obstáculos y dificultades que enfrentan los profesionales de salud en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes
- c) Identificar y describir respuestas, estrategias y recursos utilizados tanto por las mujeres como por los profesionales de salud en la superación de las barreras y dificultades existentes.
- d) Articular y comparar ambas perspectivas (de usuarias y agentes prestadores) relativamente al acceso y la prestación e los cuidados de salud.

Los objetivos a y b resumen las barreras de acceso a la salud identificadas por mujeres inmigrantes y profesionales de salud analizadas en el capítulos 7, 8 y 9 donde también se incluye el análisis de algunos aspectos que se configuran como agravantes de estas barreras. El análisis de las barreras de acceso a la salud, confirma la persistencia de las mismas, reafirmando resultados de otros estudios. Incluimos en el análisis de las barreras, no únicamente los determinantes sociales de salud, sino también las representaciones y sentidos sociales dominantes que tienden a agudizar y agravar estas barreras.

El objetivo c, resume las estrategias utilizadas por mujeres inmigrantes y profesionales de la salud para ultrapasar las barreras encontradas; analizadas en los capítulos 10 y 11. Dentro de las estrategias identificadas en los profesionales de salud se distinguen tres tipos de posicionamientos, cuyo análisis resulta fundamental para una mejor comprensión de la relación entre las mujeres inmigrantes y los servicios de salud. A su vez este análisis, permite distinguir prácticas que contribuyen a una mayor o menor inclusión.

El objetivo d resume el análisis conjunto de ambas perspectivas a través de una lectura cruzada y articulada para una mejor comprensión de la relación de las mujeres inmigrantes

con los servicios de salud. El diálogo que construimos entre ambos lados exige también un importante grado de articulación analítica a través de: contrastar enfoques asimétricamente muy desiguales, identificar prioridades que responden a lógicas diferentes y confirmar la mutua influencia de estereotipos y representaciones sociales.

Los objetivos planteados que pretenden – como mencionado – conocer y comprender el acceso a los cuidados de salud materna e infantil de las mujeres inmigrantes en Portugal, pretenden a su vez, en su carácter más interviniente, promover una mayor participación de las mujeres inmigrantes en cuestiones de su propia salud. Así como reforzar su capacidad de apropiación de sus derechos de salud, como derecho de ciudadanía e inclusión en la sociedad donde residen.

5.5. Justificación y relevancia del estudio

La presente investigación, como hemos venido señalando, analiza una cuestión considerada prioritaria cuya discusión no se restringe únicamente a conocer y describir las dificultades y facilidades del acceso a la salud de las mujeres inmigrantes, sino también a comprender las lógicas que sustentan y reproducen este acceso desigual. En este sentido se analiza la salud desde una perspectiva amplia también relacionada con los derechos sociales, con la equidad y la inclusión de las poblaciones inmigrantes.

A nivel general, conocer y comprender las dificultades y estrategias que envuelven el acceso a la salud de la población inmigrante, resulta un asunto prioritario, no solo como indicador de integración, sino también como indicador de desarrollo social en el combate a las desigualdades en salud. Resulta fundamental también en la mejora de los servicios de salud pública y en la adaptación de los mismos a una nueva realidad social. Así como en la implementación de políticas de salud y de integración.

El mayor conocimiento sobre el acceso y la calidad de los cuidados de salud primarios a nivel nacional, lleva a una mejoría de todo el servicio de salud con un impacto positivo en toda la población. La perspectiva adoptada para la adaptación de los servicios de salud a un contexto de mayor diversidad y creciente vulnerabilidad, dependerá también del conocimiento más acabado de la realidad social cambiante de los últimos años, donde las dinámicas de inclusión y equidad deben ser fortalecidas.

La crisis económica reciente y las reformas en el sector de la salud pública han tenido un impacto negativo, evidenciado con un fuerte retroceso en términos de equidad, lo que afecta a toda la población y en particular a los grupos sociales en situaciones de mayor vulnerabilidad. Esto conduce a reafirmar la importancia de analizar y comprender la problemática del acceso a la salud de forma integral, teniendo en cuenta que los derechos civiles, que actualmente son “amenazados” son también interdependientes de las condiciones sociales mínimas que los garanticen.

A nivel individual, existe una amplia evidencia de que la salud de las mujeres inmigrantes repercute en la salud de toda la familia y en el desarrollo y crecimiento de los niños. Un conocimiento mayor sobre las condiciones de acceso de las mujeres inmigrantes a los cuidados de salud es fundamental para el futuro de cualquier sociedad.

5.6. Viabilidad del estudio

La viabilidad se refiere a la concreción del proyecto de investigación en el terreno. En este sentido fueron identificadas algunas condicionantes relacionadas con la entrada al terreno.

Un primer aspecto se refiere al poco conocimiento que existe sobre investigación cualitativa en el contexto de la salud, esta falta de conocimiento colocó varios obstáculos en su ejecución (explicaciones extras, recurso a diferentes unidades dentro de la salud, idas y vueltas, etc.) que retrasaron la entrada al terreno.

Otro aspecto se refiere a la necesidad de una autorización ética para realizar este tipo de estudios en el ámbito de la salud. Antes de comenzar las entrevistas, fueron necesarias diversas autorizaciones de la Comisión de Ética de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Vale do Tejo (ARSLVT) sobre el contenido de la investigación. Se trató de un proceso demorado y de compleja ejecución, que envolvió varias instancias de reuniones, intercambio de correspondencia, de documentos, etc., y que solo al final de más de un año de iniciado el procedimiento, se obtuvo la autorización pretendida.

Por último quisiera mencionar un aspecto fundamental que tuvo un impacto positivo en todas las fases de la presente investigación, con especial relevancia en la concreción del mismo y en la entrada al terreno. Me refiero a la inserción de este proyecto de doctorado en el marco del

un proyecto de investigación más amplio sobre salud y diversidad gestionado a nivel nacional. Formar parte de ese proyecto, facilitó no solo mi entrada al terreno, sino que me proporcionó importantes instrumentos metodológicos para acceder a los servicios de salud. La experiencia de investigación anterior sumado a los contactos personales e institucionales de la coordinadora del proyecto y del equipo de trabajo facilitaron considerablemente la entrada al terreno, siendo que la carta de presentación de un proyecto de carácter nacional con objetivos prioritarios en materia de salud y ciudadanía y con una propuesta de innovación metodológica, basada en la investigación-acción en salud, fueron aspectos fundamentales.

5.7. Proceso de la investigación

El procedimiento de investigación, implicó varias etapas subsecuentes y paralelas entre sí. En una primera etapa se procede a realizar una revisión documental de la literatura existente sobre salud a nivel nacional y europeo. Paralelamente, se procede a una compilación de fuentes documentales secundarias sobre tendencias migratorias y sobre la salud de los inmigrantes, para ello son utilizadas las siguientes fuentes de datos: Instituto Nacional de Estadística (INE), del Servicio de Extranjeros y Fronteras (SEF), de la Dirección General de la Salud (DGS), del Observatorio de la Salud, del Observatorio de la Inmigración (OI), del Instituto Nacional de Salud Pública Ricardo Jorge (INSA), la Administración Regional de Salud de Lisboa y Vale do Tejo (ARSLVT) y algunos informes específicos de los Centros de Salud.

En una segunda etapa se realiza un relevamiento de las asociaciones e instituciones que trabajan cuestiones de salud y migraciones a los efectos de mapear las iniciativas e intervenciones en el ámbito de la salud materna a nivel asociativo que existen en el Área Metropolitana de Lisboa. El objetivo de este relevamiento, es contactar algunas de esas asociaciones para la agenda de las entrevistas exploratorias. Paralelamente se realizan también los primeros contactos con las unidades de salud de los centros de salud, para la realización de observaciones y entrevistas en profundidad dentro de las unidades de salud, con profesionales de salud previamente identificados. En esta etapa también se procede a contactar a las mujeres inmigrantes que participarán de la investigación.

En una tercera etapa se realizaron las entrevistas en profundidad y los acompañamientos de las unidades de salud móviles y las observaciones de las consultas y visitas domiciliarias. La mayoría de las mujeres inmigrantes entrevistadas fueron indicadas por asociaciones comunitarias que trabajan con población inmigrante. Otras fueron contactadas a través de sugerencias de los profesionales de salud.

En una cuarta etapa se procede a la recopilación y análisis de los datos, utilizando el software de análisis cualitativo MAXQDA.

La última etapa implica la escrita de la tesis y la divulgación de los resultados finales; durante todo el proceso de investigación se divulgaron los resultados, sea a través de la presentación de comunicaciones en congresos, sea a través de artículos conjuntos.

5.7.1. Lugar de la investigación

La investigación se llevó a cabo en Portugal, en la región de Lisboa, en el Área Metropolitana de Lisboa, en los municipios de Lisboa, Amadora, Sintra e Seixal. El Área Metropolitana de Lisboa posee la mayor proporción de inmigrantes del país, alcanzando el 53% del total de inmigrantes (INE, 2013). Según la misma fuente, Sintra y Amadora constituyen los municipios con mayor concentración de inmigrantes. A su vez existen contactos previos con asociaciones e instituciones de Amadora y Sintra que facilitaron la entrada al campo.

Lisboa y Seixal surgieron posteriormente como parte de la investigación por diferentes motivos. Lisboa formaba parte de los contextos de trabajo seleccionados por el proyecto marco, del cual esta investigación es parte. Seixal surge a través de contactos realizados en la Cámara Municipal impulsado por la pertenencia de Seixal a la Red Europea de las Ciudades Saludables (WHO). A raíz del interés manifiesto por la Cámara Municipal de trabajar en su municipio, se contactaron las respectivas unidades de salud.

5.7.2. Tiempo del proceso de investigación

La investigación se realizó durante los años 2012, 2013 y 2014, incluyendo el trabajo de campo, la participación en congresos y conferencias sobre la temática y la escrita individual y conjunta de artículos académicos. La escrita de la tesis se realizó durante el año 2015.

5.8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se realizó también en etapas. Los instrumentos de recolección de datos son las técnicas que utilizamos para recabar la información y son definidos por los objetivos de la investigación. En esta investigación utilizamos, análisis documental, observación, observación participante y entrevistas como principales instrumentos de recolección de datos.

5.8.1. La observación

La observación como método de investigación permite un análisis global e intensivo del objeto de estudio (Ferreira de Almeida, 1976). La observación consiste en la inserción del investigador como observador en el grupo que se pretende analizar, puede ser más o menos intensa y exige mayor o menor continuidad y/o involucramiento dependiendo de los objetivos planteados y de las limitaciones y condicionantes del propio objeto observado, así como de la disponibilidad de ambas partes.

La observación es una técnica que implica gran disponibilidad de tiempo, ya que es necesario ajustarse a los horarios de los contextos que pretendemos observar y a su vez implica un trabajo de sistematización rigurosa. En esta investigación, la observación resultó una metodología complementaria a las otras realizadas que ayudó a configurar los resultados.

Durante la investigación, fueron observadas consultas de salud materno-infantil en los centros de salud (Venda Nova e Seixal), acompañamiento de las unidades móviles de salud - la UM de Amadora y la UM de Seixal, llamada *Saúde sobre rodas*, así como por la realización de algunas visitas domiciliarias (Barrio Casal da Boba en Amadora y Barrio da Cucena en Seixal).

Por otra parte se realizó una observación de carácter participante del proyecto de intervención social denominada en portugués "*Entre pais entre pares*" sobre la promoción de una parentalidad activa de la asociación comunitaria Casa Seis localizada en la zona de Mira-Sintra, perteneciente al municipio de Sintra. Donde se realizó un acompañamiento participativo del proyecto que incluyó observaciones, acompañamiento de actividades (día del inmigrante, día de la madre, fiesta cultural, cumpleaños de la asociación, sesión de fotografía, etc.), seguimiento de las sesiones de los sábados y entrevistas en profundidad a participantes y responsables del proyecto

El seguimiento y acompañamiento de este proyecto a través de la observación participante, fue pautado por algunas de las características del estudio de caso, como método de análisis intensivo tanto en amplitud como en profundidad, flexible en la utilización de varias técnicas disponibles y con diversos niveles de análisis de la información para obtener una mejor comprensión del fenómeno (Ferreira de Almeida, 1976), pudiendo también ser considerado como una mini-etnografía en el sentido de una metodología adaptada a algunas condicionantes, que envuelve un tiempo más reducido que la etnografía clásica y constituye una forma de abordaje que permite en un relativo corto período de tiempo, obtener informaciones profundas y detalladas sobre aspectos más “íntimos” de las personas que conforman nuestro objeto de estudio.

Durante el acompañamiento de las actividades y el seguimiento de las sesiones se tomaron notas en un cuaderno de notas. Las notas no tienen un carácter sistemático, sino que responden a observaciones realizadas durante las sesiones y reflexiones posteriores. Su utilización fue en una vertiente libre, que privilegia el registro de acontecimientos y reflexiones, así como información adicional que otorgue mayor sentido a las narraciones obtenidas, sin seguir específicamente requisitos de rigurosidad y sistematización. Este instrumento permitió desvelar otros aspectos que no surgían durante el proceso de entrevistas, así como contribuyó para situar y contextualizar las narraciones en complementariedad con los resultados obtenidos con los otros instrumentos, como la observación y la entrevista. Si bien estas anotaciones no son usadas en el texto de la tesis, si son consideradas en la redacción y en la escrita de la misma, así como en el análisis y la presentación de los resultados.

Esta incursión en un método de carácter más etnográfico, a pesar de sus limitaciones temporales acabó por constituirse en una perspectiva de análisis en sí misma y como complemento del análisis general. Asimismo, las entrevistas realizadas con las participantes de esta asociación tuvieron un resultado diferente de las restantes entrevistas. El conocimiento mutuo durante el proceso de acompañamiento del grupo generó la confianza y proximidad suficientes para que las entrevistas realizadas en este contexto fueran más ricas tanto en contenidos, como en el desarrollo de las diversas temáticas.

5.8.2. La entrevista

Las entrevistas son entendidas como un procedimiento de levantamiento de información a través de la comunicación verbal, centrada en la *persona* en este caso en el entrevistado

(Ferreira de Almeida, 1976). Tienen un carácter intensivo e implican siempre una interacción entre dos o más personas. Es considerada una técnica por excelencia para el levantamiento de datos, tanto en las ciencias sociales como en otras disciplinas.

El entrevistador cualitativo, según la teoría debe cumplir con algunas características. El entrevistador cualitativo debe así, ser lo más “objetivo” posible en la formulación de las preguntas. Asimismo, debe prestar atención a los gestos y las expresiones como parte de las respuestas y debe adecuar el lenguaje al tipo de abordaje que realiza, “evitando” que las diferencias de género, edad, sociales y culturales entre el entrevistador y el entrevistado pueden influir en las respuestas, acentuando determinadas posturas y evitando otras. Este aspecto ha sido albo de un importante debate, relacionado precisamente con la postura y el papel del investigador y su influencia en la construcción de conocimiento científico.

Según Quivy & Campenhoudt (1992), el entrevistador debe considerar tres aspectos fundamentales: la temática de la entrevista, es decir el contenido, el contexto inter-personal y las condiciones sociales de la interacción, a fin de asegurar la calidad y pertinencia de los datos recogidos.

Existen varios tipos de entrevistas, entre las cuales destacamos las entrevistas exploratorias y las entrevistas en profundidad que cumplen objetivos diferentes. La finalidad de las entrevistas exploratorias es conocer en la mayor medida posible aspectos generales de un fenómeno determinado que se pretende estudiar y a su vez funcionan como “termómetro” de la importancia real de ese fenómeno. Asimismo, contribuyen para la emergencia de nuevas cuestiones que podrían no estar contempladas en la investigación inicial, así como para situar la problemática en el contexto social.

La entrevista en profundidad tiene como finalidad conocer de manera intensiva y exhaustiva el fenómeno analizado a través de los relatos de sus protagonistas, siendo considerada una técnica fundamental dentro de la investigación cualitativa. Dentro de las entrevistas en profundidad, elegimos la entrevista semiestructurada que es frecuentemente utilizada en ciencias sociales. Una de las características que la define es la de no ser totalmente cerrada ni abierta, sino que contienen preguntas orientadoras que el entrevistador podrá colocar en el orden que mejor se ajuste a los objetivos propuestos (Quivy & Campenhoudt, 1992). Así las entrevistas semiestructuradas parten de una pauta previamente elaborada en base a las dimensiones que se pretenden analizar y que a su vez funcionan como guía orientadora del entrevistado y del entrevistador. La pauta debe ser suficientemente flexible para permitir la

incorporación de cuestiones que surjan durante la interacción, así como suficientemente exhaustiva para abarcar todas las cuestiones de interés de la investigación. Así, la pauta se orienta en base a los objetivos de investigación propuestos, pero a su vez permite un margen de libertad en el discurso. Durante las entrevistas, se adoptó una actitud abierta y reflexiva, en el sentido de evidenciar posibles factores personales y sociales que influyan en el discurso de las entrevistadas. Asumiendo que las entrevistas siguen un abordaje centrado en el discurso y en los significados que son atribuidos a ese discurso basado en las experiencias subjetivas de los actores sociales involucrados. Así, en los relatos y las narraciones que obtuvimos, es posible que se entrecrucen descripciones de prácticas con sentidos atribuidos a esas prácticas, así como relatos de experiencias, con valores y preconcepciones.

Las entrevistas en profundidad llevadas a cabo en la presente investigación se dividen en dos grandes grupos, entrevistas a las mujeres inmigrantes en tanto usuarias del SNS y entrevistas a los profesionales de salud en cuanto prestadores de cuidados de salud.

El guion de entrevistas utilizado para las entrevistas en profundidad a las mujeres inmigrantes se divide en seis bloques temáticos:

- Características socio-demográficas
- Experiencia de salud materna y reproductiva
- Relación con los cuidados de salud en Portugal y en otros países
- Principales dificultades y barreras de acceso identificadas
- Respuestas a estas dificultades
- Expectativas de futuro

El guion de entrevistas utilizado para las entrevistas en profundidad a los profesionales de salud se divide en cinco bloques temáticos:

- Datos biográficos y trayectoria profesional
- Caracterización de la población que atienden en ese Centro de Salud
- Experiencia en prestación de cuidados de salud materna a mujeres inmigrantes
- Principales dificultades y obstáculos identificados
- Recursos y estrategias utilizadas para superar estas dificultades

Las pautas de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a las mujeres y a los profesionales de salud se adjuntan en el Anexo 2.

5.8.3. Dificultades de implementación de las entrevistas

Durante el proceso de investigación nos confrontamos con algunas dificultades, respecto a la implementación y desarrollo de las entrevistas en profundidad, relacionadas principalmente con la logística de ejecución de las mismas. A continuación relatamos las principales.

El tiempo previsto: el tiempo para realizar el trabajo de campo debió ser prolongado ya que no fue posible cumplir con el calendario previsto al inicio de la investigación.

En el caso de las mujeres, el lugar de realización de las entrevistas presentó algunos condicionantes. Como mencionado anteriormente las entrevistas a las mujeres se llevaron a cabo en la sede de las asociaciones y en los centros de salud. Respecto a las asociaciones, en la mayoría de ellas tuvimos un espacio destinado a la entrevista, lo cual facilitó el trabajo, sin embargo en algunos casos, las entrevistas fueron realizadas en espacios abiertos dentro de la asociación, lo que implicó mayores distracciones y sobretodo ruidos que luego dificultaron el trabajo de transcripción. En relación a las entrevistas realizadas en contexto de sala de espera de los centros de salud, las interrupciones y distracciones fueron mayores, sumadas a la falta de un “espacio confidencial”, que condicionó el hablar de forma crítica de los servicios de salud donde nos encontramos. En este sentido, el recurso a la entrevista semiestructurada, fue esencial, ya que permite desviaciones de la pauta, para fomentar la expresión libre del entrevistado, lo cuál resulta de gran ayuda en estos casos, siendo que a la vez que asegura el tratamiento de todos los asuntos, a través del cumplimiento de una pauta predefinida.

En el caso de los profesionales de salud, si bien no identificamos grandes dificultades en la ejecución de las entrevistas, el escaso tiempo del cuál disponen muchos de ellos, influyó en la concretización de las entrevistas pretendidas.

Estas condicionantes, alargaron el período de realización de las entrevistas, lo que resultó en un retraso de los plazos previstos para el análisis de los resultados de la investigación.

5.9. Muestra (delimitación y criterios de la muestra)

La muestra implica un proceso de selección. En este caso se trata de una muestra intencional, de acuerdo con criterios de selección basados en los objetivos de la investigación y

condicionados por las limitaciones del propio proceso de entrada al terreno. Se trata de una muestra intencional, no probabilística, ni representativa. Es decir que si bien los resultados pueden presentar indicios para entender este fenómeno de forma más amplia, no es posible realizar ningún tipo de generalizaciones.

En la investigación se constituyeron dos muestras, una de mujeres inmigrantes y otra de profesionales de salud. Los criterios de selección de la muestra de mujeres inmigrantes responden a los objetivos propuestos. La muestra se compone por mujeres inmigrantes y de origen nacional (en cuanto muestra de control), que cumplan los siguientes criterios:

Primer criterio que sean usuarias del SNS y/o de los servicios de salud de la SCML

Segundo criterio que sean inmigrantes o de origen inmigrante, independientemente de su estatuto legal y por otro lado que sean portuguesas. En este sentido se intentó abarcar diferentes situaciones, incluyendo mujeres llegadas recientemente al país y mujeres nacidas en Portugal de origen inmigrante. En la práctica el origen nacional acaba por ser delimitado por el tipo de asociaciones participantes y por los contextos donde se realizó la investigación, sin que haya sido predefinido de antemano.

Tercer criterio que tengan hijos pequeños o estén embarazadas en el momento de la entrevista, este criterio acabó por conformar una muestra con predominancia de mujeres jóvenes.

Cuarto criterio que acepten participar en la investigación, responder a las preguntas y firmar un consentimiento informado.

La muestra de los profesionales de salud se constituye en su mayoría por enfermeros, también forman parte de la muestra, médicos, asistentes sociales y mediadores interculturales. En relación a los profesionales de salud, los criterios son: que estén trabajando actualmente en el SNS, que tengan experiencia de prestación de cuidados de salud a mujeres inmigrantes y que acepten participar en la investigación.

5.10. Análisis y tratamiento de los datos

Para el análisis de datos se utiliza la técnica de análisis de contenido. Se trata de una técnica empleada en varias disciplinas y que utiliza técnicas de análisis en base a temáticas a través de

categorías surgidas del terreno. Esta técnica exige un procedimiento de pensamiento inductivo continuo (Bardin, 2004) entre los objetivos de investigación y el levantamiento de la información en terreno, es decir entre lo que pretendemos conocer y lo que la realidad nos muestra, siendo particularmente importante en el análisis cualitativo de carácter exploratorio en el sentido de descubrir y no únicamente de verificar hipótesis (Albarello, 1997)

Esta técnica resulta también efectiva para la construcción del conocimiento a partir del significado otorgado por los sujetos al mismo. Con el análisis de contenido se pretende encontrar categorías frecuentes que puedan constituir tendencias o padrones de comportamiento similar.

La técnica del análisis de contenido dentro de la teoría fundamentada permite que las categorías de análisis surjan durante todo el proceso de investigación, sin necesidad de ser definidas previamente. Siendo también posible reformular las mismas de acuerdo con el transcurso del proceso de investigación, de ahí su flexibilidad.

El análisis de contenido es utilizado para comprender, más que explicar o describir las lógicas interpretativas de los diferentes comportamientos y actitudes del sujeto en cuanto actor social. Debe tenerse en cuenta que en los discursos de los sujetos, convergen percepciones y representaciones sociales junto con atribuciones de sentido y significado de esas percepciones, como mencionamos anteriormente, así el análisis de estas narraciones exige el reconocimiento de este cruzamiento de fuerzas y su necesaria explicitación.

El análisis de contenido, implicó dos temáticas centrales, la primera se refiere a las barreras y dificultades de acceso a los cuidados de salud y la segunda agrupa las estrategias y los recursos utilizados para superar estas barreras. En ambas, se establecen categorías de análisis.

Para el análisis se utilizó el software de análisis cualitativo, MAXQDA siendo que se construyeron en un principio dos análisis por separado, uno de las entrevistas de las mujeres y otro de las entrevistas de los profesionales de salud. Para ello se definieron primero los conceptos (*labeling*) y posteriormente las categorías, que corresponden a una clasificación de orden más elevada que los conceptos. La codificación se realizó a través de la utilización del software de análisis cualitativo MAXQDA generando un volumen considerable de conceptos y categorías que es necesario discriminar. Seguidamente, esta información fue discriminada a través de un proceso de selección que implica necesariamente una sensibilidad teórica para discernir entre lo pertinente y lo que no lo es.

5.11. Notas epistemológicas

La metodología de investigación es una parte crucial de cualquier proceso de investigación, si bien la misma es especificada y justificada, no siempre es sujeta a un debate teórico-metodológico pertinente, permaneciendo subordinada a los resultados de investigación. En este sentido, pretendemos resaltar algunos aspectos, que surgieron durante el transcurso de la investigación como desafíos metodológicos.

Uno se relaciona con cuestiones éticas, es decir cómo hacer investigación social sobre salud, lo que puede implicar abordar cuestiones de privacidad o de sigilo profesional. Para ello nos basamos en dos principios básicos de la ética aplicada a la investigación (Barrio Cantalejo y Simón Lorda, 2006), el principio de respeto por las personas y el principio de beneficencia.

Otro aspecto que se presentará como un desafío metodológico se refieren a las cuestiones epistemológicas, en particular a la *autonomía relativa* en la producción de conocimientos científicos (Ferreira de Almeida, 1976). En este sentido, nos sujetamos a la idea de que no existe una única forma de conocer, sino varias formas de conocer, comprender, interpretar y analizar los fenómenos sociales.

Para esta investigación, proponemos, adoptar por un lado de la antropología una “mirada” comprometida con la realidad social que analizamos y por el otro la valorización del conocimiento situado, pero a su vez con un carácter interviniente y transformador en el sentido de la sociología pública de Burrawoy de la labor de *hacer* ciencia.

La perspectiva comprometida implica siguiendo la tradición de la antropología un compromiso con la investigación, no necesariamente se relaciona con afiliaciones políticas de un activismo tradicional en las ciencias sociales, ni tampoco se refiere al activismo comprometido del etnógrafo de Marcus (1991; 2001), sino que tomamos de la tradición etnográfica, el compromiso ético y su carácter participativo y no únicamente de observador (Geertz, 1973). Entendemos el compromiso en la proximidad espacial y social del investigador con los sujetos de estudio, lo que además de permitir una forma de investigar “desde cerca y desde adentro” (Magnani, 2002), denota una participación que implica un trabajo *con* los sujetos, un trabajo de colaboración, que trasciende la distancia reflexiva necesaria de toda investigación y a su vez genera una sensación de “hacer más que solo

etnografía” (Marcus, 2001; p:123) y sobretodo abre un espacio para poder actuar. En la práctica de esta investigación entendemos el compromiso también en la elección de la temática y en la selección de los espacios de investigación, atribuyendo una valoración a los sitios de trabajo de campo seleccionados (Gupta y Ferguson, 1997).

En la presente investigación, este compromiso es asumido desde diferentes subjetividades, como cientista social, donde nos interesa conocer y comprender las desigualdades en el acceso a los cuidados de salud de las mujeres inmigrantes utilizando para ello, diferentes aproximaciones, preocupándonos por desvelar las lógicas subyacentes que pueden funcionar como reproductores de esta desigualdad y generando un espacio donde discutir los resultados. Como ciudadana, rescatando los conocimientos singulares en la construcción de los derechos sociales, trasladando las desigualdades de acceso a la salud a la esfera política, considerándolo como un déficit de ciudadanía.

La perspectiva del conocimiento situado, sería evidenciar nuestra subjetividad en la aproximación al fenómeno analizado y al objeto de estudio (Haraway, 2000). Este conocimiento situada, si bien por un lado, limita el conocimiento, ya que el mismo será siempre parcial y situado, por otro lado permite des-cubrir relaciones de sentido que de otra forma pasarían inadvertidas. Así, no solo se trata de explicitar la posición del investigador en relación al objeto de estudio, sino también de entender como su situación recíproca de investigador y objeto, por ejemplo, puede influir en la comprensión del fenómeno estudiado y en la construcción del conocimiento. El acto de interpretar trae por sí una componente subjetiva de reflexión y de dotar de sentido discursos, experiencias y actitudes de “otros”. Así resulta importante para el análisis de los resultados evidenciar de forma clara, el punto de vista desde donde se observa la realidad social y la subjetividad desde donde se construye su significado. En este sentido, mi “mirada” comprometida podrá transitar por diferentes subjetividades desde el ser socióloga, ciudadana, mujer, madre y extranjera. Este abordaje marca distancias y diálogos con y *desde* los sujetos estudiados, desde fuera y dentro del fenómeno analizado.

Este abordaje, es a su vez, sujeto a un proceso riguroso de crítica y reflexión científica, lo que implica un tránsito continuo entre lo empírico y lo teórico, entre la elección de los conceptos y su evaluación sistemática tanto en los discursos propios, como en los ajenos. Una de las ventajas de trabajar dentro de un equipo de investigación fue la de facilitar esta auto-reflexión crítica, a través de las frecuentes discusiones grupales. Para ello también contribuyó el

carácter de investigación-acción del proyecto marco y la forma como esa investigación-acción se llevó a cabo, en particular la realización del Fórum Comunitario, que si bien no forma parte de esta tesis, ni es analizado en la misma, contribuyó de forma efectiva para testear los resultados obtenidos.

Para finalizar, señalar que con este abordaje comprometido y situado de la realidad social, pretendimos también trascender (o exponer claramente) la visión etnocéntrica, que aún hoy, sigue guiando muchas de nuestras interpretaciones de los fenómenos sociales, sin estar seguros de haberlo conseguido.

A pesar de las críticas y reformulaciones que suscitó la concepción etnocentrista de pensar el mundo social, en la práctica social encontramos varios ejemplos de esta postura, en particular en la des-valorización de la cultura del otro. En la práctica médica hegemónica sigue existiendo esta des-valorización del otro, es decir se analizan e interpretan respuestas a través de nuestra cultura, nuestros valores y costumbres, relegando otras formas que no conocemos o con las cuáles no nos identificamos.

La incorporación de métodos cualitativos en salud busca también llamar la atención para la existencia de diversas interpretaciones. Así, las ciencias sociales, es decir la antropología y la sociología en sus abordajes cualitativos sirven no solo para complementar los estudios cuantitativos, dotando los mismos de nuevos enfoques analíticos sobre los resultados obtenidos, sino que además sirven para evitar simplificaciones y reduccionismos.

6. ANALISIS EMPÍRICO RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación serán presentados en los siguientes capítulos, siguiendo el orden planteado en el capítulo metodológico.

En primer lugar, presentamos un análisis de las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas y de los profesionales de salud que forman las muestras analizadas.

6.1 Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Las entrevistas en profundidad a las mujeres usuarias del servicio nacional de salud, que conforman nuestra muestra, fueron realizadas durante el año 2012 y 2013, con inicio en Marzo del 2012 e finalizadas en Abril del 2013. La mayoría se llevó a cabo en asociaciones locales situadas en los barrios, así como en los centros de salud dependiendo de cada contexto.

En total fueron realizadas y analizadas para esta tesis 28 entrevistas a mujeres¹². En todas las entrevistas fue firmado un consentimiento por parte de la entrevistada, todas ellas fueron grabadas y transcritas. Las entrevistas fueron realizadas en portugués y transcritas en portugués.

En esta sección presentamos una breve caracterización sociodemográfica de las mujeres entrevistadas, en base a las siguientes variables: edad, zona de residencia, naturalidad, nacionalidad, estatuto legal, años de permanencia en Portugal, estado civil, hijos, escolaridad, situación laboral, centro de salud al cual pertenece y si tiene médico de familia al momento de la entrevista¹³.

EDAD

En relación a la edad, se trata en general de mujeres jóvenes, más de la mitad de las entrevistadas tiene menos de 25 años, lo que corresponde a 17 mujeres, mientras que en las restantes 8 la edad varía entre 26 y 37 años. Asimismo, dentro del grupo más joven,

¹² Estas entrevistas también forman parte del proyecto “*Saúde e Cidadania: Disparidades e Necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*”, en el ámbito del cual se realizaron un total de 61 entrevistas a mujeres usuarias del SNS

¹³ En algunos casos no existen respuestas para todas las variables

destacamos que nueve jóvenes son menores de 21 años y dentro de ellas, 3 son menores de 18 años, como se indica en la tabla 8.

La edad, se constituyó en un aspecto importante en el análisis y en los resultados de esta investigación, con una atención especial para el grupo de las mujeres más jóvenes.

Tabla 8 : Distribución de las mujeres entrevistadas por edad

Rango de edad	Mujeres
>18 años	3
18-21	6
22-25	8
26-30	3
<30 años	6
N.R.	2
Total General	28

LUGAR DE RESIDENCIA

El lugar de residencia se relaciona con los lugares seleccionados para realizar el trabajo de investigación. En este sentido se seleccionaron cuatro municipios: Amadora, Lisboa, Seixal y Sintra. La selección de estas zonas responde a diferentes motivos y se realizó de acuerdo a los objetivos de la investigación y a los condicionantes de entrada al terreno.

En el proyecto original de investigación se pretendía trabajar principalmente las zonas de Amadora y Sintra, ya que cuentan con una alta concentración de población inmigrante y tienen ambas el Hospital Fernando da Fonseca como hospital de referencia, hospital al cual también se pretendía acceder y que acabó por ser descartado por diversos motivos. Como fue explicado en la metodología, durante el transcurso de la investigación se incorporaron otras dos zonas, el municipio de Seixal y dentro de la ciudad de Lisboa, la zona de Lumiar, situada en el límite norte de la capital y la zona de Estefânia.

En relación a Amadora, ya existían contactos previos a raíz de otros proyectos con los cuales había colaborado, lo que facilitó en gran medida la entrada al terreno y el acceso a los servicios de salud, en particular al Centro de Salud de Venda Nova y al Centro de Salud de Amadora. Las entrevistas se realizaron en estos centros y en algunas asociaciones locales, del barrio 6 de Maio y en los barrios de Santa Filomena, Casal da Boba y Casal de São Brás.

Respecto al municipio de Sintra, éste fue considerado como parte de la observación participante llevada a cabo en la asociación comunitaria Casa Seis perteneciente a la zona de Mira-Sintra. Como anteriormente referido, las entrevistas realizadas a las jóvenes participantes de esta asociación, difieren del resto, resultando de un tipo de abordaje diferente.

Dentro de Lisboa-ciudad, los contactos surgen a través de dos fuentes diferentes. La primera fue a través del Centro de Salud de Lumiar, que cuenta con un importante trabajo a nivel de salud comunitaria principalmente en la zona de Ameixoeria, lugar seleccionado para realizar las entrevistas a las mujeres. La segunda fuente se refiere a una asociación de cariz católico que trabaja con jóvenes en riesgo que se mostró desde el primer momento disponible para participar del proyecto. Esta asociación se encuentra localizada en la zona de Estefânia y fue en la sede de la asociación donde se realizaron las entrevistas a las jóvenes.

Por último el contexto de Seixal, surge a través del contacto con la Cámara Municipal a través de su División de Desarrollo y Salud. Este municipio cuenta con diversos programas y proyectos sobre salud comunitaria y sobre ciudadanía e integra la Red Europea de Ciudades Saludables, un proyecto de la OIM. Asimismo Seixal también cuenta con una unidad de salud móvil que se traslada a los barrios más alejados con población en situaciones de exclusión social y a la cual también acompañamos.

Con respecto a los cuatro municipios seleccionados, verificamos que del total de las 28 entrevistas realizadas, 13 mujeres residen en Lisboa, 7 en Amadora, 4 en Sintra y 4 en Seixal, como se indica en la tabla 9.

Tabla 9 : Distribución de las mujeres entrevistas por zona de residencia

Zona	Mujeres
Lisboa	13
Amadora	7
Sintra	4
Seixal	4
Total General	28

Relativamente al lugar de residencia surgen de las entrevistas dos aspectos interesantes que mencionaremos brevemente. Por un lado se constata una significativa movilidad residencial entre estas mujeres y por otro se puede distinguir un padrón de movilidad circular entre las

zonas analizadas. Comprobamos que la mayoría de las mujeres entrevistadas mencionan más de un lugar de residencia. Esto viene en alguna medida a confirmar, (siendo preguntado también a este propósito) la alta movilidad residencial apuntada por los profesionales de salud como característica distintiva de la población inmigrante y como dificultad relevante en el seguimiento de la salud.

Así del total de las 28 mujeres entrevistadas, 15 manifiestan haber tenido más de un lugar residencia en los últimos años, es decir pasaron por una movilidad residencial en Portugal, además de aquella que algunas de ellas, experimentaron desde el país de origen. A su vez de estas 15 mujeres, dos de ellas (Helena, Ofelia) vivieron en más de dos lugar diferentes.

Con respecto a la movilidad residencial, debemos también tener en cuenta que estamos frente a mujeres jóvenes, donde existe una alta probabilidad de cambiar de residencia, por motivos de independencia, es decir salir de casa de los padres ya sea por casamiento/unión de facto o por motivos personales característicos de esta etapa de transición para la vida adulta. Sin embargo, en este grupo, este motivo no se presenta como relevante, según comprobamos, del total de las 15 mujeres que experimentaron esta movilidad residencial, solo tres (Pamela, Fátima, Nadilza) lo hicieron por estas razones, es decir salir de la casa de los padres para vivir con el marido/compañero. Las restantes 12 se movilizaron con sus familias.

Ahora, respecto al circuito de esta movilidad residencial, que no analizaremos en esta tesis, puede dar indicios sobre el funcionamiento de las redes familiares y extra-familiares de estas mujeres, así como ayudaría a distinguir padrones de movilidad residencial entre los inmigrantes dentro de esta zona. Dentro del Área Metropolitana de Lisboa, las zonas más mencionadas son: Ameixoeira, Benfica, Chelas, Damaia, Reboleira, Cacém, Mem Martim, Queluz, Barreiro, Moita.

Tabla 10 : Movilidades de las mujeres entrevistadas

	Residencia anterior	Residencia actual
Movilidades	Queluz	Lisboa (Chelas)
	Barreiro	Lisboa (Benfica)
	Damaia	Caçém – Queluz
	Caçém	Mira-Sintra – Reboleira
	Moita	Lisboa (Ameixoeira)

La movilidad en sí no necesariamente tiene consecuencias negativas, pero si implica una nueva adaptación y el ingreso en un nuevo centro de salud que puede tener un impacto negativo. Esto confirma en alguna medida, la preocupación manifiesta por algunos profesionales de salud, en relación a la alta movilidad residencial de las poblaciones inmigrantes.

NATURALIDAD

Como expuesto en los objetivos de la presente investigación, interesa conocer el acceso a la salud materna de las mujeres inmigrantes en general, sin focalizarnos en una comunidad en particular. Así la naturalidad (lugar de nacimiento) de las mujeres, no fue considerada una variable de selección *a priori*, sino que fue determinada por el terreno, en particular por la zona donde fueron realizadas las entrevistas. De todas formas se intentó abarcar la mayor variedad posible de orígenes, incluyendo las nacionales.

Dentro de las 28 mujeres entrevistadas, 5 son nacidas en Portugal de origen portugués, es decir con ambos padres nacidos también en Portugal, este grupo comparte con el resto condiciones socioeconómicas similares y constituye nuestro grupo de control durante la investigación, es el subgrupo nacional. Las restantes 23 componen el subgrupo de las inmigrantes, de las cuáles 17 nacieron fuera de Portugal y las restantes 6 nacieron en Portugal pero con ambos padres nacidos fuera del país, como se indica en la tabla siguiente.

Tabla 11 : Distribución de las mujeres entrevistadas por origen

Naturalidad	Mujeres
Nacidas en Portugal	5
Nacidas en Portugal (origen inmigrante)	6
Nacidas fuera de Portugal	17
Total General	28

Considerando las 17 mujeres nacidas fuera de Portugal, la mayoría nacieron en países PALOP y se dividen de la siguiente forma, cinco son de San Tomé y Príncipe, tres son de Cabo Verde, tres son de Guinea Bissau y dos son de Angola. Las restantes cuatro son dos de Brasil, una de China y una de Rusia.

De las seis mujeres nacidas en Portugal de origen inmigrante o descendientes de inmigrantes, todas ellas tienen ambos padres nacidos en países PALOP. En este grupo encontramos tres hijas de casamientos mixtos y otras tres hijas de padres del mismo origen. Para clasificarlas tomamos en consideración la naturalidad de la madre, así verificamos que tenemos, tres de origen santomense, dos de origen angolano y una de origen caboverdiano, como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 12 : Distribución de las mujeres de origen inmigrante nacidas en Portugal por naturalidad de la madre

Naturalidad		Mujeres
Nacidas en Portugal (origen inmigrante)	São Tomé y Príncipe	3
	Angola	2
	Cabo Verde	1
	Total	6

Analizando el total de la muestra de 28 mujeres por país de origen, considerando de forma conjunta las mujeres inmigrantes y las mujeres de origen inmigrante, obtenemos la siguiente distribución que se muestra en la tabla 13:

Tabla13 : Distribución de las mujeres entrevistadas por naturalidad

Naturalidad	Mujeres
Portugal	5
São Tomé y Príncipe	8
Cabo Verde	4
Angola	4
Guinea Bissau	3
Brasil	2
China	1
Rusia	1
Total General	28

Con respecto al origen resulta importante diferenciar entre las mujeres nacidas en Portugal de origen inmigrante y las mujeres con experiencia migratoria propia, ya que en relación al acceso a los cuidados de salud permite la comparación de experiencias de salud en dos

contextos de salud diferentes, lo que influye la apreciación sobre los cuidados de salud. Esta situación se nota principalmente en las mujeres llegadas recientemente a Portugal.

Por otro lado, en este mismo grupo de mujeres llegadas recientemente, se observa otra diferenciación respecto a las mujeres nacidas en Portugal relacionadas con la salud. Es sabido que cuando llegadas recientemente tienen que transitar un proceso de conocer y “adaptarse” a un nuevo sistema de salud y el estar embarazadas en un país implica muchas veces un esfuerzo acrecido y es probable que surjan dificultades. La literatura confirma que el desconocimiento o escaso conocimiento sobre el funcionamiento de un servicio de salud, tiene un impacto directo en la salud, en términos de acceso y prestación adecuada de cuidados de salud, agravado en el caso de las mujeres embarazadas.

