
**Imágenes de la salud y enfermedad
de las mujeres colombianas
inmigrantes en España**

Elba María Bermúdez

***Outsourcing* de servicios en la
prestación de servicios de salud
en Bogotá**

Sergio Torres Valdivieso

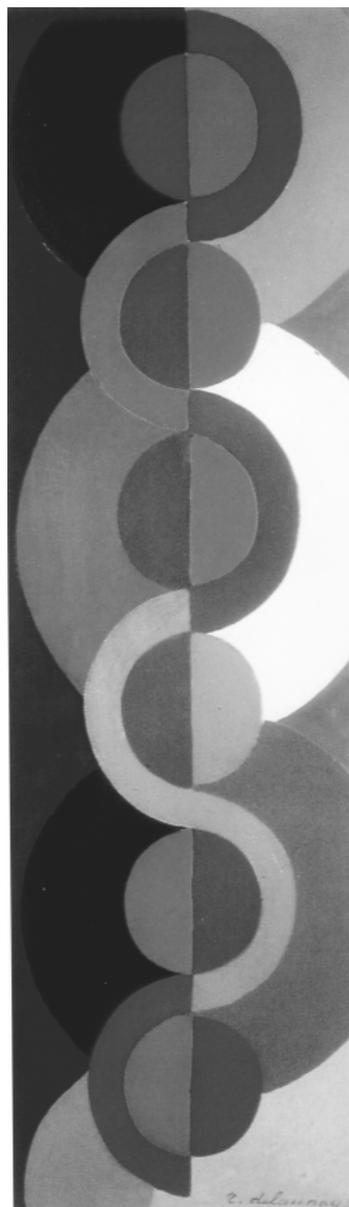
Víctor Manuel Ángel

**Tipificación de las formas
de intercambio de servicios de salud:**

Sergio Torres Valdivieso

Yuri Gorbaneff

Nelson Contreras Caballero



Imágenes de la salud y enfermedad

DE LAS MUJERES COLOMBIANAS INMIGRANTES EN ESPAÑA*

Elba María Bermúdez

Fecha de recepción 23-07-04 • Fecha de aceptación 24-09-04

Resumen

El propósito de esta investigación fue el de determinar desde la sociología, la atención sanitaria para mujeres colombianas inmigrantes en la ciudad de Valencia (España). Durante el año 2001, el conjunto de inmigrantes colombianos aumentó en 189,3% con respecto a 1999 y 2000 y en dónde la tasa de feminización fue mayoritaria con respecto a la de los varones. Durante el 2003, se hicieron entrevistas con detenimiento a diez mujeres colombianas inmigrantes, a partir de las cuales se presentaron los análisis que giraron alrededor de las imágenes de la salud y de enfermedad en el contexto de la inmigración, así como sus experiencias con el servicio público de salud valenciano. Se consideraron, también, los análisis de las entrevistas realizadas a siete profesionales del servicio público de salud que tuviesen experiencia laboral con mujeres colombianas inmigrantes.

Palabras clave: mujer, inmigración, salud, accesibilidad a los servicios de salud, inequidad, sociología de la salud, justicia social

Abstract

The purpose of this Ph.D. thesis has been to assess, from a sociological viewpoint, medical assistance to Colombian immigrant women in the city of Valencia -Spain. In 2001, the number of Colombian immigrants increased 189,3% respect 1999 and 2000. The rate of Colombian women was the greatest comparatively the males. Research was carried out during 2003, based on ten Colombian immigrant women's accounts. The objective of this analysis, around immigration, was to reflect the images of health and illness and their experience with the city of Valencia public health service. Research also includes interviews to seven professionals working for the public health service who have assisted Colombian immigrant women.

Key Words: woman, immigration, health, health services accessibility, inequity, health sociology, social justice

* Este artículo de investigación corresponde a la tesis doctoral "La salud de las mujeres inmigrantes: una mirada desde la sociología", coordinada por Inmaculada Serra Yoldi, catedrática de Escuela Universitaria, Universidad de Valencia y por David Vivas Consuelo, director. Fue presentado en la Jornada de inmigración "Entre la soledad y el coraje: las mujeres que emigran solas", 24 de marzo de 2004. Parte del desarrollo de esta tesis de investigación doctoral recibió apoyo económico de la Consellería de Sanitat Subsecretaría - Escuela Valenciana de Estudios para la Salud Eves, a través de la Universidad de Valencia - Institut Universitari d'Éstudis de la Dona, durante el periodo octubre de 2003 a enero de 2004.



Introducción

La mujer en Latinoamérica, y dentro de ella la colombiana, es protagonista de numerosos eventos en el ámbito profesional, social y cultural; sin embargo, el papel más reconocido es el que ella desempeña dentro del núcleo familiar. Desde este horizonte la salud es y ha sido transmitida por la mujer, unas veces con conocimientos heredados de abuelos a hijos y a nietos, otras por el saber popular y, finalmente, por el conocimiento e información que los servicios de salud pudieran ofrecer. En este caso particular, tampoco se ha reconocido el verdadero rol femenino. La mujer no sólo es educadora en el plano de la salud, sino que, por lo general, es la “responsable” de la educación de los hijos. La posición que asume la mujer dentro de la familia es definitiva y determina su resuelta disposición a hacerse cargo de los hijos. Desdichadamente, las mujeres han estado muy a la sombra del papel hegemónico que ejercen los varones, y en culturas patriarcales como la colombiana es más notorio pese a la labor encomiable que han adelantado numerosos grupos de intelectuales y académicos nacionales. Se ha escrito al respecto, se ha trabajado mucho por ellas, con ellas y junto a ellas, pero nunca de una manera suficiente.

En las últimas décadas en Colombia por situaciones de desestabilización económica y social, se está produciendo una interesante emigración económica femenina y España se convierte en destino predilecto luego de Estados Unidos, por razones de similitud de lengua, religión, cultura, y relativa facilidad de inserción laboral.

La mujer se presenta como garante de la salud de la familia al ejercer el papel de cuidadora. Es la responsable no sólo de su salud, sino de la salud del núcleo familiar. Visto desde esta óptica es indispensable bus-

car trabajo, “en lo que sea”. Autores como Castillo y Mazarrasa (2001) y Bernardo Ródenas (2001), describen el principal propósito de la inmigración como la búsqueda y consecución de estrategias que permitan buscar el trabajo y para que también se procure la obtención de los “papeles”, una prestación social y una atención sanitaria.

Las mujeres inmigrantes, en general, están sujetas a trabajos donde no llegan medidas algunas de regulación, con horarios exhaustivos y hasta nocturnos, que dan buena cuenta de la magnitud del problema. Su situación por lo general es en los diferentes aspectos sociales, asistenciales, económicos, laborales y legales, de precariedad e inferioridad (Standing, 1998).

Según el Consejo Económico y Social (2003), mientras que en 1991 más de la mitad de las mujeres inmigrantes extranjeras provenía de la Europa Comunitaria, en el 2001, casi la mitad de las extranjeras procedía de América. Las colombianas constituyen 12,3% del total del conjunto. El 87% de las trabajadoras extranjeras se ocupa en el sector de los servicios, frente al 50% de los hombres. En este caso, el peso del sector de los servicios es 6 puntos mayor entre las extranjeras que entre las nacionales.

Una de las situaciones que se reflejan en el ámbito laboral español, es que existe una complicidad indirecta y oculta entre los empleadores de servicio doméstico y la salud pública. Dicho en otras palabras, es mucho más barato permitir que los ancianos y las familias busquen mujeres inmigrantes que atiendan y cuiden a los mayores e incapacitados en sus domicilios, a través de mano de obra barata con necesidad de empleo, que construir y adecuar centros de tercera edad y de atención para discapacitados. Las administraciones responsables no sólo son conscientes del ahorro sino que las cuidado-

ras resuelven problemas de afecto y de compañía. En Italia se le denomina a esta afluencia de ayuda doméstica como la “revolución oculta”. Según términos de Alessandro Castagnaro (citado por Meletti, 2004), se trata de “todo un cambio que tiene su origen en la apertura a escala internacional del mercado de trabajo asistencial. La demanda y la oferta asistencial han sabido ayudarse mutuamente, siguiendo vías desconocidas e imprevistas”.

Pero el trabajo y el oficio que desarrollan los inmigrantes no identifican su preparación académica e intelectual. Sólo en estos últimos años, se empieza a describir al colectivo de inmigrantes extracomunitarios¹ como pertenecientes a un colectivo cada vez mejor preparado, que en muchas ocasiones ya no constituyen el conjunto de inmigrantes económicos, sino que emigran para perfeccionar su formación académica (Izquierdo Escribano, 2003).

Una vez que la inmigrante se ha incorporado al mercado de trabajo del país de acogida se plantea la cuestión de la protección de su seguridad social. Por causa de la diferente concepción de estos sistemas en las respectivas legislaciones de los distintos países, el conjunto de inmigrantes puede percibir que de no adoptarse las disposiciones oportunas, por lo común pierde sus derechos en este campo, como asistencia sanitaria, seguro por desempleo y asignaciones familiares. De otra parte, la salida del país de origen puede suponer la pérdida de los derechos a una pensión, viéndose en la obligación de tener que esperar en el país de destino que se cumplan los requisitos para adquirirla, quedando el trabajador y su familia con sus necesidades no resueltas y

en situación de indefensión (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

El derecho a la salud adquirido por todo ser humano, a través del derecho coordinador de seguridad social, tiene como propósito orientar situaciones de los emigrantes en el sentido de que sean al menos protegidos del mismo modo que los nacionales y que su migración no les produzca una disminución o pérdida de sus derechos ya sean adquiridos o por adquirir.

