

INMIGRACIÓN SUBSAHARIANA Y ENFERMEDADES TROPICALES: UNA EXPLORACIÓN ANTROPOLÓGICA *

FRANCISCO JAVIER ULLÁN DE LA ROSA

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace poco más de una década asistimos en España y concretamente en nuestra ciudad de Madrid a un fenómeno migratorio hasta ese momento inédito en nuestro país por lo anecdótico de sus cifras, pero ya experimentado desde hacía tiempo, y con mayores repercusiones sociales, en urbes y países vecinos allende los Pirineos, fundamentalmente en las ex-potencias coloniales mayores (Gran Bretaña, Francia, Bélgica) inicialmente como efecto colateral del tardío colonialismo de post-guerra y los subsiguientes efectos de la descolonización. Nos estamos refiriendo a la llegada a Europa, por primera vez en su historia, de contingentes sociológicamente relevantes de inmigrantes negros subsaharianos. Y para la Europa que se veía al fin vencedora de las grandes pandemias, vencedora en el combate de la *esterilización* parcial de su medioambiente, con su llegada venía también de cierta manera la sombra de esa imagen ya vernácula del trópico selvático infestado de insectos y parásitos, caldo de cultivo ideal de microorganismos patógenos sin cuento (quién sabe —podía pensar el inconsciente colectivo— cuántos aún apostados en la oscuridad del desconocimiento científico y dispuestos, como el reciente Ébola, a golpear cualquier día sin aviso como salidos de la nada). Esa imagen, no tan mítica después de todo, del África profunda constatada durante siglos como tumba insalubre del hombre blanco y cuna en tiempos contemporáneos de lo que se ha dado en llamar la «plaga del siglo XX», es lógico que despertara en un principio y pueda aún seguir despertando cierto miedo o cuando menos prudente prevención en algunos de nuestros responsables sanitarios y de nuestros ciudadanos. ¿Podrían ser los inmigrantes africanos una amenaza biológica para la relativamente aséptica y desprotegida Europa como en su día lo fueron los europeos para los indígenas americanos?.

El primer objetivo de este trabajo, creemos que primordial, es aportar datos concretos obtenidos en investigación de campo que apoyen una respuesta negativa a la

* Para la realización de este trabajo se ha contado asimismo con la inestimable colaboración en el trabajo de campo de las siguientes personas: **Paz Gatell** (enfermera y estudiante de antropología, Universidad Complutense), y **Pedro Madurga y Daniel García** (estudiantes de sociología, Universidad Pontificia de Salamanca en Madrid)

anterior pregunta. Se tratará, la nuestra, de una pequeña aproximación antropológica al tema, dejando a un lado, o apenas utilizándolos como apoyo colateral, los estudios epidemiológicos de carácter más médico y estadístico. Nuestra exposición se dirigirá así, en primer lugar, a argumentar con datos etnográficos obtenidos básicamente en la Comunidad de Madrid, la hipótesis de que *los inmigrantes subsaharianos no constituyen en modo alguno un vector de contagio de enfermedades de origen tropical para la población española*.

Ofrecer este avance de lo que adivínase ser *a priori* la conclusión final del trabajo bien pudiera parecer empezar a construir la casa por el tejado. La realidad es, sin embargo, que dicha conclusión, sin duda muy aliviadora para las instituciones y sus responsables, no es sino a nuestro juicio sino la premisa que nos conduce a otras reflexiones y conclusiones, si cabe, más importantes, el punto de partida que nos permite hacernos otra pregunta, la que desemboca en otra conclusión distinta y complementaria en la que el tono optimista de la primera se diluye un tanto: *los problemas sanitarios principales a los que se enfrenta la población inmigrante subsahariana actualmente no son, en la mayor parte de los casos, los derivados de las condiciones de origen sino otros originados por las condiciones de destino en nuestro país*. La exposición pretende discurrir por el sendero que va de la primera a la segunda de nuestras conclusiones analizando y describiendo, entre uno y otro punto, el paisaje sanitario de la población subsahariana en España.

2. LA EMIGRACIÓN, MECANISMO DE SELECCIÓN «SOCIO-NATURAL»

Las características singulares de la emigración subsahariana, fenómeno de naturaleza social, hacen que esta actúe, sin pretenderlo, como un verdadero tamiz «sanitario» que sólo dejara pasar a los individuos más sanos con consecuencias claramente deducibles desde el punto de vista biológico-médico. Es a esto a lo que nos referimos al decir que la emigración es un mecanismo de selección «socio-natural».

El perfil de los inmigrantes subsaharianos en España, tal y como lo constata nuestro trabajo de campo es, tanto para hombres como para mujeres, el de individuos jóvenes (entre 20 y 30 años), de extracción urbana y de un nivel social equivalente (salvando las distancias en las estructuras sociales de ambos continentes) al de una clase media europea, con nivel educativo medio o alto (algunos incluso con estudios universitarios).

