

Coordinador
Francesco Gervasi

Perspectivas multidisciplinares
para el estudio de la interculturalidad
y el desarrollo social

Diversidades

Diversidades

Perspectivas multidisciplinares para el estudio
de la interculturalidad y el desarrollo social

Coordinador
Francesco Gervasi



Diversidades

Perspectivas multidisciplinarias para el estudio
de la interculturalidad y el desarrollo social

Coordinador
Francesco Gervasi



Universidad
Autónoma de
Coahuila
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA COMUNICACIÓN



Multilevel governance of
cultural diversity
in a comparative perspective.
EU-Latin America



PROGRAMA INTEGRAL DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
Por la mejora y el seguimiento de la calidad de la educación superior

Diversidades

Perspectivas multidisciplinares para el estudio de la interculturalidad y el desarrollo social

Primera edición: mayo de 2016

© Universidad Autónoma de Coahuila

© Ediciones de Laurel, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-97056-7-1

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del contenido de la presente obra en cualesquiera formas, sean electrónicas, mecánicas o por fotocopia, sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares de los derechos.

Impreso en México

Printed in Mexico



Ediciones
De Laurel

Los capítulos que conforman el presente libro han sido dictaminados por pares académicos en un sistema de doble ciego.

Asistente editorial: Diana Oviedo Cuellar

Diseño de portada: Miguel Sánchez Maldonado

Diseño de interiores: Alejandra Basurto Cadena

Diagramación electrónica: Javier De Aquino B.

Prólogo

Beatriz Padilla

Tal como el paradigma tradición/modernidad dominó el siglo pasado, el paradigma homogeneidad/diversidad es el marco de referencia que predomina en la actualidad, para entender a las sociedades contemporáneas y los conflictos que en ellas se producen (Zapata-Barrero, 2008). Sin embargo, los paradigmas no surgen de la nada, sino que ellos mismos están enraizados en visiones y decisiones de carácter político-filosófico. Por ello, la declaración de la UNESCO de 2001 sobre la importancia de la diversidad cultural no es un hecho menor. Sin embargo, y dado que el presente libro se publica en México, es relevante enfatizar que fue la llamada "Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales (MONDIACULT)" llevada a cabo en este país en 1982, que sentó las bases para la valorización de la diversidad cultural, convirtiéndose en el nuevo paradigma (finalmente adoptado en el presente siglo) sobre los principios orientadores de las políticas culturales, entre ellos: a) la identidad cultural, enfatizando la importancia de la promoción y valorización de la diversidad cultural, b) la dimensión cultural del desarrollo que valoriza los factores culturales para el desarrollo equilibrado, c) la cultura y la democracia, abogando por la descentralización de los espacios culturales y un acercamiento de la cultura a toda la población (que posteriormente evolucionó hacia la democratización de la cultura vía participación) y d) patrimonio cultural, defendiendo las obras materiales e inmateriales, aumentando así la protección internacional a través de las declaraciones de patrimonio inmaterial de la humanidad. Estos cambios, se instrumentalizan y visibilizan más, ya en el siglo XXI.

Si la realidad cambia y evoluciona, también deben hacerlo las ciencias sociales. Por eso, para adaptarse a la diversidad y todo lo que ello implica, las ciencias sociales deben abandonar las prácticas demasiado cerradas en sí mismas, y al mismo tiempo fomentar el diálogo interdisciplinar y multidisciplinar, el cual permite una mejor y más profunda comprensión de la complejidad que supone la diversidad. Inclusivamente, para muchos autores, la globalización y la aceleración del tiempo y del espacio, han conducido a que la diversidad haya evolucionado hacia la superdiversidad o hiperdiversidad. Mientras la superdiversidad (Vertovec, 2007) supone la presencia o coexistencia de grupos con características socio-económicas y demográficas, étnica y culturales específicas en una entidad espacial determinada como la ciudad o el barrio; la hiperdiversidad implica no sólo la intensa diversificación de la población según criterios socio-económicos y étnicos, sino que también incluye los estilos de vida, actitudes y actividades (Tasan-Kok *et al*, 2014).

Sin embargo, ya sea que se trate de la diversidad, la superdiversidad o la hiperdiversidad que señalan “cuestiones incrementales”, interesa también su contenido. Por ello debemos reconocer que hay diferentes entendimientos de lo que es la diversidad, de lo que supone su estudio y sobre las políticas que la gestionan. Estas diferentes visiones tampoco son casuales, y están influenciadas por los contextos, las cuestiones político-ideológicas, por la geografía y la geopolítica de la diversidad (Norte-Sur, relaciones coloniales y postcoloniales, etc.). Para muchos, la diversidad se limita a la presencia de los inmigrantes (especialmente si se trata de países de inmigración reciente), otros además de los inmigrantes incluyen a sus descendientes de segunda y tercera generación (países de inmigración más antigua), y aún hay otros países que reconocen la diversidad debido a la presencia de diferentes grupos étnicos y lingüísticos, ni siempre asociada a las migraciones, sino que vinculada a la historia del estado-nación (con ejemplos tanto en Europa como en América Latina). Inclusivamente, no es claro lo que hay concretamente por detrás del concepto de diversidad, si implica diferencias/semajanzas culturales, étnicas, raciales, lingüísticas, religiosas, de nacionalidad, de origen, por nombrar algunas de ellas.

Por otro lado, existen otras diversidades que suelen ser consideradas en los estudios sobre diversidad, además de aquellas que se desprenden de las migraciones y de las diferencias mencionadas (culturales, étnicas, raciales, lingüísticas, religiosas, de nacionalidad, de origen), y son las de género y de orientación/preferencia sexual, incorporadas como minorías, o como grupos no hegemónicos, sin poder o con poder limitado. El reconocimiento de estas diversidades como minorías resulta de las luchas feministas, de los movimientos de mujeres y de otros colectivos como LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transexual), y en una visión inclusiva de la diversidad, no pueden ser dejadas de lado.

Finalmente, otras categorías han sido incluidas o extendidas en el concepto de la diversidad, como la edad y las capacidades diferentes¹, y que enriquecen la visión y enfoque de la diversidad. La mayor inclusividad dentro de la diversidad ha sido un proceso, y por ello podemos esperar, tal vez, que nuevas categorías sean identificadas en el futuro. Sin embargo, este proceso de mayor inclusividad no debe vaciar de contenido ni de relevancia al concepto y alcance de diversidad o diversidades.

Por otro lado, aceptar y reconocer las categorías de la diversidad, no implica que las sociedades compartan una misma historicidad, ya que dichas categorías han sido incorporadas o reconocidas a lo largo del tiempo, en momentos diferentes, y

¹ Se opta por la denominación de capacidades diferentes y no minusvalías o discapacidad, ya que estos conceptos cargan de sentido negativo a la diferencia.

en procesos diferenciados de extensión y desarrollo de la ciudadanía. Es a través de la ciudadanía y de su ejercicio, lo que posibilita su reconocimiento. Por ejemplo, los países de nueva inmigración sólo han comenzado recientemente a reconocer a los inmigrantes (y lo que ello supone) como categoría desde la cual pensar la diversidad, y así descubren la importancia de políticas como la enseñanza de la lengua, de ofrecer servicios de traducción, o de incorporar profesionales inmigrantes mediadores en los servicios públicos. Por otro lado, los países de inmigración tradicional o antigua ya asumen estas medidas casi como inherentes a sus servicios, aunque factores externos como la crisis económica los lleve, en ciertas circunstancias, a abandonar algunas de esas prácticas. En otros países, la incorporación de la diversidad sucedió de manos dadas con los reclamos del feminismo y de los movimientos de mujeres, y la lucha fue inicialmente por cuotas por género. Es más, en algunos países, las cuotas o acciones afirmativas surgen en estrecha conexión con las minorías étnicas (descendientes de inmigrantes como pueblos originarios) y con las mujeres, para luego adicionar otras categorías, o al menos prevenir la discriminación por otros motivos desde los religiosos hasta los de orientación sexual y capacidades diferentes.

Resulta imposible resumir en pocas palabras la historia de la diversidad o estar de acuerdo con una única historicidad, sin embargo sí es posible identificar mayor consenso en relación al denominador común de la diversidad y sus categorías. Este denominador está determinado por el poder, más precisamente, por un acceso más limitado al poder, que lleva a una menor capacidad de influenciar las políticas. En consecuencia, las medidas naturales relacionadas con la diversidad o las diversidades, para que no caigan en meras intenciones de buena voluntad, son las acciones afirmativas o las medidas positivas, que intentan subsanar el desequilibrio de poder y de representación.