Varias de las investigaciones españolas que afrontan el tema sobre inmigración y salud, se quedan en el plano de la mera descripción del fenómeno. En efecto, estos trabajos demuestran el hecho de saber quiénes son, cuántos son, donde están, el tipo de servicios de salud que demandan, la descripción de los servicios demandados y los obstáculos encontrados durante la demanda y acceso. Sin embargo, no van más allá de la aplicación de encuestas, quedando vacía la problemática social (Asamblea Parlamentaria – Consejo de Europa (2000), Vásquez Villegas (2002), López Abuin, (2002), Romani (2002), Price Waterhouse Coopers (1999), Santamaría *et al.* (2002), Cots *et al.* (2002).

Cabe la pena mencionar el estudio realizado por Ramos *et al.* (2001), en donde a través de un estudio descriptivo y mediante la metodología cualitativa, analizan los problemas existentes en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos, según la opinión de los profesionales sociosanitarios, de la administración sanitaria y de los y las inmigrantes. Este es uno de los ejemplos en donde se avanza más allá con la inclusión de los actores sociales del problema.

Otras investigaciones, como las de Atxotegui, *et al.* (1986); Atxotegui (1990, 2000, 2002 y 2003), han desarrollado una línea de investigación que aborda de manera profunda el

¹ Se denominan en España inmigrantes “extracomunitarios”, aquellos que no provienen del espacio de la Comunidad Europea.



duelo, desde el plano psicoafectivo que supone la migración y sus consecuencias de ajuste y de acoplamiento social, cultural y moral, con la participación activa de los inmigrantes y de la sociedad española.

Aunque en España las investigaciones sobre las inmigraciones contemporáneas son recientes, se han caracterizado por lo general por ser descriptivas del fenómeno, centrándose en colectivos socialmente aislados, mirados como “distintos” y hasta “contrarios”, unas veces catalogados como “peligrosos”, irregulares y con problemas de adaptación dentro de la sociedad española. En los últimos años, autores como Solé, (1996, 1997 y 2004); Criado (2001); Izquierdo Escribano (1996 y 2003) y Ramírez Goicoechea (1996), profundizan en los análisis cualitativos de su integración social y cultural, así como de su participación y aportación al desarrollo y avance de la economía y de la sociedad. Sin embargo, existe un vacío en la percepción e investigación de un colectivo particular como es el de la mujer inmigrante latinoamericana y, en especial, la colombiana, en cuanto a su relación con el Estado del bienestar, en ejercicio pleno de su integración social, cultural y económica.

Aún existe una laguna académica con respecto a este grupo de estudio en particular. Se carece de estudios empíricos y críticos que profundicen en el propio Estado y el verdadero papel que desempeña la mujer inmigrante colombiana en España, para reflejar una nueva España diversa y pluricultural.

A partir de la lectura de las obras citadas, de la reflexión sobre el fenómeno migratorio, de la experiencia personal, y siendo el objetivo general de esta investigación determinar desde una perspectiva sociológica, la atención sanitaria para mujeres colombianas inmigrantes en la ciudad de Valencia, se definieron los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la problemática de adaptación social y cultural de las mujeres inmigrantes colombianas en la ciudad de Valencia. Este objetivo incluye analizar el papel que desempeña la mujer colombiana dentro de su núcleo familiar y conocer en cuanto su situación de mujeres inmigrantes el valor que le otorgan a la salud, desde una perspectiva social, laboral y económica.
- Analizar las experiencias halladas en la atención sanitaria desde el punto de vista de los expertos entrevistados y de las propias mujeres inmigrantes.
- Proponer y ofrecer recomendaciones, a partir de las propuestas de los expertos y de las experiencias de las mujeres inmigrantes, en aras de mejorar la atención sanitaria.

El propósito de este trabajo de investigación es que junto con la estrategia cuantitativa y cualitativa se aborde el fenómeno social de la salud de la mujer inmigrante desde dos puntos de vista: el de los expertos y el de las mujeres. Y así de esta manera se analice no sólo desde una óptica meramente descriptiva y cuantitativa el fenómeno, sino que además se recojan los discursos en torno al tema de investigación.

1. Materiales y métodos

De acuerdo con Kirk y Miller (1986) las entrevistas cualitativas son un fenómeno empírico definido por su propia historia. Se convierten en una herramienta de indagación social, y abren la puerta a la sociología de la entrevista. No es sólo una técnica de recolección de información con propósitos de investigación. Se trata, sin duda, de una producción cultural y como tal conviene abordarla. Se señalan, en general, dos condiciones para que se dé tal estatus:

- i) El surgimiento y reconocimiento de una subjetividad individual con competencia narrativa
- ii) La existencia de una “tecnología de lo confesional”

La primera condición se refiere a una larga tradición de investigación social en la que las entrevistas se han entendido como métodos de *field research* basados en el arte de la conversación.

La segunda condición señalada por Atkinson y Silverman (1997), remite a un precedente de singular importancia en la tradición cristiana: los ritos religiosos de la Inquisición y la confesión (Valles, 1997). La confesión no es el simple ejercicio de erudición al que se recurre para dar perspectiva histórica a la presentación de las entrevistas cualitativas. Se trata de una reflexión metodológica, en sí misma. Lo relevante sigue siendo la presencia de un elemento confesional en las distintas formas de entrevista cualitativa y se transforma en técnica de investigación social en forma de entrevista con detenimiento. Las propiedades confesionales de la entrevista no sólo construyen la subjetividad individual, sino que cada vez más profundizan y amplían las experiencias de los sujetos. De esta forma, esta investigación y perseguir un conocimiento más a fondo, a través de “asuntos muy personales”, “experiencias vividas”, “valores”, “decisiones”, etc., con la utilización de la “entrevista focalizada” (*focused interview*) término acuñado por Merton y Kendall (1946), en torno al tema de la salud de las mujeres inmigrantes.

Diversos autores como Ibáñez (1979), Beltrán (1986), Ruiz Olabuénaga e Ispizua (1989), Alonso (1994), Valles (1997) hacen amplia referencia a la obra de Merton y Kendall (1946), y se cuenta con algunos ejemplos de práctica investigadora donde se retoma la expresión clásica de “entrevista focalizada” (Mercadé, 1982, 1986; Cabrera *et al.* (1992).

Por tanto, la “entrevista focalizada” fue la herramienta metodológica cualitativa escogida y utilizada para esta investigación, de acuerdo con las indicaciones de Merton, Fiske y Kendall (1956) y corroborada por Weiss (1994), ya que los entrevistados fueron expuestos a una situación social concreta²; los investigadores responsables del estudio estudiaron dicha situación previamente, derivando el análisis del contenido³ y las entrevistas se centraron en las experiencias subjetivas de la gente expuesta a la situación.

El guión de las entrevistas descansó en una triple dimensionalidad: pasado, presente y futuro, lo que permitió conocer y aprender lo que las mujeres inmigrantes pensaban sobre sí mismas, sus esperanzas y sus miedos, conocimientos que se desprendían en torno al tema de la salud.

La ausencia de estudios que indagaran sobre la salud de las mujeres colombianas inmigrantes, fue la justificación para conocer las opiniones, vivencias y experiencias concretas respecto al tema de investigación. La “entrevista focalizada” como estilo de entrevista cualitativa, permitió la obtención de las fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante el tema de la salud de estas mujeres en concreto. Se trató a los entrevistados como sujetos cuya respuesta al suceso fue el material a estudiar, más que como informantes del suceso mismo.

² Para esta investigación el conjunto de profesionales trabajó con inmigrantes y dentro de ellos con mujeres colombianas. Para el grupo de mujeres informantes todas ellas tuvieron experiencia con el servicio público de salud.

³ El trabajo de investigación presentado por la autora para obtener el diploma de estudios avanzados, versó sobre los temas de salud e inmigración.



Las entrevistas realizadas cumplieron con las cuatro características, que según Merton y Kendall (1946), deben ser consideradas para que éstas sean productivas: i) no dirección⁴; ii) especificidad⁵; iii) amplitud⁶; y iv) profundidad y contexto personal⁷.

De esta forma se consignaron las reacciones y contextos personales relevantes que acompañaron las respuestas de los entrevistados. Dicho en otras palabras en el análisis de las entrevistas se destacó la importancia de concentrarse en las experiencias emocionales vividas para comprender las experiencias de las mujeres entrevistadas.

Si bien es cierto que la metodología cualitativa es en particular efectiva para que se comprenda un problema o una situación especial tal como lo perciben quiénes están involucrados en él, es mediante la combinación de resultados de métodos cualitativos, junto con los métodos cuantitativos, que puede lograrse una visión más precisa de los problemas de salud, en términos de profundidad y amplitud, para desarrollar intervenciones factibles.

Por esta razón el estudio utilizó una combinación de métodos que podría ser el procedimiento más provechoso para alcanzar un conocimiento integral. Se decidió por una orientación «multimetodológica», cualitativa y cuantitativa, importante para asegurar la validez de la investigación, así como la replicabilidad y la generalización de los resultados (Heggenhougen, 1995).