Dicho perfil del inmigrante viene dado por las características mismas del entero proceso migratorio que desempeñan, de ese modo, un rol de selección de los contingentes. El primer factor de selección es el que respecta a las motivaciones y a las condiciones previas de la emigración. Todo parece indicar que el salto de la comunidad estrictamente tradicional (aldea, medio rural) a la metrópoli europea necesita cuasi imprescindiblemente del paso intermedio que supone la emigración a la urbe africana. Es ahí donde se generan en el individuo todo el conjunto de necesidades y de expectativas, por así decirlo, «occidentales» que le motivan a emigrar a Europa y donde se adquiere el grado suficiente de «aculturación en la modernización» (las herramientas culturales que harán posible su ulterior desenvolvimiento en la sociedad europea). Es por ello que el caldo de cultivo idóneo para la emigración se da entre

las nuevas generaciones de africanos urbanos y con estudios medios y/o universitarios, gentes con una mentalidad más abierta y progresista que la de la tradicional clase campesina, con deseos de satisfacer toda una serie de necesidades creadas por la creciente aculturación del mundo globalizado y con un buen nivel de la lengua de la metrópoli¹. Se trata de individuos que por su posición social disfrutaban ya de antemano de una mejor calidad de salud que la mayoría de sus conciudadanos. En lo que respecta a una buena parte de las inmigrantes de sexo femenino se puede también especular con la posibilidad de otro tipo de explicación de naturaleza sociológica. Sabido es que la emigración subsahariana presenta un dimorfismo sexual notable: mientras que la emigración masculina es más espontánea e individual la emigración femenina está en buena parte (aunque no en toda) dirigida por mafias internacionales que trata de blancas que pasan ilegalmente a las chicas en barcos de mercancías para prostituirlas en Europa y de ello puede deducirse que estos grupos de proxenetas seguramente controlan la «calidad sanitaria» de su «mercancía».

El segundo factor de selección es el que hace referencia a la forma misma de la migración. Dos son las vías de acceso a España más utilizadas por estos inmigrantes: como polizones en barcos cargueros hasta las islas Canarias, pasando semanas ocultos en las bodegas sin apenas alimentos ni agua, tal como nos relataban informantes como Rickmand (liberiano, 26 años), o por tierra en un viaje por etapas que puede llegar a durar hasta dos meses, viaje en el cual se atraviesan diferentes países subsaharianos y el desierto hasta llegar a Ceuta y Melilla, donde se burla la vigilancia de la policía de noche y se pide asilo en los centros de acogida de la Cruz Roja² (los casos, por ejemplo, de Sheriff (sierraleónes, 22 años) o Douda (23, Guinea Conakry). La dureza de un viaje como este implica por sí sola una selección biológica muy eficaz que desanima o deja por el camino a aquellos que ya de entrada no gozan de unas excelentes condiciones físicas. Un médico de un centro de inmigrantes en Ceuta nos relataba *que hay algunos que llegan con los pies podridos de tanto como han caminado!*.

En conclusión, las características del proceso migratorio operan un proceso de selección que tiene como consecuencia la conformación mayoritaria del perfil del

¹ Pertenecen, por así decirlo, a clases relativamente acomodadas en su país y no es la necesidad extrema lo que les impulsa, en muchos casos, a abandonar sus países de origen sino más bien la atracción que les provoca una cierta imagen utópica y distorsionada de Europa, que es vista como la tierra de promisión en la que sino es posible enriquecerse al menos sí lo es el ahorrar una suma suficiente de dinero que les permita volver a sus depauperados países en una posición relativa muy ventajosa. La fuerza de las imágenes a través de los medios de comunicación y el ejemplo de determinados individuos que vuelven a África como «ricos» a ojos de sus conciudadanos son un poderosísimo señuelo para muchos jóvenes urbanitas africanos ya relativamente familiarizados con el mundo moderno y occidental. Frente al estereotipo de que los inmigrantes subsaharianos son individuos de extracción muy humilde y sin educación las entrevistas realizadas en Madrid y el conocimiento personal que he tenido en África de muchos de estos «retornados» indican que se trata más bien de todo lo contrario. Por citar solamente un indicador es importante considerar que son personas que disponen de una suma inicial de capital para costear el largo y oneroso viaje hasta Europa.

² Cálculo y sospecho, por viajes que yo mismo he realizado en la región subsahariana, que los costos de un viaje de dichas características pueden situarse entre los 1000 y los 2000 dólares americanos (alto precio del cruce ilegal de fronteras como la argelina, marroquí y española, transporte del que se encargan grupos mafiosos).

inmigrante como el de un individuo joven (mayoritariamente varón), fuerte y sano, de clase media urbana y con un nivel educativo medio o alto. Esto ya nos está diciendo de antemano que se trata de un contingente poco propenso a portar o contraer enfermedades y cuya instrucción relativa es suficiente para poder hacer uso de los instrumentos sanitarios del país de acogida. Este hecho ha sido confirmado, recientemente, en un estudio realizado en Valencia sobre población inmigrante (Salazar *et al.*, 2003).