En la actualidad, el estudio y la preocupación con la diversidad implica indagar y profundizar sobre varios procesos y fenómenos sociales como las migraciones internacionales, las relaciones raciales, religiosas y de género, el papel que juegan el origen/nacionalidad/etnicidad, la lengua, la orientación sexual, la sexualidad, la edad y las capacidades diferentes en la distribución de recursos y en cómo se toman las decisiones en la sociedad. En última instancia, la inquietud por la diversidad nos lleva a reflexionar sobre el sentido de justicia social y solidaridad dentro de cada sociedad.

En vistas de lo expuesto, son muchas las ciencias sociales que nos pueden auxiliar a una mejor comprensión de la diversidad y a un mejor entendimiento de los comportamientos de las personas en contextos de diversidad cultural, racial, lingüística,

religiosa, de género y orientación sexual, entre otras. La sociología, la antropología, la psicología, la ciencia política, la comunicación, el trabajo social, la geografía, la historia y hasta la economía, han hecho contribuciones importantes esclareciendo diferentes aspectos de la diversidad, sin embargo, gran parte de los estudios, aquellos con los aportes científicos más relevantes, provienen de la intersección entre las ciencias sociales, en las cuales dialogan los métodos, metodologías y abordajes que combinan miradas diferentes y complementarias, las que permiten una mejor apreciación de la diversidad como fenómeno y de las políticas para la gestión y promoción de esa diversidad o diversidades.

El presente libro reúne un conjunto de trabajos que abordan la diversidad o alguna de las dimensiones de la diversidad (la inmigración, la cultura, la raza-etnicidad, el género, la religión, la lengua, la clase social, la edad, etc.) en contextos o ámbitos específicos (salud, educación, prensa, trabajo, matrimonio, familia, la movilidad, los consumos culturales, la pobreza, etc.), por ello esta obra viene a enaltecer el campo de estudio con nuevas visiones sobre la diversidad y las ilustra con casos concretos que traen nuevos enfoques, nuevas cuestiones, nuevas metodologías y recomendaciones. Y sobre todo, tratándose de una obra elaborada en el marco de un proyecto intercontinental, Europa y América Latina sobre la Gobernanza de la Diversidad Cultural en Perspectiva Comparada: EU-América Latina (FP7-PEOPLE-2013-IRSES - Marie Curie Action "International Research Staff Exchange Scheme"; Referencia 612617) financiado por la Comisión Europea, nos permite aprender horizontalmente en un debate sin jerarquías que fomenta el diálogo norte-sur y sur-norte, sobre las diferentes diversidades y su gestión.

Referencias

Mondiacult (1982). Declaración de México sobre las Políticas Culturales, México. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0005/000546/054668mb.pdf>

Tasan-Kok, T., van Kempen, R., Raco, M. and Bolt, G. (2013). Towards Hyper-Diversified European Cities: A Critical Literature Review. Utrecht University, Faculty of Geosciences. Recuperado de: http://www.urbandiversities.eu/wp-content/uploads/2013/05/20140121_Towards_HyperDiversified_European_Cities.pdf

UNESCO (2001). Actas de la Conferencia General de la 31ª Reunión, París. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001246/124687s.pdf#page=72>

Vertovec, S. (2007), "Super-diversity and its implications", *Ethnic and Racial Studies*, 30 (6), pp. 1024-1054.

Zapata-Barrero, R. (2008/9) "Diversidad y Políticas Públicas", *Papeles*, N° 104 (Especial), pp. 93-104.

Índice

Prólogo.....	3
Beatriz Padilla	
1. Impacto de la crisis en las políticas y prácticas de salud en Portugal: una mirada a la salud materno-infantil y reproductiva considerando la diversidad cultural durante la Troika.....	9
Beatriz Padilla, Érika Masanet, Sonia Hernández-Plaza, Alejandra Ortiz	
2. Intertextualidad y heteroglosia en las fuentes de información de autocuidado de la salud de los hombres de clase trabajadora de Saltillo, Coahuila.....	39
Miguel Sánchez Maldonado, Gabriela de la Peña Astorga, Francesco Gervasi	
3. Discriminación de género y trabajo doméstico. Una mirada antropológica para los derechos de niñas, niños y adolescentes.....	71
Alice Binazzi Daniel	
4. Victimas, madres y autómatas. La (des) politización de la representación de la mujer migrante en los medios de comunicación.....	101
Cecilia Eleonora Melella	
5. Migraciones, viajes, turismos, sexo. Más allá de la narrativa.....	131
Mara Clemente	
6. El estudio de la diversidad cultural a través de las pautas matrimoniales.....	163
María Cecilia Gallero	
7. La adaptación de la población migrante desde sus consumos culturales.....	185
Amparo Huertas Bailén, Yolanda Martínez Suárez	
8. Las travesías del horror. El estrés crónico y múltiple de migrantes centroamericanos.....	211
Ana Karen Rivera Ríos, Jesús Acevedo Alemán	
9. La asistencia social para migrantes y otros grupos vulnerables. El caso de los sistemas DIF en estados de las regiones norte y centro-norte de México.....	237
Aída Graciela Hernández Chávez, Rogelio Flores Arreozola	
10. Educación, Tecnología y Género en Colombia.....	265
Martha Cecilia Cedeño Pérez	
11. La cuestión de la identidad racial en los sitios de noticias y redes sociales: una visión crítica del estado del arte.....	283
Norma Patricia Sepúlveda Legorreta, María Eugenia Flores Treviño	
12. ¿Reafirmación identitaria o blanqueamiento? Educación intercultural bilingüe, Sumak Kawsay y matriz productiva en el sistema educativo ecuatoriano.....	311
Marta Rodríguez Cruz	
13. El traje de novia como indumentaria mortuoria entre las mujeres Tacuates de Santa María Zacatepec, Oaxaca.....	355
María del Carmen Castillo Cisneros	
14. “El que ofrezca sacrificio a otros dioses, que no sea el Señor, será destruido por completo”: un modelo teórico para interpretar las formas de rechazo hacia la diversidad religiosa en México.....	381
Francesco Gervasi, Gabriela de la Peña Astorga, Miguel Sánchez Maldonado	
15. Género y sexualidad en la producción amateur de YouTube.....	413
Brenda Azucena Muñoz Yáñez	
16. Investigación-Acción Participativa con mujeres adolescentes en riesgo de deserción escolar. Análisis del proyecto “Conocer para compartir”.....	437
Gabriela de la Peña Astorga, Francesco Gervasi, Miguel Sánchez Maldonado, Silvia Nohemi de la Cruz Ruiz	
17. “Fomentar la investigación, la formación y el desarrollo de programas sobre el campo de la diversidad cultural: el Proyecto Europeo GOVDIV”.....	461
Carlo Orefice	
Acerca de los autores.....	481

1

Beatriz Padilla

Érika Masanet

Sonia Hernández-Plaza

Alejandra Ortiz

Impacto de la crisis en las políticas y prácticas de salud en Portugal: una mirada a la salud materno-infantil y reproductiva considerando la diversidad cultural durante la Troika

Resumen: La crisis que se inició en 2008 y la llegada de Troika en 2011 en Portugal, trajo aparejados cambios significativos en el acceso a los servicios de salud, implicando tanto el deterioro de la salud como el aumento de las desigualdades en salud, particularmente en las poblaciones vulnerables, entre ellas las mujeres inmigrantes y sus familias. El presente trabajo de cariz cualitativo tiene como fuente empírica el análisis de 185 entrevistas (profesionales de salud, líderes de asociaciones, y mujeres inmigrantes y autóctonas) y observación participante. En él ilustramos con casos concretos las barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente en la salud materno-infantil y salud reproductiva. Las barreras son de varios tipos, entre ellas endógenas y exógenas al Sistema Nacional de Salud y también de auto-exclusión. Por otro lado, también identificamos las diferentes estrategias diseñadas por los actores (estado, sociedad civil y sujetos) para paliar o superar esas barreras. Observamos cómo la crisis implicó un aumento de las barreras socioeconómicas, de las étnico-culturales y comunicacionales, afectando más a las poblaciones inmigrantes y sus descendientes. Específicamente las mujeres inmigrantes indocumentadas sobresalen como las más afectadas.

