

CAPÍTULO 3

La salud en la población inmigrante y la infección por VIH

Susana Castillo Rodríguez

1. Cultura y salud

Las condiciones socioeconómicas y la cultura sanitaria de la población inmigrante afectan a su situación de salud, morbilidad y mortalidad (Martínez Navarro, F et al, 1999¹). Dada la variedad de dichas condiciones y culturas, será difícil trazar un mismo escenario válido para la heterogeneidad de individuos que engloba el término inmigrante. Pero no va a ser ese el objetivo de este apartado; no vamos a entrar en el análisis del estado de salud de la población inmigrante, el interés se basa más bien en la discusión sobre las generalizaciones acerca de "los inmigrantes", sobre las posturas reduccionistas que subsumen el elenco de condicionantes socioeconómicos y políticos a "lo cultural" y sobre los esencialismos resultantes de aislar "las representaciones de la salud" del contexto dinámico de re-construcción de las mismas.

En la amplia literatura internacional que hay sobre inmigración encontramos referencias a los problemas de categorización e identidad de los inmigrantes (Marks, L y Worboys, M, 1997². Fasssin, D 2001³; Sayad, A, 1996⁴) que normalmente suelen pasar desapercibidos ante cuestiones que siempre acompañan-adjetivan a la inmigración (inmigración y educación, inmigración y desarrollo, inmigración y trabajo, etc.). Al hablar de inmigración es preciso definir a quiénes nos estamos refiriendo dentro de la amalgama de personas que suele cubrir el término (refugiados de guerra, asilados políticos, mano de obra barata y temporal, migraciones circulares de idas y vueltas sucesivas, personas que emigran solas, reagrupadas y segundas generaciones de hijos). En ocasiones -y llevados probablemente por un intento de aislar los aspectos físicos más distintivos- se ha puesto el acento sobre el grupo étnico¹ (gitanos rumanos, musulmanes, latinos) más que en la raza (africanos, europeos, asiáticos), debido quizás a la identificación de esto último

con los abusos del pasado y con las connotaciones biologicistas. Se les ha identificado por el país de origen (chinos, nigerianos, marroquíes, ecuatorianos) o se ha hablado de la inmigración como un todo homogéneo, definido por el proceso que la constituye: los inmigrantes son aquellos que parten de un país de origen y transitan hasta llegar al país de destino. Por último, y sin empeño de ser exhaustivos, se habla del inmigrante como distinto al extranjero y se resalta la situación diferenciada del primero. Al inmigrante le va a caracterizar su "condición" de trabajador en el país de destino y el no reconocimiento de los derechos como ciudadano mientras no demuestre que aporta su trabajo a cambio. Esta condición de inmigrante se hace más patente si cabe ante la enfermedad o la discapacidad. La persona inmigrante y enferma pierde, según Sayad su "condición", es decir, su posibilidad de legitimar la permanencia en el país y sus derechos, produciéndose una "contradicción incorporada" al ser inmigrante y no poder ocupar su papel como trabajador (Sayad, A 1996) Y aquí es donde encontramos una diferencia fundamental respecto a la salud. Independientemente de las situaciones de vida de los inmigrantes, la necesidad de conservar la salud es un hecho presente en todos ellos. La precariedad laboral y sus efectos (falta de tiempo para acudir al médico, pérdida del empleo, ausencia de cobertura social para las bajas) influyen en la distinta forma que las personas inmigrantes enfrentan la enfermedad, de ahí que podamos decir junto a Fassin que "la existencia social del inmigrante se expresa en los modos de subjetivación que desarrollan los pacientes" (Fassin, 2001⁵).

En la bibliografía son continuas las referencias al "inmigrante joven y sano" que encabeza el proyecto migratorio de la familia. Este modelo sigue teniendo aún impacto en nuestra sociedad, aunque habrá que atender en los próximos años a los cambios que se produzcan en el patrón de salud de la población inmigrante (hipertensión, obesidad, accidentes de tráfico, descenso natalidad, abortos, infección por VIH/sida, etc.). Si como acabamos de señalar, el "tener salud" es propio de la condición del inmigrante, esta imagen no tiene, en ocasiones, su correspondencia en la sociedad de acogida. Al inmigrante se le ve como la persona que llega de fuera, como el Otro, desconocido, temido e incluso amenazante sobre el orden establecido.

ⁱ La facilidad con la que se habla de "grupos étnicos" y sus relaciones causa-efecto con comportamientos, conocimientos y tomas de decisión del individuo, es cuando menos sospechosa de un excesivo "etnicismo", por no indagar sobre otras competencias en el tema.