Aún así, sería, por supuesto, ridículo negar que no existe incidencia de morbilidad en este colectivo. Los inmigrantes importan, en efecto, enfermedades de sus países de origen pero lo que trataremos de desarrollar a continuación es que las así llamadas de origen «tropical» no son las más importantes o preocupantes ni para ellos ni para la sociedad española.

3. PRINCIPALES ENFERMEDADES IMPORTADAS POR LOS INMIGRANTES

En España existen pocos estudios epidemiológicos referidos a la incidencia de enfermedades tropicales en la población inmigrante: parasitosis intestinales (Díaz *et al.*, 2002), cisticercosis (Terraza *et al.*, 2001) y paludismo (Huerga y López-Vélez, 2001). Sin embargo, según varias fuentes médicas consultadas³ las enfermedades de estricto origen tropical (no existentes en Europa) que aquejan a la población inmigrante subsahariana son, por este orden aproximadamente: *paludismo*, *parasitosis intestinales (amebiasis, etc.)*, *filariasis (sanguíneas y cutáneas)*, *bilazhiasis* y *fiebre amarilla*. No manejamos datos cuantitativos que nos permitan dilucidar el porcentaje de inmigrantes enfermos con respecto a la población total pero datos indirectos nos permiten deducir que este es siempre minoritario. Así, por ejemplo, baste decir que, tanto en España como en otros países de nuestro entorno con población inmigrante, la mayor parte de los casos de paludismo registrados anualmente (En España 452 casos, en el año 2002) corresponde a europeos que han contraído la enfermedad en viaje de turismo y no a emigrantes⁴. A la pequeña incidencia numérica se une el hecho de que se trata de enfermedades no proliferantes y no transmisibles fuera de los ecosistemas tropicales. Por un lado, los agentes patógenos responsables de las mismas no se desarrollan en nichos ecológicos con estación invernal, permaneciendo en estado de latencia. Por otro, enfermedades como el paludismo o la filariasis, la fiebre amarilla o la bilazhiasis dependen de vectores o huéspedes intermediarios para su transmisión, prácticamente inexistentes en Europa, y las parasitosis intestinales desaparecen con el uso generalizado de agua potable.

De todo ello se deduce que las enfermedades de origen tropical no entrañan un riesgo importante para la salud de ninguno de los dos colectivos en contacto, ni del lado de los inmigrantes ni del de la población española. Dichas enfermedades, en el caso minoritario de haberlas importado de sus países de origen, desaparecen con el tratamiento y no vuelve a haber peligro de recurrencia salvo en el caso de retorno

³ Instituto de Medicina Tropical del Hospital Carlos III, Medicina y Cirugía Tropical del Hospital General Universitario de Valencia

⁴ Para 1997 en Francia sólo el 20% de los casos registrados era de inmigrantes, en 1996 el 39% para Alemania (*Bulletin Européen sur les maladies transmissibles*. Vol.3. N°4. Abril 1998)

temporal a las regiones endémicas, casos equiparables a los de contagio de españoles por turismo.

Más a tener en cuenta nos parecen, sin embargo *otro conjunto de enfermedades no estrictamente tropicales* con las que llegan los inmigrantes porque, a diferencia de las anteriores, sí presentan carácter contagioso y en algunos casos, como el del SIDA, letal. De acuerdo con datos suministrados por la Cruz Roja, las enfermedades de este segundo grupo más numerosas entre los inmigrantes subsaharianos que arribaron a sus centros en Ceuta y Melilla en 1998 fueron, por este orden: *Hepatitis B* (un 12'68% del total), *Seropositivos VIH* (no necesariamente habiendo desarrollado la enfermedad, 3'5%), *sífilis* (2'62%) y *Hepatitis C* (1'59%). Todos ellos presentan porcentajes mucho más elevados que la media europea, fruto de la escasa calidad de la atención sanitaria en los países africanos. Se trata en todos los casos de enfermedades que se transmiten por vía parenteral y sexual lo que implica que aquí sí constituyen un cierto grupo de riesgo, tanto más cuando factores como la juventud de los contingentes, o la prostitución de buena parte de las mujeres, se traduce en una mayor frecuencia de la actividad sexual y la promiscuidad. Estudios realizados recientemente en Cataluña, confirman estos datos (Vall Mayans *et al.*, 2002). Muy conscientes de esto organizaciones como la Cruz Roja fomentan y facilitan el uso de preservativos en sus centros de acogida como el que tuvimos la ocasión de visitar y en el que se centrará nuestro posterior estudio de caso.

Como conclusión de este apartado cabe resaltar una vez más la escasa incidencia de las enfermedades de origen tropical en el colectivo subsahariano como consecuencia de la selección ejercida por el proceso migratorio, la desactivación de los agentes patógenos fuera de su ecosistema original y, en último término, la predisposición casi general de los inmigrantes a ponerse en tratamiento en los diferentes centros de salud españoles. Más preocupantes son otro tipo de patologías no estrictamente tropicales, todas ellas de transmisión sanguínea y sexual. Sin embargo, sus escasas proporciones con respecto a la población española en general y su facilidad de control a través de preservativos y controles sanguíneos minimizan completamente sus posibles incidencias sociales.