La perspectiva cuantitativa de datos secundarios, permitió conocer el estado de la situación demográfica del colectivo de colombianos en la Comunidad Valenciana⁸ y en la ciudad de Valencia durante 1999, 2000 y 2001. Se incluyeron las dimensiones demográficas que describen el colectivo estudiado: i) Extranjeros colombianos en la

Comunidad Valenciana, según sexo. ii) Colombianos en la Provincia de Valencia⁹, según sexo. iii) Distribución de extranjeros e inmigrantes colombianos, según nacionalidades más frecuentes y sexo en la ciudad de Valencia¹⁰ durante 1999, 2000 y 2001. iv) Distribución de extranjeros de nacionalidad colombiana por distritos de la ciudad de Valencia en 1999, 2000 y 2001. v) Distribución de extranjeros colombianos por edades durante 1999, 2000 y 2001, en la ciudad de Valencia. vi) Distribución de extranjeros colombianos de 10 y más años según nivel educativo durante 1999, 2000 y 2001.

Los datos estadísticos fueron recopilados del Instituto Nacional de Estadística, sobre el último censo de población y viviendas de 2001 y de la Oficina de Estudios del Servicio de Estadística e Información del Ayuntamiento de Valencia¹¹, para 1999, 2000 y 2001. A partir de estas cifras se determinaron las variables demográficas que permitieron hacer el perfil de colombianos que viven en la ciudad de Valencia. Con el fin de conocer

⁴ Se debe tratar que la mayoría de las respuestas de los entrevistados sean espontáneas o libres.

⁵ Se animó a los entrevistados para obtener respuestas concretas.

⁶ Se indagó en la gama de evocaciones experimentales por parte del entrevistado.

⁷ La entrevista personal “focalizada” debe dejar en claro las implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central.

⁸ La Comunidad Valenciana conforma junto con 16 otras comunidades autónomas el Estado español, en términos geopolíticos, administrativos y financieros.

⁹ La provincia de Valencia junto con las provincias de Alicante y Castellón conforman la división geopolítica y administrativa de la Comunidad Valenciana.

¹⁰ La ciudad de Valencia es la capital de la Comunidad Valenciana y de la provincia de Valencia.

¹¹ “Ayuntamiento” es el término español que en Colombia corresponde a Alcaldía.

las causas de la emigración y el número aproximado de habitantes que han abandonado Colombia, la investigación se basó en datos del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia y la Organización Internacional de las Migraciones (OIM).

Se realizó un acercamiento de la realidad a partir de dos colectivos, como puede observarse en el Cuadro 1: los expertos y las mujeres colombianas inmigrantes que relatan en sus discursos experiencias en torno al tema de investigación.

Con respecto al colectivo de profesionales se seleccionó un grupo de siete profesionales, cuya condición fuera que trabajaran en los servicios públicos de salud y que hubieran tenido un contacto continuo con inmigrantes, y dentro de ellos, con mujeres colombianas. Para conformar el grupo de expertos se observó qué tipo de atención era la más buscada por los inmigrantes a la hora de acceder al servicio público de salud. De esta forma las entrevistas están dirigidas a profesionales que trabajaban en el área social, en consultas de atención primaria¹², como medicina general y gineco obstetricia, áreas médicas con mayor demanda por parte de pacientes inmigrantes extranjeros (Cuadro 2).

Para el colectivo de las mujeres colombianas inmigrantes, se diseñó un perfil en función de dos diferentes variables: el perfil personal y el perfil social para así conformar la muestra seleccionada. El *perfil personal* viene determinado por un conjunto de variables sociode-

mográficas: la edad, el estado civil, la situación familiar y el nivel educativo. El segundo tipo de perfil elaborado para esta investigación es el que se ha denominado *perfil social*. Éste pretende describir un perfil que proviene de la relación de la mujer inmigrante colombiana con la sociedad española. Se tomaron variables como el tiempo de estancia en España y la situación laboral y legal, para averiguar en cierta forma, la procedencia de sus fuentes de ingresos.

El total de la muestra fue conformada por diez mujeres colombianas informantes que cumplieron los requisitos de inclusión¹³ (Cuadro 3), y el tamaño de la muestra correspondió al principio de saturación teórica que según Glaser y Strauss (1965), se alcanza cuando la información recogida resulta suficiente en relación con los objetivos del estudio, es decir que nuevas entrevistas no añadirían más información relevante a lo ya conocido. El muestreo cualitativo no pretendió en ninguna forma la representación estadística, sino la representación tipológica y socioestructural correspondiente a los objetivos del estudio.

El trabajo de campo cualitativo se resumió con el contacto de la primera mujer entrevistada, cuyo reto consistió en lograr un grado de confianza idóneo, favoreciendo el tipo de intercambio comunicativo esperado. La muestra de mujeres informante se completó gracias a la llamada “bola de nieve”, que consistió en solicitar a cada entrevistada su colaboración para facilitar el contacto con otras informantes potenciales, pertenecientes al círculo de conocidos. Se siguieron los criterios de Katz y Lazarsfeld (1955) ya que se empezó con un muestreo aleatorio de entrevistadas y luego se procedió con la “bola de nieve”, dicho de otra manera, se emplearon las redes personales para realizar los contactos. De esta forma se cumplió con las normas de heterogeneidad y de carácter flexible.

¹² El área médica de atención primaria en España corresponde a la puerta de entrada del servicio público de salud.

¹³ Se tuvo en cuenta la participación voluntaria del entrevistado, su libertad de expresión, así como la ocultación de su verdadera identidad, durante el desarrollo de las entrevistas.



CUADRO 1
PERSPECTIVA CUALITATIVA: LOS EXPERTOS Y LAS MUJERES INFORMANTES

Colectivo	Temas de análisis	Aspectos
Los expertos	Trabajar con mujeres inmigrantes: primero coincidencia luego decisión personal	<ul style="list-style-type: none"> • La llegada de nuevos pacientes a la consulta • Los motivos de consulta de las mujeres inmigrantes. La búsqueda de una solución
	Conceptos estructurales del trabajo de los profesionales y expertos	<ul style="list-style-type: none"> • Grandes limitaciones ante grandes fortalezas • Más que una atención sociosanitaria: un espacio de orientación y de ayuda • El trabajo solitario del sector de la salud • La necesidad de construir políticas
	La salud de la mujer inmigrante colombiana vista por los expertos	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con dolor, mujeres saludables • En España un presente. En los países de origen un futuro
La mujer colombiana inmigrante bajo el horizonte de la salud	La salud y su relación con el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Las características demográficas de las mujeres: mujeres de un mismo país, mujeres distintas • Yo fui alguien. Ahora no soy nadie • El reconocimiento de un cuerpo distinto: un cuerpo solo y dolorido
	La salud y la familia	<ul style="list-style-type: none"> • La familia de las mujeres inmigrantes: mismos roles, diferentes estructuras • ¿Quién cuida a la cuidadora? • La soledad en la enfermedad • Los costes que asume el hogar en el cuidado de la salud
	La salud y el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • La prioridad del trabajo sobre la salud
	Las experiencias con el servicio público de salud	<ul style="list-style-type: none"> • El farmacéutico: una ventana previa al corredor del servicio público de salud • El recorrido por los servicios de salud a pesar de la desinformación y del miedo • A la búsqueda de una salud perdida: el camino dentro de los servicios de salud • La comunicación con los profesionales sociosanitarios: una puerta abierta • La solidaridad de los servicios de salud • El caso singular de los estudiantes de tercer ciclo
	El afecto y la salud: Las fuerzas para vivir una vejez	<ul style="list-style-type: none"> • Un agradecimiento profundo hacia el sistema de salud • El temor a una soledad y el miedo a la enfermedad • Los sueños futuros: un trabajo, una pensión y una familia • El final de las historias

Fuente: Diseño de la investigadora, 2004.

CUADRO 2
TIPOLOGÍA DE LOS PROFESIONALES

Colectivo	Perfil profesional	Recursos	Técnica metodológica
Profesionales	Médico general	Hospital Clínico de Valencia y Cruz Roja-Valencia	Entrevista 1
	Médico especialista	Hospital Arnau de Vilanova-Valencia	Entrevista 2
	Médico ginecólogo	Consorcio Hospital General Universitario de Valencia	Entrevista 3
	Médico de atención primaria	Ambulatorio de Burjassot - Valencia	Entrevista 4
	Trabajador social	Cruz Roja- Valencia	Entrevista 5
	Trabajadora social	Ambulatorio de Burjassot	Entrevista 6
	Médico ginecólogo	Centro de Salud de Paterna - Valencia	Entrevista 7

Fuente: Diseño de la investigadora, 2004.

CUADRO 3
VARIABLES QUE SE TUVIERON EN CUENTA AL ESCOGER LAS MUJERES INFORMANTES

Perfil personal		Perfil social	
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 20-44 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de estancia 	<ul style="list-style-type: none"> • < de 2 años • > de 2 años
Situación familiar y estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casada o unión libre/con-sin familia • Soltera o divorciada • /con-sin familia • Nivel alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación laboral y legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Con visado de residencia/con-sin contrato • Sin permiso de trabajo/con-sin trabajo becario/con-sin contrato
Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel bajo 		

Fuente: Diseño de la investigadora, 2004.

La elaboración de los guiones de las entrevistas tanto para el conjunto de profesionales como para el de mujeres informantes, se realizó previamente para saber como abordar el llamado “arranque” y desarrollar la conversación de la entrevista. Ello supone, según Valles (1992, 1997), que se tuvieron elaboradas de antemano distintas formas de introducción o presentación al tema, así

como argumentos que sirvieran de transición temática.