NACIONALIDAD Y ESTATUTO LEGAL

Como referimos, fueron entrevistadas 28 mujeres, de las cuales 5 son portuguesas y 23 son de origen inmigrante, siendo que este grupo es constituido tanto por mujeres nacidas fuera de Portugal (17), como por mujeres nacidas en Portugal, hijas de padres nacidos fuera de Portugal (6).

Con respecto al estatuto legal, la mayoría de las mujeres de origen inmigrante entrevistadas tienen su situación legal regularizada. Dentro de este grupo de 23 mujeres 11 tienen autorización de residencia, 5 tienen nacionalidad portuguesa, 2 tienen visa de estudiante y 5 se encuentran en situación irregular, de las cuales dos están en proceso de regularización, como se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 14 : Estatuto Legal y Nacionalidad de las mujeres entrevistadas

Estatuto Legal	Mujeres
Nacionalidad portuguesa	5
Autorización de residencia	11
Visa de estudiante	2
Situación irregular	5
Total	23

De las cinco mujeres con nacionalidad portuguesa, tres nacieron en Portugal y las restantes dos, una en Guinea Bissau y la otra en São Tomé y Príncipe. En ambos casos fue el padre quién trató de los documentos de las hijas.

De los cinco casos que se encuentran en situación irregular, cuatro de ellas llegaron en los últimos cinco años al país y una de ellas lo hizo hace 8 años. Dos de los casos llegados recientemente han venido en “junta médica” es decir por los acuerdos de salud que existen entre Portugal y algunos de los países PALOP y han decidido permanecer en el país.

AÑOS DE PERMANENCIA EN PORTUGAL

De las 17 mujeres entrevistadas nacidas fuera de Portugal, diez de ellas llegaron en los últimos cinco años, mientras que las restantes siete llegaron en los últimos diez años.

Las que llegaron en los últimos diez años lo hicieron durante la infancia y vinieron acompañadas de sus familias. Las que llegaron recientemente lo hicieron de forma individual.

Tabla 15 : Distribución de las mujeres entrevistadas por años de estadía en Portugal

Año de llegada a Portugal	Mujeres
<5 años	10
Entre 5 y 10 años	7
Total	17

ESTADO CIVIL

Respecto al estado civil, la mayoría de las entrevistadas (n=17) son solteras, seguidas de las casadas o en unión de facto, 5 mujeres son casadas y 3 en unión de facto y las restantes 3 son separadas o divorciadas, dos de ellas separadas y una de ellas divorciada.

Considerando únicamente el grupo de las mujeres más jóvenes, aquellas menores de 21 todas ellas son solteras.

Tabla 16 : Estado civil de las mujeres entrevistadas

Estado civil	Mujeres
Soltera	17
Casada / Unión de facto	8
Separada/Divorciada	3
Total	28

FAMILIA

En relación a la familia, consideramos para el análisis de las entrevistas dos variables: a) con quién viven y b) la cantidad de hijos y/o si está embarazada.

Así como vimos que la condición de soltera es la más frecuente entre las mujeres entrevistadas, también la condición de vivir con la familia alargada, que incluye madre / padre, hermanos, cuñados, abuelos es bastante común entre las mujeres entrevistadas. De las 8 mujeres que están casadas o en unión de facto, siete vive con el marido/compañero y una de ellas no respondió.

Tabla 17 : Tipo de familia de las mujeres entrevistadas

Con Quién Vive	Mujeres
Con familia alargada	14*
Con el compañero	7
Con colega/amiga	2
Sola	2
N.R	3
Total	28

*incluimos las 4 mujeres que actualmente viven en una residencia, pero que anteriormente lo hacían con su familia alargada

Resulta interesante, señalar que las dos mujeres que viven solas son brasileras, siendo que una de ellas vive con su bebé.

Con respecto al número de hijos, todas las mujeres entrevistadas tienen hijos y/o estaban embarazadas en el momento de la entrevista, ocho están embarazadas, de las cuáles dos ya tienen hijos, para una de ellas es el segundo embarazo, para la otra es el tercero.

Tabla 18 : Número de hijos

Nº de hijos	Mujeres
1 o 2 hijos	18
> 2 hijos	3
Embarazadas*	8

* Dos de las mujeres incluidas en la categoría “Embarazadas”, ya tienen hijos e también son consideradas en las otras 2 categorías.

Con respecto a la edad de los hijos, observamos que la mayoría de las mujeres entrevistadas tienen hijos pequeños en edad pre-escolar, siendo que de las 28 entrevistadas, 22 tienen hijos menores de 6 años. Dentro de este subgrupo, 15 tienen hijos menores de tres años y 8 tienen hijos menores de 1 año (bebés), esto tienen un impacto en la utilización de los servicios de salud.

Tabla 19 : Edad de los hijos

Edad de los hijos	Mujeres
< 6 años	22
< 3 años	15
< 1 año	8
Embarazadas*	8

ESCOLARIDAD

Con respecto a la escolaridad, se observa que más de la mitad de las mujeres entrevistadas tienen hasta 9 años de escolaridad, es decir 8 mujeres tienen el noveno año de escolaridad completo y otras siete declaran que tienen una escolaridad inferior a 9 años. Cabe aclarar que dentro de este subgrupo de siete mujeres con excepción de una mujer de 36 años, las restantes seis son jóvenes de entre 17 y 22 años que suspendieron sus estudios por el embarazo, siendo que algunas de ellas pretenden retomarlos.

Como señalamos de las 25 mujeres entrevistadas que respondieron sobre su escolaridad, 15 tienen 9 o menos años de escolaridad, 6 tienen hasta el 12º año de escolaridad completo y 4 tiene licenciatura como se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 20 : Escolaridad de las mujeres entrevistadas

Escolaridad	Mujeres
< 9 año de escolaridad	7
9 año	8
12 año	6
Licenciatura	4
N.R	3
Total	28

SITUACIÓN LABORAL

En relación a la situación laboral, la mayoría de las mujeres entrevistadas, 19 de ellas se encontraba trabajando en el momento de la entrevista. Recordemos que las entrevistas fueron realizadas durante los años 2012 y 2013 durante la crisis económica del país.

Tabla 21 : Situación laboral de las mujeres entrevistadas

Situación laboral	Mujeres
Trabaja	19
No trabaja	6
N.R	3
Total	28

De las 19 mujeres que trabajan, cinco trabajan en las limpiezas, cuatro trabajan en la restauración (dos en cantinas (refeitorios), dos trabajan como empleadas de mostrador), siete trabajan en el sector de los servicios, una en comercio propio, otra en el Tribunal en el país de origen y otra en un Hospital. Las que trabajan en las limpiezas lo hacen en empresas de limpiezas.

Tabla 22 : Situación laboral de las mujeres entrevistadas

Tipo de trabajo	Mujeres
Servicios	7
Limpiezas	5
Restauración	4
Otros	3
Total	19

CENTRO DE SALUD

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, todas las mujeres entrevistadas son o han sido usuarias del sistema nacional de salud portugués (SNS), en los centros de salud¹⁴ en

¹⁴ Utilizaremos en el análisis la designación Centro de salud, sin distinciones entre unidades de salud (USF, USCP), ya que fue así utilizada por las mujeres entrevistadas y mantenemos esta designación a lo largo de toda la tesis.

algún momento de sus vidas, algunas de ellas también han utilizado servicios de salud en el país de origen y en otros países.

Por otro lado, verificamos que cuatro mujeres han sido también usuarias de las unidades de salud de la Santa Casa de la Misericordia de Lisboa (SCML) y otros dos casos que han venido a Portugal al amparo de los convenios de salud entre Portugal y sus países de origen, siendo atendidas en el Hospital Santa María de Lisboa.

Así en total fueron mencionados como servicios de salud utilizados en Portugal: veinte centros de salud distintos, cuatro unidades de salud de la SCML y cinco hospitales como se indica en la tabla siguiente.

Tabla 23 : Servicios de Salud utilizados en Portugal por las mujeres entrevistadas

Centros de Salud	Unidades de salud SCML	Hospitales
CS Venda Nova, Buraca, Damaia, Barcarena,	US Castelo	H. Fernando da Fonseca
CS Lumiar, Charneca, Alvalade, Marvila, Algés, Benfica, Graça, Penha de França	US Bairro do Armador	H. Garcia da Orta
CS Amora, Seixal, Cruz de Pau	US W Jovem	H. Santa Maria
CS Mira-Sintra, Cacém	US Domingos Barreiro	H. Estefânia
CS Moita, Barreiro		H. Faro
CS Covilhã		Maternidade Alfredo da Costa

Las mujeres entrevistadas están inscritas en diferentes centros de salud, de acuerdo a su zona de residencia, que corresponde a las zonas donde fue realizada la investigación. Sin embargo, existen cuatro que se encuentran inscritas en otros centros de salud que no corresponden a su lugar de residencia, dos de las mismas mantienen su dirección anterior a los efectos de conservar su médico de familia y las otras dos han cambiado recientemente de residencia y aún no iniciaron el trámite para inscribirse en el centro de salud de su zona.

También respecto a la prestación de cuidados de salud, verificamos que del total de las 28 mujeres, 12 de ellas tienen experiencia de atención en más de un centro de salud, de las cuales 3 tienen experiencia de prestación de cuidados primarios en más de dos centros de salud distintos. Esta situación se debe a la movilidad residencial como mencionada anteriormente. También consideramos en este subgrupo con experiencia en más de un centro de salud a las mujeres que han recibido cuidados de salud en las unidades de salud de la SCML.

MEDICO DE FAMILIA

Como mencionado anteriormente el médico de familia es una figura central de toda la atención de salud primaria. Es una figura clave que supone acompañar en términos de salud todo el ciclo de vida de un usuario. Es también demostrado por este y otros estudios que el médico de familia constituye un importante factor diferencial en la prestación de los cuidados de salud.

Con respecto al médico de familia en nuestra muestra de 28 mujeres obtuvimos el siguiente resultado: 15 no tienen médico de familia, 9 tienen médico de familia y 4 son atendidas principalmente en la SCML, donde esta figura no existe como tal.

Tabla 24 : Médico de familia de las mujeres entrevistadas

Médico de familia	Mujeres
Con médico de familia	9
Sin médico de familia	15
SCML	4
Total General	28

De las 15 mujeres que no tienen médico de familia, dos vinieron al abrigo de los convenios de salud, siendo atendidas en el Hospital Santa María y otras dos vinieron a Portugal en calidad de estudiantes. De las restantes 11 mujeres sin médico de familia, distinguimos dos casos cuya falta de médico de familia responde a motivos concretos. Uno de ellos efectivamente por movilidad residencial, siendo que antes tenían médico de familia y dejó de tenerlo al trasladarse hacia otra ciudad (Covilhã-Lisboa) y el otro porque el médico de familia se jubiló y está esperando que le asignen otro médico (Seixal). Las restantes 9 mujeres no especifican un motivo particular, sino que se encuentran inscritas en el centro de salud a la espera que le sea asignado un médico de familia. Esta situación es común en algunos centros de salud de la Región de Lisboa, siendo referida por los profesionales de salud entrevistados como un asunto prioritario.

Comparando la asignación del médico de familia por origen, es decir dividiendo la muestra en dos subgrupos: mujeres de origen nacional y mujeres de origen inmigrante (nacidas dentro y fuera de Portugal), obtenemos los siguientes resultados presentados en porcentajes para facilitar la lectura en términos comparativos: en el subgrupo de las portuguesas el 80% tiene

médico de familia, es decir, 4 de las 5 mujeres portuguesas, siendo que la única que no tiene médico asignado se debe a una mudanza de localidad dentro del país, si la consideramos en su localidad anterior, el 100% tendría médico de familia. Mientras que en el subgrupo de las mujeres de origen inmigrante, solo el 22% tiene médico de familia, es decir de las 23 mujeres de origen inmigrante, solo 5 tienen médico de familia asignado.

Ahora bien, cuando incorporamos la variable naturalidad en el subgrupo de las mujeres de origen inmigrante, las diferencias se acentúan en favor de las nacidas en Portugal. Así, obtenemos que el 60% de las mujeres nacidas en Portugal tiene médico de familia, mientras que solo el 14% de las mujeres nacidas fuera de Portugal presenta una situación similar.

Importa también considerar el año de llegada a Portugal, ya que como vimos anteriormente, varias de las mujeres nacidas fuera de Portugal llegaron en los últimos cinco años e incluso en los últimos dos años.

Cruzando la variable médico de familia por estatuto legal, obtenemos los siguientes resultados: dentro de las mujeres con nacionalidad portuguesa 66% tienen médico de familia, dentro de las mujeres con autorización de residencia 25% y dentro del grupo de mujeres en situación irregular, 20%, en este grupo corresponde a una mujer de las cinco entrevistadas. (Fátima que se encuentra inscrita en el agregado familiar del tío que ya tenía un médico de familia ucraniano que fue consultado para incluirla ya embarazada).

Tomando ahora en consideración únicamente el subgrupo de las mujeres embarazadas, la situación de la falta de médico de familia se acentúa significativamente: el 14% de las mujeres embarazadas entrevistadas tienen médico de familia, lo que corresponde a 1 mujer de las 8 entrevistadas.

Tabla 25 : Médico de familia de las mujeres entrevistadas embarazadas

Médico de familia / embarazo	Mujeres
Con médico de familia	1
Sin médico de familia	7

Con respecto al estatuto legal de este subgrupo de mujeres embarazadas, observamos que del total de las ocho, dos tienen nacionalidad portuguesa, tres tienen autorización de residencia y tres están en situación irregular. La única que tiene médico de familia tiene nacionalidad portuguesa.

6.2 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

En total fueron realizadas 16 entrevistas en profundidad a profesionales de la salud del Servicio Nacional de Salud Pública Portugués (SNS), todos ellos trabajan en el Área Metropolitana de Lisboa y tienen experiencia en prestación de cuidados de salud a población inmigrante.

Además de estas entrevistas formales, fueron también realizadas varias conversaciones informales con las enfermeras, en particular durante el acompañamiento de las salidas de la unidad móvil a los barrios, así como durante las visitas domiciliarias que se realizaron junto a las enfermeras en este mismo contexto. A su vez fueron observadas algunas consultas de salud infantil. Si bien no son usados extractos de estas conversaciones en el texto de la tesis, si son considerados en la redacción y escrita de la misma.

Las 16 entrevistas fueron agendadas previamente a través de contacto telefónico y/o via email y todas ellas realizadas en las respectivas unidades de salud donde trabajaban los profesionales. Todas ellas fueron grabadas y transcriptas.

Las entrevistas en profundidad a los profesionales de salud fueron realizadas entre Setiembre del año 2011 y agosto del año 2012.

Con respecto a la selección de la muestra, la misma es intencional, no representativa, ni probabilística. En un principio nuestra intención fue entrevistar a médicos y enfermeros en cantidades similares, lo cual no fue posible, a pesar de los esfuerzos realizados debido a la falta de disponibilidad y tiempo de algunos de estos profesionales.

Durante el transcurso de la investigación, y luego de realizar las entrevistas exploratorias con las asociaciones y algunas entidades, se optó por concentrar la muestra en los enfermeros, apuntados como las personas que tienen más contacto y pasan más tiempo con las pacientes, asimismo los enfermeros mostraron mayor disponibilidad e interés en participar de esta investigación. Por otro lado y también como consecuencia de las entrevistas exploratorias y de las primeras entradas al terreno, se decidió incorporar entrevistas a asistentes sociales y mediadores interculturales que se encontraran trabajando en los centros de salud. Si bien solo fue posible entrevistar a una asistente social en el ámbito de la salud, ya contábamos con tres asistentes sociales dentro de las entrevistas exploratorias, consideramos importante incluir también esta entrevista dentro de los profesionales de salud. Respecto de los mediadores

interculturales, también consideramos importante incluir sus contributos, ya que cuentan con una amplia experiencia en tratar con pacientes de origen inmigrante en contexto de salud, asimismo las tres profesionales entrevistadas eran de origen inmigrante a diferencia del resto de los profesionales entrevistados que eran todos portugueses.

En total obtuvimos una muestra de 16 profesionales de salud, de los cuáles diez enfermeras, dos médicas, una asistente social y tres mediadoras interculturales.

Tabla 26 – Distribución de los profesionales de salud por profesión

Profesión	Profesionales de la salud
Enfermaras	10
Médicas	2
Mediadoras interculturales	3
Asistentes sociales	1
Total	16

Con respecto a la distribución por género, todas nuestras entrevistadas son de sexo femenino, si bien no fue un requisito, acabó por configurarse en el terreno, lo que confirma la concentración de mujeres en la profesión de enfermería en Portugal.

Relativamente a la distribución geográfica, todas las entrevistas fueron realizadas en la Región de Lisboa, más específicamente en el Área Metropolitana de Lisboa, en los contextos ya referidos que formaron parte de nuestro contexto de investigación, es decir Amadora, Lisboa y Seixal. Asimismo, se incluyen también dos entrevistas a enfermeras realizadas en el centro de salud de Oeiras, perteneciente al municipio de Oeiras, si bien por diferentes motivos el trabajo de campo acabó por no incluir este municipio, privilegiando otras zonas, consideramos importantes los aportes obtenidos de estas entrevistas. Debido en parte a la amplia experiencia de las enfermeras en atención a madres inmigrantes como fundadoras y coordinadoras del Proyecto de Intervención especial en Salud Materno-Infantil y Planeamiento Familiar y al interés presentado frente a esta investigación, demostrado también en su activa participación del Fórum Comunitario¹⁵, del cual forma parte esta investigación. Consideramos así que el aporte de las enfermeras enriquece sustancialmente

¹⁵ Actividad organizada en el ámbito del proyecto “*Saúde e Cidadania: Disparidades e Necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes*”

nuestro análisis, otorgando una transversalidad mayor a las problemáticas referidas en los otros centros de salud.

Así, obtuvimos la siguiente distribución por zonas de los 16 profesionales de salud entrevistados: seis de Seixal, cinco de Amadora, tres de Lisboa y dos de Oeiras.

Tabla 27 : Distribución de los profesionales de salud por zona

Zona	Profesionales de salud
Lisboa	3
Amadora	5
Seixal	6
Oeiras	2
Total	16

Con respecto a la especialidad, la mayoría de las enfermeras son de salud infantil y de salud materna. Ambas médicas son de Medicina de clínica general y familiar.

Pasamos ahora a presentar los resultados cualitativos de acuerdo a las temáticas planteadas en la metodología. En el capítulo siete, se identifican las barreras de acceso a la salud, entendidas como los obstáculos y las dificultades señaladas tanto por los profesionales de salud, como por las mujeres inmigrantes en el acceso a los cuidados de salud materna. Las barreras son presentadas de acuerdo a su naturaleza divididas en: barreras institucionales, barreras socioeconómicas, barreras de funcionamiento y barreras culturales.

El capítulo ocho se centra únicamente en las barreras culturales identificadas por los profesionales de salud y en como éstas son reproducidas y reforzadas por las representaciones sociales, los estereotipos dominantes y la visión etnocéntrica y biomédica de los cuidados de salud.

En el capítulo nueve se identifican otras situaciones que también funcionan como agravantes y agudizan las barreras de acceso a la salud. Estos aspectos, a los que denominamos factores de vulnerabilidad surgieron durante el trabajo etnográfico con el grupo de mujeres más jóvenes y tienen un importante impacto en la salud, que no siempre es tenido en cuenta.

En el capítulo diez se analizan las estrategias de las mujeres para superar las barreras de acceso, entendidas como las respuestas y los recursos utilizados por las mujeres para superar las dificultades. Las estrategias de las mujeres varían de acuerdo a las características personales, las redes sociales y los diferentes contextos. Algunos aspectos como la experiencia migratoria, el contexto de salud de origen y la situación familiar influyen en el desarrollo de las diferentes estrategias identificadas. El análisis de las actitudes de las mujeres permite conformar dos tipos de perfiles.

En el capítulo once se presentan las estrategias utilizadas por los profesionales de salud para superar las barreras de acceso. Las mismas se clasifican en base a los recursos utilizados y funcionan como facilitadoras del acceso a la salud de las mujeres inmigrantes. El análisis de las estrategias de los profesionales de salud, nos permite también identificar tres tipos de posicionamientos respecto a los modelos de integración clásicos. Los mismos van desde posiciones más abiertas hasta posturas más cerradas en la prestación de cuidados de salud a mujeres inmigrantes.

7. BARRERAS DE ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD MATERNA

Para este capítulo se analizaron todas las entrevistas realizadas tanto a mujeres, como a profesionales de salud, así como también las notas de campo (extractos del cuaderno de campo) llevadas a cabo en contexto de consulta y de sala de espera, así como durante el acompañamiento de las visitas de las unidades móviles de salud a los barrios.

Las principales barreras y dificultades señaladas tanto por las mujeres inmigrantes, como por los profesionales de salud en el acceso a los cuidados de salud materna e infantil se presentan y analizan de acuerdo a su naturaleza en cuatro tipos: las barreras institucionales, las socioeconómicas, las funcionales y las culturales (éstas últimas serán detalladas en el siguiente capítulo).

Tabla 28 : Tipos de barreras identificadas

Tipo de barrera	Descripción
Institucionales	Desconocimiento de derechos Cambios recientes de la legislación Impacto de la última reforma Estatuto legal (situación de irregularidad)
Socioeconómicas	Costos directos e indirectos de la salud Condiciones de trabajo Condiciones de vivienda Escasez de materiales
Funcionamiento / organización del SNS	Burocracia del sistema Falta de información Tiempos de consulta Coordinación interna y externa Flexibilidad del sistema
Culturales	Dificultades de comunicación Falta de entendimiento Representaciones sociales

7.1. Barreras institucionales

Como mencionado en el capítulo sobre legislación de salud en Portugal, existen varias normativas que regulan el derecho a la salud. Desde el nivel más elevado que corresponde a la Constitución de la República Portuguesa (CRP). El derecho a la salud para los ciudadanos extranjeros en situación regular está estipulado en el Decreto ministerial de la Salud nº25 360/2001, que establece para los ciudadanos extranjeros que residan legalmente en Portugal, con autorización de residencia, las mismas condiciones de acceso al SNS que para los

ciudadanos nacionales. Como mencionamos anteriormente, estos ciudadanos deberán obtener un documento, el *cartão de utente* a través de la presentación de la documentación, es decir de la autorización de residencia o de la visa de trabajo en el propio centro de salud de la zona. En el caso de que realicen descuentos para la Seguridad Social, el pago de las tasas moderadoras es realizado tal como la ley prevé para los ciudadanos nacionales. Para los ciudadanos extranjeros en situación irregular, que no tengan ni autorización de residencia ni visa de trabajo deberán presentar un documento denominado *atestado de residencia*, emitido por la junta local (*Junta de Freguesia*) de su área de residencia que declare que se encuentran en Portugal por más de 90 días. Para la obtención del mismo son necesarios dos testigos, también residentes en la misma zona, que confirmen la residencia, pueden ser particulares o establecimientos comerciales, siendo también posible hacer una declaración por honra. A estos ciudadanos en situación irregular se les garante el acceso a los cuidados de salud, pero se les cobran las tasas moderadores vigentes (globales), a no ser que se encuentren amparados por alguna situación de exención como fue especificado en el capítulo sobre la legislación de salud en Portugal.

Si bien en la teoría parece claro, en la práctica existen varias dificultades para la aplicación de la ley, en particular en lo que se refiere a los regímenes de exención y a las situaciones de irregularidad. Existiendo varios cambios a diferentes niveles de la legislación, no es claro jurídicamente el alcance de unos y otros lo que genera una especie de nebulosa que afecta tanto a los pacientes como beneficiarios de los cuidados y a los profesionales de salud en la interpretación de la legislación.

Del análisis de las entrevistas a mujeres y a profesionales de salud se identificaron como relevantes dentro de las barreras institucionales: el desconocimiento de los derechos y la legislación vigente, los recientes cambios de la ley respecto al acceso a la salud, el impacto de la reforma de salud y las situaciones de irregularidad.

7.1.1. Desconocimiento de los derechos a la salud

El desconocimiento de algunos de los derechos a la salud, es un aspecto que atañe a las mujeres usuarias, a los profesionales de salud y a también a los funcionarios y/o técnicos de asociaciones que trabajan con inmigrantes. A pesar de la legislación ser clara, la

interpretación de la misma no es siempre igual y da lugar a una cierta elasticidad de interpretación.

En el caso de las mujeres, la mayoría de las entrevistadas, sobretodo aquellas que estaban embarazadas, cuando interrogadas sobre su derecho a la salud, conocían sus derechos. Con respecto a la atención de salud materna e infantil, la gran mayoría de las mujeres entrevistadas saben que tienen derecho a ser atendidas gratuitamente por los servicios de cuidados de salud primaria. Ya con respecto a otros asuntos relacionados a la atención, como son los análisis de diagnóstico complementares, los medicamentos y las consultas de planeamiento familiar, las respuestas eran más vagas y menos consistentes entre sí.

Los cuidados en el ámbito de la salud materna e infantil y de la salud reproductiva que abarcan consultas de planeamiento familiar, acompañamiento del embarazo, parto, puerperio, cuidados de salud a los recién nacidos e interrupción voluntaria del embarazo son cuidados de salud gratuitos (exentos de cualquier tipo de pagos), Esta normativa “aparentemente” clara, tienen también pormenores desconocidos por las usuarias, muchas de las mujeres entrevistadas no saben que el puerperio es hasta las ocho semanas después del parto, es decir que la exención del pago de la consulta es válida solo por las ocho semanas sucesivas al parto.

Esto genera situaciones complejas, donde algunos profesionales utilizan las consultas gratuitas de los bebés para atender también a las madres cuando lo consideran necesario (ver estrategias de profesionales). Por otro lado, lo mismo sucede en la consulta de planeamiento familiar que también es desconocida por la mayoría de las mujeres inmigrantes o nacionales. Esta consulta implica no solo la discusión y selección de los métodos anticonceptivos más adecuados, sino también la realización de los rastreos necesarios. Debido a que muchas mujeres no asisten a esta consulta, algunos profesionales de salud realizan los rastreos en las consultas de puerperio, posteriores al parto.

Otro aspecto interesante que surge de las entrevistas realizadas con las asociaciones, refiere al desconocimiento de derechos también por parte de algunas técnicas de asociaciones que trabajan diariamente con población inmigrante y con población en situación de vulnerabilidad y exclusión social. Este desconocimiento de los derechos de salud, tanto se aplica a los profesionales de salud como a los técnicos de las asociaciones y puede tener varias causas, y responde generalmente a la circulación de este conocimiento al interior de algunas instituciones. Esto perjudica claramente la relación entre las mujeres inmigrantes y las técnicas de salud, generando sentimientos de desconfianza.

Así, el conocimiento de la ley únicamente por una de las partes en este caso la más vulnerable no es suficiente para garantizar el usufructo de este derecho, en este sentido sería más útil que la información fuera de carácter público y circulara de forma clara y masiva dentro de los servicios de salud. Las normativas son muchas y es preciso un importante esfuerzo de síntesis para transmitir lo esencial en relación a cuáles son los derechos de salud y como deben ser aplicados y usufructuados.

7.1.2 Cambios recientes en la legislación

Las modificaciones recientes de la legislación como consecuencia de la crisis económica para hacer frente a las medidas de austeridad tomadas por el gobierno portugués afectaron fuertemente el sector de la salud. Como mencionado, estas medidas generaron un escenario poco claro, particularmente relacionado con el alcance de los cambios legislativos, la aplicación y entrada en vigor de esta normativa, las exenciones vigentes y su resguardo jurídico. En las entrevistas con los profesionales de salud pudimos observar esta “nebulosa” jurídica, que muchas veces se traduce en diferentes interpretaciones según cada profesional o cada servicio. Así, las interpretaciones de los diferentes servicios sobre las nuevas normativas aprobadas no son tan claras como se pretende, y genera también discusiones entre los propios profesionales de un mismo servicio.

Los cambios más destacados, se refieren al aumento de los costos de salud y a los cambios en los regímenes de exención. Precisamente, en los cuidados de salud materna e infantil, algunas de las modificaciones inciden en el costo de los análisis complementares de diagnóstico que eran realizados de forma gratuita anteriormente y que con la nueva normativa, pasan a tener un costo extra. Estos cambios repercuten en la toma de decisión de las mujeres de hacer o no los exámenes adicionales.

7.1.3. Impactos de la reforma del SNS

La reciente reforma del SNS, fue un tema constante en los relatos de los profesionales de salud, si bien aún es pronto para medir su impacto, es claro que ha generado tensiones y dificultades para el trabajo de los equipos, así como fuertes resistencias por parte de algunos profesionales, lo que acaba por reflejarse en su práctica profesional.

Especificamente respecto a la creación de las Unidades de Salud familiar, destacamos los siguientes relatos:

“Aqui dentro existem três centros de saúde diferentes e a nossa unidade de cuidados de saúde na comunidade. Começaram a surgir as unidades de saúde familiares. Há um grupo de médicos e enfermeiros que tem a sua auto gestão e tem pequenas regras diferentes e depois temos o outro e o outro. São 3 diferentes aqui dentro. Não funciona muito articulado porque cada um tem regras e tem autonomia para fazer de maneira diferente. Depois é quase como se houvesse utentes de primeira e utentes de segunda. Até os enfermeiros e os médicos. Aqueles enfermeiros e aqueles médicos ganham incentivos enquanto que os outros que fazem exatamente o mesmo não ganham mais dinheiro por fazerem o mesmo trabalho. Isso interfere também na nossa postura. Tu és incentivado a trabalhar. Os outros fazem o mesmo ou mais difícil. Aqueles que não têm incentivos são os que têm a ocupação mais difícil pois têm uma população imigrante que é uma população que está sempre a mudar, enquanto que os outros têm aqueles estabelecidos, controlados. É um trabalho muito mais fácil do que o dos outros colegas. Portanto existem profissionais de primeira e de segunda. O que oferecem economicamente a uns é diferente. E de materiais até. Dão muito mais disponibilidade às unidades familiares do que aos outros. É uma diferença muito, muito grande.” (Enfermeira, Seixal)

“(a reforma das USF) não é para os utentes, é para o sistema nacional de saúde. Nós às vezes como profissionais sentimo-nos pouco reconhecidos porque eu tenho colegas meus que de 3 em 3 meses chegam a ganhar mais 3000 euros do que eu. Eu e a minhas colegas vamos para sítios de rua e corremos riscos maiores do que aqueles que estão na instituição, fechados, controlados, e eles é que ganham os incentivos. Ao Estado interessa que isto funcione assim. A avaliação que houver vai ser sempre positiva nesse sentido porque a eles lhes interessa que isto continue.” (Enfermeira, Seixal)

La reforma impacta en la práctica cotidiana de los profesionales de salud y genera conflictos dentro de algunos servicios que se traducen en poca colaboración y articulación entre profesionales.

7.1.4. *Situaciones de irregularidad*

El estatuto legal de las mujeres inmigrantes, surge claramente en los discursos de los profesionales de salud como una importante condicionante de acceso. Si bien, en nuestra muestra de mujeres inmigrantes, la mayoría se encuentra en una situación legal regularizada, con autorización de residencia (24 de 28), aquellas pocas que no lo están presentan mayores dificultades.

La cuestión de los “inmigrantes ilegales” surge entre los profesionales de salud como una importante preocupación, a la hora de la atención sanitaria. Las inscripciones esporádicas han sido utilizadas por los profesionales de salud como un recurso para facilitar el acceso a la salud, como se pudo verificar en las entrevistas realizadas.

“Tenho alguns doentes no hospital que são ilegais, eles têm acesso e direito à saúde, não lhes é negado, só que têm que pagar como consulta particular...não como pertencentes ao SNS, porque não estão legais no país. Fazem inscrições esporádicas no centro de saúde, mas é só para aquela intervenção, depois têm que fazer outra vez.” (Assistente social, Associação)

Sin embargo actualmente, como consecuencia de las modificaciones recientes ya no es posible realizar por ejemplo las recetas ni las transferencias a mano. Todo el sistema de salud está informatizado e impide estas “excepciones” que antes eran realizadas, es decir, con la puesta en marcha del nuevo sistema informático de la salud, se agrava la situación de los inmigrantes en situación irregular.

Respecto a las nacionalidades de origen, los inmigrantes africanos, parecen ser un grupo importante dentro de los pacientes en condiciones esporádicas.

“Relativamente aos africanos há muitos utentes esporádicos, por isso não temos mesmo a noção porque eles não estão formalmente inscritos neste centro de saúde, por isso não sabemos se estão a migrar ou não, mas temos muitos, muitos utentes esporádicos, todos eles, ou a maioria, africanos” (Enfermeira, Seixal)

Por otro lado existe, un reconocimiento de las dificultades de legalización de algunos grupos particulares.

“Isto é um círculo, eles não conseguem arranjar emprego, porque não têm documentos, mas também não conseguem um emprego porque estão ilegais.” (Enfermeira, Lisboa)

En el caso de la salud materna, la situación es un poco diferente, porque no exige el pago de tasas moderadoras. Dentro del SNS se encuentra estipulado que las mujeres inmigrantes indocumentadas que están embarazadas tienen derecho a la atención sanitaria de forma gratuita. En la práctica este derecho no se implementa fácilmente, tal y como se muestra en el siguiente relato.

“Depois temos este problema de elas durante algum tempo estarem aqui ilegais e nós apanhamo-las na comunidade e depois encaminhamos, mas é muito complicado gerir toda esta situação. Em termos de cuidados, elas têm direito aos cuidados e nós o dever de assegurar a vigilância, mas depois em termos de tratamentos, quando é necessário, isso já é mais complicado.” (Enfermeira, Lisboa)

Así, el estatuto legal de las mujeres inmigrantes es considerado una importante barrera para acceder a los cuidados de salud, particularmente cuando el período del embarazo termina ya que la exención de pagos de tasas también termina, y es cuando las dificultades se agravan considerablemente.

“Os imigrantes que não têm documentos, que estão de forma irregular? São esses. Eles normalmente não têm nada. Não têm número de utente. Acabam às vezes por arranjar um número de beneficiário mas que não serve muito para o nosso serviço nacional de saúde. Sim, sim e porque como eu digo lá em cima que elas estão isentas da taxa moderadora por estarem grávidas, acabam por dar essa isenção à mão porque essa isenção.....lá está, como pelo computador é automática , já vem nos exames, agora para elas não, não aparece porque elas não têm numero de utente.” (Médica, Seixal)

Por otro lado, la situación de irregularidad presenta otro agravante a nivel de las propias mujeres, ya que puede funcionar como una barrera de acceso a la salud también por miedo a ser denunciada a las autoridades respectivas. Algunas mujeres en situación irregular no se aproximan de los servicios, precisamente para no correr el riesgo de ser denunciadas.

Con la actual reforma la situación de los pacientes esporádicos no encontró aún ninguna solución. Con todo, algunos profesionales continúan a intentar efectivizar el acceso de las pacientes irregulares, en particular cuando se trata de mujeres embarazadas.

Las barreras identificadas como institucionales se relacionan con la puesta en práctica de la legislación de salud y en cómo ésta es aplicada e interpretada. Surgen en mayor medida en los relatos de los profesionales de salud cuando se refieren a la población inmigrante. En las mujeres inmigrantes se colocan en el caso las mujeres que se encuentran en una situación legal irregular.

7.2. Barreras socioeconómicas

Las barreras de naturaleza económica y social que surgen en las entrevistas como importantes aspectos que condicionan el acceso a la salud, son agrupadas en la categoría barreras socioeconómicas. Dentro de las mismas, encontramos, mencionadas principalmente por las mujeres inmigrantes: el aumento de los costos de salud, el aumento de los costos de los transportes públicos y las condiciones de trabajo precarias que dificultan su asiduidad en las consultas de salud.

En las entrevistas a los profesionales de salud también se hace referencias al aumento de los costos en salud, pero en general apuntan a aspectos derivados de la crisis económica y de las medidas de austeridad aplicadas al sector de la salud, como ser: la escasez de materiales, la suspensión de nuevas contrataciones y la suspensión de prácticas de salud comunitaria. También mencionan dificultades relacionadas con la frecuente movilidad de la población inmigrante y con el nivel de habilitaciones, no siendo esto exclusivo de los inmigrantes.

7.2.1. Las condiciones precarias de trabajo

Respecto a las condiciones de trabajo, las mismas se han agravado como consecuencia de las crisis en los últimos años, lo que se traduce en la población inmigrante en mayor desempleo, mayor precariedad laboral, deterioro de las condiciones de habitación, traslados hacia barrios más alejados de los centros urbanos y deterioro en la alimentación.

“São pessoas com dificuldades económicas bastante grandes, que vivem em bairros sociais, com carências importantes e com a nossa crise mais se agrava agora.” (Enfermeira, Seixal)

Esta situación que afectó a toda la población, también se verifica en las mujeres inmigrantes entrevistadas, muchas de las mujeres entrevistadas tienen trabajos precarios, que no les permiten flexibilidad de horario, lo que acaba por afectar su acceso a los cuidados de salud, donde las mujeres dejan de asistir a las consultas por no faltar al trabajo.

“...muitas vezes eles têm dificuldade em vir porque trabalham, porque não podem faltar. Depois o trabalho ou é ilegal ou não é com contrato e portanto se faltam são despedidas. Às vezes não é muito fácil mas tentamos furar nós próprias umas certas barreiras aqui dentro e dizer “ Olhe, só vem naquele dia , vai ter com a pessoa x e é logo atendida” para a pessoa não perder muito tempo.” (Enfermeira, Lisboa)

En el caso de madres con bebés pequeños, las condiciones de trabajo precarias dificultan también el seguimiento de la salud del bebé, porque tienen mayores dificultades en acompañar a los bebés a las consultas. Esta ausencia de la madre durante la consulta del bebé es señalada por el profesional de salud como una dificultad, tanto en el sentido de obtener información “confiable” sobre el comportamiento del bebé, como en el sentido de transmitir información a otra persona que a su vez deberá transmitirla a la madre, lo que implica según los profesionales una posible “*perdida de información esencial para la salud del bebé*”. Si bien no podemos decir que se trata de una situación frecuente, en algunos contextos fue particularmente relevante esta situación de los bebés ir a las consultas de salud acompañados por los hermanos mayores, tías, o abuelas, como refieren los profesionales entrevistados.

“Os bebés não vêm sempre com as mães por dificuldades laborais, porque não podem sair do trabalho, vêm com os tios, com os irmãos mais velhos, a partir dos 12 anos às vezes elas vêm sozinhas, os pais não podem sair do trabalho porque são despedidos.” (Enfermeira, Seixal)

En los relatos referidos a este punto, observamos dos “supuestos”, el primero es que la madre está con el bebé, el segundo que la madre es la que más sabe sobre su bebé, estos supuestos claramente se sustentan e influyen en los estereotipos de género, donde prevalece una visión esencializante del comportamiento “normal” de una madre. Siendo que en muchos casos, las madres no están con el bebé porque están trabajando, no siendo así las más indicadas para

saber más sobre el comportamiento del bebé. Ahora bien el profesional asume que esta sería la situación normal y actúa en consecuencia.

Otro punto relacionado al anterior y que también es considerado por los profesionales de salud como una consecuencia de la crisis económica, es la mayor “presencia” de los padres. En los contextos analizados, la crisis económica ha afectado en mayor medida el trabajo de los hombres, la construcción civil ha sido fuertemente afectada, lo que se traduce en que los padres han quedado desempleados, mientras que las madres continúan a trabajar, por un lado esto conduce a que los padres tienen más tiempo para acompañar a los bebés a las consultas, como manifiestan algunas profesionales entrevistadas. Si bien en sí esto no puede ser considerado como negativo, genera a nivel de los profesionales de salud, alguna desconfianza y una discontinuidad en el tratamiento de los asuntos que siempre eran tratados con las madres.

“Ou, às vezes, vem o pai e não vem a mãe: então o que é que aconteceu à mãe? A mãe hoje ficou a trabalhar. Então e não trouxe o livrinho? Ela não me deu! Pronto, isto depois há coisas destas. Pronto.” (Enfermeira, Lisboa)

Si bien las condiciones de trabajo precarias de estas mujeres fue un aspecto bastante frecuente durante las entrevistas, también existen otras condicionantes relacionadas con las condiciones de vivienda, que también afectan la salud.

“E depois quando a doutora visita a casa, pasma e diz: o que é isto? Porque é uma barraca, as panelas estão horríveis, não há fogão, onde é que se cozinha? Em termos de higiene, em termos de tudo.” (Enfermeira, Lisboa)

7.2.2. El aumento de los costos directos en salud

En los últimos años se han producido aumentos significativos de los costos de la salud que afecta directamente a los pacientes, concretamente, el aumento de las tasas moderadoras, las dificultades en el acceso a la exención de las tasas por incapacidad económica¹⁶ y el aumento

¹⁶ Con la entrada en vigor del Decreto-Ley nº 113/2011 de 29 de Noviembre que procedió a una revisión de las tasas moderadoras y de las categorías de usuarios del Servicio Nacional de Salud portugués que están exentos de estas tasas, aquellas personas que ya estaban exentas tuvieron que realizar nuevos trámites para mantener la exención.

del precio de las consultas para los inmigrantes indocumentados. Todo ello genera graves problemas de acceso a las consultas médicas, a los exámenes de diagnóstico y al seguimiento adecuado del tratamiento en salud (Masanet et al., 2014). Los cambios recientes en la legislación (2015) han empeorado aún más el acceso, complejizando algunos de los procedimientos, que deberían facilitar el acceso a algunos de los tipos de exención, por ejemplo es el caso de los requisitos necesarios para solicitar la exención por carencia económica que era realizada en la Seguridad Social y pasa a ser realizada en los Servicios Financieros del Estado, lo que acaba por transformarse en una barrera, excluyendo gran parte de la población que no tiene su situación reglamentada.