Palabras clave: Diversidad, salud, migración, desigualdades, barreras.

Abstract: The crisis that began in 2008 and the Troika in 2011 in Portugal, brought several significant changes that impacted access to health services, implying a serious effect in the state of health of the population and an increase in health inequalities, mainly in vulnerable populations, among them, migrant women and their families. This work of qualitative nature, uses as empirical data 185 interviews

(to health professional, non-governmental associations and migrant and autochthonous women as subjects) and participant observation. We illustrate with specific examples barriers in accessing health services, mainly in the field of maternal-child health and reproductive health. These barriers are of different types: endogenous and exogenous of the National Health System as well as self-exclusion. In addition, we identify various strategies designed by actors (State, civil society and subjects) to overcome or deal with those barriers. We observed how the crisis implied an increase in all barriers: socioeconomic, ethno-cultural and communicational, affecting more immigrant populations and their descendants. Specifically, among the most affected are undocumented migrant women.

Keywords: Diversity, health, migration, inequalities, barriers.

Uno de los procesos que caracteriza a las sociedades contemporáneas es el de las migraciones internacionales, que a su vez han implicado el aumento de la diversidad étnica y cultural. Si bien existen diferentes interpretaciones de lo que es la diversidad, en este texto nos referimos a la diversidad cultural derivada de las migraciones internacionales, adhiriendo a los principios que UNESCO propone. En este sentido, el art. 1 de la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural sostiene que las culturas varían a lo largo del tiempo y espacio manifestándose “en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es para el género humano, tan necesaria como la diversidad biológica para los organismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras”. Por ello, la diversidad cultural debe ser incorporada y gestionada con políticas inspiradas en el pluralismo cultural que favorecen la inclusión y participación de todos los ciudadanos. Igualmente, la diversidad cultural debe ser entendida como un factor de desarrollo social y defendida como un derecho humano.

Lo expuesto sugiere que la incorporación, respeto y promoción de la diversidad cultural es uno de los desafíos tanto para las sociedades como para los estados, ya que a pesar del aumento de la diversidad, la mayoría de las sociedades y de los estados se ven y piensan en la uniformidad y homogeneidad. Claros ejemplos de esto lo constituyen los países europeos que incluso a pesar de la presencia de las minorías étnico-culturales-lingüísticas, pregonan un único *ethos* nacional, los cuales son cada vez más cuestionados. A estos cuestionamientos, se han sumado otros debates promovidos por los inmigrantes, por las mujeres, por las personas con capacidades diferentes y con orientación sexual diferente a la heteronormatividad.

Si bien Portugal reconoce el valor intrínseco de la diversidad cultural, poco ha hecho para incorporarla y defenderla. Las instituciones gubernamentales portuguesas responsables de la inmigración, diversidad y diálogo intercultural, han sufrido transformaciones en los últimos años, en los cuales se ha diluido el interés por la protección de los inmigrantes y aún más su valoración. Esta tendencia se ha agravado con la llegada de la crisis financiera y especialmente con el acuerdo firmado

en 2011 con la llamada Troika (entidad tripartita integrada por la Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional), y que ha producido en consecuencia una serie de restricciones y reducción severa de gastos en los pilares del Estado de Bienestar: salud, protección social, empleo, entre otros.

Estos cambios han llevado a que en Portugal la salud de los inmigrantes se deteriore significativamente, afectando el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad y la calidad de los mismos, aumentando tanto las barreras socioeconómicas como otras relacionadas con los aspectos culturales, comunicacionales, entre otros. El reciente informe MIPEX (en inglés *Migration Integration Policy Index*) de 2015, que mide las políticas de integración practicadas en 38 países, usando 167 indicadores divididos en 8 áreas políticas, una de ellas la salud, ilustra que si bien Portugal ocupa un buen lugar en el ranking general de las políticas de integración (2º lugar), su peor desempeño es en la salud, ocupando el lugar 22.

La salud representa un aspecto relevante en el bienestar de los seres humanos, siendo además parte constitutiva de la concretización de la ciudadanía en general y de la ciudadanía en salud, en particular. Sin embargo, también sabemos que las migraciones internacionales constituyen uno de los determinantes más relevantes de la salud global y del desarrollo social (Carballo *et al.*, 1998), por lo que no puede ser descuidada sin afectar la calidad de la salud de todos. En este sentido, las migraciones traen nuevos desafíos a los estados de acogida, principalmente a los sistemas de salud, que deben incorporar a sus objetivos, el dar respuesta a las poblaciones diversas, incluyendo los inmigrantes, lo que sin duda implica una adaptación al cómo esas respuestas son afrontadas (Rechel *et al.*, 2011), especialmente en momentos de crisis.

Portugal: crisis y Troika

En el actual contexto de crisis y creciente empobrecimiento de parte importante de la población en Portugal y en otros países del Sur de Europa, una de las consecuencias es el deterioro de la salud y el posible aumento de las desigualdades en salud, particularmente en poblaciones vulnerables, que incluye mujeres inmigrantes y autóctonas con bajo nivel socioeconómico.

En el presente trabajo partimos de la afirmación de la Organización Mundial de la Salud, en base al trabajo de la "Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud" (CSDH, 2008), según la cual los procesos de exclusión social constituyen la principal causa de desigualdades en el acceso y la calidad de los cuidados de salud, no solamente en inmigrantes y minorías étnicas, sino también en otros grupos en condiciones vulnerables. En consecuencia, quienes sufren las necesidades más graves pueden experimentar también mayores barreras de acceso, y recibir cuidados de salud de peor calidad.

En Portugal, a pesar de que la investigación sobre salud e inmigración ha ganado creciente interés en los últimos años, todavía sigue siendo escasa la atención prestada a la salud de las mujeres inmigrantes y a su salud reproductiva y materno-infantil. Los escasos estudios realizados han mostrado mayores niveles de morbilidad materno-infantil en mujeres inmigrantes, en comparación con la población autóctona (Machado *et al.*, 2007). Asimismo, estudios realizados en otros países verifican peores indicadores de salud y mayores problemas de acceso a los cuidados de salud para las mujeres inmigrantes, particularmente las que se encuentran en situación irregular (Bollini *et al.*, 2007; Fedeli *et al.*, 2010)¹.

Existe evidencia que retrata cómo el acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante y de los grupos más vulnerables en Portugal, incluyendo las mujeres inmigrantes, se ve limitado por una serie de barreras de diversa índole: barreras socioeconómicas, lingüísticas/culturales, organizacionales, de educación, de estatuto legal (Padilla, 2013; Padilla *et al.*, 2013). La existencia de estas barreras condiciona negativamente la salud. Por otro lado, el acceso desigual a los cuidados de salud de los inmigrantes y otros grupos vulnerables, al tiempo que constituyen claros ejemplos de restricción de sus derechos, amenazan el proceso de integración.

¹ Tomado de Almeida y Caldas (2012).

Portugal, al igual que otros países de su entorno europeo, optó por un sistema de salud universal (aunque se ha ido matizando hacia un sistema tendencialmente universal) en el cual el estado desempeña un papel central en la prestación de la atención sanitaria. Sin embargo, a pesar de la universalidad del sistema sanitario que abarca a todas las personas, independientemente de la condición financiera, y de tener una legislación que garantiza el acceso de la población inmigrante a los servicios sanitarios², las desigualdades en el acceso al sistema de salud aún se mantienen (Padilla, 2013). Estas desigualdades se ponen de manifiesto entre la población inmigrante, las minorías étnicas y otros grupos vulnerables, cuyas causas se hallan en limitaciones relacionadas con aspectos políticos, socioeconómicos, comunitarios, organizacionales y personales (Padilla, Hernández-Plaza y Ortiz, 2012).

Asimismo, desde 2011, Portugal está pasando por una grave crisis económica después de la intervención del Fondo Monetario Internacional, la Comisión Europea y el Banco Central Europeo –la Troika-. Esta intervención implica planes de austeridad severos que se traducen en recortes en salarios, pensiones, subsidios sociales y servicios públicos, incluyendo el sistema público de salud (Padilla, 2013; Padilla y Hernández-Plaza, 2014). En el ámbito de la salud, el gobierno se comprometió a tomar medidas para reformar el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de garantizar su sostenibilidad, ya sea en términos del régimen general de acceso, del régimen especial de beneficios o en cuanto a sus recursos financieros.