A lo largo de la historia hemos presenciado el impacto de las migraciones sobre la población; la transmisión de enfermedades infecciosas entre el Viejo y el Nuevo Mundo, la expansión de la tuberculosis, la gripe o el VIH/sida han sido objeto de estudio de la epidemiología social (Héritier, 1995⁶). En todas ellas "el Otro", "lo que viene de fuera" es visto como una invasión, causa de los males en la sociedad de acogida. Fassin va más allá e inscribe el sida en un doble registro; el de la transgresión (sexual) y el de la agresión (por el otro), mostrando así la eficacia que esta representación tiene en la asociación epidemia-inmigraciónⁱⁱ. Esta estigmatización se refleja en las simplificaciones de carácter culturalista que identifican la infección por VIH con un determinado grupo étnico o país de procedencia, como fue el caso de los Haitianos en EEUUⁱⁱⁱ (Farmer, P. 1996⁷) o los Africanos en Suecia, Noruega y Rusia (Hanour Knipe⁸)^{iv}. De este modo, y abundando en las posturas reduccionistas apuntadas más arriba, vemos cómo la cultura -asociada en este caso a un grupo étnico- se impone sobre otras variables sociales, económicas, políticas y personales que contribuirían a explicar la aparición de la enfermedad^v (Vidal, 1992⁹, Packard, 1989¹⁰). Una asociación discriminatoria que ha sido denunciada por los colectivos de inmigrantes en Francia a raíz de la publicación de los datos sobre la epidemia en estos colectivos (Hanour Knipe 1996¹¹, Fassin 2005¹²)^{vi}. Lo cultural aunque es multifacético y no puede ser subsumido a datos epidemiológicos es, no obstante, un aspecto a tener en cuenta en tanto "específico de la especie humana; es una forma de relacionarse e intervenir en el mundo a partir de los valores, creencias, prácticas pautadas y normativizadas en lo social, que son adquiridas y aprendidas para orientar nuestro pensamiento, acción y decisión"¹³. Muchos de los estudios de la epidemia de sida en Africa cayeron en aproximaciones culturalistas y modelos explicativos *ad hoc* como respuesta a la rapidez de la expansión de la enfermedad, reduciendo la complejidad de lo cultural a explicaciones de tipo religioso, moral o tradicional. Se hablaba de culturas sexualmente promiscuas

ⁱⁱ Califica su efecto como "una relación peligrosa".

ⁱⁱⁱ Los grupos de riesgo, identificados al inicio de la epidemia en EEUU como las 4H (Homosexuales, Hemofílicos, Haitianos y Heroínómanos) formaban parte de la construcción social de la epidemia.

^{iv} En estos países la política de expulsión de las personas seropositivas ha sido una constante.

^v En Francia se habló de un "Sida africano" por las proporciones que alcanzaba la enfermedad en este colectivo y sus características en la transmisión (heterosexual). En España se habla de una "subepidemia con perfiles diferentes al patrón clásico de la epidemia de Sida en España" (Boletín Epidemiológico Nacional 2004 vol 12: 13 (137-148).

^{vi} En España este tema fue muy discutido entre los distintos agentes sociales (instituciones públicas de salud, inmigrantes, académicos) a raíz del proyecto "Red europea entre las organizaciones comunitarias africanas y los agentes de salud para la prevención del VIH/SIDA" donde se pudo conocer esta situación en otros países europeos. En España, el debate sobre la

y se focalizaban las causas de la epidemia en el rechazo del preservativo o la poligamia (Farmer, 1999¹⁴; Caldwell et al, 1993¹⁵; Anarfi, 1993¹⁶).

Por último, al hablar de representaciones sociales sobre la salud me refiero a las creencias, significados y sentidos adscritos a su "cultura sanitaria". Esto es, a un sistema cultural formado por las imágenes sobre qué es estar sano, sobre el cuerpo y sus cuidados, sobre la enfermedad, los sanitarios y su práctica, sobre la relaciones entre el discurso biomédico y el profano^{17, 18}. Estas imágenes sobre la salud-enfermedad cambian, porque los inmigrantes se insertan en un proceso dinámico de reajustes entre sus concepciones de salud y las dominantes en la sociedad de acogida y por tanto es difícil separar analíticamente las representaciones "naturales" (propias) de su herencia cultural de aquellas resultantes de las interferencias con la sociedad de acogida^{vii}.

El caso de la enfermedad del sida muestra el efecto de la interacción cultural en la coexistencia de imágenes; según datos procedentes del proyecto realizado en el Instituto Carlos III de Madrid^{viii}, si bien los entrevistados, procedentes de Marruecos, Latinoamérica, Africa Subsahariana y China, respondieron a la definición del sida en términos muy ideologizados científicamente ("*enfermedad contagiosa; se describió en los 80 por un francés; degenerativa; todavía no se cura*") también aparecían en sus discursos otras referencias cuya génesis cultural se identificaba más fácilmente ("*experiencias en laboratorios occidentales; sexo con animales como sucede en países occidentales; es un castigo de Dios por practicar sodomía; es de personas que no se cuidan*"^{ix}).

Las imágenes del sida se enmarcaban en el caso de los inmigrantes marroquíes en una retórica política que identificaba sida con Occidente, con una sexualidad prohibida, tabú y "desconocida" y se criticaban las campañas específicamente dirigidas a los inmigrantes porque abundaban en la asociación estigmatizadora inmigración=sida¹⁹. Las personas procedentes de África Subsahariana aludían a una vulnerabilidad ante el sida 'específicamente africana' y lo relacionaban con la "costumbre" hondamente arraigada de la promiscuidad y con la "institucionalización" de las

publicación de los datos y sus ventajas e inconvenientes (de cara a intervenciones y actuaciones políticas frente a la posible manipulación de los mismos y la estigmatización de los inmigrantes) se inclinó más hacia la primera postura.

^{vii} Algunos incluso racializan los procesos conductuales y comentan que "*la cultura, la raza u otros factores étnicos afectan a la aceptación por parte del paciente de las prácticas sanitarias tradicionales de occidente*" (Guerrero, 2004: 566. La cursiva es mía). ¿Cómo se explicaría la influencia de la raza en la toma de decisión?.

^{viii} "Prevención del VIH/sida en la población inmigrante: una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales", Proyecto FIPSE 3127/00.

^{ix} Cuidarse significa en el medio latinoamericano tomar precauciones en las relaciones sexuales.

"amiguitas" y los novios para ayudar a la economía doméstica^{20, 21}. Las representaciones sociales sobre la enfermedad no pueden en definitiva, desligarse de las interrelaciones culturales de las que participan inmigrantes y autóctonos.