Sirva, por tanto, este trabajo para acabar de echar por tierra definitivamente, si es que eso era aún necesario, la visión de los africanos como importadores de enfermedades exóticas. No nos parece necesario insistir en que esa imagen o prejuicio, de existir todavía en algunos sectores de la sociedad española, debe desterrarse por completo por ser, en líneas generales, falsa.

Dicho esto, cabría quizá pensar que un artículo titulado *Inmigración subsahariana y enfermedades tropicales* debería terminarse aquí mismo; sin embargo, eso es precisamente lo que un trabajo como este, que se plantea los problemas sanitarios a partir de una perspectiva socio-antropológica no puede en modo alguno hacer. Una vez descrito el escaso alcance e incidencia de las enfermedades importadas por los inmigrantes se nos presenta a renglón seguido como absolutamente indispensable hacer un análisis complementario al anterior, tomar, como si dijéramos, el negativo de la fotografía; esto es, hacernos el siguiente cuestionamiento: Ya sabemos cuales son los principales problemas de salud con los que llegan los inmigrantes pero ¿cuáles son los problemas con los que se encuentran aquí? ¿que importancia tiene el medio y su interacción con el mismo en las condiciones sanitarias de los subsaharianos en Espa-

ña?. A la hora de intentar responder a esta pregunta, cuya respuesta *grosso modo* adelantábamos en la introducción, hemos sido conscientes de la amplia variedad de nichos sociales en los que se encuentran los inmigrantes en nuestro país y, teniendo una disponibilidad de tiempo y de medios limitada, nos vamos a contentar con dar una respuesta también limitada, presentando tan sólo unos estudios de casos que a nosotros nos parecen muy significativos porque reflejan las condiciones en que se encuentran una parte, sino mayoritaria, al menos sustancial de los inmigrantes subsaharianos. Se comentarán así, por un lado, los casos de dos centros de acogida de inmigrantes, uno regentado por la Iglesia Católica, otro por una ONG laica como la Cruz Roja en los que se alojan inmigrantes librados, por así decirlo, a la beneficencia: en muchos casos sin papeles, recién llegados, en sus primeras fases de adaptación al país, sin conocimiento de la lengua y sin trabajo. Por otro lado, se comentará el caso sustancialmente distinto de los inmigrantes que llevan una vida independiente, con vivienda propia e independencia económica. De esa manera se ha pretendido cubrir, en la medida de nuestras posibilidades, una parte del amplio abanico de situaciones que presenta la emigración subsahariana. Somos conscientes de que el estudio no cubre colectivos muy importantes tales, por ejemplo, como los subsaharianos del agro o las prostitutas.

En la descripción de los casos hemos, por otra parte, querido cargar las tintas en el estudio de los centros de acogida, en particular el de la Cruz Roja, por parecernos que en él se presentan situaciones de precariedad que deben ser cuando menos denunciadas y criticadas. La conclusión a que nos conduce dicho estudio de caso y razón por la cual no podía dejar de incluirse en este trabajo, es que la mayor parte de los problemas de salud que padecen los inmigrantes acogidos en este centro nada tienen que ver con su origen africano sino, por el contrario, *están generados por las condiciones concretas que soportan en los mismos y el stress psicológico, cultural y legal que se deriva de su situación como extranjeros, indocumentados e insolventes, y son los mismos que los de otros grupos de inmigrantes con los que comparten el centro.*

El centro de la Cruz Roja en cuestión, cuya identidad preferimos no facilitar, tiene capacidad para unas 180 personas y se encuentra actualmente al máximo de dicha ocupación siendo la situación de los inmigrantes calificable de regular tanto en términos de higiene como de habitabilidad. El hacinamiento es notable: de doce a dieciséis personas por habitación, que se reparten en literas de dos pisos. El edificio se distribuye en una serie de corredores en torno a un patio central. La iluminación, de fluorescentes blancos, es deficiente y un tanto depresiva. La sensación de conjunto es cuartelera: comida de rancho, atmósfera triste, a lo que se suman los horarios estrictos que les impone la institución. Durante el día los inmigrantes pueden salir pero deben regresar antes de las diez o sino se quedan fuera, a no ser que tengan algún permiso especial para llegar más tarde, permiso que se concede casi siempre por motivos laborales.