En grandes líneas, esta reforma del SNS ha condicionado y encarecido el acceso a los cuidados de salud, aumentando los costes de los servicios sanitarios, modificando los regímenes de exención de tasas moderadoras y limitando la accesibilidad a consultas, pruebas de diagnóstico y tratamientos a algunas de las poblaciones más vulnerables. Por otro lado, implica la fragmentación de estructuras, creando nuevas unidades y uniendo o eliminando otras, lo que implica también una reestructuración de los equipos con recursos más escasos. Finalmente, la tercerización de los contratos y servicios, en especial del personal de enfermería y de algunos servicios (ecografías, análisis clínicos, radiografías, y otros estudios), ha contribuido para empeorar aún más la situación. Además de las reformas, y de forma menos evidente, algunos cambios de la legislación y reglamentación sobre los servicios de salud, poco publicitados, pero que limitan seriamente el acceso a los servicios de salud, han tenido un impacto negativo en la población estudiada.

² A pesar de que se posibilita el acceso de los inmigrantes no documentados a los servicios, su acceso se encuentra restringido al tener que pagar el coste total del servicio, a excepción de niños menores, embarazadas y enfermos que pongan en riesgo la salud pública que sí están exentos del pago de las tasas moderadoras, independientemente de su estatuto legal. Sin embargo, existen indicios de que el acceso ya sea a los indocumentados como a algunos de los grupos vulnerables está siendo cada vez más restringido, especialmente desde los cambios ocurridos desde la Troika.

Teniendo en cuenta este contexto, el objetivo de este capítulo es analizar el impacto que la crisis económica y las reformas en el SNS portugués, considerados como procesos interrelacionados, están teniendo en el acceso y uso de la salud materno-infantil y reproductiva de las mujeres inmigrantes y otros grupos vulnerables. Del mismo modo, se indaga sobre algunas de las estrategias y recursos utilizados por los profesionales de salud y miembros de la sociedad civil para enfrentar o minimizar estas dificultades ya sea de cariz económico como cultural.

Metodología

El presente capítulo incorpora datos de dos proyectos paralelos de investigación-acción participativa basados en el trabajo colaborativo entre un equipo de investigación interdisciplinar que integra las perspectivas de la sociología, la psicología comunitaria y la antropología, y diversos actores en el ámbito de la atención sanitaria, principalmente profesionales de la salud (médicos y enfermeros), trabajadores sociales, mediadores culturales, asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

Ambos proyectos optaron por una investigación multi-método, en la que se combinan técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, observación participante) y cuantitativas (análisis de fuentes secundarias, encuesta a mujeres embarazadas y madres, inmigrantes y autóctonas), aunque otorgando un claro protagonismo a la metodología cualitativa.

En el presente trabajo se recogen algunos resultados correspondientes al análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad realizadas en el Área Metropolitana de Lisboa (AML). Cabe aclarar que el Área Metropolitana de Lisboa, que en la actualidad coincide con la denominada la Gran Lisboa (NUT II), incluye 18 municipios, en los cuales vive un cuarto de la población portuguesa, unos 2.832.384 habitantes, según el Censo de Población de 2011. En este proyecto, seleccionamos algunos municipios y barrios para realizar el trabajo de campo, aunque en general nos refiramos al AML: Lisboa (Lumiar/Alta de Lisboa; y el sistema de la Santa Casa de la Misericordia de Lisboa), Amadora (Venda Nova, Buraca, Reboleira), Sintra (Cacém, Mira-Sintra y Queluz), Loures (Catujal, Quinta da Fonte y Apelação), Seixal (Amora) y Oeiras (Barrio de los Navegantes). Desde el punto de vista de la diversidad e inmigración, se sabe que cerca del 55% de los inmigrantes residen en AML (SEF, 2014), y que los colectivos más numerosos en general son los brasileños, caboverdianos, angoleños y provenientes de otros PALOPs (Países Africanos de Lengua Oficial Portuguesa) como de Guinea Bissau, San Tomé y Príncipe, también ucranianos, rumanos, chinos y de otros países asiáticos (India, Pakistán y Bangladesh). Sin embargo, en el presente estudio y debido a la selección de territorios, los colectivos estudiados fueron fundamentalmente los brasileños y los africanos de los PALOPs.

Se realizaron un total de 185 entrevistas, de las cuales 65 fueron a mujeres embarazadas y/o madres, tanto inmigrantes como autóctonas; 55 a profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as); 25 a otros profesionales del Sistema Nacional de Salud (trabajadores sociales y mediadores); y 40 a otros actores relevantes en el ámbito de

la atención sanitaria en contextos de diversidad asociada a la inmigración tales como dirigentes asociativos, profesionales de asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONGs), agencias gubernamentales, Cámaras Municipales, organizaciones de profesionales sanitarios, y centros de educación infantil, entre otros.

En la tabla 1 se presenta una descripción detallada de los participantes en el estudio.

Tabla 1. Entrevistas

<i>Descripción de entrevistadas/os</i>	<i>N</i>
MUJERES	65
Embarazadas	15
Madres con bebés recién nacidos y/o niños	46
Mujeres sin hijos en edad reproductiva	4
Origen	
Autóctonas	10
Inmigrantes (Brasil, Cabo Verde, Guinea Bissau, Angola, San Tomé y Príncipe, Otros, y descendientes de inmigrantes)	55
PROFESIONALES DE LA SALUD	55
Médicos	25
Enfermeros/as	30
Género	
Mujeres	48
Hombres	7
Tipo de organización de salud	
Centro / Unidad de salud de atención primaria (SNS)	41
Hospital (SNS)	5
Santa Casa de la Misericordia de Lisboa	9
OTROS PROFESIONALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	25
Trabajadores sociales	22
Mediadores	3
OTROS STAKEHOLDERS	40
Asociaciones y ONGs	21
Agencias gubernamentales	1
Cámaras Municipales	3
Organizaciones de profesionales sanitarios	2
Centros de educación infantil	10
Otros	3
TOTAL	185

Fuente: elaboración propia.

Barreras endógenas, exógenas y de auto-exclusión

En el análisis hemos caracterizado y clasificado las principales barreras en endógenas (internas) y exógenas (externas) al sistema de salud, y las de auto-exclusión, siguiendo la clasificación realizada por Padilla (2013). Así, las primeras se refieren a aquellas barreras inherentes al sistema de salud y a sus diferentes niveles (profesionales sanitarios, centros de salud, etc.), y que están relacionadas con los procesos de prestación del sistema de salud, con la infraestructura del sistema, la atribución interna de recursos y la efectividad de cobertura, aunque también se incluyen las barreras relacionadas con otros procesos internos del sistema como la falta de sensibilidad (cultural, étnica, socio-económica) por parte de los profesionales de salud y otros trabajadores, para con los inmigrantes. Dentro de las barreras endógenas, las de tipo económico ocurren generalmente en la entrada del sistema, mientras que las de tipo étnico-cultural, suelen ocurrir más tarde, una vez dentro del sistema.

Las barreras exógenas hacen alusión a aspectos más generales de la sociedad y del contexto geográfico, social y económico, no directamente relacionados con el sistema de salud, pero que tienen un impacto importante en el deterioro de la salud y en las dificultades de acceso a los cuidados de salud, ya sea por cuestiones económicas, culturales, geográficas, etc. y, finalmente las barreras de auto-exclusión que se refieren a las situaciones en las cuales los inmigrantes se excluyen a sí mismos o evitan el acceso debido a la estigmatización (por el tipo de enfermedad, por ejemplo, como salud mental, SIDA, etc.) o por miedo (temor de los inmigrantes indocumentados de ser identificados por las autoridades). En el estudio, identificamos ejemplos de todas ellas.