2. Factores que influyen en la salud de los inmigrantes

Al referirme a "factores" no estamos indicando una relación de causa-efecto, más bien son elementos a considerar en un análisis complejo sobre la salud de la población inmigrante.

En cuanto a los **factores políticos** deberíamos hablar de la politización que se hace de la "question immigré"⁴ y del derecho universal a la salud. Al margen de la discusión sobre los tipos más o menos restrictivos de regulación de flujos de inmigrantes y protección de las fronteras, la legislación sobre el derecho a la salud y a los cuidados de los inmigrantes en Europa ha cambiado en los últimos años, ocupando un lugar prioritario en las agendas políticas (Moreno, 2004)²². En España, la descentralización de las competencias sanitarias en las Comunidades Autónomas propició que se adoptaran distintas medidas políticas de acceso o denegación de atención a los inmigrantes documentados e indocumentados, generando la consiguiente confusión dentro del colectivo. La aprobación de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y sus modificaciones (L.O 8/2000; L.O 11/2003; L.O 14/2003), reconoce el derecho de acceso al sistema sanitario de los extranjeros empadronados en el territorio español en igualdad de condiciones que los españoles, y supuso un referente a nivel nacional y el reconocimiento de las reivindicaciones llevadas a cabo por asociaciones, ONGs y partidos desde 1996^x. En definitiva, se trató de normalizar una situación que estaba en manos de la voluntariedad de los profesionales sanitarios pero se dejó a la arbitrariedad de los municipios (claramente ilegal según la Ley de Bases del Régimen Local) el derecho a empadronar o no al demandante^{xi}.

^x Durante las comisiones del ámbito sanitario del Plan Regional para la Integración de los Inmigrantes en Madrid, 1996, varias organizaciones mantuvieron una postura crítica y enviaron a la Asamblea de la Comunidad de Madrid un escrito pidiendo que se incluyese a estos colectivos desfavorecidos en el sistema sanitario público (Moreno, 2004: 147). En 1999, PSOE e IU presentaron ante el Parlamento dos proyectos de ley dirigidos a garantizar la igualdad de acceso al sistema sanitario público según condición de residencia, sin supeditarla a la situación legal de la persona.

^{xi} "La extensión de la cobertura sanitaria a los colectivos en situación administrativa precaria estaría así en una situación relativamente inestable, al depender de un procedimiento administrativo extremadamente vulnerable" (Moreno, 2004:162)

La situación en Francia nos sirve para analizar cómo la politización de la inmigración tiene sus repercusiones sobre las condiciones de vida de los inmigrantes enfermos de sida. Allí, el peso del modelo republicano de integración ha influido en las políticas sanitarias de equidad hacia los colectivos inmigrados aunque fue necesaria la presión ejercida por una plataforma social para que se discutiera en la agenda política el tema de la protección a los extranjeros gravemente enfermos. En febrero de 1997 se introdujo una cláusula en la reforma de la legislación sobre inmigración en la cual se declaraba la inexpulsabilidad de los extranjeros gravemente enfermos y que no pudieran tratarse en sus países de origen. Posteriormente con la Ley Chevènement de mayo de 1998 los extranjeros acogidos a esta cláusula podían acceder a un permiso de residencia renovable por motivos humanitarios que no les autorizaba a trabajar. Muchos de los inmigrantes indocumentados seropositivos o enfermos de sida se han acogido a esta medida, pasando paradójicamente a ser "integrados" en la sociedad francesa por su condición de enfermo y no por sus derechos como persona. La "bondad" de la medida se asienta paradójicamente en la "perversión" del sistema, que supedita los derechos a la enfermedad. Según Fassin²³, es la inversión de la lógica económica de la inmigración (entendida como mano de obra) en otra lógica-ética humanitarista (basada en el modelo republicano de integración universal y solidaridad).

En Gran Bretaña, el grupo «African Policy Network» ha presionado por un cambio de la legislación sobre los demandantes de asilo seropositivos, contra la política de alojamiento basada en la dispersión y el consiguiente alejamiento de los hospitales²⁴. En España la politización del sida y la inmigración ha tenido que ver con una cierta "impostura deontológica" de los sanitarios; se cuestionaban la eficacia (medida en términos de rentabilidad económica y costes-beneficios personales) de los tratamientos en inmigrantes enfermos aludiendo al más que probable regreso a sus países de origen para morir o buscar una curación no-médica. Otra justificación era que estamos costeando una "migración sanitaria" de gente que viene a curarse. En la práctica, y al contrario que en otros países europeos, la atención a inmigrantes infectados por VIH o enfermos de sida en España ha sido en las mismas condiciones que los españoles, sin requisitos *sine qua non* como la regularización o la procedencia²⁵.

En la esfera política, además de una legislación de respeto a los derechos humanos y no discriminación, es necesaria la formación y movilización de los inmigrantes^{xii}.

En el análisis de los **factores sociales** hay que señalar la falta de recursos, la precariedad en la vivienda y en el trabajo, el aislamiento, la debilidad de las redes sociales, el miedo a ser denunciado y la desestructuración familiar como explicativos de la desigualdad en salud de los inmigrantes²⁶. Además, la xenofobia en la sociedad de acogida reproduce la imagen de los extranjeros como "sucios y enfermos" e influye en la construcción del inmigrante igual a "excluido social". A esta situación social habría que sumarle la trayectoria de vida del inmigrante ya que en muchos estudios se pone de relieve que la salud del adulto es reflejo de unas condiciones de vida acumuladas siendo la pobreza la característica estructural de los inmigrantes procedentes de países en desarrollo. Malnutrición y explotación infantil, ausencia de infraestructuras sanitarias, falta de saneamiento básico, analfabetismo y marginación económica generan procesos de subdesarrollo físico y mental²⁷ y se constata que unas condiciones socioeconómicas adversas en la infancia pueden incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y algunos cánceres en la madurez^{28, 29}. El continuo aumento de la tuberculosis, así como las enfermedades tropicales y la infección por VIH/sida son fuentes de preocupación en la salud del colectivo. Algunos estudios critican a quienes alertan del riesgo para la salud pública de enfermedades importadas o de la expansión y alta proporción de la tuberculosis entre los inmigrantes, enfatizando que el riesgo es para el propio colectivo debido a la situación irregular, las condiciones higiénico sanitarias y las dificultades de acceso a los servicios de salud (Guerrero, A y Colomina, J 2004)³⁰.