“Cada vez pior, as pessoas têm menos acesso, as nacionais e as não nacionais, agora tudo é pago, tudo foi aumentado e as pessoas não têm capacidade financeira para poder pagar, uma urgência agora são 20 euros, há pessoas que recebem uma reforma de 180 euros, há cada vez mais pessoas que abandonam os tratamentos, abandonam as consultas...vai se agravar.”
(Enfermeira, Lisboa)

El aumento de las tasas moderadoras, de las consultas de especialidad y de los análisis clínicos y tratamientos afecta negativamente el acceso a los cuidados de salud, en términos de seguimiento de los tratamientos y de la realización de exámenes clínicos adicionales. Las tasas moderadoras de las urgencias también han aumentado significativamente en el último tiempo, como mencionan algunas entrevistadas.

“As urgências estão muito caras (são 20 euros) e também estão sempre cheias e aqui (no CS) pagam 5 euros e também tem um atendimento permanente, mas o que acontece é que se aqui não podem fazer, mandam ao hospital e só em taxas moderadoras são 25 euros e se temos que pagar as análises à parte, tudo fica muito caro, já não se pode.” (São-Tomense, Seixal)

El aumento de los costos de los medicamentos, también es referido como un condicionante, así como la suspensión de aquellas prestaciones que compensaban el valor de algunos medicamentos, co-participados y que debido a la crisis dejaron de serlo.

“Os medicamentos dela ficavam muito caros, quase 500 euros e eu não podia trabalhar porque estava o tempo todo a tomar conta dela, pedi o apoio ao doente crónico, mas são só 59 euros, não chega para nada.” (Guineense, Seixal)

Si bien, durante el embarazo el acceso a los cuidados de salud es gratuito por ley, cuando esta exención finaliza o cuando son requeridos estudios complementares que no están cubiertos por la seguridad social, muchas veces no son realizados por motivos económicos, como se verificó en las entrevistas. Muchas de las mujeres no tienen condiciones reales de pagar los análisis que el médico le receta, no se trata de una despreocupación u olvido como puede ser interpretado por algunos profesionales de salud, sino que en algunos casos la razón principal es económica.

Por otro lado y también por motivos económicos, existen con frecuencia casos en que las mujeres embarazadas van únicamente a la primera consulta y – según relatan los profesionales – *“cuando confirman que está todo bien con el embarazo y con el bebé no aparecen más hasta el día del parto”*. Esta situación que puede ser interpretada como desinterés en el seguimiento del embarazo, se relaciona también con factores socioeconómicos, como con la falta de medios para ir a la consulta, la imposibilidad de faltar al trabajo o la falta de dinero para pagar los análisis complementares. También a nivel general, los pacientes tienen mayores dificultades para completar los tratamientos indicados y seguir la medicación adecuada.

“Cada vez mais pessoas abandonam os tratamentos, não podem pagar.” (Assistente social, Hospital, Lisboa)

7.2.3. Los costos de los transportes públicos

Los costos de los transportes públicos, surge también como una fuerte condicionante de acceso a la salud, referido frecuentemente por las mujeres entrevistadas y también por los profesionales de salud.

Así, varias de estas mujeres han dejado de trasladarse regularmente a las consultas del centro de salud, debido al costo que esto le genera. Esto se traduce en un menor seguimiento y en una mayor asistencia a las urgencias de los hospitales, en caso de situaciones límites que pueden tornarse a la larga mucho más complicadas.

“...Muitas vezes não vêm porque são dependentes de outras e não têm dinheiro para o transporte. Muitas vezes elas não aderem às vigilâncias normais da gravidez e faltam muito às consultas, são mais dependentes dos outros, às vezes não têm quem as traga, às vezes têm que vir a pé e elas não vêm porque vêm de longe e não têm dinheiro para o transporte”
(Enfermeira, Seixal)

En los últimos años han cerrado algunas extensiones de los centros de salud que se localizaban más próximas de los barrios, lo que agrava esta situación. Algunos de las extensiones de salud han cerrado debido a sus condiciones bastante precarias, pero también como resultado de una política de mayor centralización de los servicios llevada a cabo por la presente administración. La intención de concentrar varias unidades en un mismo edificio para facilitar el acceso ha llevado al cierre de las unidades más alejadas que eran fundamentales para algunos grupos sociales en situaciones más vulnerables.

7.2.4. La escasez de materiales y recursos humanos

La crisis económica, las medidas de austeridad y la reforma del sector de la salud, produjeron también una progresiva escasez de los recursos humanos y materiales con los cuáles contaban los servicios de salud. Los recursos materiales disponibles han venido a disminuir rápidamente en los últimos años. Cuando anteriormente los centros de salud disponían de materiales sanitarios y no sanitarios de entrega gratuita a los pacientes, esto ya no se verifica tanto. En lo que afecta a la población analizada, la disponibilidad de algunos métodos anticonceptivos y medicamentos de forma gratuita, que ahora ya no lo son; así como otros materiales no sanitarios como pañales, leche adaptada y productos de cuidado de los bebés (cremas, gel, etc.) que eran normalmente ofrecidos a las mujeres embarazadas durante las consultas en los centros de salud.

Estas prácticas han disminuido e incluso en algunos centros de salud ya no tienen estos materiales, en el caso de las mujeres embarazadas, muchos de los profesionales las conducen a asociaciones dónde pueden solicitar estos materiales que antes eran proporcionados por las enfermeras.

Por otro lado, la disminución de recursos humanos, médicos y enfermeros también tuvo un importante impacto en la calidad de la atención sanitaria. Esta disminución se debe por un lado a la suspensión de nuevas contrataciones, consecuencia de la reducción presupuestal del sector, pero también a la salida de profesionales de la salud pública para trabajar en el sector privado y por otro a la emigración de profesionales de salud, sobretodo de enfermeros/as, registrada recientemente en Portugal.

La falta de personal sanitario, la reducción y no contratación de nuevos enfermeros también implicó la suspensión de las visitas domiciliarias que realizaban las enfermeras a los barrios, perjudicando más a los grupos en peores situaciones.

“O sistema nacional de saúde está um bocadinho complicado... Ah... Entretanto, também pelo meio achei necessidade de fazer as visitas domiciliárias às famílias que eu acompanho [...]. O meu dia de fazer as visitas era sempre à quinta-feira à tarde, depois com a limitação de pessoal, deixei muitas vezes de poder ir”. (Enfermeira, Lisboa)

Asimismo, la tercerización de algunos servicios, como es el caso de los contratos de enfermeros. Estos “nuevos” tipos de contratación de los enfermeros afectan directamente la atención y los cuidados de salud, agravado en el caso de los inmigrantes. La elasticidad de estos contratos, dificultan la generación de un compromiso serio con la población que atienden, ya que el profesional se encuentra mayormente preocupado por alcanzar una estabilidad laboral y salir de ese sistema donde se encuentra sujeto a una forzosa movilidad..

Las unidades móviles de salud, como es el caso de la Unidad móvil de Venda Nova y la unidad de Salud sobre ruedas de Seixal que fueron aquellas que acompañé, realizaban un importante trabajo comunitario funcionando como medios para acercar los servicios de salud a la población de los barrios más alejados. Con los recortes de personal y materiales, algunos de sus servicios fueron alterados, pasando a circular menos días o incluso a dejar de realizarlo por falta verbas para el combustible de los vehículos, o falta de pago del salario del chofer.. Tanto las visitas domiciliarias como las unidades móviles eran importantes estrategias de promoción de salud en barrios con condiciones socialmente degradadas, funcionando no solo como nexo entre la población y el centro de salud, sino también como promotores de una salud comunitaria, realizando diversos tipos de campañas: de vacunación, de salud reproductiva, etc.

7.2.5. La alta movilidad

Otro aspecto que afecta el acceso y en particular la calidad de la salud materna e infantil, según el testimonio de los profesionales de salud se refiere a la alta movilidad detectada en la población inmigrante.

“Está continuamente a chegar ao país sempre gente nova, outros mudam de bairro ou saem do país. Há mudanças entre Amadora e Queluz, entre Vale da Amoreira e Seixal, as mudanças maioritariamente pioram as condições de atenção em saúde, é preciso mudar o centro de saúde, o médico, etc.” (Médica, Seixal)

En algunos centros de salud esta situación es bastante frecuente, como mencionan los relatos analizados. La movilidad en esta población se debe principalmente a las condiciones económicas, laborales, pero también a las redes familiares y las posibilidades de trabajo y vivienda.

“Quando cheguei notei muitas diferenças, a população lá (em Corroios) é muito mais estável, cá (na Amora) migram muito mesmo dentro do mesmo bairro, é muito difícil encontrá-los, mudam de prédio, de andar...” (Enfermera, Seixal)

A nivel de la salud, esta movilidad de la población inmigrante, impacta de forma negativa, perjudicando las condiciones de atención sanitaria, muchas veces es preciso cambiar de centro y enviar los registros médicos, que a veces no son seguidos correctamente, o demoran demasiado, implican muchos más esfuerzos de coordinación entre diferentes centros y entre diferentes profesionales, es considerado un factor que dificulta la prestación de cuidados de salud de calidad, sobretodo en niños.

“Outra dificuldade (mobilidade elevada) nestas populações. Se falta um menino à consulta ou à vacinação nós tentamos encontrá-lo mas já não está nessa morada, está noutra bairro, ou no mesmo mas noutra morada, ou mudou de prédio.” (Enfermera, Amadora)

La movilidad, también puede ser vista como un factor de vulnerabilidad para los propios inmigrantes, sobretodo en el caso de las mujeres embarazadas, la movilidad exige una nueva adaptación y una pérdida de vínculos, a nivel de salud exige una nueva relación y nuevos procedimientos, puede afectar negativamente a las mujeres más jóvenes.

“Antes morava em Mem Martins, o meu pai continua a morar em Mem Martins, mas eu mudei há dois anos, está zona é muito mais calma o meu namorado é daqui. Quando a nossa filha

ficou doente, tivemos que entregar a casa, para poder pagar os medicamentos dela e viemos morar com os pais dele.” (Guineense, Amora)

Las barreras de carácter socioeconómico, como el aumento de los costos directos de salud y la escasez de materiales, no afectan únicamente a los inmigrantes, sino a toda la población, pero tienen un impacto mayor en las poblaciones de menores recursos.

7.2.6. El nivel de escolaridad

Otro aspecto que surge, aunque con menos frecuencia vinculado a las dificultades de acceso a la salud de las poblaciones inmigrantes en general se relaciona con las habilitaciones. Este aspecto no se relaciona exclusivamente con mujeres de origen inmigrantes, sino que es transversal a toda la población, en particular aquella de condiciones socioeconómicas más desfavorecidas.

“Temos famílias numerosas que vivem do rendimento social de inserção, que têm poucas habilitações profissionais, são baixíssimas, e escolares. Nós tínhamos na altura em 2009 cerca de 8% que não tinha concluído o primeiro ciclo. Tínhamos muitas pessoas sem saber ler nem escrever. [...] A iliteracia é muito grande e isto dificulta imenso em termos de acesso aos cuidados, em termos de educação para a saúde . Dificulta porque primeiro que nós consigamos passar a mensagem é muito difícil e também limita o próprio ensino” (Enfermeira, Lisboa)

El bajo nivel de escolaridad es un aspecto que afecta en gran medida a las poblaciones más marginalizadas y no se relaciona únicamente con el origen inmigrante, sino con otros aspectos.

7.3. Barreras funcionales y organizacionales

Por barreras organizacionales o de funcionamiento del sistema entendemos aquellas que se refieran a aspectos de funcionamiento de los cuidados de salud, es decir, procedimientos administrativos y de organización a nivel de los servicios de salud primarios.

Analizaremos, los aspectos más frecuentes surgidos en las entrevistas tanto con las mujeres, como con los profesionales de salud. Sin embargo encontramos claras diferencias entre ambos

grupos, en el caso de las mujeres, las mayores dificultades se relacionan con la complejidad y burocracia del sistema, la información disponible, la falta de médicos de familia y la localización y horario de los centros de salud. Para el caso de los profesionales de salud los aspectos que se colocan como mayores dificultades relacionadas al funcionamiento de los servicios derivan en gran medida - como mencionamos anteriormente – de la reciente reforma de los cuidados de salud primaria y se relacionan con la reducción del tiempo de consulta, la fragmentación de los equipos de trabajo y la coordinación interna y externa de los diferentes servicios, este último es un aspecto general y transversal a todos los servicios, pero que también se vio fuertemente afectado con la última reforma.

Tabla 29 : Barreras organizacionales o de funcionamiento

Tipo de barrera	Mujeres	Profesionales de salud
Aspectos funcionales	La burocracia Información disponible Médico de familia Localización y horario	Tiempo de consulta Fragmentación de equipos Coordinación interna y externa

7.3.1. Burocracia y complejidad del sistema

El servicio nacional de salud es considerado por la población en general como un sistema bastante burocrático y complejo, al igual que otros servicios públicos. Las recientes modificaciones no han ayudado a mejorar esta imagen, siendo que por el contrario se han traducido en nuevas burocracias y más procedimientos.

El sistema en sí resulta poco amigable, lo que dificulta el acceso, no solo para los inmigrantes, sino para la población en general, a pesar de estar en curso una reforma para modificar la excesiva burocracia, no se ha avanzado mucho en este sentido. Los procedimientos suelen ser complejos y requieren diversos documentos y tramites, que se convierten en importantes entabes para los inmigrantes, que a veces acaban por desistir.

“O sistema é cada vez mais burocrático, há muitas barreiras para lá chegar, uma série de documentos que são pedidos, que não conseguem requerer e ficam pelo caminho.” (Assistente social, Associação)

Dentro de estos procedimientos administrativos, el pedido de consultas y el tiempo de espera surgieron en las entrevistas de las mujeres como barreras importantes.

“Sim. Para ligar para marcar, aquilo demora muito tempo, mais de dois meses, conforme a vaga porque muita gente não quer ir e ficar lá logo de manhã. Para ligar e marcar ainda é mais complicado. Ficava mais tempo em lista de espera. Se precisares de fazer alguns exames urgentes Já é mais complicado. Na consulta infantil já é mais rápido.”(Cabo-verdiana, Sintra)

Algunos aspectos han sido modificados, por ejemplo la marcación de consultas por internet, que permite realizar las marcaciones a través de la web, sin necesidad de trasladarse al local del centro de salud. A pesar de tratarse de una medida facilitadora, en el caso de la población inmigrante no ha tenido mucho impacto, ya que el acceso a internet es más limitado y muchas veces se encuentra condicionado al apoyo de algún familiar y/o amigo que les ayude a realizar la marcación.

Durante el trabajo de campo realizado en el barrio de Santa Filomena en Amadora, hoy desaparecido, funcionaba una asociación perteneciente a la Santa Casa de la Misericordia de Amadora (SCMA) que dentro de sus actividades de apoyo a la población local, ayudaba a realizar el pedido de consultas por internet.

Pero en general, las personas continúan a dirigirse a primera hora a las unidades de salud para lograr una consulta.

“Na parte da consulta infantil é mais fácil mas na consulta para adultos..... de manhã tens que ir para tirar a senha, tens que lá estar às 6 e tal da manhã ao pé da porta mas se já fores depois já não consegues a senha. Eles abrem às 9h mas tens que estar lá às 6h30m tens que estar à porta ao frio. E quando chegas lá tens que perguntar quantas pessoas é que estão para o médico tal porque eles atendem acho que 7 ou 8 pessoas por dia. Às vezes ficamos muito tempo à espera e quando chega a nossa vez já não conseguimos. Tens que voltar no dia seguinte. Isso não deveria ser assim.” (Cabo-verdiana, Sintra)

El tiempo de espera hasta conseguir una consulta, contribuye para que muchas personas recurran a las urgencias, en lugar de esperar. Cuando necesitan las consultas rápidamente tienden a dirigirse a las urgencias de los hospitales, aunque actualmente el aumento de los costos de las urgencias ha disminuido considerablemente esta práctica.

“É muito difícil marcar consulta, demora tempo, se você tem uma dor, é melhor ir procurar o hospital de urgência, porque se você fica à espera dum consulta é muito tempo.” (São-tomense, Sintra)

El pedido de las consultas, así como el tiempo de espera son aspectos que han sido evidenciados por otros estudios en Portugal y que parecen continuar a dificultar el acceso a la salud, a pesar de la nueva reforma.

7.3.2. La Información disponible

La información disponible, en términos de calidad, claridad y difusión es un aspecto relevante a nivel del acceso efectivo a los cuidados de salud.

Si bien observamos durante el trabajo de campo, una gran variedad de informaciones tanto en el interior de los centros de salud, en las paredes como en folletos disponibles en las salas de espera de las consultas, muchas de ellas, se encuentran en un lenguaje poco “legible” y no son fácilmente comprendidas. Siendo incluso difícil de entender cuestiones sencillas como por ejemplo dónde debo dirigirme para tal tratamiento, o como pedir una consulta, cuáles son los documentos que debo presentar.

Claro, que esto no es exclusivo de los servicios de salud, sino que se repite en muchos servicios públicos, donde es preciso recorrer diversos caminos para obtener una respuesta adecuada. Esto se relaciona fuertemente con el grado de literacia pública del usuario, es decir cuál es el nivel de conocimiento que tiene del “lenguaje público”. En este caso, estamos hablando de un paso aún anterior al de la literacia en salud.

Estas dificultades son muchas veces solucionadas por los funcionarios administrativos que se encuentran en los servicios, pero no siempre. La actitud de los funcionarios administrativos es muchas veces clave en este sentido, ya que son la puerta de entrada al servicio.

Durante el trabajo de campo de la presente investigación, en las observaciones realizadas en los centros de salud, identificamos bastante accesibilidad por parte de los funcionarios a los cuales muchas veces es solicitada la información, siendo que esta figura puede tornarse rápidamente en un facilitador, tanto a través de la resolución de un problema puntual o

encaminando a las personas a los servicios correspondientes y ayudándolas a encontrar lo que buscan.

Por otro lado, con el desconocimiento del idioma portugués, las situaciones tienden a complejizarse y requieren de una mayor voluntad y mayor esfuerzo que muchas veces no es correspondido.

La evidencia muestra que no siempre existe disposición y colaboración por parte de los funcionarios de salud, siendo que esta figura tanto puede transformarse en un facilitador como en un obstáculo de acceso, actuando como una barrera simbólica a la hora de acceder al servicio.

7.3.3. Médico de familia

La creación de las nuevas unidades de salud familiar (USF) como presentamos en el capítulo sobre la reforma, tuvo impactos a varios niveles. Particularmente, en lo relativo a la figura del médico de familia como uno de los principios fundadores de los cuidados de salud primarios. La creación de las unidades de salud familiar tienden a dificultar aún más el acceso de los pacientes inmigrantes a médicos de familia, así como también a agudizar la brecha existente entre unos y otros. Las USF son unidades de salud cerradas en el sentido de que cuentan con una cantidad limitada de usuarios, funcionan con listas cerradas y los nuevos usuarios, no pueden entrar directamente a estas unidades, deben inscribirse en las unidades de cuidados de salud personalizados (UCSP) y esperar que le sean asignado un médico de familia o exista una vaga en las USF. La falta de médico de familia es en sí misma una dificultad y a su vez un fuerte condicionante de la atención sanitaria, como también ha sido referido por otros estudios en contexto portugués. En los relatos analizados se ilustra bien esta importante necesidad.

“na prática... vamos aprendendo. Não têm médico de família e depois agrupam-se aqui e ali, hoje são aqui 13 e depois se precisam de mais alguma coisa na gravidez vêm à procura desta médica. Temos que atender muitas.” (Enfermeira, Seixal)

La falta de médico de familia, también puede transformarse en un impedimento para ir a las consultas, también se trata de una persona de confianza.

“se fosse consulta de rotina para ela, que ela tem problema de asma, é só na Estefânia porque no Centro de saúde ... eu estou lá inscrita e ela também mas desde que mudámos para aqui nunca fomos à consulta porque não temos médico de família.” (Guineense, Lisboa)

Para el caso de las mujeres inmigrantes entrevistadas sin médico de familia, esto es claramente identificado como una dificultad importante, salvo en el caso cuando eran seguidas por el mismo profesional durante todo el embarazo.

7.3.4. Localización y horario de funcionamiento de las unidades de salud

La localización depende de cada contexto y se vislumbró como un aspecto importante precisamente cuando los centros de salud se localizan muy alejados y no existen extensiones en los barrios.

“Não vêm aos controles porque vivem longe e não têm como vir... Ou começam a trabalhar muito cedo.” (Enfermeira, Seixal)

Es decir, en algunos lugares, como es el caso de Amadora, en relación al Centro de Salud de Amadora y de Venda Nova, ambos cuentan con una fuerte red de transportes públicos y se encuentran bastante centrales, lo que de alguna manera facilita el acceso, lo que no sucede de igual forma en todos los contextos analizados.

Con respecto también a la localización del centro de salud, esta se presenta como una dificultad principalmente para las mujeres llegadas recientemente, que no conocen donde se encuentran las diferentes dependencias y cómo funcionan los servicios, en este caso si se observan varias dificultades, pero que son superadas con el tiempo de permanencia en el país. También es siempre necesario un proceso de adaptación al funcionamiento de los transportes públicos.

“No que diz respeito aos Centros de saúde, muitas destas mulheres são dependentes , não podem vir sozinhas, ou porque não têm os meios suficientes ou porque desconhecem como chegar ou porque não querem vir sozinhas às consultas.” (Enfermeira, Amadora).

Los horarios también influyen en el acceso, por lo que muchas de las mujeres acaban por ir a los hospitales horarios pos-laboral.

“É assim, este é um Centro de saúde que funciona de manhã, basicamente de manhã, até às cinco horas. Portanto, às vezes não é fácil para quem trabalha. Por isso, muitas vezes as mulheres recorrem mais ao pediatra. Eu, por exemplo, sou dessas pessoas. Eu faço tudo pós-laboral.”(Enfermeira, Lisboa)

Ahora continuamos con el análisis de las principales barreras de funcionamiento señaladas por los profesionales de salud, si bien muchas de las barreras son transversales a toda la población, tienden a tener un impacto mayor en el caso de las mujeres inmigrantes.

7.3.5. La duración de las consultas

La falta de tiempo puede afectar negativamente los resultados de una consulta de salud, particularmente en el sentido de la comunicación, que constituye una prioridad tanto para el profesional, como para la mujer.

Las modificaciones recientes del SNS han establecido un límite máximo de consulta de 20 minutos por paciente. Esta modalidad interfiere según el testimonio de los profesionales de salud en una prestación de cuidados de calidad para el caso de madres inmigrantes primerizas. Es frecuentemente mencionado por parte de los profesionales de salud que cuando llegan las mujeres inmigrantes embarazadas a realizar la primera consulta, es necesario más tiempo. Así el tiempo reducido condiciona la efectiva comunicación entre el profesional de salud y la paciente y repercute en la calidad de la consulta.

“No horário tenho 20 minutos mas isso nunca acontece. Habitualmente é meia hora. Se forem as primeiras consultas é mais tempo. Quando é no final da gravidez e naquelas pessoas que eu já sigo desde o início, é mais rápido. Nestas que vêm cá para ter os filhos é muito complicado porque não trazem nada e portanto leva muito tempo, é uma desgraça. E depois para fazer entender as pessoas também não é fácil.” (Médica, Seixal)

Cuando existe falta de seguimiento del embarazo, complicaciones y cuidados especiales, la situación es aún más grave y el tiempo de consulta se torna una importante limitante.

“Inclusive até já mencionámos estas coisas e pedimos redução do número de utentes porque sabemos que os 20 minutos que nos dão para atender é muito pouco, mas não conseguimos. O país está em crise e por isso nós também temos que padecer muito, muito. Temos que produzir muito com pouco. É que elas têm que vir aqui fazer as análises, tem que esse ver os exames, tem que se fazer o cálculo da data provável do parto, tem que se saber como é que ela tem passado, tem que se fazer a avaliação dos parâmetros, da tensão, do peso. E eu, como enfermeira especialista de saúde materna, tenho maior responsabilidade” (Enfermeira, Seixal)

7.3.6. La fragmentación de los equipos de trabajo

También como consecuencia de la reforma del SNS, algunas de los equipos de trabajo sufrieron cambios importantes. Estas modificaciones dentro de un mismo servicio han sido evaluadas por los profesionales de salud como negativas. Es decir equipos de trabajo con una larga trayectoria han sido fragmentados y así su experiencia conjunta no ha sido considerada.

Según los profesionales de salud, los equipos de trabajo son ahora altamente inestables, lo que impide realizar un correcto seguimiento de salud de la población que atienden. Los enfermeros contratados por empresas tercerizadas, no responden con el mismo compromiso y dedicación que el resto del personal, porque su principal interés está en conseguir un puesto de trabajo estable, su motivación profesional se encuentra afectada por esta inestabilidad y precariedad laboral. Con efectos negativos, no únicamente en el tratamiento de los pacientes, sino también al interior de los servicios y del trabajo en equipo.

“A equipa antes tinha mais elementos, entretanto foram saindo, houve redução, agora temos uma equipa muito instável, do quadro somos só quatro, temos um colega em mobilidade e três colegas contratadas por empresas, que são outsourcing.” (Enfermeira, Seixal)

Otro aspecto que surge de las entrevistas con los profesionales de salud y responde al nuevo funcionamiento de los centros de salud, es la creación de diferentes unidades de salud muchas veces dentro del mismo espacio. Si bien se trata de un esfuerzo por concentrar los servicios, en la práctica genera alguna confusión para los pacientes para los cuáles es difícil entender la

lógica de funcionamiento. Dentro de los profesionales de salud, también se escuchan bastantes críticas de la reforma y de las consecuencias que trae aparejado, creando alguna tensión entre los diferentes servicios.

Por otro lado, se escuchan también varios relatos sobre los impactos positivos de esta reforma a nivel de mejoramiento de los resultados en salud, del acompañamiento personalizado a lo largo del ciclo de vida del paciente y la mejor vigilancia de las enfermedades crónicas.

Esto acaba por depender mucho de la posición que ocupa el profesional dentro del servicio, en particular si pertenece a una unidad de salud familiar o no.

7.3.7. Coordinación interna y externa del servicio

Otro aspecto responde a las dificultades al interior de los servicios, especialmente entre médicos y enfermeros, muchas veces existen discrepancias en la atención sanitaria prestada a las mujeres inmigrantes, así como intereses y objetivos diferentes entre el personal del mismo servicio. Según la opinión de las enfermeras, cuando se extienden en el tiempo con las mujeres inmigrantes, dificultan el trabajo de los médicos, lo que genera alguna situación de tensión entre ambos.

“De vez em quando temos chatices porque o médico começa a dizer “Tenho que me ir embora e ainda...” a gente faz... às vezes temos um bocadinho de dificuldades com eles porque o gabinete é só um e há de reparar que doze consultas umas a seguir às outras, se se-atrasar uma, atrasam-se as outras todas. E eles começam a se manifestar lá fora! (Enfermeira, Seixal)

Por otro lado, existen algunas dificultades de coordinación con otros servicios, por ejemplo si es preciso que algún paciente sea encaminado a otra unidad, a veces se generan dificultades, los médicos tienen que hablar con el servicio explicarles la situación en detalle. Incluso en algunos casos, cuando se trata de embarazadas que son encaminadas al hospital, por tener un embarazo de riesgo, puede haber algunas resistencias del hospital, que tienen que ser claramente indicadas. En el caso de las mujeres inmigrantes en situación irregular, esta situación es aún más grave.

“Quando têm um risco mais elevado, quer seja imigrante ou não, vai para o hospital. O feedback que eu tenho tido é que às vezes existe alguma barreira em relação ao hospital porque não as querem receber, mas como nós acabamos por mandar com papel eles têm que acabar por as receber porque não se pode negar a saúde a ninguém, isso está na lei” (Médica, Seixal).

La coordinación y articulación entre los servicios de salud es indispensable para mejorar la calidad y el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes como vemos más adelante en las estrategias utilizadas por los profesionales.

7.4. Barreras culturales

Las barreras denominadas culturales, responden a la propia clasificación otorgada por los profesionales de salud a las mismas, cuando hablan de “diferencias culturales” que dificultan la realización de la consulta de forma adecuada. Este aspecto será abordado en profundidad en el siguiente capítulo y se relaciona en parte con la comunicación, es decir las barreras de comunicación, también observadas por varios estudios sobre inmigrantes y salud en contexto europeo y también portugués. Estas barreras se relacionan con problemas de comunicación durante las consultas, por un lado se trata de dificultades lingüísticas derivadas del desconocimiento del idioma, y por el otro también se trata de dificultades de entendimiento y de sensibilidad.

Estas barreras, frecuentemente mencionadas en las entrevistas, constituyen importantes obstáculos en la calidad de la prestación de un servicio, pudiendo traducirse en resistencias y abandono por parte de las mujeres inmigrantes, así como también en actitudes más negativas por parte de los profesionales de salud, llegando hasta prácticas discriminatorias. Los problemas de comunicación son identificados, tanto por las mujeres inmigrantes como por los profesionales de salud como importantes barreras. Las consecuencias de la falta de comunicación efectiva puede tener impactos muy negativos e incluso derivar en diagnósticos incorrectos con probabilidades de perjudicar la salud de la paciente, siendo particularmente grave a nivel de salud materna e infantil.

Las barreras de comunicación que surgen en las entrevistas son agrupadas en dos grupos, por un lado identificamos aquellas que responden al hecho concreto de desconocimiento del idioma portugués que son asociadas a algunas comunidades en particular. Y por otro lado encontramos las dificultades de entendimiento, estas dificultades no se relacionan necesariamente con problemas lingüísticos, sino con otros aspectos como: las trayectorias de salud, el origen inmigrante, los significados de salud y la falta de sensibilidad cultural.

En este segundo grupo influyen también las representaciones y los sentidos sociales, los estereotipos, las visiones etnocéntrica y el modelo de salud biomédico, en su vertiente asistencialista (y en la relación médico-paciente). Estos aspectos son analizados en el siguiente capítulo.

8. BARRERAS CULTURALES Y LA INFLUENCIA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

En este capítulo de los resultados nos centraremos en las barreras culturales identificadas por los profesionales de salud, analizando el papel de las representaciones sociales y culturales en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes que engloba no únicamente estereotipos sociales, sino también una postura etnocéntrica y una visión biomédica de la salud.

Las representaciones sociales funcionan como agravantes de las barreras de acceso a la salud expuestas anteriormente, y refuerzan las llamadas barreras culturales, condicionando en fuerte medida la prestación de los cuidados en términos de calidad

En el análisis de las entrevistas de los profesionales de salud se identifican varias dificultades durante la atención a mujeres inmigrantes englobadas bajo aspectos culturales. Así, cuando interrogados sobre las mayores dificultades de atendimento a mujeres inmigrantes, surgen frecuentemente en el relato, las denominadas “diferencias culturales”. Intentaremos analizar en este capítulo, como estas diferencias culturales afectan la relación con las mujeres inmigrantes y en que medida se constituyen en factores explicativos de las dificultades de la relación médica.

Las diferencias culturales serán entendidas, según la perspectiva de los propios profesionales como un conjunto de prácticas, actitudes y comportamientos resultantes de una cultura particular, que se manifiestan en relación con el otro.

En el contexto particular de salud analizado, se trata de aspectos asociados a la “cultura” de la mujer inmigrante, que influyen y/o determinan prácticas de salud específicas. Este sería el supuesto de partida desde la perspectiva del profesional, claro que es necesario de-construir y analizar la noción de diferencia cultural, relacionada con las representaciones sociales y los sistemas de valoraciones que circulan en la sociedad portuguesa en general y en la salud en particular.

Asimismo, resulta importante tener en cuenta que estas representaciones sociales interfieren (influyen) de forma dupla, por un lado tienen un impacto directo en la relación de salud con la paciente inmigrante y por otro lado de forma indirecta refuerzan y reafirman la categorización social de esa comunidad, reforzando su posición/imagen social.

Las “diferencias culturales” identificadas por los profesionales de salud, serán agrupadas en cuatro temáticas que surgen como relevantes durante las entrevistas, a) la comunicación; b) el seguimiento del embarazo, c) la lactancia y alimentación y d) el planeamiento familiar.

8.1. Comunicación

En el análisis de los discursos de los profesionales de salud, encontramos la referencia a las dificultades de comunicación como una importante barrera. En este sentido, se observan claramente dos distinciones, por un lado las dificultades resultantes del desconocimiento del idioma y por otro las dificultades de entendimiento y expresión de necesidades, como mencionado en el capítulo anterior.

8.1.1. Desconocimiento del idioma

En relación a las comunidades que presentan mayores dificultades, existe un consenso entre los profesionales de salud en la identificación de las mismas. Se trata de la comunidad de China, de Paquistán y de Bangladesh. También son mencionadas como presentando barreras lingüísticas las inmigrantes provenientes de la India, en menor grado porque la mayoría habla inglés, ellas o los maridos, que son normalmente los que hablan durante la consulta médica.

“Os grupos mais fechados seriam as indianas e as chinesas, onde a língua é uma barreira.”
(Médica, Lisboa)

“ ... com os indianos é muito difícil por causa do idioma. Com algumas chinesas que aparecem também é. Aí é tudo muito difícil, tudo: a consulta, a avaliação do crescimento do bebé, normalmente não trazem documentos Índia, Paquistão e Bangladesh é muito difícil porque as mulheres nunca falam português. (Médica, Seixal)

Estas dificultades de comunicación son también más frecuentes en mujeres llegadas recientemente, no únicamente relacionada con la dificultad del idioma, sino también con el desconocimiento del funcionamiento del servicio y la poca experiencia con la sociedad

portuguesa, en este caso el factor tiempo de residencia juega un papel en la comunicación directa con los profesionales de salud.

“A barreira da língua, há muitos estrangeiros, que têm dificuldades, há consultas que são só linguagem gestual, é um trabalho muito difícil, mas conseguimos estabelecer uma relação com eles.” (Enfermeira, Amadora)

“Muitas dificuldades de comunicação, pessoas que acabam de chegar, não dominam bem a língua e estão grávidas. Nós tentamos que elas trazem alguém” (Enfermeira, Seixal)

“Mas quando trazem familiares para traduzir, ficamos sempre sem saber se a informação chega lá corretamente. Ficamos sempre sem saber. Já nos apareceu casos em que as pessoas aparecem aqui sozinhas. Em termos de comunicação verbal, não se pode fazer muito. É um bocado complicado (Enfermeira, Amadora)”

En relación a estas dificultades, son varias las medidas que los profesionales de salud toman. Así, estas dificultades intentan ser superadas, usando diferentes técnicas, como el uso de lenguaje gestual, la traducción por alguna persona del servicio que conozca el idioma, el pedido de acompañamiento por familiar y/o amigo que hable portugués, el uso del servicio de traducción telefónico del ACIDI¹⁷, el uso de herramientas informáticas de traducción, como ser el *google translate* y otras. Estas medidas tomadas por algunos de los profesionales no responden a una práctica común de los servicios, sino que sirven para resolver situaciones puntuales y dependen en gran medida de la voluntad del profesional.

Dentro de las estrategias utilizadas se recomienda a la paciente que venga acompañada de algún familiar que hable portugués, aunque esta opción interfiera con el sigilo profesional y en algunos casos, relativos a la salud materna y reproductiva no sea lo más indicado.

“Sim, encontro dificuldades. Logo à partida uma assim muito frequente é a comunicação porque muitas vezes são pessoas que acabaram de chegar, que não dominam a língua e estão grávidas! Às vezes ... a não ser que elas tragam alguém que consiga traduzir aquilo que elas dizem e aquilo que nos dizemos. Logo aí é uma dificuldade. (Enfermeira, Seixal).

“Também vir com um familiar é complicado, porque são temas muito íntimos, muito sensíveis, temos cá mães que vêm pensar os bebés e são HIV e os próprios maridos não sabem e elas não querem contar” (Enfermeira, Amadora)

¹⁷ El Alto Comisariado para las Migraciones, creó una línea telefónica de traducción simultánea que es utilizada por algunos profesionales de salud, aunque otros ni siquiera la conocen.

Las dificultades de comunicación constituyen uno de los obstáculos principales en el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes, como evidencian varios estudios realizados en Portugal (Padilla et al., 2013; Fonseca & Silva, 2010; Machado et. al, 2009; Topa, 2013) y también a nivel internacional (Bollini et al. 2009; Jelin, et. al., 2006; Caggiano, 2007; Mombello, 2006; Baeza, 2011).

Las barreras de comunicación o lingüísticas en la salud, no necesariamente se relacionan con el desconocimiento del idioma, sino también, como apuntado por varios estudios, con diversas concepciones sobre salud y enfermedad (Backstrom, 2009; Santinho, 2005; Pussetti et. al, 2009).

8.1.2. Falta de entendimiento

Existen otras dificultades mencionadas por los profesionales de salud que no derivan necesariamente del desconocimiento del idioma, sino que son asociados a otros factores sociales y que muchas veces acaban por englobarse bajo los llamados problemas de entendimiento de la paciente.

“Há dificuldade de comunicação, a maioria são Cabo-verdianas e guineenses e falam português, entendem a língua, mas a dificuldade é mesmo perceber a necessidade, por exemplo dos hábitos alimentares” (Médica, Seixal)

Según algunos de los profesionales entrevistados, estas dificultades de entendimiento se traducen en dificultades en el seguimiento de los tratamientos y en el cumplimiento de las indicaciones de los médicos.

“...tenho que intervir, tenho que explicar, tenho que ensinar. Não que eu seja massiva no ensino que faço às mulheres, porque estas mulheres também têm dificuldade em termos de ensino, em termos de coisas básicas. Falar sobre coisas básicas como uma alimentação correta... umas porque não conseguem alimentar-se e outras porque se alimentam de facto mal e portanto, isto tem que ser falado, tem que ser explicado. A pessoa tem que entender, tem que interiorizar para depois termos ganhos em saúde. (Enfermeira, Seixal)

En este relato de la enfermera, se observa dos “supuestos”. Primero que existe una alimentación correcta universal para todas las embarazadas y segundo que ese tipo de

alimentación es accesible a todos, independientemente de las condiciones sociales. Es decir se asume una única perspectiva la del profesional sobre lo que significa una alimentación correcta y se “exige” sin tener en cuenta las dificultades económicas que pueden ser el motivo de no acceder a la considerada alimentación correcta.

Esas costumbres diferentes que son frecuentemente mencionadas por los profesionales de salud, son en general desvalorizadas en el modelo de salud que privilegia una visión biomédica.

“As outras (africanas) não é tão assim, têm os seus costumes, costumes diferentes não aceitam tanto, acham que podem fazer como elas pensam” (Médica, Seixal).

Las dificultades de entendimiento que van más allá del desconocimiento del idioma, se encuentran también asociadas, según los profesionales, a cuestiones culturales, a diferentes niveles de educación, y a condiciones socioeconómicas precarias. Esta falta de dialogo entre el profesional de la salud y la paciente puede ser considerada un importante factor de desigualdad en salud, siendo que las dificultades de comunicación señaladas por los profesionales de salud van más allá de la comunicación efectiva, sino que afectan también el “entendimiento”, en el sentido de tal o cual recomendación médica.

“Depois há a dificuldade da comunicação. É assim, eu não tenho tido muita dificuldade porque normalmente são pessoas cabo-verdianas, guineenses ou angolanas mas que falam português bem. Mas, às vezes a dificuldade é mais na parte técnica: elas entendem a língua, entendem o que é que eu quero dizer, mas às vezes é difícil entenderem mesmo a necessidade dos hábitos alimentares. Isso às vezes é muito difícil elas entenderem porque de facto na terra delas ninguém faz ecografias, ninguém lhes faz exames”. (Médica, Seixal)

Esta falta de “entendimiento” es adjudicada a factores “culturales” pudiendo traer consecuencias negativas en los tratamientos. Confirmando que el tipo de necesidades del paciente inmigrante no siempre se corresponde con el del profesional de salud.

“Acho que isso tem também a ver com a personalidade das pessoas e com hábitos, com a própria cultura e pronto. Mas às vezes ficamos com a sensação de que estamos a falar, mas não estamos a comunicar. Também tem a ver com hábitos culturais das pessoas” (Médica)

Por otro lado esto puede estar también asociado, como mencionamos anteriormente a la existencia de diferentes concepciones sobre la salud, particularmente, en el caso del embarazo.

“(relativamente ao repouso durante a gravidez) não vêem a necessidade de fazer repouso e também não fazem, porque se não trabalham não ganham, mas na condição dessa grávida não pode fazer esse tipo de trabalho tão forçado.” (Enfermeira, Amadora)

También son señaladas dificultades en la verbalización por parte de la paciente de sus necesidades de salud. Los profesionales de salud que identifican este tipo de dificultad en la verbalización de necesidades, consideran que la misma se debe a las condiciones sociales, a las carencias económicas y también a los bajos niveles de escolaridad de este tipo de población.

“Estas mulheres também têm dificuldades em termos de ensino, coisas básicas, uma alimentação correta, tem que ser falado, explicado, para ter ganhos em saúde...para mudar alguma coisa do seu comportamento.” (Enfermeira, Seixal). “Detectamos uma ausência de verbalização das necessidades (de apoio ou outras) por parte das mulheres carenciadas”

Por otro lado, respecto a la comunicación se observan casos, donde las mujeres si entienden, pero después realizan a su manera, según relata el profesional y eso se observa sobretudo en mujeres brasileñas.

“As brasileiras também aceitam muito menos e também tenho muitas. As brasileiras são muito despachadas. Claro que percebem tudo muito bem. Habitualmente vêm sozinhas e não há dificuldade na comunicação. Quando não fazem é porque não querem mesmo. Entendem que não é preciso ou que não vale a pena e têm um maior conhecimento da forma como nós aqui funcionamos. São um bocadinho mais reivindicativas.” (Médica, Seixal)

Estas dificultades de “entendimiento” lejos de generar un aprendizaje o acercamiento entre ambas partes, refuerzan una relación asimétrica de poder, materializada por la imposición de una práctica de salud hegemónica dentro de un modelo de salud de cariz asistencialista y etnocéntrico. En este sentido las representaciones funcionan también ancoradas en estas visiones.

Con respecto a las dificultades de verbalización de necesidades, si bien esta dificultad es mencionada respecto a mujeres inmigrantes, resulta transversal a la población de con pocas

habilitaciones y condiciones socioeconómicas precarias, no siendo exclusivo, según el relato de los profesionales de salud, de poblaciones inmigrantes.