Barreras endógenas

A nivel del sistema de salud, una importante barrera identificada es el aumento de los costes directos de los servicios sanitarios para los usuarios o pacientes, concretamente, el aumento de las tasas moderadoras, las dificultades en el acceso a la exención de las tasas por incapacidad económica³ y el aumento del precio de las

³ Con la entrada en vigor del Decreto-Ley nº 113/2011 del 29 de noviembre que procedió a una revisión de las tasas moderadoras y de las categorías de usuarios del Servicio Nacional de Salud portugués que están exentos de estas tasas, aquellas personas que ya estaban exentas tuvieron que realizar nuevos trámites y procedimientos para la solicitud de esta exención.

consultas para los inmigrantes indocumentados. Todo ello genera graves problemas de acceso a las consultas médicas, a los exámenes de diagnóstico y al seguimiento adecuado del tratamiento en salud.

Pago, creo, 30 o 35 € porque aquí inmigrante ilegal paga eso. Y ahí yo pienso que si voy a pagar eso en el centro de salud, pagar todos los análisis, pagar la totalidad del internamiento, si es así, entonces voy al privado. Para que voy a perder tiempo, llegar a las 3, 4 de la mañana a la entrada del centro de salud para poder conseguir una consulta, y pagar? [...] Entonces qué pasa? Sólo voy en última instancia porque no siempre que una se siente mal tiene 30 o 50 € para ir al médico (mujer brasileña, madre de un bebé recién nacido, indocumentada, desempleada, Cacém).

El aumento de los costes afecta en particular a las madres. Así, una vez concluida la exención de tasas por embarazo, las mujeres con condiciones económicas precarias quedan en situación de vulnerabilidad, en especial las mujeres indocumentadas que deben pagar el coste total de las consultas.

Cuando estaba embarazada, no [pagaba]. Ilegal o no, no se paga. Ahora a partir del momento que mi exención acabó, ya debo pagar las tasas que todos los inmigrantes pagan. Por eso, sólo voy al centro de salud como último recurso [...]. (mujer brasileña, madre de un bebé recién nacido, indocumentada, desempleada, Cacém).

Otro de los impactos de los recortes actuales en el sistema público de salud portugués es la progresiva escasez de material sanitario en los centros de atención primaria, especialmente la disponibilidad gratuita de algunos métodos anticonceptivos, medicamentos y vacunas. Por ejemplo, el implante subcutáneo anticonceptivo que antes era una de las opciones gratuitas en las consultas de salud reproductiva, ya no son gratuitos; o incluso se verifica que aunque las pastillas anticonceptivas son ofrecidas de forma gratuita en las consultas, como no existen stocks suficientes, las mujeres se ven forzadas a cambiar cada dos o tres meses, con las consecuencias de adaptación (física y psicológica) de una para otras.

Asimismo, otro factor que se ha visto agravado en el contexto de la crisis económica y que incide claramente en la calidad y adecuación de la atención sanitaria prestada es la disminución de recursos humanos sanitarios en el *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), debido a la reducción de las contrataciones y a la salida de profesionales para trabajar en el sistema privado, por el deterioro continuo de las condiciones

laborales y salariales del personal sanitario. Asimismo, se verifica un aumento de la subcontratación de empresas temporales de recursos humanos, que implica una rotatividad permanente de profesionales de salud que no permite el seguimiento de pacientes ni proximidad en la atención. Además, el empeoramiento de la insuficiencia estructural de recursos humanos sanitarios y de su asimétrica distribución geográfica en el país es un problema frecuente en el SNS, que está estrechamente vinculado al elevado número de usuarios que no cuentan con médico de familia.

La población inmigrante no tiene médico de familia, tenemos una gran cantidad de personas sin médico, pero por ahora no hay solución. (Enfermera, Lisboa)

Otra de las barreras encontradas es la falta de continuidad de proyectos o buenas prácticas en el ámbito de la salud materno-infantil y reproductiva que, en parte, es consecuencia de la reducción de profesionales sanitarios en el SNS ya referida, y de los recortes en general ya que en ciertas ocasiones faltan recursos para la gasolina, o para la revisión del automotor, o para el pago del conductor. Como ejemplo significativo, cabe mencionar la discontinuidad e incluso en algunos casos la suspensión de los servicios de las unidades móviles y de las visitas domiciliarias, con las consecuencias que acarrea ya que estos servicios actúan en barrios con graves carencias, y estas intervenciones son el puente entre la población y la unidad de salud jugando un papel relevante en la promoción de la salud comunitaria.

El sistema nacional de salud enfrenta una situación complicada... Ah... Mientras tanto, durante el proceso, me di cuenta que era necesario hacer visitas domiciliarias a las familias que acompaño [...]. El día que las hacía era el jueves a la tarde, después con la restricción de personal, ya muchas veces no puedo ir. (Enfermera, Lisboa).

A nivel de los profesionales de la salud, una de las barreras más relevantes identificadas por las mujeres entrevistadas en el actual contexto de crisis es la falta de sensibilidad socio-económica de médicos y enfermeros, en algunos casos. Esta problemática de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes se manifiesta en actitudes de desinterés, falta de preocupación o desconocimiento de las dificultades económicas de las mujeres y sus familias, ya que parecen desconocer el nivel de gravedad de la situación económica y de su incapacidad para hacer frente a los costes derivados de las consultas, tratamientos y recomendaciones médicas, e incluso a las dificultades de poder seguir una dieta nutricional adecuada. En definitiva, estos factores reflejan la ausencia de integración de la dimensión económica en las consultas, donde habitualmente no se consideran las restricciones de la situación

socio-económica de las mujeres sobre su salud y la de sus hijos. En este sentido, algunas de las mujeres entrevistadas demandan una mayor sensibilidad hacia su situación económica por parte de los médicos, como aspecto fundamental que debería ser integrado en las consultas:

Yo le dije que no puedo preparar dos tipos de sopas diferentes [...] Me dicen "tiene que hacerla de carne y de pescado, tiene que darle la papa de esto, la papa de aquello", pero no saben que no tenemos posibilidad de comprarlo? [...]. Me parece, que sobre la restricción financiera ellos podrían escribirlo en la página, como le dije, es una situación muy delicada para nosotros estar siempre diciendo: "Ay, doctor, no tengo posibilidad económica de comprar tal remedio porque es muy caro!" (Mujer brasileña, madre de un bebé recién nacido, desempleada, Amadora)

Asimismo, además de la insensibilidad económica, se detectó falta de sensibilidad étnico-cultural y barreras lingüísticas, más específicas para inmigrantes que hablan otras lenguas y no dominan el portugués pero incluso por el uso de un vocabulario sofisticado, médico y no perceptible por las inmigrantes.

Entre los pacientes, tenemos indios y muchos brasileños. Con los de la India es muy, muy difícil, por la lengua. Pero, la idea que tengo – porque no tengo pruebas – tengo la seguridad de que los maridos no quieren que ellas aprendan portugués. (...) No nos entendemos para nada. Por ejemplo, los de Senegal, si hablan inglés o francés, siempre se entiende algo. Ahora, con los indios... y algunos chinos que aparecen también. Ahí se hace difícil todo: la consulta, la evaluación del crecimiento de un niño, sólo mirando no se puede. Normalmente no traen documentos. Los de India, Pakistán, Bangladesh, es muy difícil. Porque las mujeres nunca hablan portugués. A veces traen con ellas a las hijas, que faltan a la escuela para acompañar a la madre a la consulta. Esto es muy complicado porque nos impide la comunicación. ¿Cómo es que podemos detectar casos de violencia en estas mujeres? (...) Son comunidades muy cerradas y además tiene la barrera lingüística. (Médica, Loures)

Veamos la situación de una mujer inmigrante que ya había dado a luz varias veces en su país de origen, y es asustada después de la consulta de embarazo, contrariando sus expectativas.

Cuando estoy embarazada siempre me pongo mal, muy enferma. No puedo comer nada, vomito todos los días. Tengo dolor de cabeza todos los días. Pero cuando llega la hora, ya no hay problema. Nacen todos muy rápido y sale todo bien. Pero este embarazo en Portugal es muy diferente. En la Maternidad me dijeron: “Señora, tiene que hacer una consulta de alto riesgo”. No entiendo qué es eso de alto riesgo, (...) Aquí todo es muy diferente, sentí miedo porque me dijeron que podía ser muy peligroso. (Mujer de Guinea Bissau, 6 hijos, desempleada, Loures)

Barreras exógenas

La crisis económica ha provocado un agravamiento de las condiciones socioeconómicas de la población en general, tanto inmigrante como autóctona y, en especial, de aquellas mujeres y sus familias que ya estaban en situación de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión social. Este empeoramiento de las condiciones de vida se traduce principalmente en desempleo, mayor precariedad laboral, pérdida del poder adquisitivo, deterioro de las condiciones de vivienda, cambio de residencia para barrios más alejados de los centros urbanos y degradados, así como deterioro de la alimentación de madres y bebés.