Durante las sesiones de las entrevistas se cumplió con diversas tácticas propias de las entrevistas con detenimiento, ya que son formas de comportamiento verbal y no verbal empleadas. Diversos autores como Schatzman y Strauss (1973), Gorden (1975), Blan-



chet (1989), Alonso (1994), Weiss (1994) y Wengraf (2001) reconocen la dificultad para catalogar la diversidad de tácticas que se ponen en práctica, pero en general éstas se resumieron en silencios, expresiones faciales, movimientos corporales y gestos vocales que precisaron ser apropiados para el problema de oír y escuchar.

Durante la transcripción de las grabaciones se siguieron las recomendaciones de Wengraf (2001), de volver una y otra vez a la grabación original para “evaluar la adecuación de una interpretación”; escuchar repetidamente lo grabado para mejorar la transcripción de acuerdo con los propósitos analíticos de la investigación. Esta confrontación entre lo grabado y lo transcrito pone de manifiesto la pérdida de información que se produce con la transcripción. De ahí que con el fin de remediar este inevitable problema se procedió al registro inmediato de las impresiones y observaciones hechas tras las entrevistas.

De acuerdo con Kvale (1996), el análisis preliminar cumplió con las claves de análisis (aportaciones analíticas que hacen los entrevistados además del entrevistador) que ofrecieron los propios entrevistados. Luego se realizó el despliegue analítico y el repliegue

(síntesis) de la actividad interpretativa que finalmente resultó en el informe final.

2. Resultados

De acuerdo con la orientación “multimetodológica”, se exponen a continuación los resultados sociodemográficos del colectivo de colombianos en la ciudad de Valencia, para luego presentar los análisis de las entrevistas hechas a los expertos y a las mujeres informantes.

2.1 Descripción sociodemográfica de los colombianos en la ciudad de Valencia¹⁴

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (2003), en la Comunidad Valenciana las mujeres colombianas inmigrantes son mayoritarias con respecto a los hombres en 2.155 personas. Ellas constituyen 55% del colectivo y los varones significan 45%. Para la provincia de Valencia, las mujeres continúan siendo mayoría con respecto a los varones y representan 56,4% del total del colectivo, mientras que los hombres representan el 43,6%. El Cuadro 4 describe el número de inmigrantes colombianos radicados en la Comunidad Valenciana y en la provincia de Valencia.

CUADRO 4
COLOMBIANOS EN LA PROVINCIA DE VALENCIA, SEGÚN SEXO. CENSO 2001

	Ambos sexos	Hombre	%	Mujer	%
Comunidad Valenciana	21.585	9.715	45,0	11.870	54,99
Provincia de Valencia	8.572	3.736	43,6	4.836	56,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2003.

14 Los términos “Comunidad Valenciana”, “provincia de Valencia” y “ciudad de Valencia” se encuentran explicados en el apartado de materiales y métodos.

Analizar la composición por sexos constituye un conocimiento relevante en la planificación y programación de los servicios de salud dado que la morbilidad y estructura de la mortalidad condicionan la demanda y uso de estos servicios. En este caso, el colectivo presenta una mayoría femenina que seguramente está demandando servicios sociales y de salud propios de la mujer: atención ginecológica y obstétrica, cuidado de problemas relacionados con el trabajo, y atención

pediátrica, entre otras. En caso de que estas mujeres inmigrantes decidieran quedarse a vivir en España, vale la pena que desde los servicios de salud y de los servicios sociales se planifique, desde ahora, lo que conlleva la atención socio-sanitaria de la mujer mayor.

En el Cuadro 5 se describe la posición que ocupa Colombia dentro del conjunto de las cinco principales nacionalidades de extranjeros que residen en la ciudad de Valencia.

CUADRO 5
EXTRANJEROS SEGÚN NACIONALIDADES MÁS FRECUENTES Y SEXO EN LA CIUDAD DE VALENCIA
2001 Y % DE VARIACIÓN. 1999-2001

	Total	Hombre	%	Mujer	%	% Total var. 99-01
Total	40.459	21.764	53,79	18.695	46,20	328,9
Ecuador	9.953	4.965	49,88	4.988	50,11	3.655,0
Colombia	6.521	2.961	45,40	3.560	54,59	1.355,5
Marruecos	1.736	1.127	64,91	609	35,08	138,8
China	1.718	1.024	59,60	694	40,39	105,5
Argentina	1.267	622	49,09	645	50,90	187,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2003.

Tanto Ecuador como Colombia fueron los países con mayor número de inmigrantes en el 2001. Ecuador pasó de 4.524 habitantes en el 2000, a 9.953 en el 2001, lo que supuso un aumento del 120% y los colombianos pasaron de 2.254 personas en el 2000, a 6.521 en el 2001, lo que representó un aumento del 189,3%. Para el colectivo de los ecuatorianos el aumento, durante el 2001 con respecto a 1999, fue de 3.655,0% (con 265 efectivos en 1999) y para los colombianos fue del orden de 1.355,5%.

Conocer qué tipo de nacionalidades conforma el conjunto de extranjeros que viven en Valencia permite conocer un posible comportamiento social. Los extranjeros que per-

tenecen al ámbito comunitario tienen desde el punto de vista jurídico unos derechos muy similares a los españoles. Lo contrario ocurre con aquellos extranjeros originarios de países del Tercer Mundo: tanto su situación social, como laboral son calificadas como de exclusión.

La inmigración en Valencia es muy reciente. A enero de 2001, 60% de los extranjeros extracomunitarios llevan menos de un año en la ciudad. El 84,4% de los colombianos empadronados viven hace menos de un año en la ciudad. Eso significa que están hasta ahora resolviendo sus problemas más perentorios de inserción, como por ejemplo, reconocimiento de la ciudad, construcción de

las redes sociales, adquisición de una legalización administrativa y búsqueda de trabajo y de vivienda (Torres Pérez, 2002).

Los inmigrantes extranjeros tienden a buscar lugares geográficos dónde se concentran aquellos que son de su misma nacionalidad. Se tejen relaciones sociales, de amistad y de apoyo y, sobre todo, se intercambia información. Esta información es necesaria para la supervivencia y para la futura adaptación e inserción del inmigrante. La característica de los colombianos es que comparten, en cierta medida, una cultura muy similar a la española. Sus relaciones históricas con el país ibérico, hacen que hereden la misma lengua, religión y la mayoría de las costumbres. Esta situación favorece que se distribuyan en casi todos los distritos, sin mayores preferencias. No se observó una concentración geográfica clara, lo que elimina, en principio, una posible conformación de gueto.

Con base a esta información y con respecto a la demanda de los servicios públicos de salud, se supone que es más o menos homogénea y que no hay una sobrecarga en una institución de salud, en particular, sobre todo si el lugar de atención se asigna de acuerdo con el sitio de vivienda del usuario.

Al analizar las edades de los colombianos es importante saber entre qué rangos se sitúa la mayoría de los individuos, ya que dependiendo del grupo de edad, variará la forma de uso de los servicios públicos y entre ellos los de salud. La distribución por edades de los colombianos en 1999, 2000 y 2001 no tuvo mayores variaciones. La mayor concentración se observó en edades que representan a personas económicamente activas y reúnen, en su conjunto, al 68,8% del total del colectivo durante esos tres años. La mayoría de los inmigrantes colombianos están en edades de productividad económica y con relación al ciclo vital humano corresponden a etapas de

reproducción con baja incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas. La estructura de los colombianos en España presenta un grupo de menores de 15 años interesante, por lo que se aprecia una evidente migración familiar de cierta importancia, siendo destacable el grupo de 5 a 9 años de edad. Este grupo posee un potencial interesante desde el punto de vista económico, laboral y demográfico (Domingo Pérez, 2002).

Según datos de la Oficina d'Estudis i Informació-Ajuntament de Valencia (2002), en el 2001, el nivel educativo más representativo de los colombianos fue ESO FPI con 2.194 (37,06%), seguido por Batxiller FPII con 1.373 (23,1%), Certificat d'Escolaritat GB Primaria con 851 (14,31%), Carrera Superior con 391 (6,6%) y Carrera Mitjana con 188 (3,17%). El nivel de escolaridad de los colombianos inmigrantes, para el 2001, se mantuvo con respecto al 2000, sin embargo, aumentó el número de inmigrantes con carrera superior y técnica con respecto a 1999 y 2000. Se considera que el nivel de educación de este colectivo afecta en gran parte el comportamiento social. Por una parte, son un recurso humano que demuestra estar preparado para realizar labores que requieran de una mediana cualificación y, por otra, la experiencia demuestra que tienen hábitos saludables mejores que las personas analfabetas¹⁵.

La composición por sexo, localización geográfica, edad y nivel de estudios, obliga a revisar las políticas públicas de atención. Es así como los servicios de salud deben responder a las necesidades de un colectivo dónde la

¹⁵ Los términos de las categorías educativas en lengua valenciana han sido tomados fielmente de las fuentes oficiales valencianas pertenecientes a la Consellería de Educación y Cultura. Por tal motivo se debió respetar tal condición por no tener correspondencia con las categorías de educación colombianas.

mayoría son mujeres, quienes demandarán una atención propia del género, una maternidad infantil ya que están en edad fértil y a los problemas propios de un colectivo económicamente activo. Este conjunto de personas con un nivel de educación medio, repercute en hábitos y prácticas de vida saludables y no tiene mayores dificultades a la hora de buscar sitios de asentamiento, sin embargo, no se deben olvidar las enfermedades originadas por la actividad laboral.