Las primeras preocupaciones de la persona que emigra son encontrar un sitio donde vivir y un trabajo. A veces, el lugar para dormir se convierte en un espacio compartido por otras familias o

^{xii} Desde 1999 tanto el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) como la Fundación de Investigación para la Prevención del Sida (FIPSE) han subvencionado proyectos de investigación en áreas clínicas, epidemiológicas y socioeconómica. A pesar de crecimiento de los proyectos en el ámbito de lo social, son aún muy escasos, con poca financiación y poco rigurosos en su diseño (www.fipse.com "Memoria de actuación del periodo 1999-2004. www.msc.es "Infección por VIH y SIDA en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Indicadores. Actualización nov. 2003.). Uno de los objetivos del Plan Multisectorial 2001-2005 fue "apoyar técnica y económicamente programas de prevención del VIH/sida culturalmente adaptados para minorías étnicas y aquellos grupos de personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad (precariedad legal, socio-económica, laboral y afectiva) para infectarse por el VIH. Existe también un Observatorio Permanente de la

personas solas. El alquiler y posterior sub-alquiler de espacios a otras familias propicia el hacinamiento y un deficiente mantenimiento (higiene, temperatura, ventilación, humedad, luz) que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades, accidentes domésticos y conflictos intragrupal (por falta de intimidad, alcoholismo, violencia y abusos sexuales)^{xiii}. Los trabajos poco cualificados, la explotación laboral, la falta de cobertura social, el tiempo en los desplazamientos, el esfuerzo físico en las jornadas de trabajo, los horarios y las condiciones (trabajo en la calle, irregularidad en las comidas) influyen tanto en la salud como en el acceso a los servicios. En el caso de una persona inmigrante enferma de Sida, la necesidad de llevar un horario de comidas, con una dieta equilibrada y saludable, una regular adhesión a los medicamentos, cumplir los horarios de consulta y las jornadas de descanso, parece una carrera de obstáculos a veces insalvable. Si consideramos además la falta de apoyo social, el estigma y la discriminación por su grupo de iguales, nos enfrentamos a un panorama desolador^{xiv, 31}. La falta de información sobre el VIH/sida en sus países de origen y las dificultades de acceso en España; las barreras administrativas (de los ayuntamientos y distritos municipales) y legales (ausencia de identificación) para ser empadronado y obtener la tarjeta sanitaria; el posible agravamiento de la situación socioeconómica; la inconsistencia entre prácticas sexuales y protección y la denegación de autopercepción de riesgo intervienen en el acceso tardío a las pruebas de VIH y su consiguiente tratamiento^{xv}.

En los estudios sobre inmigración y VIH se pone también de manifiesto que la emigración de hombres o mujeres sin sus parejas, en edad joven y sin una red de iguales son factores de riesgo de transmisión del VIH^{11, 32, 33}. La búsqueda de sexo, a menudo sin protección, y la falta de acceso a los servicios de salud, a condones y a información contribuyen a una exposición arriesgada a la enfermedad. En España esta situación se reproduce en las zonas de trabajos agrícolas, venta callejera y construcción, caracterizados por la temporalidad y la itinerancia de

Inmigración dependiente de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración dentro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

^{xiii} Según el estudio elaborado por Sanz, et al (2000), un 19% de los encuestados refiere no tener agua corriente, electricidad ni recogida de basura en sus viviendas (área 6 de la Comunidad de Madrid).

^{xiv} Contar con una red de apoyo social protege del aislamiento, desarrolla la personalidad y la autoestima, favorece la integración, fomenta el desarrollo de comportamientos saludables, potencia las actividades de ocio, culturales y deportivas, y reduce el riesgo de mortalidad y de padecer enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas (Stanfel, S 1999).

hombres solos procedentes de Ecuador, Marruecos y Senegal principalmente. Es también el caso de la migración interior en África y de las mujeres que llegan a las costas de Marruecos para cruzar a Europa. A mayor tiempo de espera, menos recursos, situación que se contrarresta con la prostitución a cambio de favores o dinero (Espinosa Ramírez, 1999)³⁴.

La salud de los inmigrantes depende igualmente de **factores económicos**. La prostitución como medio para obtener dinero, emigrar e incluso sobrevivir en España, y la esclavitud de las mafias de comercio sexual colocan a la persona que emigra (en su mayoría mujeres) en situación de desprotección sexual y social debido a la presión económica (sexo sin condón), la clandestinidad de estos negocios y la situación irregular (y ocultación) de los inmigrantes. Otros elementos explicativos de la vulnerabilidad y el riesgo son las dificultades para el co-pago de medicamentos de uso corriente (analgésicos, molestias intestinales) o vitaminas que mejoren el estado de salud de los enfermos de sida. Como problemas añadidos señalo la imposibilidad de afrontar periodos sin trabajar y la interrupción de la jornada laboral para atender a las consultas, así como el temor a ser despedidos por su seropositividad.