Recibo un subsidio de inserción de 239 € que es una porquería, no es? No sirve para nada. Fui a hablar con una señora y le dije que era muy poco, que no es suficiente para una familia de 6 personas, incluyendo 2 bebés. Se necesitan pañales, leche, papas, no? (Mujer caboverdiana con bebés gemelos, nacionalidad portuguesa, desempleada, Amadora)

Todo ello conlleva a mayores barreras en el acceso y utilización de los servicios de salud, incluyendo las dificultades para la realización de los exámenes de diagnóstico o para seguir el tratamiento prescrito por el médico.

La precariedad laboral incide particularmente sobre las mujeres inmigrantes, con graves consecuencias a nivel de la salud. Concretamente, la inseguridad laboral, la incompatibilidad de horarios de trabajo con el centro de salud, el pluriempleo para compensar los bajos salarios y la localización del lugar de trabajo dificultan enormemente las visitas a las consultas médicas.

Los bebés no vienen con las mamás debido a las dificultades de horarios, no pueden salir del trabajo. (Enfermera, Seixal)

No vienen a los controles porque viven lejos o porque no tienen cómo venir ... o porque comienzan a trabajar muy temprano... (Enfermera, Seixal)

Esta dificultad en el desplazamiento a las unidades de salud y hospitales está también relacionada con el aumento del coste del transporte público. Este elemento se configura como una barrera importante para el acceso a los servicios de salud de la población vulnerable que mayoritariamente reside en barrios sociales desfavorecidos, alejados normalmente de los centros de salud. De ahí la importancia de las unidades móviles para aproximar estas poblaciones a los servicios sanitarios.

Muchas veces no vienen porque son dependientes de otras y no tienen dinero para el transporte. Las personas abandonan los tratamientos porque no tienen cómo pagar. (Enfermera, Seixal)

Es importante considerar también que la crisis económica y el crecimiento del desempleo pueden estar provocando un aumento de las situaciones de irregularidad en el caso de las mujeres inmigrantes que pierden sus contratos de trabajo. A pesar de que las mujeres inmigrantes indocumentadas que están embarazadas tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de forma gratuita, en la práctica este derecho no se implementa fácilmente, tal como relataron algunas entrevistadas.

Después tenemos el problema de que ellas están acá, durante algún tiempo, ilegales y nosotras las identificamos en la comunidad, luego las reencaminamos, pero es muy complicado solucionar esta situación. En término de cuidados, ellas tienen derecho a los cuidados y nosotras les aseguramos la vigilancia prenatal, pero después, los tratamientos, si son necesarios, eso ya es más complicado. (Enfermera, Lisboa)

A excepción de las mujeres inmigrantes embarazadas y aquellas que recurren a las consultas de planificación familiar – a quien el acceso gratuito está garantizado independientemente del estatuto legal – las indocumentadas tienen que pagar el coste total en el resto de las consultas (con un valor en torno a los 36€ cada una de ellas, en el caso de la atención primaria). Por lo tanto, tal y como mencionamos anteriormente en las barreras endógenas, el elevado coste de las consultas que deben pagar las mujeres inmigrantes indocumentadas supone un gran obstáculo para tener cuidados de salud.

Otro factor que también dificulta el acceso a los cuidados de salud y el entendimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud es el bajo nivel de escolaridad y el analfabetismo de algunas mujeres en situación de vulnerabilidad (tanto inmigrantes como portuguesas).

Tenemos familias numerosas que viven del rendimiento social de inserción (RSI), tienen muy poca formación profesional, bajísimas, y también escolar. Teníamos en 2009 cerca de 8% que no habían terminado 4 años de estudio. Había muchas personas que no saben leer ni escribir. [...] el analfabetismo es muy alto y dificulta el acceso a los cuidados, en término de educación para la salud dificulta porque hasta que conseguimos transmitir el mensaje es muy difícil y también limita el poder enseñarles. (Enfermera, Lisboa)

Por último, en ciertos casos los patrones y prácticas culturales sobre el número de hijos y el tamaño de las familias son identificados como aspectos culturales que impactan en la forma que se usan los servicios de salud. La opinión de algunos profesionales de salud manifestada en las entrevistas pone en evidencia que a través de la experiencia profesional se han ido formando ideas sobre las personas de otras culturas (y/o razas, como algunos hablan), asociando la preferencia por tener muchos hijos sin preocuparse de la posibilidad de darles sustento a prácticas culturales de nacionales de otros países. Estos profesionales entienden la cultura y las prácticas culturales de sus pacientes sobre el tamaño de las familias como una barrera cultural, lo que les permite distinguir entre "ellos" y "nosotros".

Qué más puedo decir sobre las embarazadas de raza negra?... Es que no tienen la preocupación, aunque enfrenten muchas dificultades, como las tenemos nosotros, económicas, en este momento. Claro que habrá algunas... Sólo puedo hablar de mi experiencia, hay tal vez una, tres o cuatro, tal vez media docena, que están preocupadas y no quieren tener más hijos, pero las otras no están preocupadas con eso, y si se quedan embarazadas, se embarazan y ya está. (Médica, Loures)

Ya en relación a la población brasileña, generalmente identificada como muy preocupada por la salud, la percepción es un poco diferente, aunque interpretada desde el punto de vista etnocéntrico dominante por el cual las parejas portuguesas tienen un hijo, máximo dos.

Además de estar (los brasileños) muy interesados en su salud, tienen otra característica que es la de que no les importa y quieren tener dos

o tres hijos, así... Y sólo han parado un poco exactamente porque llegaron en la fase de la crisis. Llegaron pensando que tendrían empleo, ella y él, pero luego llegó la fase en que ni uno ni otro tenía empleo. (Médica, Loures)

Por otro lado, así como algunas culturas y hábitos culturales pueden ser una barrera, algunos profesionales señalan que otras culturas, por el contrario, actúan de forma positiva, al reforzar la importancia de la salud y los cuidados. Generalmente los profesionales usan el caso de las brasileñas como paradigmático, ya que entienden que cuidan más de la salud que las portuguesas. En este caso, en lugar de barreras, esta actitud es vista como un elemento potenciador. Al respecto, en una entrevista realizada a dos profesionales de salud, afirmaron:

Ellas (refiriéndose a las brasileñas) piden siempre hacer el "preventivo" (papanicolau). (Médica, Loures)

Sí, ellas están muy informadas, no se descuidan con nada... En cambio las portuguesas, las naturales de Portugal continental y de las islas, esas son más ignorantes en relación a la salud. (Médica, Loures)

Barreras de auto-exclusión

A nivel de inmigración, la crisis ha causado por un lado el retorno al país de origen de muchos inmigrantes o en su defecto la salida de algunos, los legalizados, hacia otros países de la Unión Europea. Por otro lado, la crisis ha implicado un aumento (difícil de medir) de los casos de indocumentación, que por otro lado, en Portugal es casi endémico, ya que el ciclo de transición entre el estatuto de legalidad y de irregularidad es muy común en Portugal (Padilla y França, 2012). Si nos limitamos a los casos de irregularidad, en nuestro trabajo de campo, encontramos muchas mujeres embarazadas y con niños pequeños en esta situación. Y si bien, legalmente tienen derecho a ser atendidas, como mencionado, existen casos en que no lo saben, y reconociendo su estatuto irregular, optan por no ir al centro de salud, y esperan hasta el nacimiento. Si bien algunos profesionales de salud identifican esta situación como una práctica cultural, esto parece ser más común entre las embarazadas que ya tuvieron hijos en sus países de origen, donde no siempre el parto es medicalizado o no existen infraestructuras sanitarias. Sin embargo, en algunos casos las inmigrantes tienen temor de ir al médico (centro de salud u hospital) por miedo a ser denunciadas, especialmente si consideramos que en todos los centros de salud, en la mesa de entrada existe un oficial de seguridad que canaliza y encamina los usuarios para que sean atendidos.