2.2 Análisis cualitativo de las entrevistas¹⁶

De acuerdo con los comentarios de Serra Yoldi (2001), las mujeres inmigrantes en la década de los ochenta, eran reflejo de una inmigración pasiva o inducida, y se caracterizaban por ser las acompañantes de sus maridos o por que se reunían posteriormente con ellos. En la actualidad, se reconocen como protagonistas de la migración y como responsables de valiosos proyectos económicos. Se debe tener en cuenta que además de las colombianas, la mujer inmigrante será cada vez más visible en la sociedad española como consecuencia de su mayor presencia en el área de “los servicios de proximidad”, y que así mismo pertenece a un colectivo mejor preparado desde el punto de vista académico, reconociendo el papel que está desempeñando en los componentes demográfico, económico y social. Esta situación con más seguridad hace que su actitud y comportamiento ante los servicios de salud tenga un componente especial y particular a la hora de acceder a estos servicios públicos. A continuación se presenta un resumen de las posturas y opiniones recogidas

durante las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y a las mujeres informantes clave.

2.2.1 Los agentes sociales y su relación con las mujeres inmigrantes en los servicios públicos de salud: una relación que va más allá de la atención médica

La inmigración es un fenómeno que se ha hecho visible en España desde hace poco más de dos décadas. Ni la sociedad española ni los organismos sociales se prepararon para la atención sanitaria y social de los inmigrantes extranjeros. La mayoría de los profesionales de la salud entrevistados trabajan con inmigrantes más por coincidencia que por decisión propia. Aclararon que atienden a este tipo de población dentro de sus consultas, sin que haya una atención especial para ellos.

Relataron que el principal motivo de consulta que lleva a las mujeres al Servicio Público de Salud hace referencia a problemas médicos, relacionados por lo general con el estrés y la ansiedad. Como lo comentan varios autores Vásquez Villegas (2002), Berra Rajmil y Serra Sutton (2003), el estado de salud de los inmigrantes no supone una amenaza por la posible introducción de enfermedades importadas. Ratifican estos estudios, autores como Santamaría *et al.* (2002) que describen los principales motivos de consulta: Patología del aparato locomotor, relacionada con su trabajo y por accidentes laborales; patología del aparato respiratorio, patología gineco obstétrica; enfermedades de transmisión sexual (ETS) muy en relación con la prostitución; patología psiquiátrica y psicósomática. En síntesis, y luego de analizar la información se confirmó que los principales factores de riesgo son, sin lugar a dudas, las condiciones de vida, la añoranza, la discriminación y los problemas de inestabilidad laboral.

¹⁶ Los análisis completos de las entrevistas se encuentran consignados en dos capítulos del documento final de la tesis doctoral. Para este artículo se recogen las opiniones, posturas y comentarios que a juicio de la autora son los más relevantes.



De manera paralela, Río Benito y *et al.* (2003), afirman que el grupo heterogéneo de inmigrantes no debe ser considerado como de riesgo. Plantean el principio del “efecto emigrante sano”, al considerar que la mayoría de los inmigrantes económicos tienen una salud normal que, sin embargo, se ve afectada por factores derivados por causa de su nueva condición. Se hace indispensable la lectura de expertos en psiquiatría transcultural al reconocer que las patologías que provocan malestar de la inmigración inducen sufrimientos psíquicos, y como lo comenta Alarcón (2000), la influencia de factores culturales influye en la etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Los psiquiatras como lo confirma Brody (1969), se apoyan en referentes y entornos socioculturales para evaluar y explicar la manera de pensar, sentir y comportarse de los seres humanos, expresada tanto como experiencia subjetiva como conducta observable (Río Benito *et al.*, 2003).

Vienen los más sanos. Son fuertes y aguantan mucho. Son jóvenes y fuertes. Emigran los más fuertes. Es ley de selección natural [E-RG]

Vale la pena mencionar autores como Atxotegui (1990, 2000, 2002 y 2003), quien considera la inmigración como un acontecimiento de la vida que supone situaciones de cambio con “siete duelos específicos: por la familia, los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus, el contacto con el grupo étnico y los rasgos físicos”.

...y en cuanto a las mujeres, es verdad que muchas veces, yo les he detectado problemas debido al desarraigo temporal: abandonar su país y el no ser acogidos todavía por uno nuevo. Tienen muchos problemas que se pueden llamar somatizaciones. Detrás de eso siempre hay un problema... que no se habían acoplado... que sus familiares estaban allá... traen consigo muchos problemas [E-VS]

Los profesionales entrevistados reconocieron que la atención primaria constituye, idealmente, la puerta de entrada al sistema de salud. Sin embargo, las urgencias son escogidas, generalmente por la población inmigrante, por la facilidad y rapidez de la atención y la inflexibilidad de los horarios laborales.

En general, es por cuestiones de trabajo, unas (mujeres) van a limpiar, otras cuidan mayores, entonces no pueden, no se pueden permitir ir a pedir fecha y cita, yo creo que por eso utilizan demasiado el servicio de urgencias [E-MB]

Los expertos describieron –durante las entrevistas– algunas debilidades del servicio público de salud a la hora de atender a la población inmigrante. Estas se pueden resumir en una falta de sensibilidad a la hora de atender a los pacientes inmigrantes, falta de conocimiento real sobre su situación social y cultural y que, por tanto, se desprende la necesidad de formar y educar un nuevo profesional de la salud que esté en capacidad de atender una sociedad pluricultural. El análisis de las entrevistas arroja la necesidad de mejorar los canales de comunicación entre el profesional y el paciente inmigrante, sobre todo si este posee una lengua y una cultura diferentes a la española. Fueron claros en afirmar que la desinformación y el miedo por parte del inmigrante, se convierten en verdaderas barreras de acceso generando inequidades a la hora de la atención (Rasmussen, 1997).

Según los expertos se requiere de una planificación en la dirección y gestión de los servicios de salud, que coordine y encauce el trabajo de los diferentes organismos responsables del proceso. Sin embargo, a pesar de todas estas limitaciones, emerge un servicio público de salud solidario, que lucha contra la inequidad, que responde al principio de universalidad y, ante las nece-

sidades de la población inmigrante, se comporta no sólo como un servicio de salud, sino como un espacio de orientación y apoyo para el inmigrante.

Las recomendaciones hechas por los profesionales entrevistados están encauzadas en el sentido de preparar un servicio público de salud que trabaje para una población multiétnica y pluricultural, y demandan nuevas políticas que “visibilice” y entienda el fenómeno de la inmigración, en su real dimensión, evitando de esta forma la constante improvisación.

2.2.2 La experiencia de las mujeres colombianas inmigrantes: a pesar del dolor del desarraigo, un agradecimiento profundo hacia el servicio público de salud

Las mujeres colombianas entrevistadas tienen en común que no emigraron hacia España en situaciones de precariedad económica. Más bien, su proceso fue acompañado por un respaldo económico que les rodeó de cierta seguridad. Es claro que no hay un solo tipo de emigrantes y que el abanico de razones que impulsan a la emigración se amplía, lo que confirma la heterogeneidad y complejidad del fenómeno de la migración.

Representan parte de la variada sociedad colombiana. Son mujeres solteras, casadas y madres. En su mayoría con una edad que oscila entre los 27 y 52 años. Se podría decir que están en una edad económicamente activa y se catalogan a sí mismas como mujeres fuertes. En cuanto al nivel de estudios, las hay licenciadas, con estudios de primer, segundo y tercer ciclo y sólo dos tienen estudios básicos. Si se habla de las actividades que realizaban en Colombia, todas estaban trabajando o estudiando antes de salir del país.

grar reconocieron que se desprendieron de una estabilidad social y, en cierto grado, económica, padeciendo uno de los precios que hay que pagar cuando se sale del país. Han renunciado a un pasado, quizás más prestigioso que el presente actual, para venir a asumir situaciones y labores que no corresponden con su capacidad intelectual. Se crea en ellas una especie de anonimato, “desdibujamiento” de la personalidad y construcción de un nuevo “yo” que se ajuste a las nuevas necesidades del entorno.

Yo en Colombia me relacionaba con gente académica, con estudiantes con profesionales. Ahora me relaciono con personas que trabajan en limpiezas y eso hay veces hace que me sienta sola y no me relacione con facilidad [R3]

En general, la sociedad española coloca en un mismo conjunto a todos los inmigrantes. Los rotulan bajo un mismo denominador, como personas con escasos conocimientos, sin estudios superiores o sin respaldo económico. Hasta ahora las investigaciones empiezan a identificar en el conjunto de inmigrantes a agregados académicos e intelectuales que perfilan individuos mejor cualificados.

Cuando se les preguntó sobre su cuerpo, muchas de ellas no tenían conciencia de él. El cuerpo como lo comentan Durán *et al.* (1987) y Durán (1999), se comporta como una frontera espacial entre el “yo” y los “otros”. El territorio de cada cuerpo es el espacio propio. Los cuerpos se construyen bajo un proceso social, se les socializa y se les relaciona unos con otros. Según la misma autora, esta “construcción social del cuerpo” tiene lugar sobre todo en tres aspectos: en su visibilidad y conocimiento; en su adiestramiento y uso y, por último, en su aprecio o valoración. De ahí la importancia de la salud con relación a su cuerpo. Los comentarios de las informantes apuntan a manifestar



unos cuerpos doloridos y cansados, fruto de largas jornadas de trabajo. Reportaron sufrir aumento o disminución de peso, caída del cabello, molestias en los huesos, alteraciones en la piel y en el ciclo menstrual.