En el centro trabajan un buen número de profesionales entre médicos, trabajadores sociales, pedagogos, cuidadores, etc. la mayoría de ellos en calidad de voluntarios, pero su nivel de motivación, por lo que pudimos colegir de las entrevistas mantenidas con ellos, no es muy alto. Tampoco lo es el de los inmigrantes, que se encuentran hastiados y sofocados por esta especie de reclusión transitoria, a la espera de unos papeles que les permitan buscar trabajo y que nunca llegan. Algunas personas llevan más de dos años metidas en este centro esperando a ser legalizados. La atención de la Cruz Roja se limita a proporcionarles manutención alimentaria, cama, ropa, cuida-

dos médicos y clases de español. No les proporciona ningún tipo de dinero de bolsillo para que puedan salir ni tiene bolsa activa de búsqueda de empleo. De vez en cuando les da algún bonometro para que tengan movilidad pero eso no sucede siempre.

El centro es una especie de babel de una variación étnica enorme, destacando tres grandes colectivos: magrebíes, subsaharianos y europeos del este. También hay algún que otro latinoamericano (fundamentalmente cubanos) pero son menos frecuentes. La migración subsahariana combina razones político-sociales y económicas según los casos: una gran parte de ellos son fugitivos de las guerras que asolan sus países (las guerras civiles de Sierra Leona o Liberia, principalmente). El motivo de la migración genera una división legal entre los residentes: mientras unos, los económicos, son considerados simples inmigrantes los otros tienen el estatuto de refugiado y esta distinción tiene su relevancia desde el punto de vista sanitario pues, mientras que los refugiados cuentan con cobertura de la Seguridad Social, los simples inmigrantes no y, no teniendo derecho a la sanidad pública, si tienen algún problema de salud tienen que ser atendidos en hospitales y centros de la Cruz Roja a título asistencial.

Si encaramos ya el aspecto sociosanitario en sí, ninguno de los inmigrantes entrevistados nos dijo haber tenido ningún tipo de enfermedad infecciosa, ni de origen tropical ni de otros. El equipo médico del centro nos confirmó que no había habido ningún caso de este tipo al menos en los últimos seis meses, una muestra más que respalda nuestra tesis ya expuesta anteriormente.

El problema sanitario más grave al que se enfrentan los emigrantes o refugiados subsaharianos según nuestra apreciación, no proviene, como decíamos, del origen de la migración sino que se genera en el destino de la misma, es decir, en el centro mismo, debido a las malas condiciones de habitabilidad tanto físicas como psíquicas. Un peligro serio en este tipo de centros es la **tuberculosis**, debido a las condiciones de hacinamiento y escasa salubridad del habitáculo. Es esta una enfermedad de contagio mucho más fácil que las parasitosis tropicales (que implican siempre la necesidad de un vector animal de transmisión) o que las enfermedades de transmisión sexual, pues se transmite por el aire con un simple estornudo y bastan dos bacterias en el pulmón para producir la infección. La importancia de la tuberculosis entre los inmigrantes se ha puesto de manifiesto en algunos estudios epidemiológicos, realizados en distintos lugares de España, como Canarias (Pérez- Arellano *et al.*, 2002) y Cataluña (Chirveches *et al.*, 2001). Es por ello que el centro vive en constante alerta ante el peligro de un contagio. La prueba de Mantoux se realiza cada semana tanto entre los internos como entre los trabajadores y en cuanto se detecta un posible caso se le envía al hospital y se le aísla.

Otra de las patologías más corrientes, y también originada por las propias condiciones del centro, es la infección micótica, es decir, por hongos, fundamentalmente por el uso colectivo y poca higiene de las duchas. En lo que respecta a las enfermedades de transmisión sexual no parecen haberse dado casos y cabe en este sentido felicitar al centro por su acertada política de prevención y profilaxis, con el reparto gratuito de preservativos.

Esta información la obtenemos del servicio médico que atiende el centro y que nos parece a todas luces insuficiente. Solo se pasa consulta dos días a la semana por las tardes. Los médicos son recién licenciados con poca experiencia sobre todo en el

trato con pacientes de diferentes culturas y nacionalidades. Al menos eso es lo que pudimos observar en los médicos que conocimos y que entrevistamos. Existe un problema importante de comunicación con los pacientes porque la mayoría de ellos apenas hablan español. El personal médico no habla tampoco ningún otro idioma o no se esfuerza por hablarlo y el resultado es una falta muy grande de empatía médico-paciente.

Pero el problema que más afecta a los subsaharianos en el centro no es de tipo físico. El problema fundamental lo encontramos a nivel psicológico: depresión, ansiedad, estrés, choque cultural. Las condiciones cuarteleras del centro, la falta de intimidad provocada por el hacinamiento, el sentirse presos de una situación de estancamiento absurda, esperando por periodos inhumanamente largos a que simplemente les den unos papeles que les permitan empezar a buscarse la vida, la desilusión por la quiebra en mil pedazos del sueño de mejorar sus vidas en el paraíso occidental que imaginaban cuando marcharon o escaparon de sus países, la nostalgia del hogar y la familia cuando no los recuerdos trágicos de muertes y desgracias en las guerras que dejaron atrás, el shock cultural, la juventud de la mayoría de estos muchachos para muchos de los cuales esta es su primera salida, no sólo de su país sino de su ciudad o de su pueblo.