8.1.3. Falta de sensibilidad

Resulta importante mencionar, que mientras por el lado los profesionales se identifica una falta de entendimiento, por el lado de las mujeres se observan referencias a la falta de sensibilidad de los médicos, es decir al poco interés demostrado, la poca atención prestada durante las consultas y la falta de explicaciones sobre tratamientos y/o diagnósticos. Estas actitudes son señaladas por algunas mujeres como actitudes muy negativas, ilustra la entrevistada *“acá los médicos ni siquiera nos miran a los ojos”*. Importa referir que este “acá”, trae implícita la comparación con el contexto de salud en origen de esta mujer, lo que le permite realizar este tipo de afirmación.

Otros testimonios señalan, la falta de explicaciones hacia los pacientes sobre los procedimientos, análisis y diagnósticos, lo que se traduce en mayores dificultades para tomar decisiones o mismo entender los motivos de la necesidad de ciertos análisis.

“A médica anterior era muito mal educada, não mostrava nenhum interesse, não me explicou nada (sobre a amniocentese) (Brasileira, Seixal)

“...disseram (no Hospital) que ia ficar internada, mas não me explicaram o porquê, ninguém me respondia nada” (Brasileira, Sintra)

Las mujeres reclaman también una mayor sensibilidad, para cuestiones socioeconómicas que pueden estar afectando directamente la salud de las mismas y de sus hijos. Esto muestra una falta de conocimiento de algunos profesionales de las condiciones de vida de estas mujeres.

8.2. Seguimiento del embarazo

En relación al seguimiento del embarazo, se observa entre los profesionales de salud, diferentes opiniones. Si bien en la mayoría se menciona que las inmigrantes realizan un

seguimiento tardío del embarazo, también se identificaron otras situaciones, en particular en el caso de las mujeres brasileñas y de las mujeres más jóvenes.

En relación a las mujeres brasileñas, existe un consenso entre los profesionales de salud sobre la preocupación de las mujeres brasileñas en relación a su salud, considerándolas mujeres informadas y recurrentes de las consultas. Existe evidencia en Portugal con la cuál coincidimos y que señala precisamente a las mujeres brasileñas como más activas respecto a su salud. Claramente esta distinción entre brasileñas y africanas¹⁸, surge en los relatos de los profesionales de salud entrevistados.

“ mais as brasileiras, elas são as que têm mais cuidado ao nível da saúde. Sabem que exames é que têm que fazer, fazem um melhor seguimento da gravidez. Interessam-se pela sua saúde.” (Enfermeira, Seixal)

Por el contrario con las mujeres africanas no existe un consenso generalizado entre los profesionales de salud sobre esta temática. Con todo, la mayoría de los mismos manifiesta que comienzan un seguimiento tardío del embarazo.

“Elas vão ao centro, não têm problema para ir ao centro de saúde mas não fazem o seguimento regular da gravidez , não o fazem. É pela cultura. É porque no seu país de origem não o fazem e então aqui também não.” (Assistente social, associação)

Pero también se observan casos, que realzando la importancia de los cuidados de salud de Portugal las mujeres africanas realizan un seguimiento adecuado y asisten a todas las consultas previstas.

“Elas vêm a procura de uns cuidados que lá não têm. Nota-se mesmo que esta população não teve acesso aos cuidados de saúde, chegam cá sem nada, (Enfermeira, Seixal).

Respecto a los motivos de esta falta de seguimiento regular del embarazo, los profesionales de salud señalan principalmente que se debe a aspectos relacionados con “su cultura”. Es decir según la opinión de los profesionales de salud “*las mujeres no sienten la necesidad de realizar las consultas de prenatal*”, muchas de ellas aparecen en las consultas en el tercer trimestre de embarazo o en las fechas próximas del parto.

¹⁸ Este término es frecuentemente usado sin distinción de origen nacional, incluye normalmente a los inmigrantes de los países de lengua oficial portuguesa – PALOP (Cabo Verde, Angola, Guinea Bissau, San Tomé y Príncipe y Mozambique).

“Nas mulheres de origem africana: A principal razão para uma ausência de vigilância da gravidez nos primeiros tempos de gestação, deve-se sobretudo a anteriores gravidezes nos países de origem onde o serviço de saúde é de muito má qualidade. Na terra delas ninguém faz ecografias, seguimento, exames nada. Elas chegam cá sem boletim sem exames, sem ecografias, nada” (Médica, Seixal).

En la práctica, sin embargo se observa que varias mujeres inmigrantes africanas no realizan las consultas por otros motivos que responden a la falta de dinero o de apoyo para trasladarse al centro de salud, como se ilustra en el siguiente relato.

“...há pouca acessibilidade dos transportes, é mais complicado, muita gente depois não ia ao médico porque era muito longe. (Enfermeira, Oeiras)

“...muitas vezes elas não aderem às vigilâncias normais da gravidez e faltam muito às consultas, são mais dependentes dos outros. Às vezes não têm quem as traga, às vezes têm que vir a pé e elas não vêm porque vêm de longe e não têm dinheiro para o transporte” (Enfermeira, Seixal)

En la práctica, el seguimiento tardío del embarazo, responde a diferentes causas, no únicamente relacionadas con cuestiones culturales. Entre ellas, las condiciones socioeconómicas y de trabajo precarias pasando por la falta de recursos para pagar el transporte público o la falta de apoyos para ir acompañarlas o cuidar de sus otros hijos, la distancia de las unidades de salud hasta el desconocimiento de derechos y las situaciones de irregularidad, así como al contexto de salud en origen.

“Lá não têm nada ou têm umas análises mas são só algumas. Não tem nada a ver com a nossa vigilância, normalmente não têm ecografias, e portanto fazemos tudo um bocadinho assim à pressa.” (Médica, Seixal)

La falta de seguimiento de salud se traslada también a los niños y demás miembros de la familia, no solo se reduce a las mujeres inmigrantes embarazadas, existe en términos generales, según opinión de los profesionales de salud, poco seguimiento de la salud. La utilización de los servicios de salud se restringe a las cuestiones de urgencia o de problemas crónicos de salud, salvo estas excepciones no existe un seguimiento regular de la salud.

“Quando nos deparámos com o terreno, havia indicadores horríveis: crianças sem vigilância de saúde, sem plano de vacinação atualizado, gravidezes não vigiadas, abandono escolar. Detetámos um aumento da população que vinha com crianças doentes de 3 ou mais anos que nunca tinham sido vistas por um profissional da saúde, vinham principalmente do bairro

maioritariamente de população africana. As principais questões que tratamos são: gravidez não vigiada, vacinação das crianças e planeamento familiar e os principais problemas são o seguimento da gravidez. As mulheres vão às consultas, mas depois muitas não fazem o seguimento” (Enfermeira, Oeiras).

A modo general, los profesionales de salud asocian la falta de seguimiento del embarazo a cuestiones culturales, asocian directamente una práctica de salud a un aspecto cultural, lo que implica una esencialización o etnicización de la diferencia de comportamiento. Sin tener en cuenta otras implicaciones, el argumento referido comúnmente por los profesionales de salud, sobre que el seguimiento del embarazo en mujeres inmigrantes se sustenta más en los significados culturales del embarazo y la maternidad, *“para ellas es algo natural, han visto a otras mujeres tener a los bebés en casa”*.

7.3. Lactancia y alimentación

En Portugal existen una diversidad de programas y políticas que promueven la lactancia en los primeros años de vida del bebé. Esta recomendación también es frecuente entre los profesionales de salud para todas las madres, sin distinción de orígenes.

En algunos de los centros de salud analizados, inclusivamente existen jornadas específicas sobre la lactancia y sus beneficios, programas de lactancia, caminatas a favor de la lactancia materna y diversos tipos de actividades de promoción de esta práctica.

En la adherencia a la lactancia, también surgen diferencias asociadas a las comunidades de pertenencia, siendo las mujeres inmigrantes clasificadas según su grado de adhesión a la lactancia y de acuerdo con su origen inmigrante.

“Quase todas (as africanas) elas amamentam, sempre fazem aleitamento materno exclusivo, querem muito dar de mamar, fazemos pílula de amamentação.” (Médica, Seixal)

“A mãe chinesa geralmente não quer dar mama. Não quer amamentar. Isto porque tem de trabalhar, tem de estar na loja. E não pode estar a amamentar o seu filho. Outra coisa é que o seu filho quando tiver três meses vai para a China para ter os hábitos culturais, para ter a cultura chinesa. Vai viver com os avós, com os tios. Portanto, não quer aquele processo de vinculação.” (Enfermeira, Lisboa)

En relación a las mujeres africanas, también son mencionadas diferencias entre inmigrantes recientes y aquellas más antiguas. En las más recientes se observa una alta adhesión a la lactancia, mientras que entre las mujeres inmigrantes con más tiempo de residencia en el país, se observa una preferencia por la leche artificial.

“Trabalhava no puérpero no HGO, as mães africanas (mãe de raça negra) não têm nenhum problema com a amamentação, é o mais natural, amamentam de qualquer forma. Mas as mães também de raça negra, mais aculturadas, aquelas que moram cá há mais tempo, ou que nasceram cá e que têm os seus pais lá, são as que têm mais dificuldade em amamentar, estas mães aculturadas vão logo ao leite artificial, têm muitas dificuldades, porque as crianças não pegavam e elas ficavam logo stressadas.” (Enfermeira, Seixal)

También son señaladas diferencias generacionales, en las más jóvenes se nota una menor adhesión a la lactancia, que puede depender de diversos motivos relacionados más que nada con el retomar su vida normal (quieren volver a fumar, a beber, a ir a la discoteca...).

“As adolescentes são muito influenciadas pelas mães ou pelas tias, que lhes dizem que não precisam de estar a dar de mamar, estar a dar de mamar, porque, que chatice”. Por um lado dizem-lhes que elas têm que dar leite de lata, por outro lado dizem-lhes que têm que arranjar como puderem para assegurar a compra do leite. Também são influenciadas pelas avós.” (Assistente social, Associação)

En relación a la alimentación de la embarazada y la de los recién nacidos, también son mencionadas diferencias entre las comunidades inmigrantes. Las mujeres provenientes de India, tienen mayores restricciones debido a las prescripciones religiosas. Otras diferencias se relacionan con aspectos socioeconómicos, que afectan a las mujeres y sus bebés y se traducen en una alimentación deficitaria.

“Os hábitos alimentares são muito diferentes, tem a ver com outras culturas, (há bebés de três meses a comer sopa, se for preciso) . Para desmontar isto tudo é difícil, mas também temos que ir ao encontro disto tudo, as culturas deles são desconhecidas para nós.” (Enfermeira, Seixal)

Las condiciones socioeconómicas son las principales causas en relación al tipo de alimentación de las madres y los bebés, siendo que los aspectos culturales, si bien son mencionados por los profesionales de salud, refieren únicamente a las mujeres indianas y musulmanas, en el sentido de restricción de algunos alimentos. La alimentación deficitaria de

estas poblaciones es una cuestión transversal que depende sobretudo de las condiciones socioeconómicas precarias.

“São pessoas com dificuldades económicas bastante grandes, que vivem em bairros sociais, com carências importantes e com a nossa crise mais agravada agora, não têm forma de dar aos seus bebés leite adaptado. Recorrem por exemplo ao leite de vaca em idades em que não é aconselhável fazê-lo” (Enfermeira, Seixal)

En el caso de la alimentación de los bebés, existe conocimiento por parte de los profesionales que muchas veces no siguen las indicaciones por falta de medios económicos para comprar tal o cual alimento, pero también simultáneamente se asocia la alimentación de los bebés a cuestiones culturales. Algunos profesionales se adaptan a las necesidades y las ignoran.

“E em termos de alimentação, por exemplo, também é muito diferente. E eu adapto-me, eu pergunto: então o que é que se faz lá? O que é que a sua mãe lá faz, nesta fase? Então faça, pronto. Faça igual. Muitas vezes eu digo isto. Não invento, nem ponho as mães a fazer a comida que nós fazemos, comida portuguesa, tradicionalmente portuguesa. Por exemplo, os brasileiros, aos cinco, seis meses, usam muito o caldo de feijão. Nós não. Feijão a partir de um ano. Portanto, no Brasil fazem, por mim tudo bem. É cultural” (Enfermeira, Lisboa)

La alimentación de los bebés también fue uno de los aspectos donde la crisis económica tuvo un impacto muy importante, que en términos de salud cuando se trata de bebés o niños pequeños puede ser muy perjudicial para el desarrollo futuro. Varios de los profesionales de salud señalan esta preocupación.

“(a crise) Nota-se, nota-se. Isso nota-se muito. Nota-se em relação à alimentação, nota-se em relação à alimentação dos bebés. Portanto... E nota-se em relação às mães, aos pais e até em relação aos próprios imigrantes. Nota-se que neste momento não estão bem. Pronto. Isso nota-se muito. Isso noto mais nos angolanos, cabo-verdianos. Aí noto que as coisas não estão bem”. (Enfermeira, Lisboa)

8.4. Planeamiento familiar

Dentro del planeamiento familiar, consideramos los métodos anticonceptivos, la realización de los rastreos ginecológicos y la interrupción voluntaria del embarazo.

En relación a los métodos anticonceptivos, no existe un claro consenso entre los profesionales de salud entrevistados, mientras algunos apuntan que las mujeres inmigrantes tienen un importante conocimiento sobre los métodos contraceptivos, otros manifiestan que no lo tienen.

Por otro lado también varios profesionales de salud manifiestan que no existen grandes diferencias con el comportamiento de las mujeres portuguesas de iguales condiciones socioeconómicas a este respecto.

“Elas têm muito conhecimento sobre os métodos anticonceptivos e regra geral usam a pílula. Eu falo sempre que existem outros métodos, principalmente quando vejo que são aquelas senhoras que ou têm muitas interrupções voluntárias da gravidez ou que não se davam bem com a pílula. Portanto o que acontece é que nós falamos sobre outros métodos como o intrauterino e os implantes . Normalmente não sou eu que os ponho mas marco uma consulta de planeamento e é um outro colega que faz isso. Mas eu explico porque elas não sabem o que é que é. Ouviram falar da vizinha mas não sabem exatamente como é, não sabem os riscos nem os benefícios, o que é que pode acontecer. Algumas depois marcam para o meu colega o planeamento para mudar de método, para passar por exemplo para um dispositivo, ou para um implante quando o podem fazer. Outras ficam com esta pílula e pronto.” (Médica, Seixal)

Algunos profesionales de salud si asocian la práctica de los métodos anticonceptivos a las diferentes comunidades, en particular en el caso de las mujeres inmigrantes africanas, a este respecto consideran que no se trata de un problema de información o conocimiento sobre el tema, sino más bien de actitudes diferentes resultantes de *su cultura*, como ser los embarazos no planeados y el deseo de tener hijos.

“A minha população não é fácil, só começam a fazer um método anticonceptivo depois da primeira gravidez, do filho nascer. Só aí é que começam com os métodos anticonceptivos, antes não conhecem. São mulheres cujas gravidezes não são planeadas, não são desejadas, aconteceu..” (Enfermeira, Amadora)

Por otro lado, en esta misma línea de asociación entre prácticas y *cultura*, algunos profesionales manifiestan que se verifica una creencia generalizada en las mujeres de origen africano que no quieren usar métodos anticonceptivos por causa de sus maridos, porque ellos quieren tener muchos hijos. En este sentido, la opinión del hombre influye en la elección de

los métodos que utilizará la mujer, aquí las representaciones de género y particularmente las tradiciones en relación a los roles de género juegan un papel determinante en la elección de los métodos.

“Elas não usam por muitas carências, mas, também porque é uma questão cultural, depois aderem aos métodos, mas custa. Aqui entram em jogo questões culturais, por exemplo, na comunidade africana, elas querem tomar a pílula, mas os maridos não, porque eles querem ter muitos filhos, uns logo a seguir aos outros, (Enfermeira, Seixal)

En las generaciones más jóvenes, esta situación es menos frecuente y es donde se observa una adaptación a los métodos más comunes como la píldora y también al implante subcutáneo a diferencia de lo que sucede en las generaciones de sus madres. Sobretudo cuando se trata de jóvenes nacidas en Portugal o que asistieron a la educación formal en Portugal.

“Quando cá nasceram é diferente. As jovens de origem africana, que cá nasceram têm informação na escola, e temos muitas jovens a procurar-nos para fazer os métodos anticoncepcionais, é totalmente diferente, nestes casos.” (Enfermeira, Lisboa)

8.4.1. Rastros de salud

Relativamente a los rastreos, también se observan algunas diferencias adjudicadas por los profesionales de salud como resultantes de aspectos culturales. Si bien es importante aclarar que según los profesionales de salud entrevistados, la realización de rastreos de salud es igualmente reducida en mujeres nacionales de similares condiciones socioeconómicas.

“...em relação ao rastreio de cancro do colo de útero, elas não têm ideia, mais de 80% nunca ouviu falar disso. Em geral não fazem os rastreios, não fazem previsão nenhuma, porque são elas que têm que marcar, ninguém lhes diz, não têm dor e não fazem. Não sendo chamadas, nem convocadas, ainda é muito pior, elas não vêm. Fazemos as citologias na revisão de parto, e digo-lhes que têm que vir em três anos mas não vêm. Apanho-as na consulta de revisão de parto e tento fazer a todas, mas faltam mais, em geral, imigrantes e não imigrantes, porque estão a tomar a pílula e pensam que já está.” (Médica, Seixal)

Cuando consultados sobre la realización de los rastreos de salud, los profesionales de salud, únicamente se refieren al caso de las mujeres brasileñas como distintivo del resto. En el caso de mujeres brasileñas, se observa una mayor preocupación en relación a las cuestiones salud

en general. También se observa una asociación entre práctica de salud y cultura nacional, el caso de las brasileñas es un ejemplo ilustrativo en este sentido.

“Mas brasileiros tenho muitos. E os brasileiros é... São outras pessoas que têm também, quer pelos hábitos deles lá, quer pelo grau de instrução que alguns têm...Esses também são, para além de muito interessados com a sua saúde e todo o tipo de saúde...isto em termos de saúde materna. Em termos de planeamento familiar ou rastreio oncológico, que é a partir dos 49 anos, elas são muito preocupadas e vêm sempre.” (Médica, Centro de saúde).

8.4.2. Interrupción voluntaria del embarazo

Un tema analizado y recurrente dentro de los profesionales de salud se relaciona con la interrupción voluntaria del embarazo (IVG, en sus siglas en portugués). Si bien este aspecto no fue analizado en profundidad en el marco de este trabajo, no podemos dejar de mencionar su incidencia en el discurso de los profesionales de salud y en particular su asociación a ciertas comunidades de origen, por ejemplo en el caso de las mujeres provenientes de Europa del Este.

“A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma prática comum dentro da família. Quando são feitas consultas a este respeito a Associação encaminha as jovens para o Planeamento Familiar no Centro de saúde.” (Assistente social, Associação)

La interrupción voluntaria del embarazo es también asociada a olvidos, descuidos en los usos de métodos anticonceptivos convencionales.

“Também apanhei algumas grávidas que têm feito várias IVGs, porque se esquecem de tomar a pílula, não sabem que interferem com os antibióticos, acabam por engravidar, porque normalmente se esquecem.” (Médica, Amora)

Incluso es asociado por algunos profesionales de salud como si se tratara de un método contraceptivo que algunas mujeres utilizan.

“(interrupção voluntária...) Sim, sim. Muitos, muitos, muitos. Neste momento eu acho que é mulheres que utilizam como método. Assim como a senhora utiliza a pílula elas utilizam a interrupção voluntária da gravidez como método. Sim, é o método delas. Embora a gente lhes diga: existe a pílula, existe o DIU, não querem saber. É o método delas. Mas para mim é assim: desde que a pessoa tenha as informações suficientes e seja capaz de decidir, o corpo é

dela. Não é nenhuma débil, nem tenha problemas mentais, não é? Desde que não seja nenhuma débil, nem tenha problemas de psiquiatria, nem nada, a pessoa é consciente. Sabe o que está a fazer.” (Enfermeira, Lisboa)

La interrupción voluntaria del embarazo es un tema que preocupa a los profesionales de salud y que debe ser analizado de forma detallada, incluyendo las consecuencias a nivel de las mujeres, de los servicios de salud y de las representaciones sociales que se construyen en torno al mismo.

8.5. Otros aspectos: religión y tradiciones

Por último existen también aspectos relevantes vinculados a la religión y a las tradiciones de algunas mujeres respecto a la maternidad, al embarazo y a la crianza de los niños. Estas tradiciones están íntimamente asociadas a los orígenes nacionales de las mujeres inmigrantes.

Es el caso de la religión musulmana de las jóvenes de Guinea Bissau, donde la familia, es un importante referente y pilar de educación y religiosidad, la utilización de métodos anticonceptivos y el recurrir al aborto son prácticas fuertemente influenciadas por la religión, así como el embarazo fuera del matrimonio.

También se observan tradiciones durante el embarazo y durante la crianza de los bebés que responden a cuestiones culturales, asociadas al origen de las mujeres.

En las madres de origen africano, se observa la maternidad y la crianza de los hijos como algo exclusivamente de las mujeres, los hombres, padres no son una figura de referencias para la crianza de los hijos, las madres, las abuelas, tías es que se ocupan los hijos. Esto suele ser asumido por los profesionales de salud como algo cultural.

“As cabo-verdianas, as angolanas, vêm sozinhas. Sozinhas, sem os homens. Mas também é cultural. Porque é a tal coisa, o filho é entregue à mãe. E portanto, a mãe é que cuida. Não é? Eu já cheguei a ter um pai com dois filhos ao mesmo tempo, praticamente. O pai veio de manhã e depois veio à tarde com outra senhora. Pronto. É cultural. Aí, são as mães que cuidam do bebé.” (Enfermeira, Lumiar)

“Em relação, por exemplo, aos cabo-verdianos, aos angolanos, têm diversas mulheres, diferentes filhos e a mulher é que vai ficando com os filhos. Portanto, as mulheres vão ficando

com os filhos e eles vão tendo filhos. Pronto, é a cultura deles e eles compreendem-se todos assim, dão-se todos bem assim, quem sou eu...? (Enfermeira, Lumiar)

8.6. Discusión

Las “diferencias culturales” identificadas en los relatos de los profesionales de salud y analizadas en base a las cuatro temáticas presentadas: comunicación, seguimiento del embarazo, lactancia y planeamiento familiar se constituyen en agravantes de las barreras de acceso a la salud y surgen como una primera causa de dificultad, en la atención a mujeres inmigrantes.

Las representaciones sociales, los sistemas de valoraciones y las visiones hegemónicas desde el etnocentrismo y el modelo biomédico sustentan y refuerzan este tipo de asociaciones entre práctica cultural y práctica de salud de una determinada comunidad. En este sentido, la “diferencia” acaba por construirse sobre una base cultural también social e históricamente construida. Es decir, cuando la dimensión cultural, prevalece sobre otras dimensiones sociales en la explicación de una práctica de salud, estamos por un lado responsabilizando al “otro” o llevando la responsabilidad para algo externo (sea la cultura, etc.) y por otro lado dificultando un acercamiento y un aprendizaje posible. El hecho de pensar primero en términos de diferencias culturales, dificulta un diálogo entre ambas partes, donde se reconozcan ambas posiciones culturales. No queremos decir con esto que los profesionales de salud desconozcan la realidad social de estas mujeres inmigrantes, sino que no necesariamente asocian sus prácticas de salud a éstas, sino que prevalece la explicación cultural.

Desde la perspectiva de las mujeres, no sucede lo mismo. Cuando entrevistamos a las mujeres inmigrantes sobre sus dificultades en el acceso a la salud, otras barreras surgen antes que las culturales, es decir se privilegian los problemas socioeconómicos y los problemas de funcionamiento de los servicios. Las diferencias culturales surgen en un segundo momento con respecto a las diferencias de cariz económico.

El análisis de las diferencias culturales y su articulación con las representaciones sociales, permite plantear las siguientes consideraciones.

En primer lugar, parece existir un consenso entre los profesionales de salud entrevistados, en señalar como una dificultad fundamental en la prestación de cuidados de salud aspectos culturales. Adicionalmente estos aspectos culturales se constituyen en la primera y mayor dificultad de la relación médica con las pacientes inmigrantes, si bien son referenciados en los relatos otros aspectos derivados de las condiciones socioeconómicas, el nivel de habilitaciones y el estatuto legal, la explicación cultural prevalece como generadora de prácticas y comportamientos de salud diferentes.

En segundo lugar, los profesionales de la salud cuando utilizan las diferencias culturales como argumento explicativo y constitutivo de la relación médica con mujeres inmigrantes lo hacen desde la esencialización y naturalización de la cultura.

La esencialización de la cultura implica también entender la cultura como una generalización de prácticas, costumbres y hábitos particulares, estáticos y permanentes que determinan los comportamientos de las personas. Esta conceptualización de cultura es entendida siempre en relación a lo propio, y siempre en una relación asimétrica de poder, donde el que clasifica la cultura “otra” es el que tiene mayor poder, (es decir se constituye como una alteridad). En definitiva se trata de una conceptualización de cultura definida por formas de ser y estar diferentes a la propia (no-portuguesa). Las diferencias entre los distintos orígenes, cuando se colocan, resultan posteriores, en un primer lugar, se definen bajo “diferencias culturales” todo aquello que no forma parte de mi cultura. A su vez, la cultura en este caso, se toma como un dato, algo estático e inmutable.

La esencialización y naturalización de la cultura, refuerza también la influencia de “lo cultural” sobre otras esferas de la vida, des-valorizando otros factores, asumiendo la cultura como un fenómeno natural, no sujeto a cambios.

Una tercera observación resulta de los riesgos que generan estas asociaciones (tácitas) acríticas entre representaciones culturales y prácticas de salud, como observado, una gran parte de las orientaciones de los profesionales de salud se basan en las distinciones culturales que hacen de sus pacientes inmigrantes. De esta forma se asocia a la cultura de algunos grupos inmigrantes prácticas de salud inconvenientes, como por ejemplo, la falta de seguimiento del embarazo y la alimentación deficitaria que pudiendo ser comunes a poblaciones de bajos recursos, independientemente del origen nacional, son “atribuidas” a

ciertas comunidades. Este tipo de identificación dificulta la posibilidad de otras prácticas de salud. Asimismo, acaba por orientar una práctica demasiado clasificatoria, con una tendencia a la homogeneización de mujeres inmigrantes del mismo origen nacional, no reconociendo su heterogeneidad interna. La excesiva importancia asignada de los factores culturales, tiende a encubrir y/o desvalorizar las desigualdades sociales que afectan la salud.

Por último, resaltar que estas representaciones sociales y culturales actúan de forma dupla y recíproca. Por un lado interfieren directamente en la interacción con la paciente inmigrante en contexto de consulta y por otro lado contribuyen a reafirmar la categorización social de esa comunidad, reforzando aún más su imagen social, lo que acaba por generar una realimentación mutua y recíproca, difícil de quebrar.

9. ALGUNAS SITUACIONES QUE AGRAVAN LAS BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD: SOLEDAD, VIOLENCIA Y PRECARIEDAD

En este capítulo desarrollamos brevemente en base a los relatos de las mujeres entrevistadas, algunos de los aspectos identificados como agravantes de las barreras de acceso a salud. Estas situaciones surgieron durante las observaciones realizadas tanto en las consultas, como en las unidades móviles de salud y sobretodo responden a los resultados obtenidos durante la observación participante en el proyecto Casa Seis. Como referimos en el capítulo de la metodología, esta forma de aproximarnos, nos permitió generar una confianza y empatía con las jóvenes participantes que facilitó el surgimiento de este tipo de situaciones. Por otro lado en las conversas informales mantenidas sobretodo con las enfermeras de las unidades móviles de salud que realizan las visitas domiciliarias y con las asociaciones surgen también estos aspectos, lo que refuerza su importancia. Si bien estas situaciones no se relacionan directamente con el acceso a la salud, interfieren en el mismo, agravando aún más las barreras existentes. Y por otro lado afectan la salud de las mujeres en sentido amplio de bienestar físico, mental y social, sobretodo en las jóvenes embarazadas y madres recientes tienen un impacto negativo.

Debido a la frecuencia y relevancia de estos aspectos, los mismos serán analizados en este capítulo, como factores de vulnerabilidad y son clasificados en: situaciones de soledad/abandono y situaciones de violencia. También son reveladas otras situaciones derivadas de la precariedad laboral.

Las mujeres inmigrantes que se encuentran en alguna de estas situaciones de vulnerabilidad, muestran mayores dificultades para acceder a cuidados de salud de calidad en tiempo y forma.

9.1. Soledad: abandono y falta de redes

La soledad provocada por la ruptura de lazos afectivos coloca a las mujeres inmigrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad, esto se observó durante la investigación en particular en el caso de las mujeres más jóvenes, donde la dependencia afectiva es más frecuente y los sentimientos de soledad y desamparo se encuentran más presentes. Esta situación de soledad puede derivar de procesos de migración, pero no necesariamente esta es la única causa.

Durante el trabajo de campo con las jóvenes inmigrantes, se registran dos ausencias, la primera y más común se refiere al compañero, padre del hijo y la segunda a la familia directa. Estas ausencias dejan marcas importantes en las actitudes y sentimientos de las jóvenes, es decir paradójicamente que se trata de ausencias muy presentes.

En el primer caso, se trató de una ausencia frecuente, que en algunas mujeres afecta el desarrollo del embarazo y de los sentimientos que ese embarazo genera en la joven.

“O pai do bebé foi embora, mas passa, família não tenho ninguém cá...tenho uma amiga brasileira que vive em Espanha que vem acompanhar-me no parto e nas primeiras semanas”
(Brasileira, Amora)

A veces el padre del bebé no abandona directamente, pero prefiere interrumpir el embarazo

“A médica disse se eu queria interromper ou não. Ela disse se eu queria tirar, tudo bem mas a minha mãe disse para eu não tirar. Eu não queria aceitar mais. O pai do bebé queria que eu tirasse mas eu não aceitei”. (São-tomense, 17 anos, Sintra)

Resulta necesario aclarar, que no en todas las mujeres esta ausencia es vivida de igual forma, ya que en algunas de ellas no es “dramatizada” en el sentido de abandono. Pero igualmente afecta de diferentes formas, en especial en las siguientes situaciones:

Cuando el padre del hijo aparece con otra familia o no apoya económicamente al hijo:

“Temos um caso aí no tribunal porque ele não queria dar a pensão. Ele arranhou outra namorada e a outra também já teve um bebé. Já fomos uma vez ao tribunal e o tribunal decidiu que a Y. tem que passar o fim-de-semana na casa do pai mas eu até agora não deixo ela ir para casa do pai porque antes, quando fomos a tribunal ele deu uma morada que era da casa da mãe, depois estava a morar em Queluz, agora mora na Amadora. Eu não posso deixar dormir uma criança de dois anos com o pai que não tem residência fixa, que mora cada hora num sítio. Para um sítio que eu nem conheço! Eu nem conheço as condições da casa! Tem que se ter tudo isso em atenção e o juiz não teve isso em atenção. Ele só decidiu que a Y. ia dormir com o pai mas nem queria saber a morada nem foi lá ver as condições da casa, isso tudo.

Também já não está com a mãe dessa filha, está já com outra.” (Cabo-verdiana, 23 anos, Sintra)

Cuando el padre se transforma en un obstáculo para la solicitud de los documentos por ejemplo, la situación de la mujer queda sujeta a una dependencia y la actitud del padre acaba por funcionar como un obstáculo

“Depois daí estávamos sempre em discussão, com o pai dela. Para fazer o documento para a miúda ele não queria dar dinheiro para a miúda. Quando eu lhe pedi para ir fazer o documento para a miúda, também nunca tinha tempo para fazer o documento. Fez a vida dele, viajou, voltou e voltou casado, depois descasou, foi uma história muito complicada. Depois tive que pedir o documento para ela, sozinha. Depois disseram que não podiam dar pois como o pai dela a registou, o pai tinha que estar presente para fazer o documento dela. Fui eu que tive que dar o documento. O pai nunca se interessou em fazer o documento para a miúda. Depois o caso foi ao tribunal e o tribunal decidia se eu fazia o documento para ela sozinha ou não, se o pai devia fazer ou não. Entretanto o pai não apareceu e decidiram... não me deram a guarda ainda, mas decidiram que eu fizesse o documento para ela, sozinha. Eu consegui ter o documento para ela só agora. Quando ela já tinha quase 5 anos.” (Guineense, 20 anos, Lisboa/Sintra)

Con respecto a la ausencia de la familia, los casos que detectamos son aquellos donde la familia no acepta el embarazo de la joven y como consecuencia la joven es puesta fuera de casa. Si bien en muchos de estos casos, según informaciones de varias asociaciones, se trata de una medida temporal, una vez que el bebé nace, las jóvenes son aceptadas nuevamente dentro de la familia.

“São rejeitadas pela família, por diversas causas, é uma boca mais para alimentar, o pai fugiu, ninguém se faz responsável pela criança, criam-se conflitos, alguns dos quais se solucionam logo que o bebé nascer, às vezes estas raparigas são mesmo colocadas fora de casa” (Assistente social, Associação)

Las causas de estas reacciones por parte de las familias son varias y es necesario analizarlas en detalle, de nuestro trabajo surgen que algunas familias no tienen condiciones económicas para soportar una persona más, que sienten vergüenza del embarazo. Por otro lado algunas de estas jóvenes tienen a sus madres en el país de origen.

“...muitas das famílias não têm condições, não têm condições para ficar com o bebé. Todas elas têm conflitos na família” (Assistente social, Associação)

Aquí estamos frente a una carencia afectiva que también puede ser interpretada como una abandono por parte de la familia. La soledad se convierte en un condicionante emocional y también de carácter instrumental, ya que algunas de estas jóvenes no tienen dónde ir, siendo encaminadas por las escuelas a instituciones de apoyo (*colegios*) donde son acompañadas hasta el nacimiento del bebé y durante los primeros meses de vida de los bebés.

“Eu no fundo não queria vir para aqui porque não tinha a ideia de como é que era aqui. O meu pai é que insistiu mais. Eu nunca quis vir. Fui chamada pelo meu pai. Acho que era para estar mais perto do meu pai. Entretanto acabei por engravidar. Tive a minha filha muito cedo, aos 17 anos, quase 17 e depois tive que sair de casa do meu pai para ir para um colégio.” (Guineense, 21 anos, Lisboa)

El hecho de haber sido puesta fuera de casa, por estar embarazada provoca también sentimientos de rechazo hacia los futuros bebés, que fueron expresados por algunas de las jóvenes, lo que se traduce en situaciones agravantes durante el embarazo.

“Não. Ela não aceitou lá muito bem (a mãe). Conte à minha mãe e a minha mãe disse que eu estava louca. Eles não estavam lá muito contentes! Resumindo, só tive os meus amigos para me apoiarem. A minha família não me apoiou Depois que ela estava quase para nascer é que começaram a aparecer as pessoas.” (Origem imigrante ST, 20 anos, Lisboa)

Al contrario de lo anterior, cuando la familia acepta y acompaña el embarazo de la joven, la misma se convierte en un soporte esencial durante todas las fases del embarazo, durante el parto y en las primeras semanas de vida de los bebés. El apoyo de la familia es fundamental, como vimos durante las entrevistas y el trabajo de campo en el cuidado de los bebés, en las informaciones, en el acompañamiento durante la ausencia de la madre, por motivos laborales o porque regresa a la escuela. Como nos dice la literatura las redes sociales y familiares son predominantemente femeninas, compuestas por madres, abuelas, cuñadas y vecinas.

El apoyo y la ayuda de la familia, en este caso de la madre es determinante para el desarrollo de sentimientos de tranquilidad y seguridad, en las más jóvenes/adolescentes inmigrantes y nacionales en todo lo relacionado con los cuidados del bebé.

En las observaciones realizadas en contexto de consulta con las más jóvenes, se observa la interacción de la madre con el profesional de la salud, es la madre la que pregunta y responde a los interrogantes del profesional. A pesar de que el profesional se dirige a la joven, responde en mayor medida la madre. Claro que la ausencia de respuestas por parte de la joven no significa falta de interés, sino que se puede deber a múltiples causas, como timidez, inseguridad, etc. Por otro lado encontramos jóvenes con actitudes más activas durante las consultas, lo que demuestra la imposibilidad de establecer un padrón de comportamiento.

El acompañamiento de la madre, no solo es importante a nivel de los sentimientos de seguridad y respaldo que representa, sino que se torna fundamental en términos prácticos como nos relata una joven madre.

“Ai, não pode ser... Uma enfermeira, nem era uma médica, que era uma enfermeira. Ah, essa pode ir para casa... Foi o que ela disse e nunca se apercebeu que era a minha mãe que estava ao meu lado. Pensava que era uma doente. E a minha mãe: desculpa? A minha filha vai para casa? Não vai não. Ela não sai daqui sem o bebé se mexer. Que o bebé estava a entrar em sufoco, segundo o que eu percebi. Ele estava a entrar em sufoco.” (Portuguesa, Amadora, 17 anos)

También fueron detectados durante la investigación casos de jóvenes cuya familia, se encontraba en los países de origen (Guinea Bissau), siendo este aspecto determinante en su trayectoria durante el embarazo y los primeros meses de vida de los hijos. Sin otro tipo de apoyo, estas jóvenes se encuentran en instituciones sociales, dónde son contenidas y acompañadas. A pesar del apoyo brindado por las personas que trabajan y dirigen estas instituciones, en su mayoría asistentes sociales y psicólogas, los sentimientos de soledad y de rechazo del embarazo aparecieron frecuente asociados a la culpabilización del embarazo de la situación en la cual se encuentran.

El embarazo también puede generar sentimientos de miedo de ser abandonada por la familia:

“Não falei com o meu pai, fiquei com medo; fui com a professora Rita ao CS saúde a confirmar que estava grávida e estava de cinco meses. Foi a professora que me apoiou. Eu sabia mas não queria que ninguém soubesse. Foi ela que falou com o meu pai. O meu pai perguntou como fazer para tirar o bebé, para fazer um aborto, e ela disse que não era possível.” (Guineense, 20 anos Lisboa)

9.2. Situaciones de violencia

Otro de los aspectos, considerados como agravantes se relaciona con las situaciones de violencia que consideramos un factor de vulnerabilidad. La violencia es un tema bastante analizado desde las ciencias sociales, se sucede en diversos ambientes, respecto a diferentes poblaciones y con múltiples causas. La violencia puede ser física, psicológica y/o simbólica, siendo que los impactos negativos serán igual de perjudiciales. Así, las situaciones de violencia de cualquier tipo son agravantes en cualquier persona, pero más aún cuando se trata de mujeres embarazadas o de jóvenes madres recientes. En esta tesis no pretendemos profundizar en el análisis del tema, sino solo señalar algunas situaciones que consideramos agravantes de las barreras de salud, generadas por violencia dentro de la familia y por el compañero.

“Sim. Ela tratava-me mal mas só que não dava conta daquilo que fazia. Não sei. Porque ela culpava-me de tudo. Às vezes quando eu me queixava, ela dizia que não era assim. E a casa onde nós estávamos, também não era uma boa casa. Não era muito espaçosa, tinha só dois quartos, que era um quarto do meu pai e dela e tinha um que era de todos.” (Angolana, 22 anos, Lisboa)

La violencia también puede ser de parte del compañero y puede transformarse en un agravante durante el embarazo:

“Contei à minha mãe. Quando eu soube, estava com o meu namorado. Depois contei à minha mãe e depois fui para casa porque o meu namorado tinha-me batido e então fui para casa e separei-me dele.” (Portuguesa, 17 anos, Amadora)

Tomamos un caso en particular, que consideramos ilustrativo de los sentimientos de miedo e impotencia que puede generar la violencia de parte del compañero, así como de los condicionamientos que provoca en las actitudes de las mujeres frente al embarazo. Se trata de una joven de 17 años, salida de una relación de violencia, que había terminado con su compañero precisamente por esta causa, está embarazada, decide abortar, él no la deja, ella tiene miedo y acepta seguir con el embarazo, pero a medida que pasa el tiempo se va generando un sentimiento de miedo cada vez mayor, siente un control permanente, ella vuelve con él, él reincide, ella denuncia, él es impedido de acercarse a ella y ella impedida de salir sola a la calle, sale con la hermana, es un barrio, todos se conocen, todos asisten a la misma escuela, ella comienza a ser insultada en la calle, *“ah llevas ahí al hijo de x, a ver si te comportas y no salís por ahí...”* *“mira que te estamos vigilando, mira que sabemos todo”*. El niño nace sin problemas en el hospital y ella regresa a casa, en la segunda visita del bebé fue cuando la conocí en la casa, fuimos a la casa junto con la enfermera, que ya le había anunciado mi visita. Hablamos de su historia abiertamente con ella y con la hermana dos años mayor, sin grabación. Luego salimos a la calle a realizar “la entrevista” que supuestamente yo le iría a hacer sobre los cuidados de salud recibidos durante el embarazo, la entrevista fue corta y fácil, pero el ambiente muy diferente, como intento describir en el siguiente extracto del cuaderno de notas.

“La sensación de alerta, de inseguridad que sentí de parte de S. durante nuestra charla es difícil de describir en palabras, era una sensación de estar siempre atenta, siempre expectante como si algo fuera a suceder en cualquier momento. Las respuestas eran cortas, ambiguas, los relatos eran entrecortados por miradas hacia ambos lados constantemente. Estábamos en un banco en una plaza cerca de la casa, por insistencia de ella realizamos la entrevista afuera de la casa, aunque ya habíamos conversado sobre su vida durante la visita a la casa de una forma informal y más a gusto según mi entender. Pero ella insistió y salimos a la calle con la hermana y con el bebé, S. está “impedida” de salir sola a la calle por el tribunal. Estábamos sentadas con el carrito del bebé al lado y la hermana de ella parada hamacándolo; y entonces aparecieron los chicos, un grupo de tres, la saludaron por el diminutivo y dijeron “así que esta acá el pequeño x (nombre del padre)” “que bien arropadito e tu saliste a pasear” y otros comentarios que se siguieron dirigidos a ella, sin respuestas, yo era invisible, la hermana les dijo que se fueran que estábamos haciendo una entrevista, y “una entrevista de que”, “mira lo que vas a contar”, tuve que intervenir dije que se trataba de una evaluación de los cuidados de salud que había recibido durante el embarazo, acabaron por irse, realizando el gesto de llevar los dedos a los

ojos, interpretado como te estoy observando” (extracto de cuaderno de notas, Amadora, 26 de abril 2013).