Este trabajo no genera salud. No me enfermé más porque soy muy fuerte. Alguna vez amanecí con los pies inflamados, con las manos inflamadas y con sangre de tanto trabajar. Simplemente me tomé dos o tres pastillas para el dolor y así solucioné el problema... Trabajaba 16 horas al día. Me sentía al otro día agotada. No sentía mi cuerpo [R6]

El hecho de emigrar, rompe en cierta forma la familia pero, de otro modo, nace una nueva estructura familiar. Se tejen entre los miembros nuevas relaciones y nuevos roles. Se crean nuevos códigos de comunicación, como la virtual. Sin embargo, y a pesar de la distancia, se mantienen ciertas obligaciones y ciertas responsabilidades: las mujeres continúan siendo las responsables de la educación y bienestar de los hijos. Se percibe en ellas un desajuste emocional por querer ser buenas madres y, a la vez, permanecer en la distancia.

Vinimos (mi esposo y yo) buscando un mejor futuro. Tenemos dos hijos: la pequeña nació acá en España, el mayor está en Colombia. Él no pudo venir por que no nos alcanzaba la plata para el viaje. Él no conoce a su hermanita...El la quiere como si la hubiera visto nacer. Todos los días hablo con él y pregunta por su hermana [R8]

No sólo son cuidadoras de sus hijos, sino que transfieren sus cuidados y compañía a personas mayores en España. Sin embargo, durante las entrevistas cuando se les preguntó a cerca de su propio cuidado, revelaron la fragilidad de la soledad. Aunque la respuesta estaba impregnada de una gran fuerza y de una singular valentía, descubrió a más de una, un ser quebrantable y hasta atemorizado. Llegan a la necesidad de cuidarse a ellas mismas. Como bien lo definen Durán *et al.* (1987), un tipo distinto de auto cuidado es el

que podría llamarse “forzoso”, derivado de la carencia de apoyos familiares o de otro tipo. Es una situación relativamente frecuente en los enfermos que viven solos y, en especial, entre los inmigrantes.

En todo caso, es de las cosas que me dan miedo: enfermarme en España y no tener a algún miembro de mi familia para confiar y apoyarme...En todo caso me cuido sola y trato de no molestar a nadie [R1]

De acuerdo con Solé (2004), las mujeres inmigrantes padecen con frecuencia una triple discriminación. La de su condición extranjera, sometida por una parte a la presión pública, y social; la de su condición de mujeres, con desigual trato, sobre todo en el área laboral; y, en último lugar, por sus condiciones étnicas aducidas al hecho de pertenecer al ámbito extracomunitario. Existe, por tanto, una desvalorización social del trabajo “femenino” y, sobre todo, del latinoamericano, tanto en el hogar como en el mercado laboral.

A pesar de estas dificultades las mujeres entrevistadas le asignan al trabajo un valor que representa, en muchos aspectos, la columna que sustenta y justifica su permanencia en España. Se convierte en el medio para conseguir el dinero, además de ser el instrumento más válido para obtener los “papeles”.

El patrón de trabajo de las inmigrantes, según Standing (1998), se presenta bajo los siguientes rasgos: una menor participación en la fuerza de trabajo remunerada, concentración en ocupaciones de baja remuneración, discontinuidad en la historia de trabajo ocasionada por la gestación y crianza de los hijos, limitado acceso a los beneficios de la seguridad social en el largo plazo, y sobre representación en ocupaciones no cubiertas por el sistema de la seguridad social, tales como empleo de tiempo parcial, temporales y en los sectores informales de la economía, llamados actualmente: “servicios de proximidad”.

...Si, siempre he trabajado por horas y sin contrato. Desdichadamente el servicio doméstico no está regulado de la manera que se merece. No se tiene derecho al paro¹⁷ ni a cotizar muchas veces en la seguridad social [R2]

Las mujeres inmigrantes tienen la costumbre de acudir a la farmacia, como primer paso del camino terapéutico. Las causas son diversas: no se requiere ningún trámite, la relación es informal, existe un amplio acceso geográfico y la más común de todas, ese espacio no les produce temor. Quizás los dos únicos obstáculos podrían ser: no tener dinero para pagar los medicamentos y que el medicamento solicitado requiera de fórmula médica. Ellas relataron no encontrar un centro de información sobre el acceso al sistema público de salud y siempre se apoyaron en la red social para obtener la información.

La morbilidad más usual entre la población femenina inmigrante es más de orden afectivo que de orden orgánico, ocasionada esencialmente por las circunstancias de la emigración. Presenta, por lo general, problemas de adaptación al medio, que se manifiesta en miedos, temores, y falta de control de su entorno. Sin embargo, durante el análisis de las entrevistas se observaron además de la nostalgia, situaciones de enfermedad complejas como el cáncer de cuello uterino, el lupus eritematoso, depresiones del siste-

ma inmunológico, pasando por traumas ligeros, patologías respiratorias como asma y alergias crónicas, dermatitis ligeras y severas y manifestaciones de intenso dolor, localizadas en manos rodillas y piernas.

A partir del momento en que las mujeres acuden al servicio público de salud, la apreciación que aflora en la mayoría de los relatos, es la gratuidad del servicio y el acceso y uso a tecnologías de punta sin ningún tipo de restricción. Relataron que fueron atendidas en todos los niveles de atención, desde atención primaria, hasta el nivel de máxima complejidad, de acuerdo con sus necesidades patológicas. Según comentarios de Solé (1997), no siempre es la experiencia de la enfermedad el detonante del contacto del inmigrante con el sistema sanitario. Dos de las mujeres entrevistadas tuvieron su primera experiencia con el servicio público de salud al saber que estaban embarazadas y relataron que fueron atendidas con los mismos derechos que se le brinda a cualquier mujer española.

...Pues todo empezó por que yo sospeché que estaba embarazada. Entonces le pedí el favor a una amiga española que llevara mi orina al ambulatorio, con el nombre de ella. A mí me daba susto ir al centro de salud, porque pensaba que me hacían algo si sabían que yo era "ilegal"¹⁸ ... Me atendieron mejor que nunca. Nunca antes me habían tratado así de bien [R8]

La disposición abierta, el agradecimiento de recibir el pleno derecho de la salud y el sentirse iguales como cualquier ciudadano español, abre definitivamente todos los canales de comunicación. Fueron enfáticas en afirmar que los servicios públicos de salud y de trabajo social generaron en ellas sentimientos de seguridad y confianza. Reconocieron que fueron tratadas sin ningún tipo de exclusión o marginamiento. Pareciera que el espacio de la salud es de los pocos en el que ellas no se sienten extranjeras.

¹⁷ Los trabajadores españoles están en "paro" si se encuentran desempleados y, si al inscribirse a la bolsa de empleo, los empleadores interesados pueden contratarlos a cambio de recibir beneficios fiscales o financieros. Aquellos trabajadores que hayan cotizado de manera proporcional cobran del seguro de desempleo a la seguridad social ciertos meses al año.

¹⁸ El término "ilegal" pertenece al argot corriente cuando se quiere identificar a todo aquel inmigrante que no tenga su situación administrativa regularizada.



He pasado por consulta externa, urgencias, consulta especializada y hospitalización con todas las pruebas analíticas necesarias del caso. Conmigo no ahorraron ningún esfuerzo. Todos han estado a mi servicio... Tengo que estar cada mes en control. Me hacen una analítica especializada de control mensual. Estoy atendida por el reumatólogo, nefrólogo, neurólogo, por el especialista de vías digestivas [R4]

Todas comparan esta experiencia con respecto a las vividas con los servicios de salud colombianos y califican de “excelentes” los servicios de salud españoles. El factor que más aprecian es el hecho de recibir “todo tipo de tratamiento” sin que medie el factor del dinero ni su condición de mujeres extranjeras.

Sin lugar a dudas, uno de los momentos más interesantes ocurridos durante las entrevistas fue cuando ellas hablaron sobre sus proyectos de vida. En primer lugar, sueñan con un trabajo. Pero ante todo, bajo las mismas oportunidades y las mismas reglas de juego que se les brinda a los españoles. Sueñan sin duda, con recibir una pensión. Admiten que deben sortear muchos obstáculos para gozar su pleno disfrute. Y lo que finalmente completa el sentimiento de bienestar y tranquilidad en el futuro es el hecho de reconstruir sus familias o el volver a ellas.

Sueño con tener mis papeles y poder viajar a visitar la familia. También empezar a cotizar en la seguridad social lo antes posible y poder comprar un piso [R9]

Así como el trabajo y el dinero son importantes y casi imprescindibles, en el presente y en el momento histórico por el que atraviesan, la salud y el afecto, se tornan en condiciones indispensables y necesarias para vivir una vejez. Con base en estos proyectos, más de una no se “imagina” envejecer en España. Manifestaron con claridad el abandono al que son sometidos los mayores españoles. Reconocieron que el Estado promulga políticas de protección con la cons-

trucción de residencias de tercera edad, sin embargo no entienden cómo esta sociedad permite su abandono. Quizás porque ellas mismas sufren el precio de una soledad y de un desarraigo: no quieren envejecer solas.

Quiero volver a mi tierra, a mi casa y sobre todo, quiero llegar a cuidar de mi tía que es como mi madre. No quiero quedarme sola, no quiero que ella se quede sola. Las dos nos necesitamos, la una a la otra. No quiero sentirme sola, como tantos viejitos que ve uno por aquí. Ya vine, trabajé, ahorre, gasté y viajé. Ahora quiero volver. Quiero pasar mis últimos años en Colombia. Es mi país, es mi gente, es mi familia [R10]

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

El fenómeno de la inmigración, visto como un fenómeno social, tiene la particularidad de ser cambiante y no proyectable en el tiempo, sobre todo por que está modelado e influido por variables económicas, sociales y culturales. Esta investigación no pretendió proponer conclusiones rígidas. Al contrario, se formularon una serie de consideraciones que aporten y complementen bases y elementos para la reflexión, para que de esta manera, generen un conocimiento cada vez más completo sobre la inmigración en la realidad española.