En ocasiones, dentro de **factores culturales** se encasillan otros "casos" y circunstancias, cuya explicación no se ajusta a un agente causal definido en términos "científicos", evidenciándose un choque entre el discurso hegemónico biomédico y otros sistemas englobados en las "medicinas tradicionales o alternativas" y/o los sistemas de autoayudas³⁵. Así, se habla de determinadas enfermedades definidas como "síndromes culturalmente delimitados", "culture bound syndromes" o "síndromes de filiación cultural" que remiten más bien a una reconstrucción social de la enfermedad que a una etiología médica (el "susto", el "empacho", el "mal de ojo", la vigorexia, la bulimia)³³. Con factores culturales no nos estamos refiriendo exclusivamente al ámbito de lo mágico y lo religioso sino también a relaciones de género^{36, 37} y a diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad. Algunos resultados del proyecto FIPSE 3127/00 servirán como ejemplos.

^{xv} A pesar de la confidencialidad, anonimato y gratuidad de la prueba, los datos revelan que el 69,9% de los inmigrantes de países en desarrollo fueron diagnosticados de VIH menos de un mes antes de su diagnóstico de sida, situación que se repite en el 34% de los españoles (Auderá, 2003).

Los datos provienen de: preguntas abiertas realizadas a 148 hombres y 150 mujeres procedentes de Marruecos, África Subsahariana y República Dominicana; de los resultados de las intervenciones comunitarias de los educadores; y del estudio cualitativo compuesto por 28 entrevistas en profundidad entre estos colectivos más personas procedentes de China.

La enfermedad es definida desde la religión en el caso de los inmigrantes marroquíes que se refieren a ella como un castigo de Dios, algo de occidente y que no afecta a los musulmanes ni a las mujeres casadas (*"Yo soy musulmana y no creo que pueda tener riesgo"; "Esta enfermedad es un castigo de Dios muy grande cuando no se le respeta. Si no, él nos protege"; "Si alguien lo tiene es porque no es fiel o porque Dios está contra él"; "Las mujeres casadas no pueden contagiarse de sida"*). Entre las personas de origen Subsahariano la imagen del sida coincide con la mala suerte: *"El virus del Sida tiene ojos y sabe donde puede entrar y donde no" "El Sida es una mala suerte" "Es difícil creer que la enfermedad se contagia como dices, pues si no yo ya lo hubiera cogido pues he estado con chicas que presuntamente dicen que han estado con gente que tenía la enfermedad. Por eso creo que al que le afecta es por mala suerte"*. Los dominicanos se referían a ella como algo del destino, *"ya que de algo hay que morir"*. En el colectivo chino, el sida es un tema situado al margen. Se habla de la enfermedad como grave, pero fuera del grupo (aluden a la poca incidencia de casos), y se hace referencia a "medidas protectoras idiosincrásicas" dentro del colectivo (hermetismo y autosuficiencia como lo era la religión entre los marroquíes) *"no solemos tomar drogas y tampoco somos gente de relacionarnos con gente que no conocemos"*^{19, 21}.

Respecto a la estructura familiar y de género, ya hemos apuntado cómo afecta la desestructuración familiar al riesgo de transmisión del sida. El trabajo sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres a la hora de negociar el uso del preservativo debe ser prioritario en todos los colectivos. El miedo a manifestar desconfianza al marido, a ser repudiadas y el temor a ser juzgada por los comportamientos sexuales, sobre todo en mujeres que tienen sus parejas en los países de origen, anula las competencias negociadoras y la asertividad en las mujeres. En ocasiones son las propias mujeres quienes tienen incorporado/normativizado el no uso del preservativo tanto por razones religiosas como por el tipo de relaciones de matrimoniales/pareja (*"no se habla" "no me gusta"*). En el estudio llevado a cabo en Uganda entre los Baganda se

analiza la relación de inequidad de género a partir de las tradiciones del grupo: es aceptable para una mujer con necesidades económicas el tener un segundo compañero o novio (algo que sucede igualmente entre algunos colectivos de África Subsahariana en España) pero admiten dinámicas de cambios para controlar la infección (p.e reducir el número de compañeros y su simultaneidad). Sin embargo, el hecho de que las normas culturales -que asumen e incluso crean expectativas sobre las múltiples compañeras del hombre- tengan tanta fuerza, impide que las mujeres puedan controlar completamente su riesgo de infección (McGrath et al, 1992³⁸). La poligamia ha sido apuntada como vector de riesgo en la transmisión en varios estudios³⁹.

Los tabúes religiosos sobre el uso del preservativo y la concepción de la sexualidad como idéntica a reproducción (sobre todo en el colectivo marroquí y chino) actúan como barreras de protección en la transmisión del VIH. Se han de considerar además los hábitos en salud alejados de nuestra cultura sanitaria, aglutinados en "prácticas culturales perjudiciales para la salud" como la mutilación genital femenina, porque basándose en la tradición legitiman prácticas de riesgo (por compartir material cortante y no desinfectado^{xvi}). Las creencias sobre la salud y la enfermedad afectan a la autopercepción del riesgo, el tratamiento de la enfermedad y las imágenes de las personas enfermas. Es frecuente entre las personas procedentes de Marruecos y África Subsahariana (Nigeria, Guinea Ecuatorial y Senegal) hablar de "*infusiones, hierbas, pastillas*" y 'poderes mágicos' ("*la solución la tuvo un pastor a través de un sueño y vinieron sus antepasados a darle las instrucciones de lo que tenía que hacer...*") como medios para 'curar' el sida.

La complejidad de todos estos factores invita a una reflexión profunda sobre las medidas desarrolladas para la prevención del VIH entre la población inmigrante y aboga por un abordaje integral del tema.