El estrés y la depresión que sufren estas personas se manifiesta de múltiples formas: adelgazamiento, abulia, o, por el contrario, agresividad y violencia. Las peleas en el centro según manifestaciones de los trabajadores son frecuentes y suelen desencadenarse por naderías. Uno de los días que visitamos el centro asistimos a una pelea a botellazo limpio con el resultado de algunos heridos leves y un cristal roto. Si se pregunta, sin embargo, a los inmigrantes negarán la evidencia por miedo a las represalias. En las reyertas los inmigrantes suelen alienarse en razón de las fracturas étnicas, hecho muy normal pues ante un ambiente que les es hostil las personas suelen buscar la solidaridad grupal como mecanismo de defensa. La pelea en cuestión se había producido entre georgianos y africanos porque cada uno quería ver un canal diferente de televisión. La actuación de la policía en estos casos, y en ello coincidimos con varios de los trabajadores del centro, nos pareció de una reprochable pasividad. La comisaría está en el mismo edificio que el centro, puerta con puerta, y, sin embargo los agentes tardaron más de veinte minutos en intervenir desde que se efectuó la llamada.

Otro síntoma que evidencia la depresión son las cefaleas, manifestación psicósomática de la misma. Esto nos lo confirma el médico entrevistado, diciendo que esta es sin lugar a dudas la dolencia que más tenía que tratar pero que, *en realidad lo que quieren los inmigrantes es charlar con el médico, buscar una excusa para sentirse atendidos*. Desgraciadamente, el desconocimiento de nuestra lengua por parte de ellos y la escasa preparación en idiomas del personal médico —que recordemos es voluntario— en este sentido no hace sino aumentar la sensación de desatención por parte de los inmigrantes.

Nuestra percepción se ve corroborada por los testimonios de los propios inmigrantes como Michael Thomas (alrededor de 50, Sierra Leona) que nos confiesa que las condiciones del albergue no son buenas y que cree que la gente enferma por eso o como Douda (22, Guinea Conakry) que nos dice que le está matando la ansiedad, que no duerme por las noches y ha adelgazado mucho. *Antes estaba más gordo y fuerte y ahora me siento débil y triste*.

El albergue regentado por la institución eclesiástica, nuestro segundo caso de estudio, presenta resultados menos alarmantes. El alojamiento, también exclusivamente masculino, tiene capacidad máxima para 12 personas pero al momento del trabajo de campo sólo lo ocupaban 8. De su reducido tamaño podemos deducir que las condiciones de higiene, habitabilidad y convivencia son mucho más humanas que en el anterior. Los inmigrantes comparten cuartos de dos personas y tienen plena libertad de movimientos. Cada uno tiene su propia llave para entrar y salir cuando quiera. Entre ellos se organizan por turnos para la limpieza y la comida, cuya preparación corre de su cuenta. El grupo es mucho más homogéneo (7 subsaharianos y 1 kurdo) reduciéndose así el problema de fricción étnica. Los inmigrantes no presentan, por tanto, los problemas sanitarios que describíamos para el caso anterior, ocasionados por la falta de higiene y el hacinamiento, y los problemas psíquicos son así mismo menores por lo acogedor y amable de la atmósfera. Esto no quiere decir, sin embargo, que esos problemas no se den. A los derivados del inevitable shock cultural hay que añadir los posiblemente evitables de la frustración ante la falta de expectativas, en buena parte debido al obstruccionismo legal del que son objeto. La decepción de estos individuos al llegar aquí y no encontrar el paraíso soñado suele ser bastante grande. Sheriff, 26 años, sierraleonés, nos confesaba que si llega a saber que las cosas aquí iban a ser tan difíciles no hubiera venido: *Yo trabajaba con mi tío, que tenía una tienda en Conakry, y estudiaba biología.* De vez en cuando cae, como otros de sus compañeros, en depresiones de grados variables, pero la mayoría de estos chicos no están dispuestos a regresar a sus países con las manos vacías después de haber pasado tan duras pruebas para llegar hasta aquí y aguantan la desesperante espera del permiso de trabajo para no regresar como unos fracasados. Muchos de ellos tienen puesta su vista en España como un mero trampolín para pasar a otros países.

Las condiciones de salud de los inmigrantes que han conseguido superar esta primera ordalía de los centros de acogida, han conseguido un trabajo (con permiso o sin él) y pueden costearse una vivienda propia parecen mejorar en general con respecto a los casos anteriores aunque es importante destacar algunos riesgos importantes aún derivados de su condición socio-económica, en la mayoría de los casos precaria. Dicha precariedad puede conducir de nuevo al hacinamiento en pisos de alquiler de habitabilidad deficiente y dimensiones pequeñas y a la realización de agotadoras y larguísimas jornadas laborales, todo lo cual repercute indiscutiblemente en la calidad de vida y, por ende, en la salud. Como muestra significativa de lo que estamos diciendo baste citar el caso de una mujer senegalesa ingresada en el Gregorio Marañón con un paludismo que no le fue diagnosticado sino tres meses después de haberlo contraído en Africa porque la mujer asociaba sus síntomas (cansancio muscular, dolor de cabeza y de espalda, fiebre) con los efectos de su dura y prolongada jornada laboral.