Uno de los aspectos que miden, de cierta forma, el desarrollo del Estado de bienestar del inmigrante, es la forma cómo éste accede a los servicios públicos de salud. Si bien la ley española es clara al respecto, y determina que todos los inmigrantes tienen acceso pleno a tal beneficio, es importante conocer la conceptualización que tienen de la salud, en este caso particular, las mujeres colombianas inmigrantes y, de otra parte, la opinión que del fenómeno de la inmigración tienen aquellos profesionales socio-sanitarios que trabajan día tras día con ellos.

Las conclusiones que resultan de este trabajo de investigación se presentan de la siguiente manera:

1. España se convierte en un país atractivo para la inmigración latinoamericana por que a partir de mediados de los años ochenta, ingresa a la Comunidad Económica Europea y entra en una fase expansionista de la economía que eleva las cuotas de bienestar. A esta situación se le suma el vínculo histórico que une a las antiguas colonias españolas latinoamericanas con la España actual y además mantiene estructuras establecidas desde entonces, a través de la lengua en común y en cierto modo la cultura. Por último, la información que transmiten los propios inmigrantes sobre las condiciones de vida en este país, tiene relación con una cierta permisibilidad social ante la “irregularidad administrativa”, como sobre el uso de los recursos a los que el inmigrante en situación administrativa irregular puede acudir en caso de necesidad. Según los expertos, España se encuentra ante la “latinoamericanización” de la inmigración.
2. En países como Colombia, factores como la calidad de vida de la población, el desempleo, la violencia y el desplazamiento por la guerra civil, sin dejar de lado el deterioro en los ingresos familiares llevan a las familias a buscar nuevas formas de supervivencia, reagrupándose, compartiendo espacios entre parientes, incluso con personas sin nexos de parentesco, o buscando nuevas oportunidades en el exterior. Las mujeres emigrantes son protagonistas y hacedoras de nuevas estructuras familiares. Ellas son las responsables de asumir una emigración económica cuyo fin primordial es mejorar los ingresos, además de buscar nuevos horizontes y nuevas oportunidades. Estas mujeres se convierten en “protectoras económicas a distancia” de sus hijos lo que explica, en parte, la enfermedad psíquica como un conflicto entre los deseos de compaginar su vida laboral y económica en el extranjero, con respecto a los deseos de ser buenas madres.
3. Cada vez vienen más inmigrantes a España mejor preparados y con mejores niveles de estudio. Sin embargo, mujeres con niveles de preparación académicas interesantes, deben trabajar en servicios de proximidad donde no son apreciadas. Según datos del padrón municipal de 2003, el 26% de las mujeres latinoamericanas trabajan en este sector. La inserción laboral de las mujeres es mucho más fácil en especial en trabajos o tareas de fácil ocultación y de máxima reserva, y casi siempre con sujeción a funciones domésticas, o al cuidado de menores y personas ancianas. Cuando ingresan en el mercado laboral son varias las situaciones en las que la trabajadora inmigrante puede quedar desprotegida, ya que las prestaciones (seguro por desempleo, asignaciones familiares y pérdida de los derechos a una pensión de jubilación adquiridos en el país de origen) se califican de “inexportables”.
4. Los organismos sanitarios no han sido preparados para la atención sanitaria y social de los inmigrantes extranjeros. Los inmigrantes han sido catalogados, en general, por los expertos entrevistados como personas jóvenes y sanas, que acuden no sólo en busca de una atención médica, sino que además demandan, orientación e información para solucionar problemas de índole social. Según su experiencia con el conjunto de inmigrantes aseguran que el motivo de consulta más frecuente hace referencia a problemas médicos relacionados, por lo general, con las malas condiciones de trabajo, el estrés y la ansiedad. El esfuerzo que hace el sector de la salud se pierde ante las dificultades que demanda la inserción social de los inmigrantes.



5. Desde el punto de vista fisiológico el cuerpo de las mujeres inmigrantes requiere adaptarse a las nuevas condiciones de vida en España. Se genera regularmente un periodo de inestabilidad social y laboral, dónde se presentan signos y síntomas propios del desarraigo: problemas de orden psicológico y mental, ansiedad y enfermedades psicosomáticas. Este es el síndrome del multiduelo llamado “síndrome del inmigrante” o el recientemente bautizado “síndrome de Ulises”.
6. A pesar de su importancia numérica, las mujeres inmigrantes son un conjunto poco visible y padecen con frecuencia de una triple discriminación: la de su condición extranjera, la de su condición de mujeres y la de su condición étnica. Esta situación afecta su salud: su autoestima se ve disminuida y se generan sentimientos de frustración.
7. A pesar de la desinformación, el miedo, la tramitología y los horarios inflexibles, las mujeres entrevistadas valoran el hecho de no ser tratadas como extranjeras cuando han asistido a los servicios públicos sanitarios. Tanto la comunicación, las orientaciones, el tratamiento y las atenciones que reciben por parte de los profesionales que trabajan en las instituciones sanitarias, son calificadas de manera altamente positiva. Existe un hecho de orden subjetivo que retarda, en cierta forma, el acceso a los servicios de salud y consiste en que priorizan el trabajo y el afán de hacer dinero sobre el cuidado de la salud.
8. Las mujeres inmigrantes sueñan en un futuro no muy lejano reagrupar a su familia, disfrutar de un empleo estable, cotizar a la seguridad social y tener derecho a comprar vivienda. En la actualidad, predomina el afán de conseguir dinero y alcanzar un empleo digno. En el futuro, sueñan con una vejez rodeadas de compañía y afecto. Muchas de ellas tienen claro que desean regresar y vivir su vida madura en Colombia.

Propuestas

1. Se hace necesario coordinar los esfuerzos que se desarrollan a favor de la población inmigrante. Muchos de los recursos –humanos, técnicos y financieros– se duplican, la información no se comparte y desafortunadamente varias de sus necesidades de orden social, como el pleno empleo, la cotización a la seguridad social y la adquisición de vivienda, no son resueltas. Se deben construir políticas de apoyo dirigidas a la mujer inmigrante –hacia el presente y hacia el futuro) y su familia y, por último, aquellas políticas que impulsen y reorienten el trabajo del recurso humano, técnico y financiero del sector de la salud.
2. Las facultades del área de la salud y de los servicios sociales deben incluir nuevas asignaturas relacionadas con el fenómeno de la inmigración, con el fin de que los profesionales estén preparados para trabajar con y para una población multiétnica y pluricultural.
3. Se hacen necesarios más estudios que, desde la medicina, la sociología de la salud y la epidemiología social, profundicen en el conocimiento de las diversas colectividades inmigrantes que se reúnen en España, con el fin de generar un conocimiento más cercano y real de sus necesidades.
4. Se hace también necesario que España revise y aprenda de las diversas experiencias europeas en materia de inmigración, en las áreas de sanidad y demás servicios sociales, en el contexto de sus propias necesidades políticas, sociales y económicas.
5. Finalmente, se deben revisar y formular tratados bilaterales y multilaterales que eviten, a toda costa, la irregularidad de los inmigrantes.