3. Estilos de vida, hábitos y culturas sexuales

Desde una perspectiva analítica-global, los determinantes de salud (Lalonde, 1974; OMS, 1998)

^{40, 41} abarcan las circunstancias políticas y económicas de la sociedad, los aspectos históricos y

^{xvi} Aunque según apunta A. Kaplan 2002, las mujeres aducen entre otras razones la higiene, estética, facilitar el parto, prevenir la promiscuidad y proteger la virginidad. Además de riesgo es una práctica que atenta para la integridad de las mujeres y conculca sus derechos fundamentales.

culturales, el medio ambiente, las condiciones familiares, y la peculiaridad biológica y psicológica de los individuos (Regidor E y Gutiérrez-Fisac, J 1996)⁴². Ello supone, de un lado constatar que la situación de salud de un colectivo va a estar estrechamente relacionada con los *procesos* más generales de la sociedad y de su grupo de pertenencia, y del otro, admitir que dichos *procesos* tienen como consecuencia perfiles diferenciales de riesgo y de problemas de salud. Castellano se refiere a los estilos de vida como la influencia positiva o negativa de la historia personal y familiar sobre la salud⁴³, mientras otros autores apuntan tan sólo a los aspectos negativos de los mismos (Bueno, 1996)^{xvii}, ⁴⁴. Además de la biografía y la trayectoria migratoria^{xviii}, en el análisis de los estilos de vida y hábitos de la población inmigrante, hemos de considerar la variable de clase. Entre los inmigrantes la movilidad de clase es horizontal, dentro de los mismos nichos laborales y compartiendo situaciones de desigualdad y vulnerabilidad con otros excluidos en la sociedad. Algunas investigaciones muestran que la salud para los inmigrantes es un valor esencial pero no una prioridad⁴⁵, ⁴⁶. Discursivamente la alimentación, la higiene corporal, la práctica de deporte y la prevención bucodental ocupan un lugar destacado en la salud, algo que en la práctica no se ve correspondido, ya que además de las infecciones respiratorias, los síndromes depresivos y los dolores lumbares, las enfermedades odontológicas, respiratorias y cutáneas consecuencias de infecciones y ausencia de higiene adecuada, son prevalentes en los adolescentes inmigrantes³⁰, ⁴⁷, ⁴⁸. La relación del inmigrante con el sistema sanitario español se expresa en términos de "reproducción parcial" de su sistema de referencia con la consecuencia de un uso desviado de la lógica del sistema español, ejemplificado en la utilización de las urgencias de forma sistemática. El sanitario, por su parte, se enfrenta al inmigrante desde un punto de vista muy personal, sin el colchón de un discurso institucional⁴¹, percibe un uso abusivo de los servicios y critica la ausencia de formación suficiente para atender a colectivos con referentes culturales diferentes^{xix44}.

^{xvii} Bueno, 1996, agrupa los componentes del estilo de vida en: hábitos dietéticos; sedentarismo y falta de ejercicio físico; consumo de drogas; situaciones psíquicas morbígenas; mala utilización de los cuidados médicos e incumplimiento de las instrucciones curativas y preventivas.

^{xviii} La distinción que hace Fassin apartir de H. Arendt entre *zôé* (vida física, biológica, recorrido desde el nacimiento a la muerte) y *bios* (vida social, política, biográfica) expresa completamente, a mi parecer, el concepto "estilo de vida".

^{xix} El estudio presenta los resultados de una investigación cualitativa en la que se abordan representaciones sobre salud, actitudes y valoración del sistema sanitario y propuestas para formar e informar al inmigrante y desarrollar una nueva cultura sanitaria dentro del colectivo.

Culturas sexuales e infección por VIH.

Cadwell⁴⁹ apunta a una relación estrecha entre migración y Sida que es calificada por Parker⁵⁰ de sinérgica o cibernética más que unilateral o unidimensional. Una relación de dependencia cuando la emigración es una vía para redefinir las identidades sexuales y de género⁵¹. Esta "migración sexual" se da fundamentalmente en hombres travestidos y hombres con atracción sexual hacia otros hombres (HSH) que buscan un espacio social de mayor apertura y que en ocasiones se enfrentan al círculo de la prostitución y de la discriminación en su medio social⁵². Estas personas se encuentran por tanto, "triplemente armarizados" por su condición de inmigrantes, por su homosexualidad y por la prostitución⁵³. Ello les obliga en ocasiones a mantener relaciones fuera de su colectivo de inmigrantes constatándose en algunos estudios la práctica de conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas³¹. La migración es un proceso de lenta reconstrucción de las relaciones de género que se manifiesta en el incremento de capacidades y habilidades de la mujer para controlar su sexualidad. Estos procesos llamados de "aculturación" se manifiestan primordialmente en los hijos de inmigrantes nacidos en el país de destino, mientras que las relaciones de género y las tradiciones incorporadas en la socialización temprana perduran en los jóvenes y mayores que emigran a esa edad⁵⁴. En el caso del VIH/sida es llamativo el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, el rechazo del condón y la práctica de métodos inseguros que no protegen de infecciones (método ogino, la marcha atrás, la pastilla, la "t" o el "aparatico" (el DIU)). La redefinición de identidades, formas de enfrentar la salud y la enfermedad y las relaciones de género se da sobre todo por la influencia de otros jóvenes inmigrantes de su grupo de iguales en la primera generación de inmigrantes. Respecto al tema de la aculturación, los cambios conductuales y los procesos identitarios, los estudios no se ponen de acuerdo. Algunos argumentan que la aculturación es protectora puesto que promueve la individualidad, la autoestima y el empoderamiento personal. Otros sostienen que la aculturación aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual porque los inmigrantes adoptan comportamientos sexuales y drogodependencias que no tenían antes de emigrar^{55, 56}. Consecuencia de las migraciones es el incesante ir y venir de hombres que viajan a sus países de origen; Carrier et al (1997), ponen el ejemplo de los hombres vietnamitas que "por costumbre" y de

paso por Bangkok y Ho Chi Ming en Vietnam visitan las prostitutas, regresando a sus países de emigración y manteniendo relaciones sexuales con sus esposas/compañeras. Todo ello sin protección.