Por otro lado, el trabajo de proximidad que realizan algunas unidades de salud con las unidades móviles que recorren los barrios, tienen la particularidad de llegar a las poblaciones, y así detectar necesidades no satisfechas y problemas relacionados con la salud, muchas veces usuarios que se dejan estar o auto-excluyen. En este trabajo, realizado sobre todo por enfermeras, se detectan algunos casos específicos relacionados con la auto-exclusión, según los relatos:

En la unidad móvil hacemos sobre todo salud materno-infantil. Muchas vacunas, la prueba del talón, y encaminamos a las consultas cuando detectamos embarazos no vigilados... es un trabajo de calle, prácticamente. Vemos a una señora embarazada y le preguntamos, "¿cómo es? ¿ya fue a una consulta?"; "ah, no, nunca fui!", "entonces venga acá". La unidad móvil es un puesto de salud móvil, un consultorio para atender a las personas y luego entramos en contacto con las unidades de salud, y según la persona tenga o no médico de familia, la encaminamos. Intentamos marcar la consulta lo más rápido posible. Estas personas tienen dificultad en lidiar con la frustración (...) Los servicios a veces no entienden, pero insistimos que si no son atendidas, nunca más las encontramos (...) Muchas veces son embarazos que están en el sexto mes de gestación, que no fueron seguidas: sin ecografías, sin exámenes! (...) A veces encontramos niños, de 1 o 2 años que ni sabíamos que habían nacido! (Enfermera, Lumiar)

La estigmatización, la vergüenza y/o el desconocimiento actúan también como barreras de auto-exclusión. Según los profesionales de salud, algunas mujeres no realizan los exámenes ginecológicos, algunas por vergüenza y otras por desconocimiento, incluso habiendo tenido hijos. Algunos profesionales de salud detectaron casos de mujeres con más de sesenta años que nunca se habían hecho un papanicolau. También adolescentes que tienen vergüenza de realizar la consulta de salud reproductiva y sólo se dirigen al centro de salud en última instancia, y cuando están muy preocupadas.

Nosotras (las enfermeras) en las escuelas divulgamos que tenemos una consulta de adolescentes a la que pueden venir sin la compañía del papá o la mamá, pueden venir solitas. Pero me parece que a esta edad las adolescentes difícilmente van solas a un servicio de salud. Hoy de mañana, por casualidad, cuando salí de mi consultorio, y pasé cerca del de salud escolar, encontré a una joven, con cara de asustada, era una joven negra, y le pregunté si buscaba a alguien. "Ah,

usted es enfermera, no?”, sí, le dije. “A ver si me ayuda, tiene la pastilla del día después?”, “no, no tengo aquí conmigo, vamos al consultorio”, “Ella estaba asustadísima y me pidió ayuda”. (...) Era una adolescente que tendría unos 15-16 años. , pero vino acompañada con las compañeras de escuela (...) A veces si no tienen compañeras de la escuela, no vienen, y cuando lo hacen, es demasiado tarde, vienen ya con la pancita cuando se nota. (Enfermera, Lumiar)

No voy al médico muchas veces. Si es necesario hablar con él, va mi mamá. El médico parece accesible, pero no voy, no tengo confianza para hablar directamente con él, va mi mamá... como es doctor (hombre), no tengo confianza para hacerle preguntas...(Entrevistadora)
Sentirías más confianza si fuera una médica? Tal vez sí... (Mujer nacida en Portugal, de origen caboverdiano, Cacém)

En los casos de auto-exclusión, el género, entre otros factores parece jugar un papel importante, interseccionado con edad, estatuto migratorio e incluso con educación o nivel de formación.

I Estrategias y recursos para minimizar estas barreras

Ante las crecientes limitaciones para la prestación de cuidados de salud de calidad, la investigación identifica una serie de estrategias para superar o disminuir las barreras en el área de la salud materno-infantil y reproductiva. Las estrategias utilizadas por los diferentes actores – desde los profesionales sanitarios y los centros de salud hasta la sociedad civil – se sitúan dentro de los límites del sistema, pero de alguna forma intentan flexibilizar o ampliar esos mismos límites. Esto es, se trata de estrategias, recursos y modos de operar que, aunque no sean dictados por reglas institucionales, son puestos en práctica por los actores, de forma que facilitan el acceso a la atención primaria de salud, y en especial en el ámbito de salud materno-infantil, que es percibido por todos como una población especialmente vulnerable, y por ellos todos los actores han ideado soluciones o formas de sobrellevar o eludir las barreras.

De esta forma, hemos clasificado las estrategias entre aquellas diseñadas por los actores institucionales y por los propios sujetos. Dentro de las estrategias y recursos de los actores institucionales, identificamos dos tipos diferentes –estrategias desde el SNS y estrategias mixtas (colaboración entre SNS y ONGs)–, en función de los actores que las llevan a cabo. Por otro lado, atendiendo a casos de mujeres vulnerables pero empoderadas, identificamos estrategias que desarrollan ellas mismas para paliar las limitaciones.

Estrategias desde el SNS

En el contexto diario de trabajo, algunos profesionales sanitarios abren excepciones en la interpretación de los reglamentos del sistema de salud o de la organización de las unidades de salud. Así, con el fin de poder “incluir” o atender las necesidades específicas de aquellas mujeres en situación más vulnerable y con problemas de adhesión a las consultas de seguimiento, adaptan o flexibilizan estos servicios. En este sentido, podemos indicar una serie de estrategias identificadas en nuestro estudio: 1) la realización de prescripciones médicas hechas “a mano”, es decir, fuera del sistema informático, en el caso de los pacientes que no tienen número de usuario y que suelen ser indocumentados (sin embargo, esta estrategia es cada vez más inviable desde que se adoptó como único sistema de prescripción, el electrónico, imposibilitando el acceso a medicamentos gratuitos o con descuentos para esta población. Por lo que el mismo Ministerio de Salud se ha encargado de inviabilizar

estas estrategias); 2) mantener algunos lugares libres por día en las consultas para aquellas mujeres que tienen dificultad de horarios y/o adhesión; 3) telefonar a la mujer para recordarle la cita con el médico; y 4) hacer horas extras para atender a los pacientes con problemas de horarios.

Si ellas no están regularizadas y no tienen tarjeta de paciente, no se puede simplemente indicar la realización de análisis, todo lo hacemos a mano, las recetas, los exámenes... (Médica, Seixal)

Si en ese momento es oportuno atender, lo mejor es que intentemos encontrar una consulta para hoy o mañana porque dentro de 15 días pueden no estar disponibles... A veces esto no es entendido por las propias unidades de salud, dentro de las organizaciones. "Pero toda la gente tiene que esperar!", Sí, pero estas personas son especiales, si no las atendemos así, nunca más las vemos! (Enfermera, Lisboa)

En relación a los profesionales sanitarios, otra de las estrategias utilizadas para reducir las barreras en los cuidados de salud es la promoción de la sensibilidad, ya sea socioeconómica como cultural de médicos y enfermeros. El análisis de las entrevistas y estudios recientes realizados por miembros del propio equipo de investigación, indican que las competencias interpersonales y actitudes basadas en la empatía, humildad y sensibilidad de los profesionales son fundamentales en este sentido. En este estudio, los médicos latinoamericanos entrevistados afirmaron poseer esas calidades, ya sea por la formación curricular en Medicina que tuvieron en sus países de origen, ya sea por la experiencia profesional previa en contextos de exclusión social (Padilla *et al.*, 2013; Masanet *et al.*, 2012). A su vez, esto lleva a una mayor proximidad, conocimiento y comprensión de la situación del contexto del paciente.

Si tú te atreves a hablarles, a comprenderlos un poquito, a mirarlos... Se necesita hacer cosas objetivas y tratar de comprenderlos y ponerse un poquito en el sitio de ellos. (Médica colombiana)

Esto sugiere que los médicos con estas competencias y actitudes, tanto extranjeros como autóctonos, pueden convertirse en agentes facilitadores de promoción de equidad en salud en los servicios donde trabajan, desempeñando prácticas profesionales más dirigidas a la sensibilidad y diversidad social y cultural. Algunos médicos y enfermeros están interesados y dispuestos a aprender sobre las prácticas de salud y nutrición de otras culturas como una forma de aproximarse a ellos, y de

entender lo que pasa en cada familia, por ello en lugar de juzgarlas, o criticarlas por el modo de proceder, aprenden para poder aconsejarlas mejor.