Bibliografía

- Alarcón, R.D. 2000. "Pasado, presente y futuro de la psiquiatría cultural". Monografías de psiquiatría (4):1-8. Citado por Río Benito, M.J.; Álvarez Girón, M.; García Gil, C.; Solano Parés, A. 2003.
- Alonso, L.R. 1994. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". En: Delgado, J.M. y Gutiérrez, F. (coords), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis. Madrid. 231- 238.
- Asamblea Parlamentaria – Consejo de Europa. 2000. F-67075 Estrasburgo Cedex. "Condiciones sanitarias de los inmigrantes y refugiados en Europa". Doc. 8650 de 9 de febrero de 2000. 18. Comisión de migraciones, refugiados y demografía. Ponente: Lord Ponsoby, Reino Unido, Grupo Socialista.
- Atkinson, P.; Silverman, D. 1997. "Kundera´s immortality: the interview society and the invention of self". En: *Qualitative Inquiry*. 3:304-325.
- Atxotegui, J.; Tizón, J.; Pellejero, N.; San José, J.; Sains, F.; Salamero, M. 1986. "La migración como factor de riesgo para la salud". *Gaceta Sanitaria*. 5:149-55.
- Atxotegui, J. 1990. "Migración y psicopatología: dificultades psicológicas más frecuentes en la migración. Hipótesis explicativas desde la psiquiatría transcultural: duelo migratorio y choque cultural". Estrategias de integración social de los inmigrantes. Ponencia. En: www3.upco.es
- Atxotegui, J. 2000. "L'acció sanitària als immigrants" 2000. II jornades per a la integració, la convivència i la ciutadania Organitza: Ajuntament de Terrassa, Uned, Diputació de Barcelona. Collabora: Centre d'Estudis Històrics Internacionals (Universitat de Barcelona), CRID. Dies: 3, 4, 5 i 6 de julio.
- Atxotegui, J. 2002. Conferència: «El diàleg entre les cultures». Responsable/Coordinador(a): Prof. Ignasi Ivern. Entitat(s) organitzadora(es): Vicedeganat Acadèmic de Llicenciatures i Logopèdia. Lloc: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Data: 3/21/2002.
- Atxotegui, J. 2003. "Migración y psicopatología desde la perspectiva de la AP". En: *Revista El médico interactivo* (892) Actualizado el 10 de enero de 2003.
- Beltrán, M. 1986. "Cinco vías de acceso a la realidad social". En: M. García Ferrando, et al. (comps). *El análisis de la realidad social*". Alianza Universidad. Madrid. 41.
- Bernardo Ródenas, S. 2001. "Mujer e inmigración". En: *Revista Aequilitas* número 6, editada por el Instituto Aragonés de la Mujer y la Facultad de Derecho de la Universidad de Zaragoza. Junio.
- Berra, S.; Rajmil, L.; Serra Sutton, V. 2003. "Estudio de necesidades en salud de la población inmigrante en Cataluña". En: www.aetrm.net. Número 31. Octubre. Informatiu. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Blanchet, A. 1989. "Entrevistar". En: A. Blanchet, et al. *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Narcea. Madrid. 104-118.
- Brody, E.B. 1969. "The Concerns of Transcultural Psychiatry". En: *Am. Journal Psychiatry*, 125:179-182. Citado por Río Benito, M.J.; Álvarez Girón M.; García Gil, C.; Solano Parés, A. 2003.
- Cabrera, J. 1992. "La nación como discurso. El caso gallego". Madrid. CIS –Siglo XXI. Colección Monografías. 126.
- Castillo, S.; Mazarrasa, L. 2001. "Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes". *Ofrim/Suplementos*. Junio 2001. Trabajo perteneciente a la línea de investigación: "La salud de las mujeres inmigrantes en la comunidad de Madrid: percepción, accesibilidad y utilización de servicios de salud". 1998. Proyecto Sepy1058/98 del Instituto de Salud Carlos III, financiado por el Instituto de la Mujer. En: www3.upco.es: "VII Congreso mujer, inmigración y salud".
- Consejo Económico y Social (CES). 2003. "Panorama sociolaboral de la mujer en España". Boletín elaborado por el Área de Estudios y Análisis. Número 31-Primer Trimestre.
- Cots, F.; Castells, X.; Ollé, C.; Manzanera, R.; Varela, J.; Vall, O. 2002. "Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona". Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (IMAS) - Universitat Autònoma de Barcelona. En: *Gaceta Sanitaria*. 16(5):376-84.
- Criado, M.J. 2001. "La línea quebrada. Historias de vida de migrantes". Consejo Económico y Social (CES). Departamento de Publicaciones Nices: 268-2001. Colección de estudios. Número 113. Premio tesis doctorales del Consejo Económico y Social. España. Octubre.
- Domingo Pérez, C. 2002. "Cifras de población y características de los extranjeros censados en el país Valenciá". En: *La dinámica migratoria perspectivas sociogeográficas*. Cuadernos de Geografía. 72:207-230. Valencia 2002. Departament de Geografia. Facultat de Geografia i Història. Universitat de Valencia.
- Durán, M.A.; Heras, D.; García, C.; Caillavet, F.; Moyer, M. 1987. Ministerio de Cultura-Instituto de la Mujer: En: *De puertas adentro*. Serie de estudios 12. Ed: Instituto de la Mujer. Madrid.
- Durán, M.A. 1999. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Investigadora - Fundación BBV. Edita: Fundación BBV. Bilbao, España.
- Glaser, B.; Strauss, A.L. 1965. *The Awereness of Dying*. Aldine. Chicago.



- Gorden, R. 1975. *Interviewing. Strategy, techniques and tactics*. Homewood. Dorsey Press. Illinois.
- Heggenhougen, H.K. 1995. "Antropología y salud pública: más allá de las medidas cuantitativas". En: www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/
- Ibáñez, J. 1979. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Siglo XXI. Madrid. 122-123.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2003. "Censos de población y viviendas 2001. Resultados". En: www.ine.es
- Izquierdo Escribano, A. 1996. *La inmigración inesperada*. 1991-1995. Trotta. Madrid.
- Izquierdo Escribano, A. 2003. *Inmigración: mercado de trabajo y protección social en España*. Ed: Consejo Económico y Social - Departamento de publicaciones. Colección de estudios, número 141. Madrid. Junio.
- Katz, E.; Lazarsfeld, P.F. 1955. *Computer - aided qualitative data analysis*. Sage. Londres.
- Kvale, S. 1996. "InterViews". *An Introduction to qualitative research interviewing*. Sage. Londres.
- Kirk, J.; Miller, M.L. 1986. "Reliability and Validity in Qualitative Research". New Park California: Sage, Qualitative Research Methods Series 1: 0.
- López Abuín, J.M. 2002. "El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante- Actualización en inmigración". En: *Revista FMC*. 9(7):492-7.
- Meletti, J. 2004. "Licenciadas que limpian mocos". En: Un proyecto europeo. *Diario El País*. Sección internacional. *Le Monde, La Repubblica, El País*. Sábado 24 de abril. 8.
- Mercadé, F. 1982. *Cataluña: intelectuales, políticos y cuestión nacional*. Península. Barcelona.
- Mercadé, F. 1986. "Metodología cualitativa e historias de vida". En: *Revista Internacional de Sociología*. 44(3):295-319.
- Merton, R.K.; Kendall, P. 1946. "The Focused interview". En: *American Journal of Sociology*. 51:541-547.
- Merton, R.K.; Fiske, M.; Kendall, P. 1956. "The Focused Interview". The Free Press. Nueva York.
- Oficina D' estudis Servici D' estadística I Informació del Ayuntamiento de Valencia. 2002. "Situación demográfica de colombianos en la ciudad Valenciana". Datos provisionales del Padrón Municipal de habitantes a 01/01.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001. "La seguridad social en la perspectiva del año 2000". Ginebra, 1984. 37 y 38. Citado por Álvarez Cortés, J.C.
- Price Waterhouse Coopers. 1999. *Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España*. Estudio para el Imerso-España.
- Ramos, M.; García, R.; Prieto, M.A.; March, J.C. 2001. "Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos". Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada. *Gaceta.Sanitaria*. 15(4):320-326.
- Ramírez Goicoechea, E. 1996. *Inmigración en España: vidas y experiencias*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Rasmussen, L. 1997. "Inmigración internacional y salud en la Unión Europea". En: *Escuela Andaluza de Salud Pública- Comisión Europea- Junta de Andalucía: "Inmigración, salud y políticas sociales"*. I Reunión Internacional en España sobre inmigración: políticas sociales y salud. Ed: Olga Solas. Antonio Ugalde. Granada.
- Río Benito, M.J.; Álvarez Girón, M.; García Gil, C.; Solano Parés A. 2003. "Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social". Universidad de Sevilla. En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas - REIS*. 123-143. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Romani, O. 2002. *Actualización en inmigración: la salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología*. FMC. 9(7):498-504.
- Ruiz Olabuenaga, J.I.; Ispizua, M.A. 1989. *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao. 127.
- Santamaría, F.; Ganoso Martín, S.; Guerra Bobo, A.; Martín Vivas, C.; Ruiz-Escribano Taravilla, E.; Zúñiga Guerrero, A. 2002. "Inmigrantes y atención sanitaria en España". En: www.uam.es.
- Serra Yoldi, I. 2001. "Inmigración femenina, diversidad cultural y trabajo". En: Durán. M.A.; Serra Yoldi I.; Torada, R. *Mujer y trabajo. Problemática actual*. Ed: Germania Serveis Gràfics, s.l. Alzira, Valencia.
- Shatzman, L.; Strauss, A. 1973. *Field research. Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliff. Prentice Hall, inc. Nueva Jersey. 73-82.
- Solé, C. 1996. *Discriminación racial en el mercado de trabajo*. Consejo Económico y Social. Madrid.
- Solé, C. 1997. "Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona". En: *Inmigración, salud y políticas sociales*. Escuela Andaluza de Salud Pública - Comisión Europea - Junta de Andalucía. 139-149. Reunión internacional en España sobre inmigración: políticas sociales y salud. Ed: Olga Solas, Antonio Ugalde. Granada.
- Solé, C. 2004. "La mujer inmigrante: una triple discriminación". En: *Entre la soledad y el coraje: las mujeres que emigran solas*. Jornada del Institut Universitari D' estudis de la Dona. Universidad de Valencia. Coordinadora Inmaculada Serra Yoldi. Valencia 24 y 25 de marzo.

- Standing, H. 1998. "Reflections on gender and health reforms in the context of severe health inequalities". Trabajo presentado en la reunión del Grupo consultivo sobre equidad de género y reforma, Washington, D.C., OPS/HDW. Octubre. *En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gender equity in health: Equidad de género en salud. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS, 2002.*
- Torres Pérez, F. 2002. "Els immigrants a la ciutat de València. La inserció urbana del nous veïns". *En: La dinàmica immigratòria. Perspectives sociogeogràfiques. Cuadernos de Geografía. Departament de Geografia. Facultat de Geografia i Historia. Universitat de Valencia.*
- Valles, M.S. 1992. "La entrevista psicosocial". *En: M. Clemente (comp), Psicología social. Métodos y técnicas de investigación. Eudema. Madrid. 246-263.*
- Valles, M.S. 1997. *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis. Madrid. 182:184-187.*
- Vázquez Villegas, J. 2002. "Inmigración y salud: legislación. Actualización en inmigración". *En: Revista FMC 2002. 9(7):505-8.*
- Wengraf, T. 2001. *Qualitative Research Interviewing. Biographic, narrative and semistructured methods.* Sage. Londres. 128.
- Weiss, R. 1994. *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies.* The Free Press. Nueva York. 66-84.