Como consideraciones finales, dado que la inmigración seguirá aumentando en España y que la tendencia es a un aumento de las infecciones de transmisión sexual y del sida entre los inmigrantes⁵⁷, habría que tomar medidas que aseguren unas condiciones de vida óptimas y unas necesidades básicas cubiertas para disminuir el riesgo de VIH en la población inmigrante. Además de una adecuada vigilancia epidemiológica y la incorporación de otras variables en el registro de casos de sida que aporten datos sobre la infección (p.e tiempo de estancia en España o trayectoria migratoria) es necesaria la cooperación con los países de origen, la puesta en marcha de programas de formación-acción de base comunitaria y sociosanitaria y la educación de pares para trabajar desde un enfoque global, cooperativo y promotor de los Derechos Humanos^{xx19, 58, 59}.

^{xx} En el informe de la Reunión satélite "Migración y Sida:situación, políticas e intervenciones" celebrada en la XIV Conferencia Internacional del Sida en Barcelona 2002 se apunta la obligación de responder a los factores asociados a la inmigración y el Sida como son los conflictos, la pobreza y la necesidad de acceder a los tratamientos.

Bibliografía

- ¹ Martínez Navarro, F et al, 1999. "Las explicaciones antropológicas". En *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana, Madrid.
- ² Marks, L. Worboys, M. (ed). 1997. *Migrants, Minorities and Health. Historical and Contemporary Studies*. London, Routledge.
- ³ Fassin, D (2001). "La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance" en Joubert, M. Chauvin, P. Facy, F. Ringa, V. (ed) *Précarisation, risque et santé*. Paris, INSERM.
- ⁴ Sayad, A 1996. *La double absence*. París: Seuil.
- ⁵ Fassin, D. "Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida en France". *L'Homme*, 2001; 160:137-162.
- ⁶ Héritier, F. 1995 "Rapport général" En Jean Pierre Dozon & Laurent Vidal, eds. *Les sciences sociales face au Sida: cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris. Éditions de l'Orstom ("Colloques et séminaires").
- ⁷ Farmer, P (1996). *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.
- ⁸ Haour-Knipe, Mary and Richard Rector. *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis.
- ⁹ Vidal, L. 1992. "Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge". *Cahiers des sciences humaines* 28 (1); 83-98.
- ¹⁰ Packard, M. 1989. *White Plague, Black Labour: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, University of California Press.
- ¹¹ Herdt, G.(ed) 1997. *Sexual Cultures And Migration In The Era of Aids. Anthropological and Demographic Perspectives*. London, Clarendon Press Oxford.
- ¹² Fassin, D "L'altérité de l'épidémie. Les politiques du Sida à l'épreuve de l'immigration". *Revue Européenne des Migrations Internationales*.2005. vol 17; 2: 139-151.
- ¹³ Leininger, 1985. "Transcultural care, Diversity and Universality: a Theory of Nursing". *Nurs, Health Care*; 6 (4). (referenciado en Mariano L y Encinas B La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural. *Index Enferm (Gran)* 2003. año XII, nº 42:24-28.)
- ¹⁴ Farmer, P 1999. *AIDS and Social Scientist. Critical Reflections*. In Charles Becker, Jean Pierre Dozon, C Obbo & M Touré, (eds). *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Paris, Karthala.
- ¹⁵ Caldwell, John C and Caldwell, Pat. 1993. "The nature and Limits of the Sub-Saharan African Aids Epidemic: Evidence from Geographic and Other Patterns". *Population and Development Review*, 19 (4): 817-48.
- ¹⁶ Anarfi, John K. 1993. "Sexuality, Migration and Aids in Ghana- A Socio-Behavioral Study" in John C, Caldwell, Gigi Santow, I. O. Oruboloye, Pat Caldwell and John Anarfi (eds). *Sexual Networking and HIV-AIDS in West Africa. Supplement to Health Transition Review*, 3:45-67.
- ¹⁷ Good B. 1997 *Comment faire de la Anthropologie médicale?*.
- ¹⁸ Laplantine F. 1992. *Anthropologie de la maladie*, Payot, París.
- ¹⁹ Martínez ML, Mazarrasa L, Pazos A, Castillo S, Llácer A, Colomo C, Lago M. Prevención del Vih/Sida en población inmigrante. *Index Enferm (Gran)* 2003; 42:19-23.
- ²⁰ Théodore, F. Gutiérrez, JB. Torres, P. Luna, G. El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud pública de México*. Vol 46. nº2. marzo-abril 2004.
- ²¹ Pazos A, Castillo S, Alameda A, Martinez ML, Mazarrasa L, Llácer A, Colomo C, Lago M. Sexualidad y sida en 4 colectivos de inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid. 4º Congreso de Inmigración. Gerona 10-13 nov. 2004.
- ²² Moreno Fuentes, F. J. 2004. *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid. Edita: Consejo Económico y Social.
- ²³ Fassin, D. "The biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate". *Anthropology Today*. 2001. vol, 17.num, 1.
- ²⁴ Mary Haour-Knipe "Migration et VIH/Sida en Europe". Coordinatrice VIH/Sida, Organisation internationale pour les migrations. Genève, et Institut de médecine préventive et sociale, Université de Lausanne, Suisse.
- ²⁵ Audera, C. "Spain" in *Access to Care: privilege or Right?. Migration and HIV Vulnerability in*

Europe. Editado por NIGZ, European Project Aids and Mobility. Oct. 2003: 114-124.