Las situaciones de violencia pueden también generar situaciones de soledad y abandono que se constituyen en factores acumulativos de vulnerabilidad.

9.3. Precariedad laboral

La precariedad laboral como fue analizada en el capítulo de las barreras funcionan como una barrera de acceso a la salud, ya que las mujeres muchas veces no asisten a las consultas por no perder un día de trabajo. Durante el embarazo, esta situación se agrava como pudimos confirmar en las entrevistas y afecta negativamente no solo la salud, sino otras esferas de la vida. En este sentido, el hecho de trabajar sin contrato, coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad, que se agudiza con el embarazo, donde pueden ser despedidas más fácilmente. Además cuando se encuentran en trabajos informales, el cumplimiento de las normativas relacionadas con las licencias de maternidad y las consultas médicas obligatorias, no necesariamente se cumple, dependiendo de la voluntad del patrón, lo que implica un amplio grado de discrecionalidad, pudiendo incluso traducirse en una violación de derechos.

“Não tinha contrato nem nada com a pastelaria. É complicado. Podia ter o mínimo e não ficava desempregada. Quando não há contrato eles despedem as pessoas muito mal. Eles não querem saber. (Ficaste desempregada porque ficaste grávida?) Sim, mas se eu tivesse contrato eles não me tinham posto na rua. Não poderiam pôr porque eu tinha contrato. Tinham é que me dar baixa ou então eu continuava a trabalhar até à hora do nascimento. A maioria dos trabalhos são sem contrato e eu não quero. Porque se eu fico doente, mandam-me para a rua. O que é que me assegura que não me vão despedir? Na pastelaria eu até tinha um bom trabalho lá e podia ficar porque podia atender ao balcão, pôr e tirar copinhos mas como eu não tinha contrato, preferiu pôr-me na rua.” (Origem imigrante ST, 20 anos, Lisboa)

Estas situaciones presentadas, se revelan como factores de vulnerabilidad, en el grupo de las adolescentes y mujeres más jóvenes, como fue identificado durante el trabajo de campo, lo que no significa que sean exclusivos de este grupo etario, pero sí que en este grupo, se convierten en agravantes reforzados por la edad.

Por otro lado, estos factores refuerzan el carácter multicausal del acceso a la salud, y ayudan a obtener un panorama más completo de la realidad social de estas mujeres.

Como mencionamos anteriormente no son exclusivos de las jóvenes pero en ellas se agravan y no son exclusivos de las inmigrantes, pero en ellas también se agravan por las propias condicionantes derivadas de los procesos migratorios (desconocimiento de ayudas, dependencia, miedo, etc.)

Si bien somos conscientes de que estos factores de vulnerabilidad requieren de un análisis en mayor profundidad, consideramos importante mencionarlos, ya que su frecuencia se presentó reveladora.

10. ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LAS MUJERES INMIGRANTES PARA SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO

En el presente capítulo se identifican las estrategias de las mujeres para superar las barreras de acceso mencionadas en los capítulos anteriores. Las mismas son entendidas como las respuestas y los recursos utilizados para facilitar y mejorar el acceso a los cuidados de salud. Las estrategias de las mujeres varían de acuerdo a las características personales, las redes sociales y los diferentes contextos. Algunos aspectos como la experiencia migratoria, el contexto de salud de origen y la situación familiar influyen en el desarrollo de las diferentes respuestas de las mujeres frente a las dificultades de acceso a los cuidados de salud. El análisis de las actitudes de las mujeres permite conformar dos tipos de perfiles diferentes.

Como analizado en el capítulo anterior, las barreras de acceso a la salud son consideradas importantes fuentes de desigualdades en salud, sobretodo en las poblaciones inmigrantes. A través de la utilización de algunos recursos, las mujeres inmigrantes intentan superar estas barreras para lograr un acceso efectivo a los cuidados de salud.

Las estrategias son entendidas en función de la capacidad de utilizar los recursos existentes en su propio beneficio, para ello importan la disponibilidad de los recursos y la accesibilidad a los mismos.

El análisis de las entrevistas conduce a identificar tres tipos de estrategias que responden a la utilización de diferentes recursos y que clasificamos de acuerdo a su carácter principal en: personales, relacionales/sociales y contextuales. Si bien estas estrategias se encuentran interrelacionadas entre sí, esta clasificación sirve para ordenar el análisis y para una mejor identificación y comprensión de los factores que influyen en cada una de ellas.

En primer lugar consideramos los aspectos personales, donde encontramos las características personales que influyen en el accionar de las mujeres; las mismas van desde la edad hasta aspectos de la personalidad influenciados por las experiencias de vida, las trayectorias sociales y de salud.

En segundo lugar consideramos los aspectos relacionales, que también dependen de características personales, pero que son definidos por la accesibilidad a las redes sociales, familiares y otras y la utilización de las mismas en su propio beneficio. En este sentido, la situación familiar y el tiempo de permanencia en el país se presentan como factores relevante.

En tercer lugar surgen otras estrategias que se relacionan más con el lugar de residencia, estrategias que provienen del terreno y que agrupamos como del tipo contextual, definida por las características del territorio donde residen, en términos de disponibilidad de servicios y asociaciones. La disponibilidad de servicios y recursos a nivel comunitario se convierte en un importante factor facilitador para las mujeres inmigrantes.

Tabla 30 : Estrategias utilizadas por las mujeres inmigrantes en su acceso a los cuidados de salud por dimensiones de análisis

Tipo principal de recurso	Descripción
Personal	Características personales Experiencia migratoria Contexto de salud en origen
Relacional /Familiar, redes	Redes familiares y sociales Situación familiar Experiencia migratoria
Contexto social	Características del territorio Disponibilidad y variedad de servicios

Como mencionamos, las dos primeras dimensiones están muy relacionadas entre sí, es decir el recurso a las redes familiares y sociales, depende también de las características personales de las mujeres, sin embargo nos parece necesario hacer esta distinción, ya que surgen en las entrevistas diferencias considerables que responden a la falta de redes y no se relacionan directamente con las competencias individuales ni con la “capacidad” de la persona de establecer dichas redes.

10.1. Dimensión personal: Las características personales

Dentro de la dimensión personal se encuentran los comportamientos y las actitudes de las mujeres frente a las dificultades. Se trata en general de comportamientos que responden en gran parte a la personalidad de las mujeres y que tienen que ver con formas de ser y estar en la vida, a su experiencia de vida y con características de la personalidad. En el análisis de las entrevistas surgen algunos aspectos importantes que influyen estos comportamientos y que

diferencian las actitudes de las mujeres. Tomaremos los más relevantes: la experiencia migratoria, el contexto de salud en origen y la edad de las mujeres.

En relación a la experiencia migratoria, identificamos algunas diferencias entre las mujeres llegadas recientemente y aquellas con más años de estadía en Portugal o incluso las nacidas en Portugal. Sin embargo, esto no se verifica igual para todos los orígenes, constituyendo las mujeres brasileñas una clara excepción. En la mayoría de las mujeres entrevistadas de origen africano llegadas recientemente se detecta una actitud más pasiva frente a los profesionales de salud. Respecto a la apreciación del SNS en Portugal, consideran al servicio de salud como satisfactorio y no sienten grandes dificultades en su acceso, salvo el caso de las mujeres en situación irregular. Esta apreciación positiva está relacionada directamente con el contexto de salud de origen y con la experiencia de salud en origen, es decir con los servicios de salud en el país de origen, en términos de cobertura, calidad y accesibilidad y con la concepción de salud como derecho social. También se encuentra relacionado con el tipo de sistema social del país de origen, por ejemplo con la concepción de ciudadanía, lo que se puede traducir en la reclamación o no de derechos sociales.

Por otro lado, como mencionado anteriormente esta actitud, varía también según el origen, lo que resulta evidente en el caso de las mujeres brasileñas, que independientemente del tiempo de estadía en Portugal, presentan actitudes más pro-activas y reivindicativas, no únicamente relacionadas con los cuidados de salud, sino con la sociedad en general. Esta actitud de las mujeres brasileñas, detectada también por los profesionales de salud, se traduce también en cambios concretos, como se ilustra en el siguiente fragmento.

“A médica anterior era muito mal educada, não mostrava nenhum interesse, não me explicou nada sobre a amniocentese..., aí eu esperei que essa médica falasse mas ela não disse nada. Eu fiquei descontente e mudei de médica. Fiz o meu comentário e mudei de médica.” (Brasileira, Seixal)

Esto puede ser explicado en parte por el contexto de salud en origen, es decir por la experiencia de salud en Brasil. La relación de los y las brasileñas con la salud en Brasil influye y determina como se relacionaran en Portugal y esto lleva a la diferencia entre las mujeres de origen brasileño y otras mujeres inmigrantes.

Asimismo, en el discurso de las mujeres brasileñas se observan denuncias sobre una atención poco sensible y hasta identificaciones de tratamientos discriminatorios, situaciones que no aparecen tan frecuentemente en mujeres de otros orígenes. Como referido por otros estudios

sobre mujeres brasileras en Portugal el carácter reivindicativo y los sentimientos de discriminación son más visibles en esta comunidad (Padilla & França, 2012).

Las mujeres con más años en Portugal, suelen tener mayor conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, conociendo otros caminos para superar las dificultades. Se trata en general de mujeres con redes familiares y sociales más consolidadas y de esta forma son frecuentemente auxiliadas por familiares en el caso de acceder a un médico de familia, o como acceder a tal o cual medicamento, esta información circula extensamente entre los familiares, amigos y vecinos.

“...estive uns tempos em casa da minha mãe e depois quando vim para aqui não troquei porque ao trocar de Centro de saúde automaticamente ficava sem médico de família e por isso continuei no mesmo Centro.” (Cabo-verdiana, Amadora)

Dentro de las estrategias para acceder a la información sobre salud, se observa en las mujeres más jóvenes una tendencia a procurar ayuda en otras fuentes menos convencionales, como: la internet, las amigas, las asociaciones, la farmacia, las líneas telefónicas de apoyo (salud 24).

“Às vezes quando tenho uma dúvida, ligo para a Saúde 24...eu vou lá muitas vezes (risos) a informação é boa.” (Angolana, Amadora).

Con mucha frecuencia las más jóvenes recurren a las amigas para acceder a información antes de dirigirse a los servicios de salud. Podemos afirmar que se trata de un comportamiento generalizado entre los jóvenes y que también se relaciona con las redes sociales que tengan.

“A primeira coisa que eu faço é recorrer à Internet (risos). Depois disso, e se achar que é algo que tenha que ter uma informação mesmo mais específica, às vezes até me dirijo à farmácia.” (Portuguesa, Cacém)

Por último, existen aspectos directamente relacionados a la personalidad de las mujeres donde las actitudes pueden variar de acuerdo a múltiples factores. Estas actitudes más pro-activas, llevan a enfrentar las dificultades de otra forma, más frontal e intentar buscar soluciones, a pesar de las resistencias encontradas.

“Mas eu desenrasco-me bem. Se não for para um lado, vou para o outro. E pergunto e resolvo. Não sou pessoa de ficar à espera, calmamente: aí, isso está resolvido, pronto.” (Cabo-verdiana, Lisboa)

Estas actitudes responden más a la personalidad y no necesariamente se relacionan con el proceso migratorio, ni con la edad de las mujeres. Esta diversidad de actitudes refuerza la idea de la heterogeneidad interna del grupo y la multiplicidad de factores que influyen las actitudes de las mismas. En algunos de los casos, incluso aunque implique consecuencias negativas para la propia mujer, como es el caso siguiente.

“Nós dissemos: temos que fazer queixa, vais para os sem médico...E então tive que sair do Centro de saúde porque ela (a médica) errou muitas coisas. Errou muita medicação, errou muitas coisas.” (São-tomense, Amadora)

10.2. La dimensión relacional: Las redes familiares y de apoyo

Ahora nos centraremos en las redes familiares y de apoyo utilizadas para superar las dificultades de acceso a los cuidados de salud materna e infantil.

En términos generales, se observa una amplia utilización de las redes familiares por parte de las mujeres inmigrantes, en particular de aquellas que tienen redes fuertemente consolidadas.

Los asuntos pueden estar relacionados directa o indirectamente con cuestiones de salud, desde la búsqueda de información general, aclaración de dudas, recomendaciones, tanto sobre el embarazo, como sobre los cuidados del bebé hasta información específica sobre tal o cual producto o medicamento o sobre como acceder a un determinado apoyo. Sobre los bebés, se comparten informaciones que van desde cuando quitar el pañal, cuál es el mejor chupete, como dormir al bebé, hasta cuestiones relacionadas con el aprendizaje y crecimiento, el habla, el comenzar a andar, los mejores juguetes, las guarderías, etc. Adicionalmente existen también apoyos puntuales, como ser el compartir productos y materiales para los bebés y para las madres.

Otro de los aspectos donde las redes de apoyo son fundamentales es en el acompañamiento de las consultas. Algunas mujeres van a las consultas acompañadas porque aún no conocen el funcionamiento de los servicios y precisan de ese apoyo para efectivizar la consulta, mientras

que los profesionales de salud, recomiendan este acompañamiento de familiares y/o amigos cuando existen dificultades de idioma y es preciso alguien que cumpla el rol de interprete para facilitar el desarrollo de la consulta.

“Cheguei cá, encontrei amigos que me indicaram, que vieram comigo. Quando tenho dúvidas ou estou desconfiada ou as coisas não estão bem, sempre falo.” (Cabo-verdiana, Amadora)

Las redes familiares y de amigos son también fundamentales en apoyos concretos, como por ejemplo el auxilio económico para comprar medicamentos, el cuidado de los hijos, el cambio de día de trabajo con alguna colega para no perder la consulta. De alguna forma se trata de estrategias informales bastante comunes.

Las redes familiares son también utilizadas como facilitadoras en el caso de situaciones de irregularidad. En este sentido, se observan testimonios, donde se recurre a la inscripción esporádica, dentro de un agregado familiar que tenga una situación regularizada y ya tenga médico de familia asignado. Así, las mujeres inmigrantes, normalmente recién llegadas y que no tienen la tarjeta (el cartão de utente) que les permitiría inscribirse en el centro de salud, pueden acceder a los cuidados de salud a través esta inscripción esporádica. Son atendidas por el médico de familia del familiar que si está en una situación regular, figurando como dependientes del mismo. Otros casos refieren a la inscripción en el mismo IRS, también como dependientes, siendo un familiar que ya conste con la “exención económica”¹⁹, que le permite ser atendida por el médico de familia.

“Porque na época em que eu vim, eu não tinha residência então o meu tio quis-me dar um médico através dele. Ele tinha um médico familiar aí, falou com o médico e ele aceitou que eu estivesse mesmo dentro do grupo familiar dele. Depois, como eu engravidei, comecei a fazer a consulta lá.” (São-tomense, Sintra)

En este último testimonio, se observa la colaboración del profesional de salud, para satisfacer una necesidad de acceso de uno de sus pacientes. También observamos estas actitudes por parte de los profesionales de salud, cuando las mujeres son encaminadas para determinados servicios (donde saben que serán recibidas) o incluso para asociaciones e instituciones donde puedan acceder a apoyos para ellas mismas y para los cuidados de los bebés. En este sentido, los profesionales de salud acompañan e incentivan algunas de las estrategias mencionadas por las mujeres.

¹⁹ Esta situación ha sido modificada recientemente durante las últimas alteraciones de la legislación en salud y ya no es posible.

Las redes familiares son también un importante soporte a nivel emocional, para las inmigrantes embarazadas, en particular las más jóvenes. Precisamente, se observa que las más jóvenes suelen ser más dependientes de las madres o de otros miembros de la familia al menos durante el período de embarazo y cuidado de los niños. Las madres las acompañan a las consultas de salud y son también quienes muchas veces se encargan de los cuidados de los bebés. Las madres también son un apoyo importante durante el embarazo y la maternidad, incluso durante las consultas.

“Elas viram, diziam que eu não tinha contrações. Que ele se mexia perfeitamente, iam mandar para casa. A minha mãe é que entrou comigo e disse: desculpa? A minha filha vai para casa? Não vai não. Ela não sai daqui sem o bebé se mexer. Não, ela não vai-se embora porque o bebé não se mexe. Porque ele sempre foi um bebé que se mexia bem. Que ele nas ecografias, ele não parava quieto.” (Portuguesa, 17 anos, Amadora)

Claro que esta situación no es generalizable, porque como hemos visto en el capítulo anterior sobre los factores de vulnerabilidad, existen varios casos de jóvenes que no cuentan con el apoyo de las madres y de las familias, o que las madres están en el país de origen con otros hijos.

“Às vezes eu penso que se calhar se a minha mãe tivesse estado aqui, tudo o que eu passei se calhar não tinha passado.” (Guineense. 20 anos, Lisboa)

Resulta interesante señalar, como fue mencionado en el capítulo teórico, la dimensión mayoritariamente femenina de toda las redes ayudas, coincidiendo con la literatura, en nuestro caso se observan mujeres ayudando a mujeres, dentro o fuera de las redes familiares, dentro de los servicios de salud, como fuera de los mismos. En el caso del SNS, son las mujeres enfermeras quiénes en su mayoría responden a las necesidades de las mujeres inmigrantes, fuera del SNS, son en especial las madres y otras familiares mujeres como hermanas, tías, abuelas, que más apoyan.

Los factores más importantes que influyen en la accesibilidad a las redes familiares y de apoyo por parte de las mujeres inmigrantes, son la situación familiar de las mismas y la permanencia en el país.

En este sentido observamos que cuando las mujeres cuentan con el apoyo de las familias, las actitudes frente a las dificultades tienden a ser ultrapasadas con recurso a este apoyo o al de las amigas, colegas, etc. Cuando las mujeres se encuentran solas, su único apoyo acaba por

ser las técnicas de las asociaciones, cuando existen estas asociaciones y son accesibles. Las técnicas brindan un apoyo a nivel de cuestiones prácticas, siendo que en el apoyo afectivo su papel es bastante menor.

La trayectoria migratoria también surge como un factor determinante en estrecha relación con lo anterior. Así se observan casos, donde las mujeres a pesar de tener poco tiempo de estadía en el país, cuentan con una red social y afectiva consolidada que funciona como un facilitador.

Por otro lado, también se observan diferencias en mujeres, jóvenes, con una larga trayectoria en el país, pero que se ven colocadas en una situación de vulnerabilidad cuando rechazadas por la familia, por causa del embarazo, como fue mencionado anteriormente, con aquellas que a pesar de llegar recientemente se encuentran integradas en familias y redes de amigos consolidadas y con fuertes lazos afectivos y de ayuda mutua. La soledad, como fue analizado en el capítulo anterior se convierte en un importante agravante de las barreras, en especial en las mujeres más jóvenes.

Estas relaciones sociales, pueden también constituirse en una potencial fuente de empoderamiento para las mujeres.

10.3. El contexto social: El terreno como determinante

En esta dimensión incluimos las características de cada contexto, en términos de disponibilidad de servicios y asociaciones y como los mismos son utilizados por las mujeres inmigrantes para mejorar el acceso a los cuidados de salud.

Como mencionado en el capítulo metodológico, el trabajo de campo fue realizado en varios contextos, lo cuál permitió identificar diferencias.

Existen varias asociaciones que trabajan a nivel de los barrios recorridos en las temáticas de la salud y migraciones. Las mismas y en particular aquellas que focalizan en la temática de la salud materna y la maternidad son conocidas y frecuentadas por muchas de las mujeres entrevistadas.

Existen muchas asociaciones que trabajan a nivel de los barrios, algunas de ellas funcionan como mediadoras entre las mujeres y el acceso a los servicios de salud, pero también funcionan como fuentes de empoderamiento. Las asociaciones también pueden funcionar como movilizadoras de los conocimientos y saberes sobre salud. Por ejemplo, Amadora, cuenta con una gran cantidad de servicios de apoyo para la población inmigrante, desde programas y proyectos municipales, hasta asociaciones locales y comunitarias. También cuenta con el servicio de la unidad móvil de salud que se traslada a los barrios regularmente. Asimismo son frecuentes la realización de acciones puntuales sobre alguna temática y de apoyos dirigidos a los inmigrantes, tanto de parte de instituciones de solidaridad social, de asociaciones o de grupos de moradores.

Algunas de las mujeres conocen y reconocen estas acciones, pasando la palabra entre ellas.

“Há muitos apoios para a gravidez é questão de procurar, eu não preciso de dinheiro, preciso de apoios.” (Cabo-verdiana, Amadora).

A su vez, las mujeres inmigrantes recurren a estas asociaciones por variados motivos, lo que las coloca en una posición privilegiada a la hora de diagnosticar necesidades, por eso es que nuestro trabajo ha sido en intensa relación con algunas de ellas, lo que nos permitió conocer otros aspectos de esta realidad.

Dentro de los diferentes contextos, importa también señalar los servicios disponibles, como es el caso, entre otros, de la red de transportes, la red de farmacias, de equipamientos escolares, de guarderías, de espacios verdes, de iglesias, de asociaciones comunitarias, de gabinetes de apoyo, de centros culturales y centros comunitarios. Estos servicios son utilizados por las mujeres inmigrantes para satisfacer diferentes necesidades no únicamente, aquellas relacionadas con la salud.

Los servicios que brindan las asociaciones y otras instituciones en los barrios abarcan una gran diversidad de necesidades de las mujeres. La salud entendida en su concepción amplia como el bienestar físico, social y mental de una persona, implica una interrelación de necesidades, que se vinculan con varios aspectos, en el caso de las asociaciones que brindan apoyo en el cuidado de los hijos, en los servicios de apoyo jurídico y asesoramiento laboral, también vemos cubiertas necesidades de indirectamente repercuten en la salud y el bienestar general de las mujeres.

La cercanía de los servicios de salud, ayuda a que las mujeres se dirijan a consultar, así como la actitud de algunos profesionales de salud, que mantienen una comunicación asidua con las pacientes, en particular cuando están embarazadas. Las diferencias existentes al interior de los centros de salud pueden también constituirse en fuentes de desigualdad de atención sanitaria.

Resulta importante referir que si bien las estrategias mencionadas y analizadas parten de iniciativas de las mujeres, algunas de ellas, son facilitadas e incentivadas por los propios profesionales de salud, que buscan también una salud más inclusiva. Esto resulta particularmente importante, ya que aquellos que tienen mayor poder de intervención en términos de adaptación y ajustamiento son precisamente los profesionales de salud. Existen algunas unidades de salud que son especialmente atentas a estas demandas y que incluso llaman a las mujeres a las consultas cuando no vienen, lo que tiene un impacto positivo particularmente durante el embarazo y la maternidad.

“Recebo as chamadas sempre para não esquecer a consulta. Quando não está o meu médico, faço o atendimento com outro, mas sempre me avisam...” (Guineense, Sintra)

Las unidades móviles de salud son también, como referimos anteriormente, importantes referencias en materia de salud materna e infantil para estas poblaciones que se encuentran en localidades menos accesibles. Visitan los barrios una vez por semana con un equipo de dos enfermeras, realizan consultas, visitas domiciliarias, vacunación, análisis simples y apoyo en la marcación de consultas en el centro de salud, así como también apoyo en el proceso de inscripción de un nuevo paciente. Estas unidades son conocidas y señaladas como facilitadoras del acceso a cuidados de salud y sobretodo como fuentes de información y apoyos. Las enfermeras responsables, cuentan con una vasta experiencia en salud comunitaria y son referentes para la población que atienden. Así, los contextos que cuentan con estas unidades son considerados privilegiados frente a aquellos que no cuentan con este tipo de apoyo.

Si hasta ahora hemos considerado, los aspectos positivos del trabajo de las asociaciones, con respecto a las poblaciones inmigrantes o en situaciones de vulnerabilidad, también es necesario mencionar algunos posibles riesgos derivados del excesivo asistencialismo.

Un potencial riesgo es la tendencia a la categorización de las prácticas y las personas, es decir, los discursos de las asociaciones pueden inducir a comportamientos más o menos adecuados según lo normalmente establecido. En este sentido pueden transformarse en reproductoras de comportamientos “normalizados” y no necesariamente en espacios de incorporación de prácticas. En algunas asociaciones se intenta ayudar a la persona a través de planes pre-definido, que se sustentan en los comportamientos socialmente correctos, sin margen para la transformación.

Así, en algunos discursos de las asociaciones se vislumbra un componente disciplinador que puede tener consecuencias perversas, en el sentido de categorizar a los inmigrantes en base a su grado de adhesión a prácticas consideradas socialmente adecuadas. Es decir, aquellos que no cumplen “lo esperado” quedan muchas veces excluidos de los apoyos y son estigmatizados dentro del grupo. En este sentido, no solo es fundamental el conocimiento real que tenga la asociación del contexto de estas familias, tanto en términos de trayectorias de vida de las jóvenes y de su situación escolar, afectiva, etc. sino que también es fundamental la forma como este conocimiento es interpretado por las técnicas de la asociación y en como afecta las respuestas que son implementadas.

Es decir, una asociación de cariz católico, tendrá una lectura muy diferente del aborto que una asociación no católica, así las respuestas de las asociaciones pueden ser muy diferentes. Asimismo es importante el “espacio” entre el discurso formal que tiene una asociación comunitaria y su práctica a través de las técnicas que allí trabajan diariamente. Es precisamente en este espacio se re-definen los discursos y muchas veces acaban por responder más a la realidad que a la construcción de la misma.

El trabajo comunitario debe tener una fuerte componente crítica que intente trascender la victimización, otorgando a las poblaciones que atiende mayor grado de participación en las decisiones. Para ello también es necesario de-construir la imagen de la mujer inmigrante como frágil y vulnerable y construirla sin valoraciones.

10.4. Actitudes de aceptación y resistencia frente a las dificultades

Si bien las estrategias utilizadas por las mujeres inmigrantes, tienen resultados positivos en mejorar el acceso efectivo a los cuidados de salud, no dejan de ser medidas puntuales y arbitrarias, dependientes en gran medida de factores personales.

El análisis de las estrategias utilizadas por las mujeres inmigrantes nos permite identificar dos perfiles marcados por discursos de aceptación y resistencia. Por un lado, se observan actitudes de mayor aceptación de las dificultades, y por otro lado, actitudes de confrontación y resistencia. Las causas y factores que permiten identificar las actitudes de las mujeres inmigrantes en estos dos perfiles son varias, tratándose a su vez de perfiles de carácter dinámico sujetos alteraciones.

Tabla 31- Perfiles y actitudes de las mujeres inmigrantes frente a las barreras de salud

Perfiles / discursos de	Características	Factores que influyen
Resistencia	Empoderamiento Cambio	Capital social Experiencia migratoria
Aceptación	Continuidad Pasividad	Contexto de salud en origen Factores de vulnerabilidad Estatuto legal

Como resultado de esta investigación, identificamos, algunos aspectos que contribuyen a esta diferenciación: la accesibilidad a las redes y servicios organizados en contexto comunitario (la escuela en las adolescentes), los lazos familiares, la experiencia migratoria, el contexto de salud en origen, entendido como las experiencias previas de los servicios de salud y el tipo de servicio de salud, público, privado, universal del país de origen, los factores de vulnerabilidad (soledad, violencia y dependencia) y el estatuto legal.

Las características personales, el grado de consolidación de las redes familiares y de apoyo y las características del terreno, en el sentido de disponibilidad de servicios son fundamentales en la distinción de estos dos perfiles.

Aquellas mujeres con redes fuertemente consolidadas en contextos comunitarios dinámicos tienden a tener más posibilidades de desarrollar estrategias de resistencia, tienen más acceso a

información, ya que circula más rápidamente, tanto por las redes como por el terreno. Claro está que esto también depende de la personalidad de las mujeres.

La experiencia migratoria en el sentido de años en el país también influye en el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios de salud, en como contornar el sistema, en el conocimiento de las instituciones de apoyo. En general las mujeres recientemente llegadas tienen mayores dificultades en acceder a los cuidados de salud, a no ser por el apoyo de familiares y amigos. Los años de permanencia en el país facilitan el desarrollo de estrategias de acceso, en términos de conocer mejor el funcionamiento de los servicios, con respecto a las dificultades administrativas, al tipo de servicio que es ofrecido.

Otro aspecto que se reveló importante refiere al contexto de salud en origen, incluidas las experiencias previas de acceso, en este sentido la comparación con el origen determina en gran medida la apreciación que las mujeres tienen de los servicios de salud en Portugal. Resulta, así evidente que cuando las mujeres vienen de contextos de salud muy desfavorecidos, la apreciación general del acceso y la calidad de la salud en Portugal es buena, estando siempre definida en base a esta comparación, sea consciente o de forma inconsciente. El contexto de salud en origen influye y determina la actitud que asumen las mujeres frente a las dificultades, así si la consulta demora tres meses, siempre será mejor que no tener consulta. Las experiencias de salud en contextos muy desfavorecidos generan actitudes de mayor aceptación. Algunas de las mujeres que han tenido experiencias de salud en origen (Guinea Bissau) aceptan con mayor facilidad las dificultades de acceso que se pueden dar en Portugal y que quizás para otras mujeres resultan barreras.

Por otro lado, cuando las mujeres vienen de contextos de salud de origen similares su capacidad crítica es mayor, lo que influye también en sus actitudes, generando actitudes de mayor confrontación basadas en expectativas más altas, es lo que sucede con las mujeres brasileñas.

Los factores de vulnerabilidad, analizados en el capítulo anterior contribuyen a un perfil más pasivo frente a las dificultades. Estos factores colocan a las mujeres inmigrantes en situaciones de mayor vulnerabilidad, adicionalmente a aquellas habituales derivadas de procesos de exclusión social.

Estos aspectos, se refieren en particular a las situaciones de soledad, ruptura de redes familiares y situaciones de violencia. Las mujeres entrevistadas sujetas a este tipo de situaciones

suelen ser más dependientes de instituciones y asociaciones de cariz asistencialista. Presentan actitudes que tienden más a la aceptación, se trata en general de mujeres que se encuentran aisladas de sus familias y amistades, han pasado por situaciones de vulnerabilidad afectiva y económica y tienden a aceptar con mayor resignación las dificultades. Sin pretender, abusar del concepto de vulnerabilidad, llamamos la atención para su impacto en algunas situaciones como las anteriormente mencionadas. A pesar de estas fragilidades, fue también posible observar, jóvenes empoderadas dentro de este grupo de condiciones adversas, constatando la importancia de otros aspectos, en particular de carácter personal.

En relación a la dependencia afectiva, es más frecuente encontrar estas situaciones en las mujeres más jóvenes, donde el apoyo afectivo, se torna fundamental. En este sentido el apoyo que reciben las jóvenes embarazadas de sus madres resulta esencial para contra-restar las dificultades, la madre se convierte en una importante figura en lo concerniente a apoyo afectivo y material, en la transmisión de información y experiencias de cuidado. Cuando estas redes son más débiles o están mismo ausentes nos encontramos con situaciones de mayor vulnerabilidad, donde resulta más difícil el surgimiento de estrategias de confrontación y resistencia.

El estatuto legal, influye también en las actitudes de las mujeres, actuando como limitante, colocando igualmente a las mujeres en situaciones más vulnerables, no solo en el acceso a la salud, sino también a otros servicios. La situación de irregularidad puede funcionar en un espiral de des-empoderamiento acumulativo con la falta de redes, la pobreza y la discriminación.

11. ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD PARA FACILITAR EL ACCESO A LA SALUD

El siguiente capítulo presentan las estrategias utilizadas por los profesionales de salud para superar las barreras y dificultades de acceso. Las mismas se clasifican en base a los recursos utilizados y funcionan como facilitadoras del acceso a la salud de las mujeres inmigrantes. El análisis de las estrategias de los profesionales de salud, nos permite también identificar tres tipos de posicionamientos respecto a los modelos de integración clásicos. Estos posicionamientos demarcan actitudes más o menos inclusivas.

La perspectiva de los profesionales de salud en relación al atendimento a mujeres inmigrantes, como referimos en el capítulo 1 ha sido menos analizado desde las ciencias sociales en Portugal. Sin embargo, resulta fundamental para completar el resultado obtenido de las mujeres. Esta lectura de los resultados es realizada teniendo en cuenta el papel que juegan las representaciones sociales, culturales y de género en la prestación de los cuidados de salud a mujeres inmigrantes. Sabemos que los relatos de los profesionales de salud se encuentran condicionado por las representaciones y valores, así como también por la experiencia de la práctica cotidiana con población inmigrante y así será considerado.

Este capítulo se divide en dos partes, en la primera parte son identificadas, las principales estrategias para facilitar el acceso a mujeres inmigrantes llevadas a cabo por los profesionales de salud. En una segunda parte, se identifican tres tipos de posicionamientos relacionados con los modelos de integración clásicos, (inclusión, integración, asimilación, segregación, exclusión)

El análisis de las entrevistas a los profesionales de salud, permitió identificar diversas estrategias utilizadas para cubrir necesidades concretas que se presentan durante la atención sanitaria a mujeres inmigrantes o como forma de contornar algunas restricciones del propio sistema de salud.

Partiendo de las barreras identificadas en el capítulo anterior, caracterizamos las estrategias de los profesionales en base a las mismas. Para las barreras de carácter funcional y organizacional son utilizadas estrategias de adaptabilidad, que pretenden flexibilizar el sistema para adaptarlo a las necesidades de las mujeres inmigrantes. Para las barreras de comunicación son utilizadas estrategias relacionadas con competencias individuales de los

profesionales, como ser mayor sensibilidad, comprensión y empatía, así como también el recurso a líneas de traducción, al apoyo de otras personas o los recursos informáticos, etc. Para las barreras institucionales y socioeconómicas son utilizadas estrategias de articulación y colaboración con otras instituciones, el servicio social, jurídico, el SEF, etc. En este punto se privilegia el trabajo en red dentro y fuera del servicio. Claro que las respuestas muchas veces son conjuntas y responden a más de una necesidad o barrera.

Tabla 32 - Tipos de estrategias de los profesionales de salud

Tipo de estrategia	Descripción
De adaptabilidad	Facilitar el acceso efectivo a la salud a través de medidas puntuales que flexibilizan el sistema
De articulación	Trabajo en red con diferentes servicios internos y externos al SNS y colaboraciones con la sociedad civil
De sensibilidad	Utilizar recursos para comprender las necesidades puntuales, a través de la sensibilidad, solidaridad y empatía con la paciente

11.1. Estrategias de adaptabilidad del sistema

En este grupo de estrategias se encuentran aquellas respuestas a barreras mayoritariamente de carácter administrativo y/o de funcionamiento del sistema. Estas estrategias dependen por un lado de la buena voluntad del profesional, de su capacidad de autonomía y poder de decisión dentro de un servicio y por otro del margen de flexibilidad que permita el sistema. Implican soluciones a problemas puntuales, a través de diversas formas de adaptabilidad del sistema. Estas estrategias se “sitúan en los límites del sistema y de alguna forma intentan ampliar esos mismos límites.” (Padilla 2013; Masanet et. al, 2014).

Así, distinguimos en la práctica cotidiana, como algunos profesionales de salud, realizan una re-interpretación de los reglamentos existentes en beneficio de la población que atienden. En este sentido buscan “incluir” o atender las necesidades específicas de aquellas mujeres en situación de mayor vulnerabilidad que acceden a las unidades de salud. Reconocen la

importancia del “atendimento imediato” como estrategia para “captar” pacientes de difícil llegada. La burocracia, los interminables caminos dentro del SNS, la dificultad en entender el sistema, son barreras que se intentan superar, con este tipo de medidas.

Dentro de las medidas tomadas por los profesionales en este sentido, identificamos entre otras, las siguientes:

a) La marcación de consultas convenientes, esto es dejar plazas libres al inicio o final del día para aquellas mujeres que tienen dificultades de horario, principalmente por motivos laborales.

“Estas pessoas têm uma dificuldade de lidar com a frustração. Se neste momento é oportuno atender, o melhor é a gente tentar hoje ou amanhã arranjar uma consulta porque daqui a 15 dias já podem não estar disponíveis para... às vezes isto não é tão entendido nas próprias unidades, dentro das nossas organizações. Toda a gente marca e espera, mas estas pessoas são especiais, se a gente não as apanha assim, nunca mais as apanha!” (Enfermeira, Lisboa)

b) La marcación de consultas dos en uno, se trata de consultas dónde vienen por el hijo y se atiende a la madre, o donde viene por un asunto y ya se pasan exámenes de otro tipo, o mismo se encamina en el mismo momento para otro profesional o para el servicio social, según la necesidad.

c) Se prioriza la continuidad en las consultas, se trata de colmatar la ausencia de médicos de familia. En respuesta a la escasez de médicos de familia, algunos profesionales, en particular aquellos de especialidad en salud materna e infantil, intentan dar continuidad a las mismas pacientes, a lo largo del embarazo, lo cual tiene un importante impacto positivo. En algunos centros esto suele ser considerado “regla general” y es muy recomendado, mientras que en otros no es tan sencillo, depende de la voluntad de los profesionales, pero también del funcionamiento del centro, lo que dificulta a veces estas marcaciones para el mismo médico.

“Eu venho aqui fazer uma consulta de reforço aos utentes sem médico de família só que aqui eles têm uma comunidade multicultural, e têm muito poucos médicos. Tem muitos utentes sem médico de família e então o que se fez foi organizar médicos que conseguissem atender estes utentes tanto no âmbito da saúde materna, como do planeamento familiar e da saúde infantil. Eu faço a parte da saúde materna. Às vezes também alguns planeamentos” (Médica, Seixal)

d) El tiempo extra de consulta, sabiendo que se trata de jóvenes inmigrante embarazadas o sabiendo que se trata de la primera consulta de salud materna, algunos profesionales utilizan tiempo extra para atender estas pacientes, o incluso realizan horas extras para atender estas pacientes cuando no pueden asistir en los horarios pre-establecidos. Estas medidas implican un fuerte compromiso por parte del profesional de salud.

“Houve uma altura mais complicada mas graças aos médicos que fizeram horas extraordinárias, isto melhorou bastante (o atendimento do recém nascido)

e) En el caso de mujeres inmigrantes en situaciones de irregularidad que no tienen la documentación necesaria, el “*cartão de utente*”, la realización de recetas y prescripciones médicas “a mano”²⁰. Cuando no es posible pasar recetas y análisis a través del sistema informático porque no se posee un número de ingreso, se pasan a mano e incluso se llama por teléfono a las otras unidades o a los servicios que tienen que realizar tal o cual análisis complementario para informarles y alertarles sobre el asunto.

“Enquanto nas portuguesas ou naquelas que estão nacionalizadas eu consigo passar por computador, nós trabalhamos muito com o computador e já quase não temos receitas passadas à mão, já não temos quase credenciais para passar receitas à mão.” (Médica, Seixal)

d) Telefonar directamente a las mujeres para recordarle la cita. En algunos casos, los servicios por indicación de los profesionales llaman por teléfonos a las mujeres para que asistan a la consulta, durante el embarazo y las consultas de los bebés, esto se da con alguna frecuencia, como nos relatan los propios profesionales y también algunas de las mujeres entrevistadas.

“Nós telefonamos quando eles não vêm, e dizemos que têm que vir. Fazemos esse trabalho todo, andamos atrás e elas dizem não posso ir na próxima segunda-feira, e dizemos Não! Tem que vir na data marcada.” (Enfermeira, Seixal)

Las estrategias mencionadas buscan a través de la flexibilización del sistema incluir a las pacientes inmigrantes facilitando el acceso efectivo a los cuidados de salud. La capacidad de

²⁰ Actualmente debido a la masiva informatización del sistema, esto ya no es posible

los profesionales de salud de adaptar el sistema, depende de la posición que ocupa dentro del servicio, de su autonomía y trayectoria profesional, así como de su experiencia de trabajo con población inmigrante.

Por otro lado, también existen algunas estrategias dentro de los propios servicios para facilitar la atención, por ejemplo tener siempre el mismo enfermero en la salud infantil, como relata una entrevistada

“Eu sou a responsável da enfermagem e nós organizamos os serviços de forma a que tenham sempre os mesmos enfermeiros porque consideramos que isto é facilitador em termos da relação com o utente. Eles já sabem que na saúde infantil têm aquela enfermeira, na vacinação há duas ou três enfermeiras mas que no fundo são a referência para eles.” (Enfermeira, Lisboa)

11.2. Estrategias de articulación y trabajo en red

Una de las respuestas utilizadas por los profesionales de salud y que contribuye para intentar superar algunas de las barreras identificadas, se refiere al trabajo de articulación dentro y fuera del servicio de salud.

Por ejemplo, hemos observado casos que cuando llegan al servicio, personas con dificultades económicas o en situación de irregular, el profesional de la salud las deriva a los servicios de asistencia social del propio servicio o a asociaciones locales. También en el caso de las mujeres inmigrantes embarazadas, las mismas son derivadas en caso de necesidad de alimentos, ropa y otros productos para los bebés a ciertas asociaciones de la zona, que brindan este tipo de apoyo, en particular asociaciones locales, organizaciones no gubernamentales y otro tipo de instituciones que trabajen en las temáticas de salud y de apoyo social.

“Articulamos muito com as instituições que dão apoio, instituições locais. Aqui já estou sendo mais específica, no caso da saúde da mulher, articulamos com as instituições que dão apoio a mulheres grávidas e a mulheres que têm filhos pequenos, muito ligadas também à adolescência, a mães adolescentes. Portanto, aí sim, existem mesmo programas específicos nesta área.” (Assistente social, Centro de saúde, Amadora)

La articulación también se desarrolla en la interna del SNS, en algunos centros de salud, se ha implementado las consultas de refuerzo, sobretodo en la salud materna, estas consultas son dadas por médicos de otros centros que se trasladan dentro de la misma zona, y atienden especialmente a embarazadas que no tienen médico de familia asignado.

La vacunación suele ser a veces el único contacto con los servicios de salud, por eso los enfermeros son los que normalmente detectan situaciones que necesitan de consultas

“Muitas vezes os utentes saem da consulta da vacinação com uma consulta marcada, ou com a indicação de irem marcar uma consulta. Se for uma situação de uma criança que está em risco, é encaminhada imediatamente para o Núcleo ou fala-se com a enfermeira.... Portanto o programa de vacinação é um meio que se articula muito com todos os outros programas e que para nós é uma porta de entrada. Por isso, por mais que muitas vezes estejamos sobrecarregados, atendemos e tentamos articular.” (Enfermeira, Lisboa).