4. ACTITUDES DE LOS INMIGRANTES AFRICANOS FRENTE A LA MEDICINA EUROPEA. LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Otro tema de consecuencias importantes para la salud de los inmigrantes es el de su actitud o capacidad hacia y para la utilización de los recursos sanitarios españoles, cuestión que tiene mucho que ver con factores por un lado culturales y, por otro, legales y de información.

Las entrevistas realizadas parecen demostrarnos que la predisposición de los inmigrantes subsaharianos a hacer uso de la medicina clínica europea es cuasi total. Esto creemos es en parte explicable por el ya comentado origen urbano y el nivel educativo alto y medio de los mismos lo que implicaría, un alto nivel de «occidentalización» de sus conceptos culturales de salud y enfermedad. Ha de advertirse, sin embargo, que esa «occidentalización» no es incompatible del todo con la preservación de un concepto tradicional de medicina, ni siquiera en los individuos con educación universitaria. Cualquiera que conozca un poco África, como es mi caso, sabrá que esta es la situación que se presenta actualmente en las urbes africanas, donde el sincretismo entre lo moderno (aculturación occidental) y lo tradicional genera cosmovisiones culturales a simple vista contradictorias pero posiblemente funcionales dentro de la lógica interna implícita en la estructura y el proceso de cambio de sus sociedades. Sabemos así por nuestros informantes que algunos inmigrantes aún en Europa siguen recurriendo a técnicas paramédicas africanas administradas por especialistas tradicionales (*guerisseurs, feticheurs, chalatan, healers*, entre los animistas; *marabouts*, entre los musulmanes) y que ciertos individuos acomodados llegan incluso a pagar importantes sumas para traer a algunos de estos especialistas, de reconocida fama en sus países, para el tratamiento de dolencias concretas, básicamente espirituales. Cabe señalar, sin embargo, que la mayoría de los inmigrantes, jóvenes y aislados de la retroalimentación que ejercía su medio sociocultural, acaban por abandonar si no olvidar este tipo de prácticas y conceptos.

La principal dificultad con que se enfrenta el inmigrante a la hora de acceder a los servicios médico-sanitarios en nuestro país no es de carácter endógeno-cultural sino que obedece a factores exógenos, mayormente el parcial desconocimiento y falta de información sobre nuestro sistema sanitario y las trabas legales que se implican en la no posesión de permiso de residencia o de trabajo.

Como ya apuntábamos al hablar del citado centro de la Cruz Roja, sólo una pequeña parte de los subsaharianos se encuentran en España en condición de refugiados (políticos o de guerra), condición que les da acceso inmediato y gratuito a la Seguridad Social. La mayor parte de los mismos (incluso procediendo de países en guerra como Sierra Leona o el Congo) se clasifican en la categoría de inmigrantes económicos y, por ende, en tanto carezcan de un permiso de residencia y trabajo, se encuentran excluidos de los servicios estatales de salud. Esta carencia la suple básicamente el servicio asistencial de la Cruz Roja, que parece ser el servicio sanitario mayoritariamente utilizado por los inmigrantes irregulares. Dado que una gran parte de los inmigrantes pasan alguna vez por las manos de dicho organismo, especialmente los que llegan provenientes de Ceuta y Melilla (esto es, la mayoría), puede decirse que al menos no se dan apenas casos de desamparo total, pues la gran mayoría está mínimamente cubierta por la Cruz Roja, que proporciona atención e información básica.

En lo que respecta a servicios sanitarios más concretos o especializados las dificultades son mayores. Existen, sin embargo, vías alternativas para paliar su situación de ilegalidad y desamparo sanitario, aunque a estas ya no se accede tan fácilmente como a la Cruz Roja ya que implican un mayor conocimiento del sistema sanitario que no suelen poseer los inmigrantes. Algunos departamentos de medicina tropical de conocidos hospitales públicos prestan, por ejemplo, servicio sanitario gratuito a los inmigrantes sin pedirles documentación alguna pero esta información, por ser un procedimiento oficioso, no siempre está al alcance de muchos inmigrantes. Existen

también centros de atención dependientes de los municipios pero, en general, y esto es lo que queremos destacar, la dificultad que estos tienen para moverse por el sistema sanitario y acceder a dicha información es notable, debido a las barreras lingüísticas y al desconocimiento de los mecanismos de nuestra sociedad. La mayor parte de la información suele llegar por la vía del boca a boca, a través de otros inmigrantes que ya han utilizado previamente dichos servicios.