²⁶ Baruani, P. "Trajectories, expériences de séropositivité et prévention du Sida en population migrante africaine en Communauté Française de Belgique". Cahier spécial du Service Social del Étranger, d'Accueil et de Formation. Prévention Sida, 1997.

²⁷ Carballo M, Nerukar A. "Migration, refugees and health risk". Emerging Infectious Disease. Vol,7. nº 3. supplement. Junio 2001.

²⁸ Marmot M y Wilkinson R. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford University press.

²⁹ Sánchez A, Aparicio V, Germán C, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez A. (2000). "Conceptos de salud y factores que la condicionan". En *Enfermería comunitaria* 1. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.

³⁰ Guerrero, A y Colomina, J "Población inmigrante y enfermedades infecciosas". Rev Esp. Salud Pública, 2004; 78:565-570.

³¹ Stansfel, S. 1999. "Social support and social cohesion". En Marmot M y Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford University Press.

³² Bronfman, N. Moreno, L. (1996). "Perspective on HIV/AIDS prevention among immigrants on the US-Mexico border". In Mishra, S. Conner R. Magaña, R (ed) *AIDS Crossing Borders: The Spread of HIV among Migrant Latinos*. Westview Press: Boulder, CO.

³³ Centro de Estudios para la Prevención del Sida (CAPS) y el Instituto de Investigaciones sobre SIDA (ARI), Universidad de California en San Francisco. Abril 2003.

³⁴ Espinosa Ramírez, J. *Asilo y Refugio. Informe. Refugiados en un campo de inmigrantes*. Cruz Roja Española.

³⁵ Perdiguero E. Comelles J. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.

³⁶ Medical migration and inequity of health care. The Lancet, vol. 356. nº 9225: 177. julio 15, 2000.

³⁷ Carballo M. Grocutt M, Hadzihasanovic A. "Women and Migration: a public health issue". Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond. 49. 1996: 158-164.

³⁸ McGrath, J et al. Cultural Determinants of Sexual Risk Behavior for AIDS among Baganda Women. Medical Anthropolgy Quaterly. New Series. Vol. 6 nº 2 (Jun. 1992): 153-161.

³⁹ "Creenças, tabus e mitos a prevençao do VIH/SIDA nas comunidades africanas". AJPAS. Red entre las comunidades africanas y los agentes de salud para la prevención del Vih-Sida y las enfermedades transmisibles: una acción integral en Europa. Proyecto Sepy 1199/99.

³⁶ Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

⁴¹ OMS, Promoción de la salud. Glosario, 1998.

⁴² Regidor, E y Gutiérrez-Fisac, J "Determinantes sociales de la salud" En Macías, B y Arocha, JL (ed). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1996.

⁴³ Castellano P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P, Navarro V. *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana. Madrid, 1999.

⁴⁴ Bueno, A. "Las repercusiones en la salud de los estilos de vida (I): nutrición, actividad física y obesidad" En Macías, B y Arocha, JL (ed). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1996

⁴⁴ Documentos técnicos de Salud Pública nº 91. *Inmigración, Salud y Servicios Sociales. La perspectiva de la población inmigrante*. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 2004.

⁴⁶ Castillo, S y Mazarrasa, L. Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. OFRIM, nº 41. mayo-junio 2001.

⁴⁷ Pena, M. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). Aten. Primaria 2001; 27: 25-8.

⁴⁸ Olivan, G Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. An. Esp. Pediatr 2000; 53:17-20.

⁴⁹ Caldwell, J. Anarfi, J. Caldwell, P. "Mobility, Migration, Sex, STDs and AIDS: An essay on Sub-Saharan Africa with Other Parallels" . En Herdt, G. *Sexual Cultures and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives*. Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.

⁵⁰ Parker, R. "Migration, Sexual Subcultures, and HIV/AIDS in Brazil". En Herdt, G. *Sexual Cultures*

and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives. Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.

⁵¹ Hogdagneu-Sotelo, P. 1994. *Gendered transitions: Mexican experiences of immigration.* Berkeley. University of California Press.

⁵² Carrier, J. Nguyen, B. Su, S. "Sexual Relations between Migration Populations (Vietnamese with Mexican and Anglo) and HIV/STD Infection in Southern California". En Herdt, G. *Sexual Cultures and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives.* Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.

⁵³ Jociles, M.I. Villaamil, F. Lores, F. 2004. *Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH y con conductas sexuales de riesgo en el colectivo de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones.* Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (documento electrónico www.madrid.org)

⁵⁴ Bravo, A. Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid. *Migraciones* 13 (2003):137-183.

⁵⁵ Flaskerud, J. et al. Sexual practices, attitudes and knowledge related to HIV transmission in low income Los Angeles Hispanic women. *The Journal of Sex Research.* 1996; 33: 343-353.

⁵⁶ Marín, BV. Flores, E. Acculturation, sexual behavior and alcohol use among Latinas. *International Journal of the Addictions.* 1994; 29:1101-1114.

⁵⁷ Boletín Epidemiológico semanal. Centro Nacional de Epidemiología. 2004. vol. 12 nº 13:137-148.

⁵⁸ www.aidsmobility.org accedido junio 2005.

⁵⁹ Llácer A, Del Amo J, Castillo S, Belza MJ. Salud e inmigración: a propósito del Sida. *Gac. Sanit* 2001; 15:19/9.