Respecto a la maternidad existen varias iniciativas que apoyan la maternidad y el bienestar de la madre y el bebé desde lo institucional hasta iniciativas de la sociedad civil. También desde las asociaciones, encontramos este trabajo en red con el servicio nacional de salud y con otros servicios que fueran necesarios, como lo ilustran los siguientes testimonios:

“Com as unidades de saúde familiar. Com os projetos das carrinhas, não é? Portanto, fazemos esta ponte sempre com os técnicos, que é para perceber se as pessoas estão a ser vigiadas... Se a mãe fez a consulta médica ou não. Portanto, há sempre esta articulação. Se a mãe, por exemplo, que não conseguiu ainda fazer um acompanhamento médico, fazer a ponte para que esta mulher consiga fazer as consultas médicas. Podendo ser gratuitas ou não. Porque depois depende se ela estava em situação regular ou não.” (Assistente social, Associação)

Por otro lado, también por parte de los profesionales de salud, las asociaciones locales son llamadas a resolver asuntos que surgen durante las consultas médicas, pero que no necesariamente tienen que ver con cuestiones de salud. Los casos más comunes reportados a las asociaciones o a las mediadoras culturales son cuestiones relacionadas con el estatuto legal, particularmente con la situación de irregularidad y como los inmigrantes en esta situación deben hacer para pagar las consultas o para pedir la exención de los pagos de las tasas moderadoras.

“Há um factor importante que é que só tem isenção quem faz declaração de IRS (...). As pessoas que não fazem, muitas delas estão em situação irregular. [...] eu acho que há uma grande probabilidade dessas pessoas reduzirem muito a sua vinda ao Centro de saúde, principalmente as pessoas que não ficam isentas. O que temos feito é, à medida que vamos encontrando pessoas no bairro que vemos que são situações de saúde crónica, que têm alguma necessidade de vir com alguma frequência ao Centro de saúde, que estão em carência, pedir suporte a outras redes de apoio social para ajudarem as pessoas a fazerem o IRS para depois poderem ter esse tipo de benefícios. Mas é um processo lento!” (Enfermeira, Unidade Móvel de Saúde, Amadora)

La salud materna y la maternidad en particular ocupan un lugar importante a nivel de la salud pública, como a nivel de las asociaciones. Es de señalar, la importancia de la articulación entre estas instituciones y las unidades de salud, ya que las asociaciones en el terreno son las que tienen mayor facilidad de acceder a casos de embarazos no vigilados, o niños sin vacunación, etc. Estos casos son reportados a las unidades de salud y a su vez a los servicios sociales.

Las unidades móviles, como referimos anteriormente, son también un importante recurso de articulación y del trabajo en red con la comunidad, funcionando como nexo entre la población y el centro de salud. Estas unidades basan su trabajo en la proximidad con la población, así es que llegan a mujeres y niños que se encuentran en situación de exclusión social, y que de otra forma quizás no llegarían a los centro de salud o solo lo harían en casos extremos.

“Quando há proximidade eu acho que se consegue que as pessoas tenham uma adesão maior à vigilância. E como nós estamos mais próximas da população imigrante, acabamos por conseguir, mesmo que as pessoas não venham num determinado dia a uma consulta, que digam que não puderam vir mas que querem voltar a marcar, que tenham elas próprias a iniciativa, mesmo sem nós irmos à procura. Na população com características socioeconómicas semelhantes, o comportamento acaba por ser semelhante. Se nós tivermos uma proximidade grande também vêm, se não tivermos essa a proximidade porque como é óbvio não conseguimos com toda a gente, não vêm tanto. E com as crianças o mesmo.” (Enfermeira, Unidade Móvel de Saúde, Amadora)

“A través da carrinha detectámos crianças com 6 anos e mais que nunca tinham visto um médico, nem vacinas tinham...” (Enfermeira, Unidade Móvel Oeiras)

Las unidades móviles trabajan en el terreno y es ahí en articulación con a las asociaciones del barrio, desde donde construyen su accionar facilitando el acceso a la salud de las poblaciones que residen en estos barrios. Las enfermeras que las dirigen establecen una relación de confianza con las personas e independientemente de estar en situación irregular, las mismas son atendidas dentro de la unidad móvil, como decía una de ellas, *“nosotros no somos el SEF, no venimos a fiscalizar, ni a denunciar”*

“A experiencia da carrinha de Venda Nova, como agente de saúde é fundamental, nós encontramos sempre gente recém chegada que não tem boletim de vacinas, que não tem nenhum seguimento...e fazemos de ponte com o Centro.” (Enfermeira, Unidade móvel de saúde, Amadora)

“Portanto, é um projecto muito, muito interessante. Que é muito bem comunidade pelas pessoas porque, de facto, estas populações estão muito fragilizadas e têm um contacto difícil com o centro de saúde. Algumas porque estão ilegais, porque têm vidas complicadas ou porque não têm médico de família, enfim... Não é? Esta unidade vai a estes locais, as pessoas já sabem, estão à espera dela, são muito bem acolhidas e, de facto, tem tido grandes resultados ao nível da saúde.” (Unidade móvel de saúde, Seixal)

Durante el transcurso de esta investigación, las unidades móviles de salud fueron referidas como un importante recurso en términos de accesibilidad y proximidad. Al finalizar la investigación y como consecuencia de la crisis económica y las medidas de austeridad en el ámbito de la salud, las unidades de salud han sido descontinuadas, por falta de recursos, para pagar la gasolina y los choferes, si bien el personal sanitario estaba disponible, las unidades no podían salir a trabajar en los barrios.

Otro aspecto importante, son las visitas domiciliarias realizadas por las enfermeras en este contexto, que también se constituyen en elementos fundamentales de seguimiento y proximidad y refuerzan el trabajo comunitario.

“Entretanto, também pelo meio achei necessidade também de fazer as visitas domiciliárias. As minhas visitas domiciliárias, às minhas famílias, vamos lá. Sou eu que acompanho a família, sou eu que tenho relação com a família. Portanto, quem tem que ver, quem deveria ver sou eu, a família *in loco* para poder compreender melhor também aquilo. A família. E adaptar-me.

Porque a realidade é esta: é que aqui eu consigo fazer os ensinamentos de um determinada maneira, mas conhecendo a família lá, eu adapto-os àquela família” (Enfermeira Lurdes, Lisboa)

Las visitas de la enfermeras, también se realizan en articulación con las asociaciones que están en los barrios, para promover los cuidados de salud. Existen asociaciones que cuentan con visitas de las enfermeras de los centros de salud de la zona, para dar informaciones sobre salud materna e infantil. Sin embargo como consecuencia de la crisis económicas y de la falta de enfermeros, algunas de estas visitas han sido descontinuadas en los últimos años.

“A enfermeira vem cá uma vez por semana, a acompanhar, a ensinar sobre aleitamento materno, sobre cuidados do bebé, etc.” (Assistente social, Associação, Lisboa)

Así el trabajo en red, se torna fundamental y facilita el acceso a los cuidados de salud, en especial en el caso de poblaciones inmigrantes y residentes de barrios periféricos. Las estrategias de articulación rescatan el carácter comunitario de la salud, refuerzan una visión integral de la misma, destacando la importancia de los determinantes sociales de la salud. La colaboración y articulación con las asociaciones e instituciones de la comunidad permiten identificar otros problemas (situaciones de violencia, irregularidad, precariedad laboral, problemas de habitación, desempleo, etc.) que afectan la salud de las poblaciones. A nivel de la salud materna e infantil este trabajo en red es fundamental.

Por otro lado, el trabajo próximo con la comunidad, no solo permite detectar las necesidades de la población que impactan en la salud, sino otras problemáticas que responden a diversas causas y pasan muchas veces inadvertidas para los profesionales de salud. También ayuda a desarrollar la confianza con los servicios de salud a través de las enfermeras.

“O que aconteceu é que, ao longo do tempo as pessoas começaram a ter outro tipo de abordagem e nós, como grupo, constituímo-nos já como um grupo de referência. Qualquer coisa, vêm ter connosco. Somos um bocadinho o descodificador de determinadas situações em que eles não se entendem, como somos também os elementos de referência para as situações do bairro. Nós conhecemos estas mulheres como crianças. Há muitos anos que nos vêm. Cresceram connosco. Há uma aproximação connosco. Mesmo em termos de planeamento

familiar eles vêm falar mas depois pedem para não dizermos à mãe, à tia. “Esconda que vem aí a minha irmã!”. Há muito tabú.” (Enfermeira, Oeiras)

11.3. Estrategias de sensibilidad para facilitar la comunicación

Otro grupo importante de estrategias utilizadas por los profesionales sanitarios para reducir las barreras de acceso a los cuidados de salud materna e infantil, en particular las referidas a barreras de comunicación, se basa en las competencias humanas individuales de sensibilidad y solidaridad. La sensibilidad de los profesionales de salud, no es únicamente cultural, sino también económica y social.

Así el conocimiento de las condiciones socioeconómicas reales de la población que atienden se transforma en un aspecto fundamental. Si bien, aún persisten algunos profesionales que desconocen el contexto social de la población que atienden y se mantiene al margen de la realidad de sus pacientes, ya sea en términos económicos como culturales, también existen varios ejemplos que ilustran lo contrario.

Las actitudes de comprensión, solidaridad y empatía son algunas de las más frecuentes entre profesionales de salud más sensibles. Tienen en general una visión integral de la salud y reconocen la importancia de los determinantes sociales de salud. Estas actitudes resultan fundamentales en la prestación cuidados de salud, en especial en salud materna e infantil.

A su vez, una atención más sensible, implica muchas veces un mayor interés y compromiso por parte del profesional de salud, que implica también una continuidad que en el caso de mujeres embarazadas, resulta un aspecto esencial. El seguimiento del embarazo por el mismo profesional es relatado por todas las mujeres entrevistadas como un aspecto relevante de la calidad de la salud.

También se observa alguna sensibilidad por parte de los profesionales de salud en el ajuste de recomendaciones, como es el caso de los hábitos alimenticios, aquí vemos por un lado un claro esfuerzo por parte del profesional de salud de incorporar nuevas prácticas de alimentación en los bebés, adaptando las directivas vigentes sobre el tipo de alimentación infantil que debe ser suministrado a los bebés, el cómo y el cuándo. Este cambio no solo

repercute a nivel de las prácticas culturales de ciertas comunidades, sino también a nivel de las posibilidades económicas de ciertos grupos sociales. Así resulta en un claro ejemplo de adaptabilidad (no solo a las necesidades de los inmigrantes, sino también a las necesidades de las poblaciones más carenciadas que no tienen condiciones de cumplir con las indicaciones alimentarias de los bebés).

Para facilitar la comunicación además se utilizan otros recursos, como ser las líneas de traducción, las herramientas informáticas, manuales traducidos a diferentes idiomas y el recurso a otras personas que pueden eventualmente ayudar a establecer una mejor comunicación entre la paciente y el profesional de salud.

“Além disso, tenho ali um livrinho que pedi, eu depois mostro-lhe no fim. Que é muito engraçado e que tem, em relação à saúde, que tem as perguntas em várias línguas, não é? Febre, vômitos, não sei quê... E pode-se identificar. Portanto, consigo sempre falar com as pessoas.”(Enfermeira Lisboa)

Varios estudios han demostrado el impacto positivo de una atención sanitaria basada en una buena comunicación y en una sensibilidad cultural y económica de los profesionales de salud. Como fue referenciado en el capítulo teórico, la mayor sensibilidad y proximidad contribuyen también a una mayor inclusión.

Por un lado, constatamos que existe una tendencia que los profesionales de salud más sensibles prestan cuidados de salud más adecuados a cada situación, mejorando la calidad y fomentando la equidad en esa consulta. Pero por otro lado sabemos que por sí sola una mayor sensibilidad económica y cultural, a pesar de la buena voluntad de los profesionales no necesariamente genera prácticas de inclusión de estos pacientes, sino procesos de asimilación diferenciados.

Así, la sensibilidad de los profesionales de salud resulta necesaria, para una mejor atención sanitaria, pero no suficiente para una inclusión de la diferencia. Para ello, es también necesario un reconocimiento de la singularidad y una incorporación de esta práctica diferente (ver tipos de posicionamiento).

Resulta importante señalar que si bien estas estrategias y recursos promueven el acceso a la salud de las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad, no tienen un alcance global,

ni están soportados/sustentados por prácticas más amplias, siendo de carácter puntual (no tiene impacto a largo plazo) y discrecional (depende de cada profesional). De todas formas, consideramos estos profesionales agentes privilegiados en la identificación de necesidades de salud de los inmigrantes, así como en el desarrollo de respuestas factibles de ser aplicadas de forma efectiva en este contexto.

11.4. Entre dinámicas de inclusión y exclusión en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes

El análisis del discurso de los profesionales de salud en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes, tanto en la identificación de barreras y obstáculos como en la definición de estrategias y recursos, nos permitió identificar diferentes tipos de posicionamientos. No se trata de una posición fija y estable, sino de un tipo de posicionamiento que aparece visible en los relatos y en estos términos será analizado (en su carácter de posicionamiento). Los mismos son dinámicos y factibles de cambio, pudiendo variar de contexto a contexto.

Los posicionamientos se clasifican en base a tres tipos, inspirados en los modelos clásicos de integración: imposición, asimilación y reconocimiento, como ilustra el siguiente cuadro. Las actitudes que agrupamos como de imposición generan prácticas de discriminación y exclusión, están caracterizadas por un etnocentrismo alto, y no valorizan la cultura del otro. Las actitudes que agrupamos como de asimilación, generan prácticas de inclusión segmentada, es decir respetan otras prácticas pero mantienen una intención de adaptarlas al sistema dominante, que es valorizado frente al otro. Son caracterizadas por un etnocentrismo bajo y un reconocimiento de la diversidad. Las actitudes que agrupamos como de reconocimiento, generan prácticas de inclusión efectiva, reconocen la diversidad y también la valorizan, buscando incorporarla en el referencial de salud dominante.

Estos posicionamientos varían desde actitudes más cerradas hasta posturas más abiertas, pudiendo ser explicadas por una multiplicidad de factores, de los cuáles analizaremos algunos: las condiciones de trabajo, el contexto de actuación, la experiencia profesional, la autonomía de acción y las competencias individuales. En el análisis de los diferentes posicionamientos adoptados por los profesionales de salud, se pretende reflexionar sobre la influencia de las representaciones culturales y los sentidos de género (de forma inter-

cumulativa). Estas representaciones sociales dominantes en la sociedad portuguesa, circulan también en la práctica médica y se nutren de ella, así, los diferentes posicionamientos generan prácticas de atención diferenciadas basadas en dinámicas de inclusión-exclusión, que a su vez responden a diferentes modelos de atención.

Tabla 33 - Posicionamiento de los profesionales de salud en la atención a mujeres inmigrantes.

Tipo	Características	Efectos / Consecuencias
Imposición	Imposición de reglas Ignora la diversidad	Discriminación No-valorización del otro (exclusión-segregación) Etnocentrismo alto
Asimilación	Imposición de reglas Entiende la diversidad pero pretende adaptarla	Respeto Des-valorización del otro (asimilación-integración) Etnocentrismo bajo
Reconocimiento	Valoriza la diversidad Busca incorporar la singularidad, respetar la diferencia	Respeto y aprendizaje Valorización efectiva (inclusión) Control del etnocentrismo

Uno de los aspectos centrales que orientan el análisis de los diferentes tipos de posicionamientos refiere a las actitudes de los profesionales de salud frente a las “diferencias culturales” y como las mismas pueden constituirse en un desafío, en un aprendizaje o ser directamente ignoradas.

Seguidamente se analizan los tres tipos de posicionamientos identificados en los profesionales de salud entrevistados, ilustrados con algunos relatos. Comenzando por las actitudes de imposición, siguiendo por las actitudes de asimilación y en tercer lugar las actitudes de reconocimiento. Cabe aclarar que se trata de tipos ideales, no siendo excluyentes entre sí y que se relacionan con los modelos de integración referentes en la literatura sobre integración de inmigrantes.

ACTITUDES DE IMPOSICIÓN.

Se observaron durante las entrevistas situaciones de imposición directa, donde el profesional de la salud bajo el discurso del atendimento igualitario para todos, ignora las singularidades de la paciente, prestando cuidados de salud que no necesariamente se adecúan a las necesidades de todas las mujeres inmigrantes. En el contexto de salud y migraciones, el mandato del “*one size fit to all*” no resulta efectivo. La atención en salud debe ser a medida (*taylorred*).

Estas actitudes buscan “imponer” una única posición etnocéntrica, la posición del profesional, sin ni siquiera saber si las reglas o indicaciones son entendidas y comprendidas por las mujeres inmigrantes. Este comportamiento construye y reafirma una distancia real y simbólica en la relación médico – paciente sustentada por la fuerte asimetría de poderes a nivel de la práctica médica. El profesional de salud se reafirma como único poseedor del conocimiento válido y lo legitima a través de su posición jerárquica.

Si bien, existe un esfuerzo del profesional de salud por comunicar con la paciente, su verdadero interés se centra más en lograr que la paciente “entienda” sus indicaciones, que en entender a la paciente. Su objetivo es transmitir la información en tiempo y forma y prestar los cuidados de salud estandarizados y no necesariamente responder a necesidades diferenciadas. La paciente embarazada es independientemente de ser inmigrante, negra, pobre, adolescente, brasilera o poco escolarizada, una mujer embarazada y en esta condición.

Esta actitud, evidentemente más cerrada genera distancias reales entre el médico y la paciente y responde al modelo tradicional de cuidados de salud, que asienta en la prestación de cuidados terapéuticos, siendo el paciente remitido a un papel de receptor pasivo de los mismos. Así, el profesional de salud es considerado el único poseedor del saber (racionalidad médica) en un modelo de carácter universal y biomédico de los cuidados de salud. Este modelo determina qué es lo adecuado en cada circunstancia y orienta la prestación de los cuidados en este sentido, pudiendo tener consecuencias muy perjudiciales. El considerar/clasificar el comportamiento de las madres inmigrantes únicamente con nuestros parámetros, dificulta el entendimiento con ellas e impide comprender la situación en su complejidad, arribando a conclusiones erróneas, como se puede interpretar del siguiente extracto de una profesional de salud entrevistada

“Aí então, comecei-me a deparar-me no meio das consultas, eu fazia consulta de enfermagem, comecei-me a deparar com pequenas coisas. Erros alimentares, negligência materna, negligência paterna, negligência familiar, disfunção familiar. Famílias muito [ênfase forte] disfuncionais. Não se orienta nada. A gravidez precoce...” (Enfermeira, Lisboa)

Así, bajo el lema de una atención igualitaria, acaba por ignorar la diversidad. No valoriza los conocimientos, las creencias y tradiciones de salud de la paciente, pudiendo generar tensiones y conflictos y malentendidos sobre prácticas y comportamientos de salud. En última instancia, genera también actitudes de discriminación, basadas en la estigmatización del otro, reproduce los estereotipos existentes sobre los inmigrantes, y se alimenta de una fuerte visión transitoria de la inmigración.

Una característica de los profesionales que se colocan en esta actitud, es el desconocimiento de la realidad social de sus pacientes, no tienen interés en ver más allá del consultorio, no queremos decir con esto que tengan una mala intención, sino que reproducen una atención sanitaria universal basándose en que todas las necesidades de las mujeres embarazadas son similares y en una atención igualitaria cuando la realidad de las pacientes puede ser muy diferente y requerir cuidados diferenciados.

Algunos profesionales que vienen del contexto hospitalar no tienen experiencia en los cuidados de salud primaria, ni en la salud comunitaria y no están habituados a trabajar en la promoción y educación de la salud, sino más en la vertiente curativa de la salud, donde prima la eficacia del cuidado prestado en ese momento. Algunos de ellos tienen menos experiencia en la atención a población inmigrantes.

En estas actitudes, los pacientes son vistos como meros receptores pasivos de cuidados de salud. El modelo de salud que impera – el modelo de salud biomédico – asienta en una salud asistencialista, donde se privilegian los saberes médicos sobre cualquier otro. Normalmente en este tipo de situación la paciente inmigrante es des-autorizada por el profesional de salud, su conocimiento no es tomado en cuenta, bajo la excusa de que no posee competencias adecuadas. En este tipo de actitudes basadas en la imposición, la paciente inmigrante ocupa el lugar pasivo y receptor.

Ahora el problema se presenta cuando los resultados en salud no son los esperados, (ejemplo el bebé no aumenta de peso, presenta atrasos en el habla, hemorragias durante el embarazo), ahí la responsabilidad se traslada rápidamente a la mujer, es decir la mujer inmigrante pasa de ser una paciente pasiva y receptora de cuidados a una paciente activa y con capacidad de decidir y donde acaba por ser “culpabilizada” por los resultados negativos de salud. El problema no es que la mujer tenga o no responsabilidad y agencia sobre su salud, el problema es que cuando los resultados son negativos, la paciente se transforma en la principal culpable y la responsabilidad del profesional de salud queda fácilmente diluida.

ACTITUDES DE ASIMILACIÓN

El segundo tipo de posicionamiento, se refiere a las situaciones de asimilación, entendidas éstas como de imposición sutil, claramente diferentes de las anteriores.

Se trata de actitudes que también buscan imponer las reglas, pero que presentan una importante preocupación por entender las prácticas y tradiciones de salud de sus pacientes. Sobre todo se centran en que la paciente inmigrante entienda las prácticas de salud portuguesas, las recomendaciones médicas que le son realizadas y el porqué de las mismas con el objetivo de una adecuada y correcta adhesión a los tratamientos, etc.

En este sentido encontramos respeto por el referencial de salud que traen las mujeres inmigrantes, pero a su vez una des-valorización del mismo con respecto al referencial hegemónico. No queremos decir con esto, que estos profesionales no entiendan, respeten y valoren otros saberes de salud provenientes de las pacientes inmigrantes, sino que lo hacen dentro de un orden jerárquico, donde estos otros “conocimientos” son des-valorizados, frente al saber médico racional. Así, estas actitudes generan una imposición más sutil (encubierta) del modelo tradicional de salud sustentado en la jerarquización de los saberes médicos y se encuadran en un “discurso homogeneizante”, hacia las prácticas normalizadas y “correctas” de salud, donde las mujeres inmigrantes “deben” asimilarse.

“A mãe chinesa geralmente não quer dar mama. Não quer amamentar. Isto porque tem de trabalhar, tem de estar na loja. E não pode estar a amamentar o seu filho. Portanto, biberão. Mas a mãe está cheia de leite. O que é que a doutora faz? Impõe a mama, impõe leite materno,

ou respeita? Não é? Aquilo que eu faço, ao longo destes anos, é tentar-me adaptar. Adaptar-me ao tipo de cultura da pessoa e respeitá-la. E ela, é o que ela quer, pronto, sim senhora. Respeito, respeito. Respeito. Embora faça sempre os meus ensinamentos em relação ao que é preconizado em Portugal. Em Portugal faz-se assim, mas pronto, a mãe esteja à vontade. (Enfermeira, Lumiar)

Por otro lado, se corre el riesgo de que aquellas que no se adapten, pasen a ser juzgadas y categorizadas como inmigrantes con prácticas de salud inadecuadas o incorrectas. Siendo que si este discurso se generaliza, estaremos asociando una “no adhesión” a una práctica de salud como una práctica de salud incorrecta, cuando la falta de adhesión puede estar sujeta a diversas causas, como ya fue analizado.

Por otro lado, es importante señalar que estas actitudes generan mayores acercamientos entre ambas partes a través de un entendimiento mayor, de una preocupación mayor del profesional de la salud por explicar y hacer entender su posición, existe un respeto por el otro y por el parecer del otro.

“Adapto-me. Adapto-me. Tenho muito mais dificuldade... Respeito. Respeito, se é assim... Às vezes, não percebo muito bem porque é que isto acontece. Mas respeito. Porque senão não se cria uma relação de confiança entre o profissional e a família, e a família não volta cá. Portanto, vou-me adaptando e ela vai-se adaptando.” (Enfermeira, Lurdes, Lisboa)

Respetan y entienden la diversidad en el otro, pero quizás no en el propio, la reconocen, pero la analizan como un dato adquirido, como algo a aprender, pero no necesariamente a incorporar. Esto se observa en la necesidad de estos profesionales de tener acceso a información sobre las prácticas de salud de otras comunidades, el deseo de saber, de entender esas otras prácticas culturales (curiosidad). Este interés demostrado en la práctica médica, coloca a estos profesionales en una posición privilegiada frente a las mujeres inmigrantes, genera una cierta empatía, una proximidad que permite mayor apertura. Las propias mujeres inmigrantes lo reconocen y lo valoran. Aunque es claro que la distancia persiste y el fin último de estos profesionales continúa a ser que las pacientes se adapten a las prácticas y cuidados de salud portugueses.

Así, este comportamiento, a pesar de incorporar algunos cambios (como ser el pedido de mediadores interculturales y/o cursos de “competencia cultural”), la lógica imperante es la asimilación de estos pacientes con prácticas de salud “diferentes” a un sistema de salud universal y basado en un modelo biomédico. Es decir, la atención diferencial del inmigrante, tendría que ser siempre funcional al sistema, así el paciente inmigrante pasaría a estar incluido dentro del sistema y sus necesidades “culturales” serían de alguna forma adaptadas dentro de los cuidados de salud.

Se trata en términos generales de un posicionamiento que permite una inclusión pero limitada, es decir los profesionales que asumen esta postura tienen un discurso correcto en términos de respeto a la diversidad, buscan alternativas y se interesan por mejorar el acceso y la calidad de la salud, son competentes y conscientes de los desafíos que enfrentan, pero se encuentran en parte también condicionados por su posición en el sistema de salud.

Las acciones llevadas a cabo por estos profesionales tienden a “emparchar” situaciones, solucionar problemas inmediatos, sin desarrollar estrategias a largo plazo para estos problemas. La mayoría de estrategias analizadas anteriormente parten de profesionales que asumen esta postura. Su capacidad de acción es muy limitada dentro del servicio donde se encuentran y su desempeño acaba por estar condicionado por el propio servicio de salud. No existe una continuidad en este tipo de prácticas y muchas de las medidas tomadas para asegurar un mejor acceso y una mejor calidad, acaban cuando el profesional sale del servicio.

En la mayoría de los profesionales de salud entrevistados observamos este tipo de posicionamiento, con actitudes abiertas al otro, se interesan en entender sus necesidades y ajustarse a ellas, sin embargo la interpretación de las prácticas de salud de las mujeres inmigrantes, es realizada muchas veces desde una única concepción de salud. Así se hace más difícil el diálogo entre ambas partes.

ACTITUDES DE RECONOCIMIENTO

El tercer posicionamiento, lo constituyen actitudes de reconocimiento, que buscan, no solo entender las prácticas y referenciales de salud del otro, sino también incorporar el conocimiento y las tradiciones de las mujeres inmigrantes, en las prácticas de salud.

Se trata de actitudes más abiertas que generan no únicamente acercamientos con las mujeres inmigrantes, sino también aprendizajes. Estos aprendizajes implican una valorización del referencial de salud de las mujeres inmigrantes, incluyendo prácticas y tradiciones de salud diversas. Para ello es importante poder controlar y reconocer el etnocentrismo en la valoración de la diversidad, no únicamente respetar la diferencia, sino entenderla en su relación y construcción, evitando esencializaciones.

Se trata de medidas que pretenden incorporar estos saberes en la práctica cotidiana. Así, se pretenden incluir al paciente como sujeto activo, no únicamente como portador de diversidad, sino como generador de la misma: el profesional de salud funciona como puente, es el nexo entre ambos saberes y una vez conocidas las prácticas y necesidades de salud del paciente, estas son incorporadas, pudiendo servir como fuentes de mejora para los cuidados de salud. Existe en este posicionamiento un respeto y aprendizaje mutuo y continuo, el paciente ya no es un mero receptor de cuidados de salud, sino un agente incorporado desde su diversidad.

En estas actitudes se destacan el compromiso y la sensibilidad y se trabaja la salud desde su concepción global y de bienestar.

11.4.1. Principales factores que influyen los posicionamientos descritos

Como resultado de esta investigación, identificamos algunos aspectos que influyen los posicionamientos orientando las actitudes de los profesionales de salud. Mencionaremos a continuación algunos de ellos: por un lado encontramos las condiciones de trabajo, la autonomía de acción dentro del servicio, los contextos de trabajo, la flexibilidad del sistema y la articulación de los equipos. Y por otro lado aspectos vinculados a las competencias individuales y la propia experiencia laboral.

Asimismo las representaciones y valoraciones sociales y culturales, juegan un papel importante en las posturas que los profesionales adoptan.

Las condiciones de trabajo son un factor que afecta el desempeño profesional, en un contexto de crisis económica y también de reestructuración de las unidades de salud y las condiciones de trabajo en la salud se precarizan. La inestabilidad laboral, resultante de contratos de trabajo

precarios y tercerización de servicios en especial en relación a los enfermeros, genera fuertes dificultades a la hora de un desempeño profesional adecuado, es decir las personas, a pesar de su compromiso con el trabajo, están más preocupadas por encontrar una estabilidad laboral. La escasez de recursos, humanos y materiales, el tiempo máximo de las consultas, el número de pacientes por día, y la suspensión de algunos contratos afectan negativamente la prestación del servicio a todos los pacientes, siendo en el caso de las embarazadas bastante notorio.

“As equipas no Centro de saúde são enormemente instáveis e não conseguem fazer um correto seguimento da população que atendem” (Enfermeira, Lisboa)

Los enfermeros que son contratados por empresas no responden con el mismo compromiso y dedicación del resto, porque están más preocupados en encontrar una estabilidad laboral, antes que en realizar un buen desempeño profesional.

“A equipa antes tinha mais elementos, entretanto foram saindo, houve redução. Agora temos uma equipa muito instável :no quadro somos só quatro, temos um colega em mobilidade e três colegas contratadas por empresas, que são outsourcing.” (Enfermeira, Seixal)

Las condiciones de trabajo inestable afectan el desempeño de los profesionales de salud, siendo consideradas una fuerte condicionante a la hora de la prestación de los cuidados.

La capacidad de autonomía de acción también está relacionada con la posición del profesional dentro del servicio, existen casos donde, los profesionales tienen mayor autonomía para decidir y otros no. Por ejemplo es el caso de los proyectos de intervención en la comunidad, de las UCC, tanto en el caso de Oeiras como Seixal, los equipos son compuestos únicamente por enfermeros que trabajan de forma independiente y articulan con otros servicios cuando resulta necesario. Se trata de equipos pequeños y estables que trabajan de forma relativamente autónoma.

Otro aspecto que afecta la autonomía de actuación refiere a la relación interna entre diferentes profesionales dentro de un mismo servicio. Si bien nuestra investigación no profundizó este aspecto, se observaron algunas situaciones respecto de la relación con los asistentes sociales. Los asistentes sociales son profesionales que tienen una posición privilegiada dentro de los

servicios de salud ya que son el puente con otras instituciones, colaboran en la obtención de las exenciones necesarias, tratan de los asuntos de estatuto legal, conducen las pacientes hacia otros apoyos, son el nexo con el SEF, la CPCJ, las SCML, las asociaciones que se encuentran en el terreno. Es decir, son agentes privilegiados para detectar necesidades que traspasan la salud y situaciones de exclusión, así como también son claves en la identificación de soluciones para estas necesidades.

En relación a los contextos de actuación, destacamos los profesionales de salud que trabajan en ambiente comunitario, en proximidad con la población que atienden. Los profesionales vinculados a la salud comunitaria, tienden a ser más sensibles a la realidad social de las mujeres inmigrantes, buscando soluciones que pasan muchas veces por esfuerzos de carácter personal. Estos profesionales tienen un importante conocimiento acumulado sobre las poblaciones que atienden construido a lo largo de años de servicio, se trata de enfermeras de salud materna que atienden simultáneamente a las madres, a las hijas y hasta las nietas de una misma familia. Estos profesionales conocen la realidad social y económica de las inmigrantes, pero también su realidad afectiva y emocional tanto de las mujeres como de sus familias, conocen sus procesos migratorios, sus hábitos y prácticas de salud. Tienen mayor sensibilidad a la hora de intervenir en la comunidad y son considerados referentes para esa comunidad. Además el contexto de los cuidados primarios se presta más para este tipo de intervención que implica también continuidad, conocer a los pacientes, promoción y educación muy diferente a la lógica que impera en un contexto de hospital, por ejemplo, como relata una entrevistada.

“Ao trabalhar aqui (no Centro de saúde), no início das minhas funções, eu tive que estudar aquela parte de desenvolvimento, de promoção, que nós não damos muito valor quando é o internamento urgência hospitalar. Não trabalhamos essa área. Aqui tive que me dedicar mais a essa área, pronto. Ao dedicar-me mais a essa área, portanto, tive que investir mais na educação: nos cuidados parentais, a promoção, educação, o relacionamento.” (Enfermeira, Lurdes, Lisboa)

Otro aspecto relevante refiere al propio sistema, a la flexibilidad del mismo versus su rigidez. En este caso se nota una gran diferencia entre el contexto de hospital y el los cuidados de salud primaria. La mayoría de los profesionales de salud entrevistados pertenecen a los cuidados de salud primaria, trabajan dentro de los antiguos centros de salud, actuales USF, UCC, UCSP. En términos generales y comparando con los profesionales de los hospitales tienen mayor autonomía y capacidad de organizar su forma de trabajar. Las unidades son más

pequeñas, existe menos burocracia, a pesar de que la que existe ser bastante compleja, existe más coordinación entre las diferentes unidades. En los cuidados de atención primaria (centros de salud) los profesionales tienen mayor contacto con los pacientes y una mayor continuidad, esto influye en su prestación de cuidados.

“Já estamos mais habituadas, já passou um tempo e conseguimos estabelecer uma relação terapêutica com eles. Pesamos os bebés semanalmente, criamos uma continuidade. Normalmente aceitam o que nós dizemos. Eles já nos conhecem mais.” (Enfermeira, Amadora)

A pesar de esto existen algunas dificultades, dentro del propio sistema, entre las enfermeras y los médicos y entre las enfermeras de los diferentes servicios y/o entre las enfermeras y las asistentes sociales. Estas situaciones también condicionan la prestación cuidados de salud.

La capacidad de articulación entre los equipos dentro de un centro de salud influye también en la prestación de servicios de salud de calidad. Algunos profesionales asumen esta forma de trabajar en articulación como una importante componente de su trabajo, tienen excelentes relaciones dentro de la unidad y se comunican siempre que es necesario con otros servicios. Muestran una postura abierta e inclusiva, a pesar de las restricciones y complicaciones actuales derivados de la reforma. Lo importante, señalan es que cuando llega un “caso” por primera vez a los servicios, lo que sucede normalmente a través de la vacunación, sea derivado inmediatamente a otros servicios y estos servicios deben estar disponibles para responder de inmediato. De lo contrario, se pierde la oportunidad y esto en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad es vital, según relatan los profesionales de salud.

“Nós, as enfermeiras, devemos mudar de atitude, mesmo na entrada ao serviço, porque se mandam um adolescente embora e dizem para vir amanhã porque agora não há lugar, ele nunca mais volta e se está a perder a oportunidade de ajudar alguém que realmente precisa. Sabemos que não é fácil para um adolescente chegar até nós.” (Enfermeira, Oeiras)

La articulación interna y externa, la autonomía y la flexibilidad del sistema son consideradas importantes estrategias de los profesionales de salud en la atención a madres inmigrantes facilitando el acceso, a través de diversas respuestas que ya fueron mencionadas (marcar

consulta directamente, llamar para recordar la cita, reencaminar hacia asociaciones de apoyo, facilitar la entrega de medicamentos, entre otras).

Respecto a las competencias individuales y a la experiencia de trabajo también estos aspectos influyen en las respuestas de los profesionales frente a la realidad de las mujeres inmigrantes. Dentro de las competencias individuales, destacamos el compromiso y la sensibilidad como un factor de importante impacto en la prestación de cuidados de salud adecuados a las necesidades de las mujeres inmigrantes. Existen diferencias entre los profesionales de salud en relación a la sensibilidad en la atención a mujeres inmigrantes. Los profesionales de salud con actitudes más sensibles hacia la diversidad, suelen adoptar una visión global de la salud, donde se privilegia el bienestar y donde los determinantes sociales de la salud son considerados factores relevantes.

Estos profesionales tienden a prestar cuidados de salud de acuerdo a las diferentes necesidades de los pacientes asumiendo una postura de respeto hacia las identidades culturales y hacia las prácticas de salud no convencionales. Asumen una posición más comprometida para con el paciente, ya sea en la prestación de cuidados de salud “singulares” que se adaptan a las necesidades reales, ya sea en el reconocimiento de valores y concepciones de salud diferentes. La visión de la salud de forma integral caracteriza estas actitudes.

También, la experiencia de trabajo, se torna relevante cuando se trata de profesionales que han trabajado en contextos de inmigración, sobretodo profesionales de salud comunitaria. Algunos de estos profesionales, conocen bien las condiciones de vida de estas mujeres, de sus familias, conocen sus trayectorias de salud, las de sus madres, son profesionales con muchos años de experiencia, tienen un importante *know-how* construido a lo largo de años de atendimento, conocen su realidad social y económica, pero también la realidad afectiva y emocional de las mujeres y de sus familias. En general están preparados para buscar soluciones, que pasan a veces por esfuerzos de carácter personal, tienen la sensibilidad necesaria para detectar situaciones problemáticas, saben cómo reaccionar frente a las dificultades y tienen acceso a los recursos necesarios para hacerlo.

Algunos de los aspectos mencionados, dependen más de factores estructurales, que condicionan el trabajo de los profesionales, otros dependen más de factores personales, de la propia actitud del profesional frente a las dificultades y de sus competencias individuales. Ambas se encuentran relacionadas, la adaptación de un servicio a las necesidades de los inmigrantes, además de la voluntad del profesional, dependerá de la elasticidad que este sistema permita. La articulación del trabajo en equipo dependerá también del espacio potencial que exista para desarrollar ese tipo de trabajo.

Por último, en términos metodológicos, son necesarias dos aclaraciones. Como mencionamos, la definición de estos posicionamientos se basa en los discursos de los profesionales de salud, en las entrevistas realizadas y en los relatos informales mantuvimos a lo largo del trabajo de campo. Resulta importante aclarar que algunos de estos discursos son bastante contradictorios, presentando en el mismo relato, actitudes de mayor inclusión y reconocimiento sobre algunos aspectos y simultáneamente actitudes más cerradas en otros, dónde claramente se privilegia una postura menos inclusiva.

La segunda aclaración se refiere a la composición de la muestra, somos conscientes que los profesionales que se mostraron disponibles para participar de esta investigación, son aquellos más interesados y comprometidos con los objetivos de este trabajo que presentan mayor sensibilidad hacia las investigaciones de carácter cualitativo y hacia la problemática de la inmigración y la inclusión de los inmigrantes. Así, en términos metodológicos es muy probable que exista un sesgo entre los profesionales de salud entrevistados, lo que implicaría que existe una proporción sobre-representada de los últimos dos posicionamientos en nuestras entrevistas.

11.5. Discusión de resultados

La identificación de algunas de estas estrategias utilizadas tanto por las mujeres inmigrantes como por los profesionales de salud para superar las barreras y facilitar el acceso constituye importantes pistas en la promoción de una salud más equitativa e inclusiva. Durante la investigación se observan algunos aspectos que hacen la diferencia en la promoción de una salud equitativa y en un acceso más inclusivo.

Las estrategias utilizadas por las mujeres dependen de la disponibilidad y capacidad de utilizar los diferentes tipos de recursos.

La tendencia general es que las mujeres con mayores capitales tienen mayor capacidad de respuesta frente a situaciones negativas. En este sentido, el mayor acceso a redes de apoyo familiar y asociativo permite desarrollar mayor potencial de actitudes pro-activas frente a las dificultades. Adicionalmente estas mujeres pueden convertirse en repetidoras y generadoras de este tipo de actitudes, pasando su experiencia a otras mujeres y dentro de la comunidad. Así, el fortalecimiento del capital social de las mujeres inmigrantes, a través de acciones específicas vinculadas a la promoción de una salud equitativa e inclusiva, puede ser una vía de empoderamiento, tanto para las propias mujeres como para sus familias y comunidades. Las asociaciones que trabajan a nivel local son agentes privilegiados en este compromiso de fortalecimiento y empoderamiento, pudiendo ayudar a superar las dificultades. Si bien, como mencionado anteriormente, se debe tener especial atención para no caer en los discursos disciplinadores que algunas asociaciones promulgan.

Dentro de los factores que influyen el desarrollo de estas estrategias, encontramos también la experiencia previa en salud, la edad, la situación familiar, los factores de vulnerabilidad y el estatuto legal.

La disponibilidad y accesibilidad de las redes sociales también puede constituirse en una fuente de empoderamiento, no únicamente para las mujeres, sino también para sus familias y comunidades. En este caso, la promoción de la salud en contexto comunitario, puede utilizar estas redes ya constituidas, para la salud preventiva, como ya ha sido realizado en algunos barrios. En este sentido, el contexto comunitario y la convocatoria de las asociaciones es fundamental como complemento del SNS. Una promoción de la salud desde la comunidad es un complemento necesario y adecuado del SNS, ya que cumple las funciones que el propio

servicio de salud pública no logra cumplir, funciona como complemento del mismo. De todas formas, el trabajo comunitario no puede sustituir los servicios del SNS, pero si los complementa y es en este sentido es necesario, sobretodo cuando las condiciones se precarizan y aumentan las dificultades. Como ha venido a suceder, a medida que el acceso a los cuidados de salud se va restringiendo, la población beneficiaria de las asociaciones va creciendo. Esto es un fuerte indicador de que las necesidades continúan y aumentan con la crisis y que las respuestas que no se encuentran dentro del SNS son procuradas en otros sitios.

Por otro lado, también es necesario que el trabajo entre las asociaciones y las unidades de salud se construya en un diálogo abierto y crítico, capaz de cuestionar los discursos humanitarios tradicionales, basados en una vertiente demasiado asistencialistas que estamos tan habituados a escuchar. Resulta importante de-construir estos discursos para llegar a un encuentro entre iguales, sin moralismos excesivos, ni discursos *disciplinadores*, pero sabemos que se trata de un trabajo difícil y desafiante.