En lo que respecta a los inmigrantes legalizados su acceso a los servicios de sanidad pública no quita para que también se encuentren relativamente con problemas similares de dificultades en el manejo de los recursos sanitarios a su alcance. La tendencia dada la juventud y nivel cultural —insistimos— de los inmigrantes es siempre hacia el aprendizaje y la adaptación no presentando en último caso muchos más problemas que otros sectores sociales.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

Debe de una vez por todas desterrarse la sombra del miedo a los inmigrantes africanos como portadores de enfermedades peligrosas para la salud pública de los países receptores, en este caso España. Todos los datos parecen apuntar a que el perfil medio del inmigrante es el de una persona joven, fuerte y sana, debido al filtro selector que opera la emigración. Las enfermedades de origen tropical importadas por los inmigrantes son de curación relativamente fácil y no proliferan ni se transmiten en las condiciones del ecosistema europeo. Otro tipo de enfermedades comunes a ambas regiones como la hepatitis B y C, el VIH y la sífilis, también traídas por los inmigrantes desde sus países de origen, si bien más preocupantes por su condición contagiosa, y, por ende, necesitadas de vigilancia, entrañan, con todo, riesgos mínimos para la sociedad por lo escaso de su incidencia. Por el contrario es mucho más importante señalar los problemas sanitarios que presentan los inmigrantes como consecuencia de las condiciones a que se enfrentan en su adaptación a nuestro país.

En ese sentido es muy relevante señalar y denunciar las precarias condiciones higiénicas y de habitabilidad a que se encuentran sometidos los inmigrantes en ciertos centros de acogida que más bien merecerían el calificativo de «campos de internamiento», por muy filantrópicas que sean sus intenciones. La responsabilidad última de esta situación, injustificables desde cualquiera de los parámetros de una sociedad que se dice democrática, es de los poderes públicos. La función de estos lugares tiene que ser de acogida transitoria —muy transitoria— y no de reclusión permanente (¡dos años ya para algunos!). La política de ralentización de la tramitación de papeles de residencia y trabajo, combinada con la nula subvención económica a estos seres humanos en desgracia y su mantenimiento en condiciones cuarteleras sólo puede definirse como una forma sutil de xenofobia institucional muy grave y denunciabile. Por otro lado, es increíble que personas con el estatuto de refugiado de guerra no despierten mayor interés de los organismos estatales, que delegan en ONG particulares sin medios suficientes, aunque sean de la entidad de la Cruz Roja.

Las deficiencias de las situaciones observadas nos llevan a terminar este estudio con una pequeña y modesta lista de recomendaciones enfocadas, en un principio, a las condiciones sanitarias concretas pero que, siendo estas generadas por una situación social más amplia no pueden detenerse a ese nivel.

Es imprescindible mejorar las condiciones higiénicas y de habitabilidad de los centros de acogida. Debe solucionarse el hacinamiento con la creación de nuevas plazas o con la inserción más rápida de los inmigrantes en la sociedad. Las instalaciones deben ser mejoradas y debería cuidarse un poco la formación del personal sanitario y asistencial que trabaja en el centro, al menos en el aspecto lingüístico, fundamental para la comunicación. No existe apenas atención psicológica especializada en problemas de shock cultural a pesar de que ese es el problema más frecuente y cotidiano entre los inmigrantes. Nos parece también absurdo mantener la disciplina cuartelera que no hace sino aumentar los problemas depresivos y de agresividad. A otros niveles me parece que sería recomendable la apertura de la sanidad pública para todos los inmigrantes, con independencia de su *status* legal, así como una intensificación, si es necesario individuo por individuo, de las campañas de información sobre las posibilidades del sistema sanitario español así como campañas de educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Chirveches E., Peleato MD., Cabello M.S y Torne J. Enfermedad tuberculosa en inmigrantes de la región del Garraf. *Aten Primaria*, 2001, Oct 31; 28:508-509.
- Díaz J., Igual R., Alonso MC. y Moreno MJ. Estudio parasitológico intestinal en inmigrantes de la región de La Safor. *Med. Clin.*, 2002, Jun 8; 119:36.
- Huerga H y López-Vélez R. Imported malaria in immigrant and travelling children in Madrid. *Eu.J.Clin.Microbiol.Infect. Dis.*,2001, Aug 20; 591-593.
- Pérez- Arellano JL., Hernández A., Sanz O. y Moreno A. Inmigración africana en las Islas Canarias e infección tuberculosa. *Med. Clin.*,2002, Jan. 19; 118: 38.
- Salazar A., Navarro E., Almela, F., Abad I., Borrás R. y otros. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia. *Bol. Epidem. Sem.*, 2003, 11: 49-52.
- Terraza S., Pujol T., Gascón J y Corachan M. Neurocisticercosis: ¿una enfermedad importada?. *Med. Clin.*, 200, Feb., 24; 116: 261-263.
- Vall Mayans M., Arellano E., Armengol P. Escriba JM. y otros. Infección por VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente en pacientes inmigrantes en Barcelona. *Enfer. Infecc. Microbiol. Clin.*, 2002, Apr. 20: 154-156.