Relativamente a las estrategias adoptadas por los profesionales de salud analizadas en esta investigación, detectamos que las mismas constituyen importantes facilitadores de acceso a la salud. Los profesionales de salud utilizan las mismas no solo para facilitar el acceso, sino para mejorar la calidad de los cuidados. Importa resaltar que en general se trata de estrategias de carácter individual que responden a trayectorias personales, voluntades y competencias de cada profesional de la salud, a pesar de que algunas responden a medidas institucionales, como es el caso de las unidades móviles y las visitas domiciliarias. A pesar de que estas últimas pueden ser consideradas de mediano plazo, la mayoría son mediadas de alcance limitado, de corto plazo y sujetas a voluntades individuales.

Las estrategias más utilizadas por los profesionales de salud se resumen en medidas concretas de adaptar el sistema, es decir intentar contornar el mismo, para satisfacer las necesidades de las mujeres inmigrantes (extender horarios, consultas dos en uno, dejar vagas libres, etc.); estrategias más vinculadas a las competencias individuales de sensibilidad para entender las necesidades y encontrar soluciones alternativas (utilizar traductores, mediadores, adaptar las recomendaciones y tratamientos) y estrategias de articulación y trabajo en red interna y externamente, basadas en la colaboración y proximidad.

Con respecto al trabajo en red, en el ámbito de la salud materna e infantil, existe una amplia red de trabajo ya consolidado a nivel comunitario. Las estrategias basadas en el trabajo de articulación y colaboración mutua con la comunidad pueden ser consideradas de mediano

plazo. Estas respuestas, a su vez, tienen dos características fundamentales que es importante destacar: por un lado, se basan en una visión pública de la salud, en el sentido que solo mejorando las condiciones sociales y económicas de la población se puede aspirar a una mejora de los problemas de salud pública, conteniendo un fuerte componente política; y por otro lado adoptan una visión colectiva de la salud, es decir que basan su intervención a nivel local en permanente relación con otras entidades que trabajan en los barrios, se retroalimentan del trabajo comunitario.

Por otro lado, identificamos también en los profesionales de salud estrategias basadas en la sensibilidad y en el compromiso, que si bien buscan superar las barreras de acceso, se centran mayoritariamente en la calidad de la atención y en mejorar el servicio, en conocer y comprender las necesidades “diferentes” de esta población y en adaptarse a las mismas.

Las estrategias utilizadas por los profesionales de salud, tienen un impacto inmediato positivo, pero no resuelven el problema global y dependen fuertemente del sistema vigente, si cambia el sistema, pueden perder eficacia o dejar de ser utilizadas. Adicionalmente, la rotación actual de los profesionales de salud junto con las condiciones precarizadas de trabajo agravan aún más esta situación.

Analizando las estrategias utilizadas por los profesionales de salud, se nos plantean las siguientes cuestiones: son estas estrategias interdependientes entre si? Son secuenciales, progresivas, consecutivas? Si bien esta investigación no profundiza este aspecto, podemos indicar algunas pistas sobre el asunto.

Pueden serlo o no, por un lado resolver rápidamente una atención a una inmigrante embarazada no necesariamente dice respecto de la sensibilidad y empatía del profesional. Un grado de empatía con la situación del otro, que derive en una atención más sensible, no necesariamente implica un compromiso mayor. Un trabajo en articulación con la comunidad no necesariamente implica una sensibilidad mayor, sino que puede deberse únicamente a una necesidad instrumental para llegar a esa población.

Ahora bien, por otro lado, si es verdad que estas situaciones tienden a replicarse. Es decir, un profesional que adapta el sistema utilizando estrategias para facilitar el acceso a una inmigrante es -probable que también sea un profesional sensible y es muy probable que sea un profesional que trabaja en colaboración. Así también es altamente probable que los profesionales de salud comunitaria, habituados a trabajar en el terreno, se tornen más

sensibles frente a las dificultades que observan y desarrollen estrategias que facilitan el acceso. (Si bien esto es discutible, en el sentido que también son los que tienen las respuestas más estandarizadas).

Si bien las estrategias analizadas tienen impacto positivo, tanto en el acceso como en la calidad de los cuidados de salud, su mayor debilidad recae en el carácter discrecional y en su reducido alcance. Es decir, en términos generales y no considerando las respuestas institucionales, se trata de medidas puntuales para resolver asuntos que necesariamente deben tener otro tipo de soluciones. Siendo que estas intervenciones deben ser contempladas a otro nivel. Si bien, podemos detectar una fuerte necesidad de transformar estas acciones individuales particulares en esfuerzos colectivos, expandir su alcance a la mayor cantidad de personas posibles y mejorar su desempeño adaptándolas a los diferentes contextos, no resulta fácil. Esto incluye también voluntades políticas que aseguren su continuidad.

Con respecto a los posicionamientos analizados, las diferentes actitudes de los profesionales de salud frente a las mujeres inmigrantes, generan diversos escenarios que van desde imposiciones directas hasta actitudes de reconocimiento. Así, la relación entre los profesionales de salud y las pacientes inmigrantes está marcada por tensiones y acercamientos que abarcan dimensiones culturales, pero también sociales. Sin embargo, las diferencias culturales son señaladas como la mayor fuente de desigualdad a la hora de la prestación de cuidados de salud a mujeres inmigrantes. El hecho de pensar primero en términos de diferencias culturales, dificulta el acercamiento por parte del profesional, aumentando el riesgo de naturalizar prácticas de salud y asociarlas a representaciones culturales de forma acrítica. No queremos decir con esto que los profesionales de salud desconozcan la realidad social de estas mujeres, sino que no necesariamente asocian sus prácticas de salud a ésta, sino que predomina la explicación cultural. Los posicionamientos de los profesionales de salud frente a los desafíos de una atención singular varían de acuerdo a diferentes causas, entre las cuáles se destacan las condiciones de trabajo, los contextos de actuación, la flexibilidad y permeabilidad del sistema. Así como aspectos más personales relacionados con las competencias individuales y relacionales de los profesionales, con su grado de autonomía, su experiencia de trabajo en contexto de inmigración y los años en el servicio.

A nivel de la relación médica, entre médico y paciente es necesario y recomendable, en particular en la salud materna e infantil, encontrar un espacio de convergencia entre los profesionales de salud y las mujeres inmigrantes, donde exista una apertura y un

reconocimiento que se transforme en una incorporación de saberes y donde las experiencias y prácticas de salud sean puestas sobre la mesa en pie de igualdad para poder entender y aprender de las diferencias.

Una mejora de la calidad de la salud materna e infantil, depende de responsabilidades compartidas (entre mujeres, profesionales de salud y actores de la comunidad), pero la responsabilidad mayor recae sobre el servicio nacional de salud.

Lamentablemente, las condiciones de los profesionales de salud se han visto agravadas como consecuencia directa de la crisis económica y de la última reforma del Servicio Nacional de Salud. La crisis que afecta a Portugal desde el año 2009 tuvo un fuerte impacto en el sector de la salud pública, generando un importante retroceso a nivel de equidad e inclusión. Las medidas de austeridad relativas a la reducción de costos, implicaron la tercerización de los servicios esenciales, la congelación de salarios, la suspensión de nuevas contrataciones de profesionales de salud, la reducción de personal no sanitario y la escasez de materiales entre otras medidas recientes. Todo esto sumado a las consecuencias de la reforma del SNS en lo que respecta a la reestructuración de los servicios de salud, provoca en los profesionales de salud, situaciones de inestabilidad y esfuerzos de adaptación que afectan su desempeño profesional, siendo los grupos más vulnerables los más afectados, entre ellos, las mujeres inmigrantes. La situación actual se refleja en peores indicadores de salud y peor acceso tanto a nivel de la población en general como a nivel de la población inmigrante, como refieren varios de los estudios mencionados.

Por otro lado el agravamiento de las condiciones socio-económicas en general que afecta a toda la población, puede generar una agudización de la discriminación y un resurgimiento de la identidad nacional como estrategia frente al “extranjero” conformando un escenario bastante más fragmentado y fragilizado, donde los inmigrantes pueden constituirse en los principales depositarios de sentimientos de exclusión y rechazo en comparación con la población nacional de iguales condiciones. Este resurgimiento de la identidad nacional es transversal a la sociedad y afecta también las actitudes de los profesionales de salud.

La identificación de las estrategias utilizadas tanto por mujeres inmigrantes como por profesionales de salud, ayuda a encontrar posibles caminos y recursos necesarios para mejorar el servicio de salud materna e infantil, pudiendo contribuir para el diseño y la planificación de programas de promoción y educación de salud materna más efectivos. Comprender cómo responden las mujeres inmigrantes a las dificultades en el acceso y la utilización de los

cuidados de salud, es también fundamental para distinguir las fallas y vacíos existentes en las políticas de salud.

La práctica cotidiana tanto de los beneficiarios de los servicios de salud como de los gestores de los mismos, sirve a este propósito en el sentido de identificar problemas y dificultades que de otra forma pasarían inadvertidos.

CONCLUSIONES

La creciente feminización de la migración levanta nuevas cuestiones en materia de políticas de integración, incluyendo una profunda revisión de las mismas en perspectiva de género. Asimismo, en materia de salud, la feminización de la inmigración coloca también nuevos desafíos para las políticas públicas, tanto en la adaptación de los servicios de salud a diversas necesidades, como en la formulación de un sistema de salud más inclusivo y ciudadano.

Las conclusiones de esta investigación tienen un carácter predominantemente empírico y son presentadas siguiendo la estructura de la tesis, divididas en dos temas centrales de análisis, las barreras de acceso a la salud y las estrategias para superar dichas barreras, tanto desde la perspectiva de las mujeres inmigrantes, como de los profesionales de salud.

Precisamente, uno de los aportes importantes de esta tesis resulta de la combinación de ambas perspectivas en el análisis del acceso a la salud. Durante el transcurso de la investigación pretendimos conjugar la perspectiva de las mujeres inmigrantes y la perspectiva de los profesionales de salud, intentando un diálogo analítico, difícil, pero productivo que contribuyó a enriquecer y ampliar los resultados obtenidos, así como a una comprensión más completa del fenómeno del acceso a la salud. Así, esta lectura cruzada de ambos enfoques, permitió poner en evidencia actitudes y comportamientos que de otra forma hubieran pasado inadvertidos. En los relatos de los profesionales de salud se identifican actitudes conscientes o inconscientes de un trato diferencial respecto a la atención a mujeres inmigrantes. Las mismas no son verbalizadas, ni asumidas en su carácter de “atención desigual”, pero surgen como tal en el análisis. Las actitudes de los profesionales de salud frente a la atención a mujeres inmigrantes transitan desde una atención igualitaria, sin reconocer la existencia de necesidades diferentes, hasta una atención singular, reconociendo una mayor vulnerabilidad en este grupo. En el primer caso, se anula la diversidad cultural y social, así como la trayectoria migratoria como importante determinante social de la salud y en el segundo caso se enfatiza una asociación tácita entre inmigración y vulnerabilidad, basada generalmente en preconceptos y representaciones sociales sobre estas mujeres inmigrantes, resaltando, por sobre otros aspectos, la imagen de vulnerabilidad.

Estos comportamientos se encuentran sustentados por dos lógicas distintas, que transitan entre un discurso claramente universalista, caracterizado por la atención igualitaria a todas las mujeres y un discurso particularista, de carácter predominantemente asistencialista con una

atención centrada en la vulnerabilidad. Este tipo de valoraciones sobre aspectos vinculados a la vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes genera actitudes demasiado caritativas y paternalistas que llegan incluso hasta el extremo de “infantilizar” a las mismas.

Es interesante observar, como a pesar de que la mayoría de los relatos de los profesionales de salud se centran en la prestación de un tratamiento igualitario, reconocen las diferentes necesidades de salud de las mujeres inmigrantes. Es decir, en este sentido los propios discursos muestran alguna inconsistencia, por un lado se refieren a un tratamiento igualitario, que en realidad no siempre se concretiza, porque esta “población” exige mayor atención y mayores cuidados debido a su condición de inmigrante.

Estos resultados presentados se verían atenuados, si el análisis únicamente incluyera la perspectiva de las mujeres ya que en términos generales en la mayoría de los relatos de las mujeres entrevistadas, no se señalan, diferencias en la atención recibida por parte de los profesionales de salud. El hecho de que las mujeres no las identifiquen, no significa que estas prácticas no existan – que de hecho existen – y aunque sean inconscientes, ejercen un impacto negativo directamente a nivel de la atención e indirectamente en la reproducción de comportamientos estereotipados.

La relación entre los profesionales de salud y las mujeres inmigrantes es también una relación social, no pudiendo ser comprendida ni analizada fuera del contexto donde se ejerce y genera. Conocer y comprender esta relación, implica también analizar los sistemas de valoraciones que la atraviesan y las lógicas que la sustentan y producen. Solo podremos entender socialmente la relación si la de-construimos. Así, siguiendo lo dicho anteriormente, encontramos una relación que se sustenta en por lo menos tres sistemas. Por un lado el sistema patriarcal, en el cual prevalecen los roles de género tradicionales, la mujer madre, cuidadora, responsable de sus hijos. Una relación construida sobre un sistema socio-cultural basado en la jerarquización de las culturas y los saberes, que valoriza el saber médico por encima de los saberes populares. Y, una relación arraigada en un sistema histórico-político poscolonial, donde emergen construcciones sociales imaginarias basadas en la relación de dominación imperio-colonia, en las cuales prevalece una visión etnocéntrica de la cultura.

Así, las prácticas de salud de las mujeres inmigrantes son interpretadas bajo esta matriz y son vinculadas a explicaciones culturales, entendidas como prácticas diferentes en dos sentidos, en el sentido que no se encuadran en las prácticas hegemónicas e institucionalizadas dentro de los cuidados de salud del modelo biomédico occidental y en el sentido de pertenecer a “otra

cultura” en cuanto alteridad, es decir que pertenecen a la construcción del otro en una relación jerárquica, donde se desvaloriza esa otra cultura frente a la cultura dominante.

Consideramos que en la relación entre los profesionales de salud y las mujeres inmigrantes existe un trato desigual que a pesar de no ser percibido como tal, no deja de ser perjudicial y discriminatorio, pudiendo afectar la construcción de una ciudadanía de salud efectiva.

Las barreras socio-económicas versus las barreras culturales

Las barreras de acceso a la salud, surgidas en la investigación identificadas tanto por profesionales de salud como por mujeres inmigrantes son clasificadas para su análisis de acuerdo a su naturaleza en: barreras institucionales, barreras socioeconómicas, barreras de funcionamiento y organización de los servicios y en barreras culturales.

Las mujeres inmigrantes entrevistadas señalan como las barreras de acceso más importantes aquellas relacionadas con los aspectos de carácter socioeconómico y de funcionamiento de los servicios de salud, reforzando la importancia de los determinantes sociales de salud. Las principales dificultades se relacionan con el tiempo de espera en las consultas, el aumento de los costos de salud, la burocracia, la falta de información y la falta de sensibilidad. Si bien este último aspecto se encuentra fuertemente influenciado por el contexto de salud de origen de la mujer y no es generalizable a todas las entrevistas.

Dentro de los aspectos socioeconómicos, la precariedad de la relación laboral de algunas de estas mujeres afecta también su acceso a la salud, en el sentido de condicionar su disponibilidad de tiempo y también su acceso a beneficios sociales, en el caso de maternidad, lo que refuerza nuevamente la influencia de los determinantes sociales de salud.

Algunas de estas barreras son transversales a toda la población, como es el caso del aumento de los costos directos de salud y la complejidad de funcionamiento de los diferentes servicios dentro del SNS. Sin embargo, en el caso de las mujeres inmigrantes, debido a sus condiciones sociales el impacto suele ser mayor.

Las barreras de acceso a la salud identificadas son interdependientes entre sí y actúan de forma acumulativa, lo que complejiza y aumenta su impacto.

Como agravantes de estas barreras, en el caso de las mujeres más jóvenes, la etnografía utilizada en la investigación permitió revelar algunos factores que influyen y restringen aún más el acceso a la salud. Estos aspectos surgen como resultado de un trabajo más intensivo y continuado con las jóvenes, revelándose importantes en las madres más jóvenes. En particular, se relacionan con la falta de redes sociales, la soledad y las situaciones de violencia. Si bien estas situaciones no fueron analizadas en profundidad en esta investigación, quisiera llamar la atención para la importancia de incorporar estos aspectos como condicionantes del acceso a los cuidados de salud materno de las madres más jóvenes.

Mientras que las mujeres inmigrantes identifican mayores dificultades de carácter socioeconómico y de funcionamiento de los servicios de salud, los profesionales de salud identifican mayores barreras culturales. Si bien también destacan dificultades de funcionamiento relacionadas con la organización interna de los servicios, en especial como consecuencia de la última reforma de los cuidados de salud primarios; las barreras que más dificultan la atención sanitaria a mujeres inmigrantes responden, según los mismos, a aspectos culturales. En particular son mencionadas por los profesionales de salud: las dificultades de comunicación, la falta de conocimiento sobre las diferentes culturas y las prácticas de salud “culturalmente” diferentes. Precisamente estas prácticas de salud diferentes son asociadas a la “cultura” de la mujer inmigrante, reafirmadas y sustentadas por los estereotipos, las representaciones y sentidos sociales existentes en la sociedad. Estas representaciones sociales basadas en los sistemas de valoraciones predominantes dificultan la relación de salud, influyendo de forma negativa a través de una categorización de las mujeres inmigrantes que asocia prácticas de salud a comunidades particulares.

Por otro lado, los profesionales de salud señalan también dificultades derivadas de la organización de los servicios de salud, destacando: el tiempo reducido de consulta, la informatización de todo el sistema que es poco flexible e impide incluir excepciones, la poca articulación entre los diferentes equipos de trabajo de una misma unidad de salud, y recientemente como consecuencia de las restricciones aplicadas al sector de la salud, la escasez de los recursos tanto humanos como materiales, la disminución de las contrataciones de personal, la reducción de algunas intervenciones a nivel comunitario, como las visitas domiciliarias y la disminución de la frecuencia de las unidades móviles de salud.

Respecto a los aspectos socioeconómicos, las condiciones de trabajo y vivienda y la frecuente movilidad residencial de los inmigrantes son apuntadas por los profesionales de salud también

como condicionantes del acceso a la salud. Estos factores de índole socio-económico son transversales a toda la población de similares condiciones, con excepción de la movilidad residencial que afecta más a los inmigrantes.

Coincidiendo con la literatura nacional y europea al respecto de las migraciones y la salud, también en esta investigación se señalan a las mujeres inmigrantes recientemente llegadas y a las inmigrantes en situación irregular como grupos especialmente vulnerables en términos de acceso a la salud. El estatuto legal, afecta el acceso a los servicios de salud, debido a la falta de información sobre la legislación en Portugal, pero también debido a la desconfianza y al miedo a ser denunciada por los servicios.

Estrategias para un acceso a la salud más equitativo e inclusivo

Otra temática central de análisis de esta tesis, corresponde a las respuestas y estrategias utilizadas tanto por las mujeres inmigrantes, como por los profesionales de salud para mejorar el acceso a la salud y superar las barreras identificadas. En relación a este aspecto, se observa en las mujeres inmigrantes la utilización de diferentes tipos de recursos, concentrados especialmente en el uso de las redes familiares, de amistad y de cercanía. Además de estas redes de apoyo, las características personales y el contexto de residencia influyen en las respuestas que las mujeres inmigrantes utilizan para superar las dificultades en el acceso a los cuidados de salud. En el desarrollo de estas estrategias, influyen en particular los años de estadía en Portugal, la situación familiar, la edad y el estatuto legal.

En base a la utilización de estos recursos y a los factores que influyen en los mismos, fue posible identificar dos tipos de perfiles, entre los cuales transitan las actitudes de las mujeres frente a las dificultades de acceso a la salud. En un extremo encontramos un perfil caracterizado por actitudes más pasivas y de una cierta aceptación y en el otro extremo un perfil caracterizado por respuestas de mayor confrontación y actitudes de resistencia y denuncia.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud también se observan diversas estrategias utilizadas como respuestas para superar las barreras de acceso a los cuidados de salud de las mujeres inmigrantes. La mayoría de las mismas se centra en adaptar el funcionamiento del SNS a las necesidades de las mujeres inmigrantes y en el trabajo en articulación con asociaciones y entidades de la sociedad civil. Las respuestas de los profesionales de salud

pretenden por un lado facilitar el acceso a través de medidas concretas y simultáneamente mejorar la prestación de cuidados de salud a través de una atención focalizada en las diferentes necesidades. Las estrategias más frecuentes buscan precisamente adaptarse a las necesidades a través de medidas como la utilización de tiempo extra, la realización de consultas dobles, el pasar recetas y análisis a mano, el dejar lugares vacantes para consultas en horarios convenientes, así como también el recurso a la traducción, sea a través de familiares, como funcionarios del servicios o plataformas electrónicas. Por otro lado los profesionales de salud recurren frecuentemente al trabajo en articulación con otras entidades, asociaciones, servicios, dentro y fuera del SNS. El trabajo en red se constituye en una importante estrategia colaborativa para ayudar a satisfacer las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes. La sensibilidad y las competencias interpersonales de los profesionales de salud también influyen positivamente en el desarrollo e implementación de estas medidas facilitadoras.

Sin embargo, si bien estas estrategias son importantes para facilitar el acceso y mejorar la calidad de la atención en salud, se encuentran mayoritariamente sujetas a la buena voluntad y a los esfuerzos personales de los profesionales, sin ser sistematizadas ni respaldadas por el servicio de salud. Por ello se hace indispensable la creación de un marco institucional que las garantice y les otorgue la continuidad necesaria para que no se pierda lo aprendido.

A través del análisis de las estrategias de los profesionales de salud, construimos tres posicionamientos, inspirados en los modelos de integración clásicos utilizados en la literatura sobre migraciones. Estos tres tipos de posicionamientos definen actitudes más o menos inclusivas respecto a la prestación de cuidados de salud a las mujeres inmigrantes, que clasificamos en: actitudes de imposición, actitudes de asimilación y actitudes de reconocimiento.

El primer grupo está compuesto por actitudes de imposición directa, el profesional de salud procede como si la mujer inmigrante fuera igual todas, ignorando sus necesidades particulares y su contexto socio-económico, y no valorizando su concepción de la salud.

El segundo grupo está compuesto por actitudes de asimilación, lo que se traduce en una imposición sutil, es decir el profesional de salud entiende las creencias y concepciones de salud diferente, pero las desvaloriza frente a las prácticas dominantes. Respeta la existencia de otras prácticas pero su intención última es adaptarlas al modelo de salud vigente.

El tercer grupo lo componen actitudes de reconocimiento, que entienden las prácticas diferentes y buscan de alguna forma incorporarlas, la diferencia de este grupo con el anterior, es que no solo se respeta la práctica como diferente, sino que se valora ese “otro” conocimiento, lo que lleva a intentar incluirla o al menos discutirla. En este grupo el paciente es reconocido como sujeto activo sobre su propia salud.

Estos posicionamientos se sustentan en una naturalización y esencialización de la cultura del paciente inmigrante, así como en un reconocimiento del modelo de salud biomédico como matriz única del conocimiento. Asimismo los diferentes posicionamientos demarcan actitudes que van desde la segregación hasta la inclusión, ignorando las diferencias hasta convertirlas en aprendizajes.

Recomendaciones y propuestas de intervención

Como recomendaciones surgidas durante el trabajo de investigación, podemos distinguir algunas intervenciones que se basan en concepciones amplias de salud considerando las desigualdades sociales como importantes determinantes de salud. Las propuestas de competencia cultural de los servicios de salud para adaptar los mismos a las necesidades de los inmigrantes parece ser una respuesta adecuada ya que por un lado intentan reducir las barreras de acceso a la salud, y por otro lado mejorar la relación y el entendimiento entre mujeres inmigrantes y profesionales de la salud, y por ende, mejorar la calidad de la atención. La competencia cultural en complementariedad con las propuestas de mayor literacia en salud y de una salud más ciudadana contribuyen también para mejorar la atención y reducir las distancias, acercando los pacientes a los profesionales de salud.

La conjunción de estas propuestas resulta efectiva porque permite trabajar la salud de los inmigrantes en tres niveles: a nivel institucional, organizacional y relacional. En lo institucional, la salud pública debe basarse en los principios de universalidad, a través de un acceso igualitario y equitativo. A nivel de la organización de los servicios de salud, los recursos de la competencia cultural y la sensibilidad a la diversidad deben estar fácilmente disponibles. Los servicios deben ser flexibles, adaptarse a nuevas realidades y ser colaborativos interna y externamente. A nivel de la relación clínica entre pacientes y profesionales, la literacia en salud y la ciudadanía en salud por parte de los pacientes promueven un mayor entendimiento mutuo y ayudan a evitar falsas interpretaciones.

En la adaptación de los servicios de salud a la diversidad generada por la inmigración, la perspectiva de los profesionales de salud resulta fundamental, ya que pueden convertirse, como vimos, en agentes promotores o inhibidores de cambios. Los profesionales de la salud son los que diariamente se confrontan con las necesidades y dificultades de las mujeres inmigrantes y buscan facilitar y ayudar a través de diferentes estrategias. Es importante que estas prácticas incluyan a los pacientes y no reproduzcan desigualdades a través de caracterizaciones y generalizaciones. Para ello es necesaria que la competencia cultural sea acompañada de mayor literacia en salud y de mayor participación de los pacientes inmigrantes.

La salud también puede ser como vimos, una puerta de entrada para otras problemáticas sociales, como la violencia, la legalización y la falta de apoyos.

La necesidad de más investigación en el campo de la salud y las migraciones en Portugal incorporando los determinantes sociales de salud y las relaciones de género en su análisis es un asunto prioritario, para responder a los desafíos actuales de la creciente feminización de la inmigración.

El acceso a la salud de las mujeres inmigrantes debe ser analizado desde diversos enfoques, incluyendo la perspectiva de las mujeres y de los profesionales de salud para una mejor y más completa comprensión del fenómeno que permita el desarrollo de medidas más adecuadas y con diferentes niveles de actuación.

La crisis económica y su impacto a nivel del acceso a la salud

No podemos dejar de mencionar el impacto de la crisis económica y de las medidas de austeridad adoptadas en el sector de la salud como agravante de las barreras de acceso a los cuidados de salud que ha afectado en mayor medida a las poblaciones en situaciones de mayor vulnerabilidad. La crisis económica y las medidas de austeridad implementadas por el Memorándum de Entendimiento de la TROIKA en los últimos años, afectaron negativamente la situación de la salud pública en el país. La crisis económica tuvo impactos perjudiciales a nivel de los servicios de salud, en la reducción de materiales, en el cierre de extensiones de salud, en la suspensión de contrataciones y a nivel de los usuarios, en el aumento de los costos directos, en las modificaciones de los regímenes de exención y en la disminución de intervenciones de promoción de salud comunitaria. Asimismo, la reciente reforma del sistema

de salud en particular en los cuidados de atención primaria, ha afectado negativamente a las poblaciones más excluidas, en especial a aquellas que no tienen médico de familia. Algunas de las “buenas prácticas” de salud de Portugal, identificadas hace algunos años en el marco de la presidencia europea como ejemplos de una salud inclusiva, han sido descontinuadas, debido a restricciones presupuestales.

Como consecuencia de la crisis económica y la austeridad, se observa en Portugal un retroceso en términos de inclusión y equidad en salud que puede poner en riesgo tanto los derechos adquiridos como los avances que se vienen realizando desde la década de 1990 en materia de mejora de indicadores de salud de toda la población.

La evidencia de esta investigación demuestra también la brecha existente entre la legislación y la práctica, agudizada por la crisis económica y las restricciones en el sector de la salud que amenazan un retroceso en materia de inclusión social en Portugal. A pesar de que el marco jurídico sobre salud tiene un carácter inclusivo si comparando con otros países europeos, en la práctica aún se verifican situaciones de exclusión. Las modificaciones recientes de la ley especialmente en el marco de la crisis, el desconocimiento de los derechos y las situaciones de irregularidad, agudizan aún más esta brecha.

La apuesta hacia un ejercicio de la ciudadanía efectiva y una mayor literacia en salud junto con una mayor competencia cultural desde los servicios de salud contribuirán a reducir las desigualdades de salud, así como las limitaciones de acceso que enfrentan las mujeres inmigrantes.

BIBLIOGRAFIA

ACIDI (2010), Plano Para a Integração dos Imigrantes, Lisboa: ACIDI.

ACIDI (2008), Plano para a Integração dos Imigrantes. Relatório Anual de Execução, Maio 2007-Maio 2008, Lisboa: ACIDI.

Albarello, L. et. al. (1997), *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.

Almeida, J. e Pinto, J. (1995), *A Investigação nas Ciências Sociais*, Lisboa, Ed. Presença.

Almeida, L., & Caldas, J. (2012). Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1(1), 19-36.

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*, 17(8), 1346-1354.

Almeida Lúcia M. & Alejandra Ortiz (2013) “Maternal Healthcare inequities in migrants: the perspective of care providers, *Atención Primaria*, Vol: 45.

Amâncio, Lúcia (2002), “O género na psicologia social em Portugal: perspectivas actuais e desenvolvimentos futuros”, *Ex æquo*, 6, pp. 55-75.

Andrade, Inês Martins (2008), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. ACIDI, IP Lisboa (Tese 21)

Anthias, Floya, & Lazaridis, Gabriella (2000), *Gender and Migration in Southern Europe: Women on the Move*, New York: Berg Publishers.

Anthias, F. (2006). Belongings in a globalising and unequal world: rethinking translocations. *The situated politics of belonging*, 17-31.

Bäckström, Bárbara (2009), *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*, Lisboa: ACIDI.

Bäckström, Bárbara et al. (2009), “Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde”, *Migrações*, n.º 4, Lisboa: ACIDI, pp. 161-189.

Baganha, Maria. I., Ferrão, Jorge., Malheiros, Jorge (coord.) (2002), “Os movimentos migratórios externos e a sua incidência no mercado de trabalho em Portugal”, Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional (Estudos e Análises, 14).

Baganha, Maria (2009), “The Lusophone Migratory System: Patterns and Trends”, *International Migration*, Vol. 47 (3), IOM.

Baganha, Maria (1994), “As correntes emigratórias portuguesas no século XX e o seu impacto na economia nacional”, in *Análise Social*, XXIX, n. 128, pp. 959-980.

Baganha, Maria; Marques, José Carlos; Góis, Pedro (2004), “New migrations, new challenges: immigration from Eastern Europe”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 69, pp. 95-115.

Baganha, Maria; Marques, José Carlos; Góis, Pedro (2009), “Imigrantes em Portugal: uma síntese histórica”, in *Ler História*, n. 56, pp. 123-133.

Baganha, Maria; Peixoto, João (1997), “Trends in the 90’s: the Portuguese migratory experience”, in Baganha, Maria (ed.). *Immigration in Southern Europe*. Oeiras: Celta Editora, pp. 15-40.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3a ed.). Lisboa: Edições 70.

Barrio Cantalejo, I. M., & Simón Lorda, P. (2006). Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personal incapaces. *Revista española de salud pública*, 80(4), 303-315.

Barros, Pedro Pita; Machado, S. R.; Simões J. A., (2011), “Portugal: health system review 2011”, *Health Systems in Transition*, pp. 1-142.

Barros, Pedro Pita and Pereira, I.M., (2009), “Health Care and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal”. Research Paper, Human Development Reports UNDP, Vol. 28, pp. 1-64.

Bernardes, Sónia F., Mourão, Susana Sofia Monteiro, (2011), Um olhar sobre as experiências de vigilância de saúde infantil de mães imigrantes cabo-verdianas e brasileiras de Lisboa, ISCTE.

Bischoff, A. and Hudelson, P. (2010) “Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7): 2838–44.

Bischoff, A. (2006), “Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals: A Review of Effective Interventions” in Swiss Forum for Migration and Population Studies. University of Basel

Bischoff, A., Bovier, P.A., Rrustemi, I., et al. (2003), “Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral”, *Social Science & Medicine*, 57(3), pp. 503–12.

Bhopal, Raj (2009), “Chronic diseases in Europe’s migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision”, *European Journal of Public Health*, 19(2), pp. 140–143.

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009), “Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature”, *Social Science & Medicine*, 68(3), 452-461

Boudon, Raymond (1978), *Los métodos en sociología*. Argentina. El Ateneo Editorial. 1978.

Boudon, Raymond (2004), *La sociología que realmente importa*. Paris. Université de Paris-Sorbonne (Paris IV). Papers 72.

Boudon, Raymond (2004), "La tradición individualista en la sociología." en Alexander, Jeffrey C, et. al. *El vinculo micro-macro*. Guadalajara. GAMMA.

Bourdieu, Pierre, et. al. (2002), *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*, Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Bourdieu, Pierre (2004), *Para uma Sociologia da Ciência*, Lisboa, Edições 70.

Bourdieu, P.; Chamboredon, J-C.; Passeron, J-C. (1999), *A profissão de sociólogo*, Petrópolis, Editora Vozes.

Boyd, Monica (2006), "Push Factors Resulting in the Decision for Women to Migrate", in UNFPA/IOM (Eds.), *Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle*, New York, UNFPA/IOM, pp. 29-38.

Boyd, Monica, & Grieco, Elisabeth (2003), *Women and Migration: Incorporating Gender into International Migration Theory*.

Boyd, Monica (1989). "Family and personal networks in international migration: Recent developments and new agendas". *International Migration Review* 23(3), pp. 638-670.

Bowling, Ann (2014), *Research methods in health: investigating health and health services*. McGraw-Hill Education (UK)

Bragg, R. (2008), "Maternal deaths and vulnerable migrants", *Lancet*, 371, pp. 879-880.

Bryman, A. & Cramer, D., (1992), *Análise de dados em ciências sociais*, Oeiras, Celta.

Burawoy, Michael (2005), "2004 American Sociological Association Presidential address: for public sociology", *The British Journal of Sociology*, 56 (2), pp. 259-294.

Burawoy, Michael (2007), "Open the social sciences: to whom and for what?", *Portuguese Journal of Social Sciences*, 6 (3), pp. 137-146.

Caldas, José Peixoto (2007), "Inmigración y salud: un nuevo reto para las políticas de salud pública, VII Jornadas de Sociología de la UBA: Pasado, presente y futuro de la sociología. UBA/IGG, Buenos Aires: Argentina.

Carapinheiro, Graça (2010). "Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica", *Aliceres*; III(3), pp. 57-64.

Carapinheiro, G. (2001). Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. *Etnográfica*, 2, pp. 335-58.

Carballo, M., Divino, J. J. & Zeric, D. (1998), "Migration and health in the European Union", in *Tropical Medicine and International Health* 3 (12), pp. 936-944.

- Carballo, M. & Nerukar, A. (2001). *Migration, refugees, and health risks. Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), pp. 556-560.
- Carballo M. (2009a). “Non-communicable diseases”, in: Fernandes A, Pereira Miguel J, (eds.) *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pp. 71–81. (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.a.spx>, accessed 11 August 2010).
- Carvalho, G. S. (2002). Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. Saúde: As teias da discriminação social-Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org.: ME Leandro, MML Araújo, MS Costa). Braga: Universidade do Minho, pp. 119-135.
- Castles, Stephen, & Miller, Mark J. (2003), *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, 3^a ed., New York: Palgrave-Macmillan.
- CEMACH (2007), *Saving mother's lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005*, London: CEMACH.
- Challinor, E. (2012). Researching ethnicity, identity, subjectivity: anything but the four-lettered word. *Ethnic and Racial Studies*, 35(9), pp. 1558-1576.
- Challinor, E. P. (2012). (Ir) responsible mothers? Cape Verdeans and Portuguese social care. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 8(1), pp. 12-21.
- Chiarenza, A. (2012), “Developments in the concept of cultural competence”, in D. Ingleby, A. Chiarenza, W. Devillé, & I. Kotsioni (Eds.), *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, Vol. II, pp. 66-81. Antwerp/Apeldoorn: Garant.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Teoría e Prática*, Coimbra, Almedina.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (orgs.) (2011), *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: Perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa-PB: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, E., Rocha, A., Pereira, C., Silva, A., Duarte, J., & Parreira, V. (2014). Experiences of motherhood: Unmet expectations of immigrant and native mothers, about the Portuguese health system. *Atención Primaria*, 46, pp.140-144.
- Coutinho, E., Silva, A., Pereira, C., Duarte, J., Chaves, C., Parreira, V., & Barreto, C. (2012). Pregnant women immigrants in Portugal: Why they left their country. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1(1), 99-118.
- Creswell, J. W. (1998), *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, California, Sage.
- Creswell J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall Pearson Education.

Creswell, John (2009), *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, Third Edition, Thousand Oaks, Sage.

CSDH (2008), “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”, Commission on Social Determinants of Health - Final Report, Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.

Da Cruz Martins, S. (2005). Portugal, um lugar de fronteira na Europa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (49), 141-161.

De Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1976). *A investigação nas ciências sociais: estudo elaborado no gabinete de investigações sociais*.

De Freitas, C. (2006). Em busca de um bom médico—Quando ‘a saúde não tem fronteiras’. *Percepções dos Cabo-verdianos sobre profissionais de saúde na Holanda*.

De Sousa, José Edmundo Furtado de (2006), *Os Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde*, ACIME, 203 pp. ISBN 989-8000-19-8

Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994), “Introduction: Entering the field of qualitative research”, in Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California, Sage.

Dias, Carlos M., Eleonora Paixão, Maria J. Branco, & José M. Falcão, (2008), *A Saúde dos Imigrantes. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.

Dias, S. e Gonçalves, A. (2007), “ Migração e Saúde”, in *Migrações*, Número Temático *Imigração e Saúde* 1: 15-26.

Dias, Sónia, Rocha, Cristianne, & Horta, Rosário (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras - Um estudo qualitativo*. Lisboa, ACIDI.

Dias, Sónia, & Gonçalves, Aldina (2007), “Migração e Saúde”, em Sónia Dias (Eds.), *Revista Migrações*, nº1, Lisboa, ACIDI, pp.15-26.

Dias, Sónia, Severo, Milton, & Barros, Henrique (2008). “Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal”, *BMC Health Services Research*, 8(207). doi: 10.1186/1472-6963-8-207

Durieux-Paillard S. (2011), “Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services” in Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, (Eds.) *Migration and health in the European Union*, Maidenhead: Open University Press, pp. 203 - 212.

Entidade Reguladora de la Salud (ERS) (2015), “Acesso a cuidados de saúde por imigrantes”, ERS, Lisboa, Portugal

Essen, B., Hanson, B., Ostergren, P., Lindquist, P. e Gudmundsson, S. (2000), “Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden”, in *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 79 (9), pp. 737-743.

Esteves, A. & Azevedo, J. (eds.) (1998), *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*, Porto, Instituto de Sociologia.

Ewles, L.; Simnett, I. (1999). *Promoting health. A practical guide*. 4aed. London: Baillière Tindall.

Fennely K. (2004), *Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees*, Malmö: Malmö University.

Fernandes A, Pereira Miguel J, (Eds.) (2009), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Fernandes, A., Dias, S., Gomes, I., Padilla, B., Dias, A. & Oliveira da Silva, M. (2009), *Maternal and child healthcare for immigrant populations*, Background paper. Brussels, International Organization for Migrations (IOM).

Fonseca, Lucinda e Sandra Silva, (2010), *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural ACIDI*, 200 pp., ISBN 978-989-685-000-5

Fonseca, Maria Lucinda, Silva, Sandra; Esteves, A., McGarrigle, J. (2009), *MIGHEALTHNET – Relatório sobre o estado da arte em Portugal*, Migrare Working Paper, Lisboa, Centro de Estudos Geográficos, pp. 1-55.

Fonseca, M., Esteves, A., McGarrigle, J. e Silva, S. (2007), “Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política”, in *Migrações*, 1: 27-52

Fonseca, Maria Lucinda (2007), “Territorial Insertion – urban planning, Regional Development and local attraction policies”, em Vitorino, António (coord.). *Immigration: opportunity or threat?*, Lisboa, Principia: FCG; Gulbenkian Immigration Forum, p. 97-140.

Fonseca, Maria, Ormond, Meghann, Malheiros, Jorge, Patrício, Miguel, & Martins, Filipa (2005), *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*, Lisboa, ACIME.

Fortier, J. and D. Bishop (2003), *Setting the Agenda for Research on Cultural Competence in Health Care: Final Report*. C. Brach, ed. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services Office of Minority Health and Agency for Healthcare Research and Quality.

Geertz C (1973), *The interpretation of cultures*, New York, Basic Books

Giddens, Anthony (2000[1994]), “Viver numa sociedade pós-tradicional”, em Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash, *Modernização Reflexiva. Política, Tradição e Estética na Ordem Social Moderna*, Oeiras, Celta.

Giddens, A. (2008). En defensa de la sociología. *Revista Colombiana de Sociología*, 5(2).

Gissler, M., Pakkanen, M. & Olausson, P. (2003), “Fertility and perinatal health among Finnish immigrants in Sweden”, *Social Science and Medicine*, 57 (8), pp. 1443-1454.

Gissler M. et al. (2009), “Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries”, *Acta Obstetrica et Gynecologica*; 88, pp 134-148.

Glaser, Barney, Anselm Strauss (1967), “The Constant Comparative Method” em *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nova York, Aldine de Gruyter, Inc, pp.101-115.

Gupta, A., & Ferguson, J. (1997). Discipline and practice: “The field” as site, method, and location in anthropology. *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science*, 100, 1-47.

Hall, Stuart (2003) *Da diáspora. Identidades e Mediações culturais*

Harding S., P. Santana et al. (2006) “Birth Weight of Black African babies of migrant and non migrant mothers living in Portugal” *Ann Epidemiol*, 16, pp. 572-579.

Harding S., M. Boroujerdi et al. (2006), “Decline in, and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal” *Int J Epidemiol*, 35, pp 270-76.

Henriques, Adelina (2010), *Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso*, Lisboa, ACIDI.

Hernández-Plaza, Sonia, (2014), “Necessidades e desigualdades na saúde materna e infantil em contextos de diversidade, crise e austeridade: o caso da Área Metropolitana de Lisboa”, em B. Padilla, S. Hernández-Plaza, A. Ortiz & E. Rodrigues (Orgs.), *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno–infantil em tempos de crise*. Braga, CICS, Universidade do Minho, pp. 47-71.

Hernández Plaza, Sonia, & Padilla, Beatriz (2014), “Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals”, (PsySPOCUC), Marie Curie Intra-European Fellowship, 7th European Community Framework Programme, No. Ref. 272976. Brussels: European Commission

Hernández-Plaza, Sonia, Padilla, Beatriz, Ortiz, Alejandra, & Elsa Rodrigues (2014), “The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: A psycho-sociopolitical approach”, *Psychosocial Intervention*, 23(2), pp. 125-133.

Hernández-Plaza, Sonia, (2006), “El papel de la acción mediadora en la intervención social con población inmigrante”, en J. Guerrero (Ed.), *Estudios sobre la mediación intercultural*, Almería, Editorial Universidad de Almería, pp. 93-106.

Hernández Plaza, Sonia, Pozo, C. & Alonso, E. (2004), “The role of informal social support in needs assessment: Proposal and application of a model to assess immigrant’s needs in the south Spain”, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14 (4), pp. 284-298.

Hondagneu-Sotelo, P. (1999) “Gender and Contemporary US Immigration”, *American Behavioral Scientist*, 42(4), pp. 565-576.

Hondagneu-Sotelo, P. (2001), *Doméstica: Immigrant workers cleaning and caring in the shadow of affluence*, Berkeley: University of California Press.

Indicadores do Plano Nacional de Saúde – ponto da situação: Alto Comissariado de Saúde por consulta em www.acs.min-saude.pt/2008, documento de 24.10.2008

Ingleby David (2012), “Ethnicity, migration and the social determinants of health agenda”, *Psychosocial Intervention*; 21(3), pp. 331–341.

Ingleby, David, Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. & Cláudia de Freitas, (2005), “The role of health in integration”, in: M.L. Fonseca & J. Malheiros (eds.), *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report Lisbon, Centro de Estudos Geográficos, pp. 88-119.

Ingleby, David (2008), “New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia”. Malmö, Malmö University (Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations)

Ingleby David (2009), European Research on Migration and Health. Background paper developed within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): analysis of social determinants of health and health inequalities”. Geneva: International Organization for Migration.

IOM (2010). Guidelines for border management and detention procedures involving migrants: a public health perspective. Brussels, International Organization for Migration (<http://tinyurl.com/2dnp6f6>, accessed 15 August 2010).

International Organization for Migration (2010), The Future of Migration: Building Capacities for Change, World Migration Report.

International Organization for Migration (2011), Communicating Effectively about Migration, World Migration Report.

Irfaeya, M. Maxwell, A. & Krämer, A. (2008), “Assessing psychological stress among Arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the Community Oriented Primary Care (COPC) approach”. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10 (4), pp. 337-344.

Jelin, Elizabeth (2006) *Salud y Migración Regional, Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*.

Juliano, Dolores (2006), *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Valencia, Ediciones Cátedra.

Kandula, N. et al. (2004), “Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us”, *Annual Review of Public Health*, nº 25, pp. 357-376.

- Katz, J. e Peberdy, A. (1998) *Promoting Health: Knowledge and Practice*. London: MacMillan.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Kofman, Eleanore, & Sales, Rosemary (2001), “Migrant Women and Exclusion in Europe”, in J. Fink, G. Lewis & J. Clarke (Eds.), *Rethinking European Welfare: Transformations of Europe and Social Policy*, London, SAGE, pp. 96-109.
- Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.
- Lechner, E. (2005), “O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas”, in Psilogos, *Revista do Hospital Amadora Sintra*, Lisboa, pp. 2-7.
- Lema Añón, C. (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: Historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Dykinson, Place of publication not identified.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian journal of public health*, 39(6 suppl), 85-92.
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., Del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolúmar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants’ health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(Suppl 2), ii4-ii10.
- Lopes Lidia. C (2007), *Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes da região de Lisboa*, ACIDI, IP Lisboa
- Macdowall, W., Bonnell, C., & Davies, M. (2006). *Health promotion practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- Machado, Fernando Luís e Alexandre Silva (2009), *Quantos Caminhos Há no Mundo? Transições para a Vida Adulta num Bairro Social*, Cascais, Principia Editora.
- Machado, Fernando Luís, e Ana Raquel Matias (2006), “Jovens descendentes de Imigrantes nas sociedades de acolhimento: linhas de identificação sociológica”, Working Paper no 13, Lisboa, CIES-ISCTE.
- Machado, Fernando Luís, Ana Raquel Matias, e Sofia Leal (2005), “Desigualdades sociais e diferenças culturais: os resultados escolares dos filhos de imigrantes africanos”, *Análise Social*, 40 (176), Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, pp. 695-714.
- Machado, Luis Fernando (2007), “Jovens como os outros? Processos e cenários de integração dos filios de imigrantes africanos em Portugal”, em Vitorino, António (coord.). *Imigração: Oportunidade ou Ameaça*, Lisboa, Principia: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 169-197.
- Machado, Fernando Luís (2009), “Quarenta Anos de Imigração Africana: Um balanço”, in *Ler História*, n. 56, pp. 135-165.

Machado, Fernando & Cristina Roldão (2010), *Imigrantes idosos. Uma Nova Face da Imigração em Portugal*, Lisboa, ACIDI.

Machado Fernando Luis (2007), “Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal?” *Migrações* 1, pp. 201-203.

Machado, Fernando Luís e António Firmino da Costa (1998), “Processos de uma modernidade inacabada” em Viegas, José Manuel Leite e António Firmino da Costa (orgs.) *Portugal: Que modernidade?* Oeiras, Celta Editora, pp. 17-44.

Machado, Fernando Luís e António Firmino da Costa (2000), "Portugal: processos de uma modernidade inacabada", in João Ferreira de Almeida (coord.), Patrícia Ávila, Helena Carvalho, José Luís Casanova, António Firmino da Costa, Fernando Luís Machado, Susana da Cruz Martins, e Rosário Mauritti, *A Modernização das Estruturas Sociais. Recomposição Social, Novos Valores, Protagonismos Emergentes*, Lisboa, CIES/ISCTE.

Machado M.C. et al. (2009), *Maternal and child healthcare for immigrant populations*. Background paper for AMAC project. Brussels, International Organization for Migration

Machado, M.C., Santana, P., Carreiro, M. H., Nogueira, H., Barroso, M. R. & Dias, A. (2006). “Iguais ou diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes”, Lisboa, Laboratórios Bial. Prémio Bial de Medicina Clínica.

Machado, M.C., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R. & Dias, A. (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, *Migrações*, 1, pp. 103-127.

Magnani, José Guilherme (2002), “De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, p. 11-29

Mahler, S.J. y Pessar, P (2001) “Gendered Geographies of Power: Analyzing Gender Across Transnational Spaces”, *Identities: Global Studies in Culture and Power* 7(4), pp. 441-459.

Malheiros J., Mendes M. (orgs.) (2007), *Espaços e Expressões de Conflito e Tensão entre Autóctones, Minorias Migrantes e Não Migrantes na Área Metropolitana de Lisboa*, Lisboa, ACIME.

Malheiros, Jorge, Padilla, Beatriz, & Rodrigues, Frederica (2010), “Mulheres Imigrantes Empreendedoras”, Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Malheiros, Jorge Macaísta (2002), “‘New’ immigration and regional development: current situation and opportunities for Portuguese regions”, *Cadernos Sociedade e Trabalho*, n. 2, pp. 69-87.

Marcus, G. (1991), *Identidades passadas, presentes e emergentes: requisitos para etnografias sobre a modernidade no final do século XX ao nível mundial*. *Revista de Antropologia*, v. 34, p. 197-221

Marcus, G. (2001). *Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal*. *Alteridades*, 11(22), 111-127.

Marques, José Carlos (2008), *Os Portugueses na Suíça: Migrantes Europeus*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Marques, José Carlos; Góis, Pedro (2011), *A emergência das migrações no feminino*. Cascais, Príncípia.

Mármora, Lélío (2002), *Las políticas migratorias internacionales*, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Masanet, Erika, Elsa Beatriz Padilla, Alejandra Ortiz, Sonia Hernandez-Plaza (2014), “Discursos sobre os cuidados de saúde materno-infantil e reprodutiva sob uma perspectiva comparada: mulheres e profissionais da saúde”, Atas do VIII Congresso Português de Sociologia (in press), Évora, APS

Masanet, E., Hernandez-Plaza, S. y Padilla, B. (2012). “A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares”, *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. I, nº 1, p. 6-18 [Online], disponible en: http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet_Plaza_Padilla.pdf

Masanet, E. (2010). La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: una aproximación general. *Obets. Revista de Ciencias Sociales*, 5(2), 243-267.

Massey, Douglas; Arango, Joaquin; Graeme, Hugo; Kouaouci, Ali; Pellegrino, Adela & J. Edward Taylor (2008), *Worlds in Motion. Understanding International Migration at the End of the Millennium*, Clarendon Press, Oxford.

McKay, L., Macintyre, S. & Ellaway, A. (2003), “Migration and Health: A Review of the International Literature”, Glasgow: Medical Research Council - Social and Public Health Sciences Unit.

Mills, C. W., (1982), *A imaginação sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar Ed.

MIPEX (2007), Migrant Integration Policy Index [web site]. Brussels, British Council and Migration Policy Group (<http://www.integrationindex.eu/>)

Miranda, Joana (2009), *Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de Integração e projectos de vida*. Estudos OI, n. 35. Lisboa, ACIDI.

Miranda, Jorge (2010), *Direito à saúde*, Observatorio dos Direitos Humanos,

Mladovsky P. (2009), “A framework for analysing migrant health policies in Europe”, *Health Policy*, 93(1), pp. 55–63.

Mladovsky P. et al. (2012). “Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe”, *Health Policy* 105, pp. 1 – 9.

Monteiro I , (2007) *Práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança de cultura hindu em contexto de imigração*, Lisboa, ACIDI.

Morokvasic, M. (1984), “Birds of passage are also women”, *International Migration Review* (37), pp. 547-559.

Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, (eds.) *Migration and health in the European Union*, Maidenhead: Open University Press, pp. 67-69.

Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. (2004), “Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents”, *Scand J Public Health*, 32(1), pp. 53-59.

Oliveira, Catarina Reis (2005), *Empresários de Origem Imigrante: Estratégias de Inserção Económica em Portugal*, Coleção Teses, 2. Lisboa, ACIME.

Oliveira Catarina Reis (coord.) & Natália Gomes (2015), *Monitorizar a integração de Imigrantes em Portugal*, Relatório Estatístico Decenal, Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações (ACM), Lisboa, 222 pp.

Oliveira Catarina (2009), “Health Support Office of the National Immigrant Support Centre of Portugal (CNAI)”, in: Fernandes A, Pereira Miguel J, (editors), *Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society*, Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pp.216 - 219.

Omelaniuk, Irena (2005), *Gender, Poverty Reduction and Migration*, Washington, DC, The World Bank.

Organização Internacional para as Migrações OIM (2005), *World Migration 2005. Costs and Benefits of International Migration*, Genebra, International Organization for Migration.

Organização Internacional para as Migrações (2009), *Glossário Sobre Migração, Direito Internacional da Migração*, 22.

Ortiz, Alejandra (2015), “Hacia una equidad en salud: necesidades y barreras en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes en Portugal”, comunicação em actas do VIII Congresso de Migraciones Internacionales en Espanha, Granada, Espanha.

Ortiz, Alejandra (2014), “El acceso a la salud de mujeres inmigrantes en Portugal: la perspectiva de los profesionales de salud”, *Párrafos Geográficos*, Vol. 13, nº 2, pp 234-254.

Ortiz, Alejandra (2013), “Identidades, pertenças e afinidades dos jovens descendentes de imigrantes africanos na Área Metropolitana de Lisboa”, *Migrações*, nº11, pp. 157-184.

Pace, Paola (2011), “The right to health of migrants in Europe” in: Rechel B, et al., editors. *Migration and health in the European Union*. Maidenhead: Open University Press, pp. 55-66.

Padilla, Beatriz (2006), “Redes sociais de los brasileiros recién llegados a Portugal: ¿solidaridad étnica o empatía étnica?”, *Revista Alternativas*, Cuadernos de Trabajo Social, nº14, pp. 49-61.

Padilla, Beatriz. (2007) “Acordos bilaterais e legalização: o impacto na integração dos imigrantes brasileiros em Portugal”, em Malheiros, Jorge Macaísta (org.). *Imigração brasileira em Portugal*, Lisboa, ACIDI, pp. 217-226.

Padilla, Beatriz; Matias, Raquel (2007), “Migratory and nationality politics in Portugal: ‘re’ or de’-ethnicisation?”. Paper apresentado na 4a Conferência Anual de IMISCOE, Cluster B3 sobre Migration and citizenship: legal status, mobilization and political participation, Sussex, Setembro p. 6-9.

Padilla, Beatriz (2007a), “A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise”, em J. Malheiros (Eds.), *Imigração brasileira em Portugal* Lisboa, ACIDI, pp. 113-134.

Padilla, Beatriz (2007b), “Brasileras en Portugal: de la transformación de las diversas identidades a la exotización”, *Amérique Latine Histoire et Mémoire*, Les Cahiers ALHIM, 14.

Padilla, Beatriz & Portugal, Rui (2007), “Saúde e migrações: Boas práticas na União Europeia”, *Migrações*, 1, pp. 143-153.

Padilla, Beatriz (2008), “Saúde dos imigrantes: Protegendo direitos e assumindo responsabilidades”, em A.Vitorino (Coord.), *Migrações: Oportunidade o ameaça? A habitação e a saúde na integração dos imigrantes*, Fórum Calouste Gulbenkian. Lisboa, Principia.

Padilla, Beatriz, Portugal, Rui, Ingleby, David, Freitas, Cláudia de & Lebas, J. (2009). “Health and migration in the European Union: Good Practices” in A. Fernandes & J. Pereira Miguel (Eds.) *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Padilla, Beatriz & Pereira Miguel, J. (2009) “Health and migration in the European Union: Building a shared vision for action”, in A. Fernandes & J. Pereira Miguel (Eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pp. 15-22.

Padilla, Beatriz et al. (2009) “Health and migration in the European Union: Good practices”, in Ana Fernandes & J. Pereira Miguel (eds.), *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Padilla, Beatriz & Raquel Matias (2009). “As migrações latino-americanas para Europa; uma análise retrospectiva para entender a mobilidade actual”, in *Migrações*, n. 5, Lisboa: Observatório da Imigração, pp. 19-35.

Padilla, Beatriz (2010), “Algunas reflexiones sobre la migración altamente cualificada: políticas, mercados laborarles y restricciones” en *Obets Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 5, nº 2, pp. 269-291.

Padilla, Beatriz, (2011) “Recriando identidades juvenis entre jovens de descendência Africana na Area Metropolitana de Lisboa”, Pais, J.M., Bendit, R. e Ferreira, V.S. (orgs.) *Jovens e Rumos*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp.159-180.

Padilla, Beatriz & Joana Azevedo (2012), “Territórios de diversidade e convivência cultural: considerações teóricas”, em *Sociologia*, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Número temático: Imigração, Diversidade e Convivência Cultural, pp. 43-67.

Padilla, Beatriz & Thais França (2012), “Direitos dos brasileiros e brasileiras na União Europeia: o papel do Estado”, in Olaf, Jacob (ed.). *Economía, parlamentos, desenvolvimento e migrações: as novas dinâmicas bilaterais entre Brasil e Europa*. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung.

Padilla, Beatriz & Alejandra Ortiz (2012), “O acesso a nacionalidade como instrumento chave da cidadania. Barreiras e gaps que ainda persistem”. Paper apresentado no VI Congresso da Associação Portuguesa de Ciência Política, Lisboa, Março 1-3.

Padilla, Beatriz & Alejandra Ortiz (2012), “Fluxos Migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e desafios”, *REMHU: Revista Internacional de Mobilidade Humana*, Brasília, Ano XX, Nº 39, p. 159-184.

Padilla, Beatriz (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, *REMHU: Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 21(40), pp. 49-68.

Padilla, Beatriz et al. (2013), “Cidadania e diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados”. *Saúde & Tecnologia*, July 2013 supplement, pp. 57-64.

Padilla, Beatriz, Hernández-Plaza, Sonia & Alejandra Ortiz, (2013) “Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: Teoría, prática e política”, *Forum Sociológico*, 22, pp. 33-41.

Padilla, Beatriz (2013), “Género y Migraciones: Nuevas reconfiguraciones y protagonismos de las mujeres latinoamericanas. A modo de introducción” en Padilla Beatriz e Isabel Recavarren (org) *Género y Migraciones*, Anuario Americanista Europeo, nº 11, pp. 1-9.

Padilla, Beatriz, Rodrigues, Elsa & Alejandra Ortiz (2014), “Saúde e cidadania em tempos de crise: disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes”, en Padilla, Beatriz, Hernandez-Plaza, Sónia, Rodrigues, Elsa e Alejandra Ortiz, (orgs.) *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, ICS, UM, pp. 10-46.

Padilla, Beatriz, Masanet, Erika, Ortiz, Alejandra & Sonia Hernández-Plaza, (2014). When less is more in intercultural health: limited access, abundant strategies in times of crisis. Comunicación presentada en EUPHA’s 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health. European Public Health Association. Granada, España, 10-12 Abril. In: Abstract Book of the EUPHA’s 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, p. 192.

Padilla, Beatriz, Hernandez-Plaza, Sónia, Rodrigues, Elsa and Ortiz, Alejandra (orgs.) (2014) *Health and Citizenship: Equity in maternal-child healthcare in times of crisis / Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de

Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, ICS, UM, ebook ISBN: 978-989-96335-6-8.

Padilla, Beatriz & Alejandra Ortiz (2014), “Construção das identidades de jovens de origem imigrante em Europa”, *REMHU: Revista Internacional de Mobilidade Humana*, Brasília, Ano XXII, Nº 42, pp. 133-158.

Padilla, Beatriz & Sonia Hernandez-Plaza, Sónia (2014) “Saúde e Cidadania: Equidade e diversidade na saúde materno-infantil em tempo de crise”, in Padilla, Beatriz, Hernandez-Plaza, Sónia, Rodrigues, Elsa e Ortiz, Alejandra (orgs.), *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, ICS, UM, pp. 1-8.

Padilla, Beatriz, José Carlos Marques, Pedro Góis e João Peixoto (2015) “A imigração brasileira em Portugal” em João Peixoto, Beatriz Padilla, José Carlos Marques e Pedro Góis (orgs.) *Vagas Atlânticas: Migrações entre Brasil e Portugal no Início do Século XXI*, Mundos Sociais, pp. 9-38.

Peixoto, J., Padilla, B., Marques, J., & Góis, P. (2010). *Vagas Atlânticas: A Imigração Brasileira em Portugal*, projeto de investigação, relatório estatístico, resultados preliminares. Lisboa: CIES-IUL.

Peixoto, João. (2009), “New Migrations in Portugal: Labour Markets, Smuggling and Gender Segmentation”, in *International Migration*, v. 47, n. 3, pp. 185-210.

Peixoto, J. (2008). Imigração e mercado de trabalho em Portugal: investigação e tendências recentes. *Revista Migrações-Número Temático Imigração e Mercado de Trabalho*, 2, 19-46.

Peixoto, J., & Figueiredo, A. (2007). Imigrantes brasileiros e mercado de trabalho em Portugal. *Imigração Brasileira em Portugal*, Lisboa, ACIME/Observatório da Imigração, 87-111.

Peixoto, João, et al. (2006), *Mulheres Migrantes: Percursos Laborais e Modos de Inserção Socioeconómica das Imigrantes em Portugal*, Lisboa, SOCIUS.

Peixoto, João (2004), “País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal”, *SOCIUS-ISEG Working Papers Series 2/2004*, ISEG-UTL, Lisboa.

Pinho, Filipa (2014), *Transformações na Emigração Brasileira para Portugal: De Profissionais a Trabalhadores*, Lisboa, Alto Comissariado para as Migrações, ACM, 355p.

Pires, Rui Pena *et alii.* (2010), *Portugal. Atlas das Migrações*, Lisboa: Tinta da China.

Pires, Rui Pena (2007), “Fluxos migratórios. Dinâmicas e modos de gestão” in Vitorino, António (coord.), *Immigration: opportunity or threat?* Lisbon, Principia: FCG; Gulbenkian Immigration Forum, pp. 97-140.

Pires, Rui Pena (2003), *Migrações e Integração: Teoria e aplicações à Sociedade Portuguesa*, Oeiras, Celta Editora.

Pires, Rui Pena (2002), “Mudanças na Imigração: uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998/2001”, em *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 39, pp. 151-166.

Pires, R. P. (1984). Os retornados: um estudo sociográfico (Vol. 14). Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Plano Nacional de Saúde (2011/2016), vol. I & II, Ministério da Saúde.

Pussetti, Chiara, Ferreira, Júlio F., Lechner Elsa e Cristina Santinho, (2009), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, ACIDI, 260 pp., ISBN 978-989-8000-89-7.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van, (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.

Rafnsson, S. B., & Bhopal, R. S. (2008). Migrant and ethnic health research: report on the European Public Health Association Conference 2007. *Public health*, 122(5), 532-534.

Ramos Madalena; Ferreira Ana Cristina (2011), “Marriage with Immigrants in Portugal, Global Perspectives on Marriage and International Migration”. Seoul, Coreia: IUSSP.

Razum, O., Zeeb, H. e Rohrmann, S. (2000), “The healthy migrant effect'-not merely a fallacy of inaccurate denominator figures”, in *International Journal Epidemiology*, 29 (1), pp.191-192.

Rechel B. et al. (2010) “Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices”, *Health Policy* 105, pp. 10-16.

Rechel B. et al. (2013), “Migration and health in an increasingly diverse Europe”. *Health in Europe 5, The Lancet*, Vol 381 April 6.

Reeske A. and Razum O (2011), “Maternal and child health – from conception to first birthday” in Rechel B, et al.,(editors) *Migration and health in the European Union*, Maidenhead: Open University Press; pp. 139-157.

Reijneveld SA, (1998), “Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?” *J Epidemiol Community Health*, 52(5), pp. 298-304.

Reyneri, Emilio (2003), “Illegal immigration and the underground economy”, Paper apresentado na Conferência The Challenges of immigration and integration in the European Union and Australia, Sydney, February, 18-20.

Rocha-Trindade, Maria Beatriz, coord. (1995). *Sociologia das migrações*. Lisboa: Universidade Aberta.

Rocha-Trindade, Maria Beatriz (2004). “A realidade da imigração em Portugal”. In Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (orgs.). *I congresso imigração em Portugal: diversidade, cidadania, integração*, Lisboa: ACIME, pp. 172-184.

Rosa, Maria João Valente; SEABRA, Hugo; SANTOS, Tiago (2003). Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. (29/11/04).

Rosário, Edite, Santos, Tiago, & Lima, Sílvia (2011) *Discursos do Racismo em Portugal: essencialização e inferiorização nas trocas coloquiais sobre categorias minoritárias*, Lisboa, ACIDI.

Saha, Somnath, Mary Catherine Beach, and Lisa A. Cooper (2008), "Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality." *Journal of the National Medical Association* 100.11:1275.

Salt, John (2006), *Current Trend on International Migration in Europe*. Council of Europe, Strasbourg.

Sampieri, Roberto Hernández, Collado Carlos Fernandez & Pilar Baptista Lucio (2006), *Metodologia de Pesquisa*, 3a. edição, São Paulo, McGraw-Hill Interamericana do Brasil

Santinho, Cristina; Masanet, Érika and Padilla, Beatriz (2014), "O acesso à saúde das mulheres imigrantes grávidas: para além das barreiras linguísticas", em Padilla, Beatriz, Hernandez-Plaza, Sónia, Rodrigues, Elsa e Ortiz, Alejandra (orgs.) *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, ICS, UM, pp. 72-85.

Santinho, C. (2005), "Os determinantes socioculturais da saúde e os contextos específicos da pobreza, minorias étnicas e imigrantes", *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*

Sassen, Saskia (2001), *A message from the global south*. Special report: Terrorism in the US), *The Guardian*

Sassen Saskia, (2007), "Una sociología de la globalización" *Análisis Político*, nº 61, - 1a ed. – Buenos Aires, Katz, pp. 3-27

Seabra, Teresa (2012), "Desigualdades de desempenho escolar: etnicidade, género e condição social em escolas básicas da Área Metropolitana de Lisboa". *Sociologia*, Número temático: Imigração, Diversidade e Convivência Cultural, pp. 185-210.

SEKN (2008). Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Geneva, World Health Organization.

Selltiz, C., Wrightsman, L. S.; Cook, S. W. (1974), *Métodos de pesquisa nas relações sociais*, São Paulo, E.PU.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2013), Relatório Estatístico Anual, Lisboa: SEF.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2014), Relatório Estatístico Anual, Lisboa: SEF.

Silva, A. C. (2009), “Community Intervention in the Casal da Mira Neighbourhood – AJPAS” em Fernandes A, Pereira Miguel J, (editors), *Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society*, Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pp. 228-230.

Silva A. C. and Martingo, C. (2007), “Unidades de saúde amigas dos migrantes - uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal”, *Migrações* 1, pp. 155-162.

Silva, A. S. & Pinto, J. M., (1986), *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Afrontamento.

Sopa, Maria João Pereira (2009), Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório [Em linha]. Lisboa : [s.n.], 356 pp.

Soneira, Abelardo (2007), “La Teoría fundamentada en los datos” (Grounded Theory) de Glasser y Strauss” en Vasilachis De Gialdino, Irene (2007), Estrategias cualitativas de investigación, Buenos Aires, Gedisa, pp. 153-174.

Soysal, Yasmin. (1994). Limits of citizenship: Migrants and Postnational Membership in Europe. Chicago: University of Chicago Press.

Soysal, Yasmin. (1998). “ Identity Rights and Claims-Making: Changing Dynamics of Citizenship in Postwar Europe” pp. 305-319, in Metropolis International Workshop Proceedings. Lisbon: Luso-American Development Foundation.

Soysal, Y. N. (2000). Citizenship and identity: living in diasporas in post-war Europe?. *Ethnic and racial studies*, 23(1), 1-15.

Strauss, A. & Corbin, J., (1990), *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*, London, Newbury Park, CA, Sage.

Sword, W., Watt, S. & Krueger, P. (2006), “Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women”, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (6), pp. 717-727.

Teixeira, Lurdes (2012), *A Reforma do Centro de Saúde: Percursos e Discursos*, Lisboa, Mundos Sociais

Teixeira, Lurdes (2015), “Efeitos emergentes, questões prementes na reforma dos cuidados de saúde primários”, em Graça Carapinheiro & Tiago Correia (org.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa, Mundos Sociais

Teixeira, J. A. C. (2004), “Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde–utentes”, *Análise Psicológica*, v. 22, no 3, pp. 615-620.

Topa, Joana (2009), *Ser mulher, ser imigrante: emergência de novas identificações femininas*, ISMAI, Castelo da Maia.

Topa, Joana, Nogueira, Conceição, & Neves, Sofia (2010), “Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico”, *PSICO*, 41(3), pp. 366-373.

Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S (2007), “Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?” *Eur J Public Health*, 17(5) pp. 483-5.

UNDP (2009), Women Development Report 2009. New York: Palgrave Macmillan. Retirado de http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf

UNFPA (2006), State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration. UNFPA. Retirado de http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf

Vala, Jorge (2001), “A análise de Conteúdo” em A. S. Silva & J. M. Pinto (org.) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento, pp. 101-128.

Vala, Jorge (orgs.), Vitor Sérgio Ferreira, Marcus Eugénio Lima e Diniz Lopes (2003), *Simetrias e Identidades: Jovens Negros em Portugal*, Oeiras, Celta.

Vasilachis DE Gialdino, Irene (2007) “La investigación cualitativa” en Vasilachis De Gialdino, Irene (2007) *Estrategias cualitativas de investigación*, Buenos Aires, Gedisa, pp. 23-64.

Viegas, José Manuel Leite e António Firmino da Costa (orgs.) (1998), *Portugal: Que modernidade?* Oeiras, Celta Editora.

Wall, Karin; Nunes, Cátia; Matias, Ana Raquel (2006), *Female Migration Vision*, National Report – Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

Wall, Karin, Nunes, Cátia, & Matias, Ana (2005a) *Immigrant Women In Portugal: migration trajectories, main problems and policies*. Institute of Social Sciences: University of Lisbon.

Wall, Karin, Nunes, Cátia, & Matias, Ana (2005b). *Mulheres imigrantes e novas trajetórias de migração: um croché transnacional de serviços e cuidados no feminino*.

Watters C. (2007), “Description of a study of good practice in the mental health and social care of Asylum seekers and refugees”, European Centre for the Study of Migration and Social Care. University of Canterbury. England.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health?. *The lancet*, 338(8774), 1059-1063.

WHO (2010), *Health of Migrants – the way forward*. Report of a global consultation. Madrid. Spain.

WHO. Global strategy for Health for All by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981

WHO. Ottawa charter for health promotion: an international conference on health promotion, the move towards a new public health, 17–21 November 1986. Geneva: World Health Organization; 1986

Wolff, H., Stalder, H., Epiney, M., Walder, A., Irion, O. & Morabia, A. (2005), “Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva”, *Social Science Medicine*, 60 (9), pp. 2149-2154.

World Health Organization (2010) *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla Muestra de mujeres entrevistadas

	Naturalidad	Edad	Nacionalidad	Años en PT	Lugar de residencia	Nº de hijos	Centro de salud
1	Guinea Bissau	20	AR	5	Lisboa	1	SCML Encosta do Castelo
2	Portugal (origen ST)	21	AR	-	Lisboa	1	SCLM CS Armador e CS Domingos Barreiro
3	Guinea Bissau	21	Portuguesa	7	Lisboa	1	CS Penha de França
4	Cabo Verde	22	AR	10	Lisboa	1	SCML Encosta do Castelo
5	Portugal	17	Portuguesa	-	Amadora	1	CS Venda Nova
6	Portugal	17	Portuguesa	-	Amadora	1	CS Venda Nova
7	Cabo Verde	24	AR	9	Amadora	G	CS Venda Nova
8	China	23	AR	7	Seixal	G	CS Amora
9	Brasil	31	AR	9	Seixal	G	CS Amora
10	Portugal (origen ST)	27	Portuguesa	-	Seixal	G + 2	CS Amora
11	Guinea Bissau	25	irregular	4	Seixal	G	CS Venda Nova
12	Portugal (o. Angola)	23	AR	-	Sintra	1	CS Cacém
13	Cabo Verde	23	AR	9	Sintra	1	CS Mira Sintra
14	São Tomé	22	irregular	5	Sintra	1	CS Mira Sintra
15	São Tomé	17	irregular	2	Amadora	G	CS Venda Nova
16	Portugal (origen ST)	24	Portuguesa	-	Amadora	G+1	CS Buraca
17	Portugal	37	Portuguesa	-	Amadora	2	CS Barcarena

18	Portugal (origen CV)	28	AR	-	Amadora	2	CS Venda Nova
19	Angola		V. estudante	2	Lumiar	2	C.S. Lumiar.
20	São Tomé	21	V. estudante	4	Lumiar	1	C.S. Charneca
21	São Tomé	37	irregular	2	Lumiar	5	C.S. Lumiar
22	Portugal	32	Portuguesa	-	Lumiar	2	C.S. Lumiar
23	Portugal (o. Angola)	29	Portuguesa	-	Lumiar	1	C.S. Lumiar
24	Rússia		AR	4	Lumiar	1	C.S. Charneca
25	São Tomé	24	Portuguesa	4	Lumiar	2	C.S. Charneca, CS Lumiar
26	Portugal	36	Portuguesa	-	Lumiar	3	C.S. Charneca, CS Marvila
27	Angola	21	irregular	8	Lumiar	G	C.S. Charneca, Cs.Moita
28	Brasil	36	AR	2	Lumir	2	C.S. Cruz du Pau, Seixal

Tabla Muestra de profesionales entrevistados

	Especialización	Lugar de trabajo
1	Mediadora Intercultural	Hospital Fernando da Fonseca
2	Mediadora Intercultural	Centro de Salud Amadora
3	Mediadora Intercultural	UCSP Buraca Amadora
4	Enfermera	Centro de Salud de Oeiras
5	Enfermera	Centro de Salud de Oeiras
6	Enfermera salud materna e infantil	Centro de Salud de Lumiar
7	Enfermera	Responsable de Enfermería del Centro de Salud de Lumiar
8	Enfermera	Unidad de cuidados en la comunidad Alcântara
9	Enfermera	Centro de Salud de Venda Nova – Amadora
10	Asistente Social	Centro de Salud de Damaia – Amadora UCC
11	Enfermera salud materna e infantil	Centro de Salud de Seixal
12	Médica	Centro de Salud de Seixal
13	Enfermera salud infantil e pediátrica	Centro de Salud de Amora. Seixal
14	Médica Obstetra	Centro de Salud de Amora. Seixal
15	Enfermera	Centro de Salud de Amora. Seixal
16	Enfermera	Centro de Salud de Amora. Seixal

ANEXO 2

GUIÃO DE ENTREVISTA

MULHERES GRÁVIDAS E/OU MÃES IMIGRANTES E NACIONAIS

1. Caracterização
2. Acesso e utilização dos serviços de saúde
3. Qualidade dos serviços de saúde
4. Saúde materna
5. Expectativas

1. Caracterização

Idade, naturalidade (pai e mãe), nacionalidade (em que estado está o processo), estado civil, lugar de residência.

Há quanto tempo está em Portugal, veio por quê? (reagrupamento familiar, PADE, imigração própria)

Já viveste fora de Portugal? (experiência de saúde noutro país)

Onde nasceram os teus pais?

Qual a sua situação em termos de documentos? (irregular, já fez o pedido, porque, principais problemas, na sua família há outros nesta situação?)

Tens alguma afiliação religiosa?

Familiar

Com quem moras? Namorado: naturalidade e nacionalidade, idade

Tens filhos? Quantos? De que idades?

Estão nalgum equipamento ou vão á escola? Com quem ficam se vais trabalhar/ sair?

Socioeconómica / Escolaridade

Frequentaste a escola? Onde? Qual o grau de escolaridade atingido (Namorado, dos pais) Pretendes continuar a estudar?

Onde trabalhas? Profissão? Há quanto tempo? Sempre trabalhaste em Portugal / e no país de origem? (RSI Rendimento de inserção mínimo, SD subsídio de desemprego)

Moras em habitação própria ou arrendada? Há quanto tempo moras nessa casa? Onde moraste antes? Gostas da tua casa, do teu bairro, gostarias de mudar, para onde?

Sociabilidade / Apoio na Comunidade

Que atividades gostam de fazer? Em casa, fora de casa, com quem?

Tens muitas amigas? De onde são as tuas amigas? Tens diferentes grupos de amigas? Que aspectos em comum têm com elas?

Como são as tuas relações com os vizinhos?

Conheces as associações do teu bairro? Outras associações da comunidade? Frequentas? (participação em que actividades em particular)

O que achas que falta no bairro? (questão da Inter-ajuda)

Quando tens um problema de saúde onde vais?

Tens tido apoio em termos de saúde de parte da tua família? a quem recorres (família, vizinhos, instituições) quando precisas de alguma questão referente á saúde, marcar às consultas, acompanhar ao médico, tomar conta das crianças, comprar os medicamentos, etc. (ter em conta que tema da saúde pode ser demasiado íntimo para partilhar)

2. Acesso e utilização dos serviços de saúde (práticas de saúde)

Que achas dos serviços de cuidados de saúde em Portugal?

Comparados com o do teu país de origem? No país de origem, como funcionava o serviço de saúde? Tinhas acesso? Pode comparar com o seu país de origem ou com outro onde tenha vivido anteriormente? (ou através de relatos de familiares, mulheres ou crianças)

Quais as principais diferenças ou semelhanças? Infraestrutura? Médicos e enfermeiros?

E no que respeita á outros bairros, onde moraste, sentes diferença entre os diferentes centros de saúde /hospitais?

Em que circunstâncias recorre ao SNS?

Quais os principais motivos? Quantas vezes recorrem? (frequência) Mais ao CS ou ao Hospital, às Misericórdias? Também recorre á outros “médicos” ou “centros” de saúde? (Utilização dos serviços: urgência, prevenção, consultas regulares, centro de saúde, hospitais, medicina alternativa)

Quais as principais dificuldades /barreiras que sentiu no acesso ao serviço?

Tipo de barreiras: transportes (preço / localização), taxas moderadoras (económica)

Quando é preciso fazer exames complementares, consegues fazer?

Quais os principais aspectos (recursos) que facilitaram o seu acesso e utilização do serviço?

Em geral, qual a sua percepção sobre o acesso ao serviço de saúde?

Do que sentiu mais falta?

Existe informação suficiente sobre: procedimentos, direitos e deveres, lugares de atendimento, lugares de análise, etc.

Qual o seu conhecimento sobre direitos de saúde dos imigrantes? (a través dos próprios profissionais de saúde, quem? Através de vizinhos/amigos/familiares, através de instituições que dão apoio ao imigrante)

3. Qualidade dos serviços de saúde

Passando agora às próprias consultas dentro do CS / Hospital

Tem tido **dificuldades** no relacionamento com os profissionais da saúde? Médicos? Enfermeiras? Por que motivo? (Língua, culturais, compreensão, discriminação)

Entende ou percebe o que eles dizem? As explicações? Costuma fazer perguntas?

Como ultrapassa/tem ultrapassado essas dificuldades? (Ajuda: Relato de alguma situação em concreto) Quê acha que faltaria para melhorar o atendimento?

Tem médico de família?

Em geral como avalia o atendimento nas consultas (materno/infantil)?

Quais considera as medidas mais urgentes á tomar (de acordo com as suas necessidades) no SNS? O que faria falta para melhorar os serviços de saúde prestados?

4. Saúde materna: gravidez

Relativamente á sua **gravidez / última gravidez**:

Como se enterrou, foi desejada, com quem quis partilhar a notícia? (Pai/companheiro) Foi as consultas de seguimento? Sempre se atende com os mesmos profissionais? Teve uma gravidez vigiada? Foi as consultas pré-natais? Porquê não?

Nascimento / seguimento do recém-nascido

Como correu o parto? Onde foi? Fez a consulta de revisão/ puérpero?

Quais as maiores dificuldades com o bebé? (procura de médico, cuidados, higiene, alimentação, desenvolvimento motor) questões de saúde?

Hábitos alimentares, aleitamento materno (com/sem suplemento) quanto tempo?

Leva ou levou o seu filho às consultas do bebé? As vacinas? Consegue aceder ao médico rapidamente?

Planeamento Familiar / métodos anticonceptivos

O que acha do planeamento familiar?

Tem detectado problemas no acesso aos serviços de planeamento familiar nos CS?

Como ultrapassa essas dificuldades? A quem recorre?

Foi informada dos diferentes métodos? Sente que escolheu bem o método?

Tem detectado alguma dificuldade com a solicitação de métodos anticonceptivos? Quem efetua a escolha do método? (sozinha? Ou com o companheiro?) Quem os recomenda? Considera que tem informação suficiente sobre estes métodos?

Tem conhecimento das doenças/infecções sexualmente transmissíveis? Como as preveem?

Tem recorrido alguma vez a pílula do dia depois? Onde no CS ou no Hospital? Tem conhecimento da existência de Centros de saúde que tem uma consulta específica para adolescentes?

Qual a sua opinião sobre a IVG? Alguma vez teve que recorrer a IVG?

5. Expectativas

Quais suas expectativas do futuro? E para os seus filhos?

Ficar, sair do país, mudar de trabalho, mudar de bairro, estudar, etc. E na saúde, mudar de CS, ir mais ao Hospital, recorrer a outras alternativas, etc.

GUIÃO DE ENTREVISTA ABERTA - PROFFISIONAIS DE SAÚDE

- Nome:
- Idade:
- Género:
- Naturalidade/Nacionalidade:
- Especialidade:
- Local de formação:
- Anos de atendimento em contexto do Centro de Saúde

- 1- Há quanto tempo trata imigrantes em Portugal?
- 2- Como tem sido a sua experiência de consulta com mulheres imigrantes?
- 3- Qual a média de idades das mulheres que o/a procuram? Acha que a gravidez na adolescência tem aumentado?
- 4- De onde são originárias as mulheres imigrantes que atende em consulta?
- 5- Diria que existem diferenças entre elas, no que diz respeito à origem / classe social/ idade / situação perante o trabalho ou ainda instrução? Se sim, quais são e como caracteriza essas diferenças?
- 6- Qual o perfil característico das suas necessidades ou preocupações enquanto mulheres grávidas?
- 7- Sente que tem alguma dificuldade no atendimento em consulta às mulheres imigrantes grávidas? (língua, postura, hábitos culturais, analfabetismo, tabus, compreensão sobre o problema e continuidade do tratamento...). Pode especificar?
- 8- No caso de haver incompreensão da língua, como faz para ultrapassar essa barreira? Tem utilizado o recurso da mediação (mediadores) qual a sua experiência, conhece outros médicos que tenham utilizado este recurso
- 9- E da parte das mulheres, acha que existe alguma dificuldade em se dirigirem aqui (desconhecimento do direito á saúde / distância, custos) ou em seguirem as orientações que lhe são dadas por si? Porque, quais as principais causas?
- 10- Normalmente, as mulheres vêm à consulta, sós ou acompanhadas? Por quem?
- 11- É fácil definir o diagnóstico ou os tratamentos quando há problemas com a língua? Que recurso utiliza para resolver esse problema, quando existe?
- 12- Qual a média de tempo que estão na consulta?
- 13- No caso de consultas de planeamento familiar, como classificaria a informação sobre contraceptivos por parte das mulheres imigrantes? Especifique.
- 14- Como é feita a opção por parte da mulher, por um ou outro contraceptivo? Para além dela, quem mais participa nessa escolha e porquê?
- 15- Já alguma vez lhe aconteceu deparar-se com determinados tabus, atitudes ou “crenças” (saberes) em relação ao corpo, à gravidez, ao parto ou à amamentação, por parte das mulheres imigrantes? Quais? Especifique.
- 16- Estaria disposto a partilhar o atendimento a mulheres imigrantes com outros técnicos de saúde? (enfermeiros, mediadores, etc.) Porquê?