La cultura es diferente (...) es diferente. En término de alimentación, por ejemplo, es muy diferente. Yo me adapto, y digo: entonces, cómo es que se hace allá? O, qué es lo que su mamá haría allá en esta fase? Entoces, haga igual. Muchas veces digo esto. No invento ni obligo a las madres a que hagan las comidas que nosotros hacemos, la portuguesa, tradicionalmente portuguesa. Por ejemplo los brasileños, a los cinco o seis meses usan mucho el caldo de frijoles. Nosotros acá no, los frijoles sólo a partir del año. Pero en Brasil sí, y está bien para mí. Es cultural. (Enfermera, Lumiar)

Estrategias mixtas (SNS y ONGs)

Otra estrategia que combate las dificultades de los usuarios en el acceso a los cuidados de salud es el trabajo en red y las colaboraciones entre las diversas instituciones - unidades de salud y ONGs- que actúan específicamente en el área de apoyo a la maternidad y bienestar infantil, derivando a las usuarias más desprotegidas o con situaciones complejas y de gravedad hacia instituciones de apoyo específicas, particularmente en el caso de inmigrantes en situación irregular.

Con las unidades de salud familiar. Con los proyectos de unidades móviles, no? Por lo tanto, hacemos la conexión siempre con los técnicos, para entender si las personas están o no siendo seguidas ... si la mamá ya hizo la consulta médica o no. Por lo tanto, siempre articulamos. (Técnica de ONG)

Hay un factor importante que es que sólo tienen exención quien hace la declaración de los impuestos [...]. Las personas que no la hacen, muchas de ellas están en situación irregular. [...] pienso que hay una gran probabilidad que esas personas reduzcan mucho sus idas al centro de salud, principalmente las personas que no tienen exención. Lo que hemos hecho es que a medida que vamos encontrando personas en el barrio en las que identificamos situaciones de salud crónica, que tienen alguna necesidad de venir al centro de salud con alguna frecuencia, que están carenciados, le pedimos apoyo a otras redes de apoyo social para que ayuden a esas personas a que hagan los impuestos para después poder tener este tipo de beneficios (Enfermera, Amadora)

La salud comunitaria, basada en la proximidad, es de vital importancia cuando se trata de mujeres en situación de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión, ya que las situaciones más graves y precarias no llegan al centro de salud. Para ello, el trabajo en red con la comunidad se torna fundamental, al igual que el apoyo de las asociaciones locales, el trabajo de las unidades móviles de salud –que se desplazan a los barrios más periféricos para el seguimiento de la población y/o para asegurar la conexión con el centro de salud–, y las visitas domiciliarias de profesionales de la salud.

Cuando hay proximidad pienso que es posible que las personas tengan una mayor adhesión al seguimiento. Y como nosotras estamos más próximas de la población inmigrante, podemos lograrlo [...]. En la población con características socioeconómicas semejantes, el comportamiento es semejante. Si tenemos una gran proximidad, las personas vienen, si no tenemos esa proximidad, porque, como es obvio, no lo logramos con toda la gente, no vienen tanto. (Enfermera, Amadora)

Tengo a mi cargo familias, una serie de familias que visito. Voy personalmente (...) soy yo quien acompaña a las familias, tengo una relación con las familias (...) para poder comprender mejor lo que pasa. La familia. Y adaptarme. Porque la realidad es esta: es acá que puedo enseñar lo que debo enseñar, de una determinada manera, conociendo a la familia, yo adapto mi enseñanza a esa familia. (Enfermera, Lumiar)

Sin duda una entidad de presencia histórica innegable en Portugal, ya sea en lo social como en la salud, es la Santa Casa de la Misericordia, en este caso, la de Lisboa (SCML). Si bien su papel ha sido siempre muy importante para las poblaciones con dificultades económicas, debido a la crisis, la SCML comenzó a asumir un rol más destacado, y su articulación con entidades de la sociedad civil y con el propio SNS se volvió mucho más determinante. En este sentido, todos los actores involucrados entrevistados, mencionaron su labor, desde las ONGs, hasta los profesionales del SNS y las mujeres entrevistadas, quienes se refirieron a ella por sus diferentes tipos de intervenciones. La SCML tiene unidades de salud en varios barrios de Lisboa donde realizan consultas generales y de especialidad, incluyendo pediatría (valencia que no existe en los centros de salud del SNS); también realizan análisis citológicos, facilitan la prescripción de medicinas gratuitas, entregan pañales y leche sin costo, tienen consultas con psicólogos y asistentes sociales, cubriendo una amplia gama de servicios. Por otro lado, la SCML ha firmado varios convenios con el SNS,

para asumir parte de los usuarios a los cuales el sistema no les da respuesta. Debido a que todos los tipos de consultas son gratis, sus servicios son muy buscados, y quienes cumplen la función de controlar la entrada en este sistema son las asistentes sociales de la SCML, aunque lo hacen desde las Juntas de Freguesía (gobiernos locales dentro de las municipalidades), así ellas son las *"gate keepers"* del sistema. Los siguientes testimonios ilustran las dificultades por la crisis, y el propio uso y refuerzos de las redes sociales de la SCML con en trabajo de otras entidades de la sociedad civil.

Con la crisis económica, por acaso noto que nos buscan más para que les cedamos leche y otros alimentos. Porque hay mucho desempleo. Pero en todas las culturas. (Enfermera SCML)

La percepción que tengo de las dificultades que ellas tienen, en la mayoría de los casos, es la parte financiera. Nosotros tenemos falta de recursos, muchas veces no sabemos a dónde encaminarlas, pero lo que hacemos es encaminarlas a la parte social de la Santa Casa. Ellas tienen más noción de la realidad y de los lugares a donde existen apoyos a ese nivel. (Enfermera SCML)

Estrategias de las mujeres

Las mujeres en edad reproductiva, ya sea embarazadas o con niños pequeños, en muchos casos, saben dar vuelta a la situación de vulnerabilidad y exclusión en la que se encuentran, y usan redes familiares, vecinales y las entidades de la sociedad civil para hacer frente a sus principales problemas. Algunas van más allá y ayudan a otras mujeres, generando redes de auto-ayuda y reciprocidad, compartiendo con aquellas que no tienen redes familiares o sociales, el conocimiento y capital social que poseen y que han acumulado a lo largo del tiempo. Por ejemplo, indican cuáles son las entidades que ofrecen ayuda y qué recursos poseen, o con qué profesionales hablar, o qué hacer en casos concretos frente a los problemas del embarazo o con la salud del bebé. Así, las mujeres con mayor capital social, empoderadas, que generalmente ya tuvieron hijos y conocen el SNS y las entidades de la sociedad civil, ayudan a otras que nunca pasaron por tales situaciones.

En este caso, el trabajo de campo etnográfico y no las entrevistas, nos permitió identificar algunas situaciones particulares. Una mujer nacida en Cabo Verde, de 32 años, desempleada al igual que su pareja, en su cuarto embarazo, con algunos problemas de salud, muchas limitaciones económicas, que vive en un lugar insalubre, además de salir de casa todos los días para tratar de sus propios asuntos, de los

de su hijo de dos años, se las ingeniaba para ayudar a otra joven caboverdiana de 22 años, embarazada, sin apoyo familiar ni redes sociales, acompañándola a visitar algunas ONGs para que la ayudasen con el ajuar del bebé (elementos básicos como ropitas, pañales, etc.). A la vez que le prestaba apoyo, compartía sus conocimientos y ayudaba a que la joven accediera a otras redes sociales existentes en el lugar de residencia. En realidad, la estrategia más común de las mamás y embarazadas es recorrer todas las instituciones que conocen o aquellas de las que escucharon hablar, desde las de afiliación religiosa hasta las del estado y asociaciones de la sociedad civil, presentes en el barrio e intermediaciones de sus hogares, o en otras zonas de la ciudad, cuando pueden pagar los medios de transporte, hasta encontrar algún apoyo. Durante el proyecto, algunas de las integrantes del equipo de investigación, acompañaron a las embarazadas a entidades localizadas lejos del lugar de residencia, para que se informaran o tuvieran acceso a algún beneficio o ayuda. Sin embargo, el pedido partió de ellas después de haber identificado las instituciones en las que tenían interés.

Conclusiones

Nuestros resultados muestran un aumento y agudización de las desigualdades en el acceso y uso de los cuidados de salud reproductiva y materno-infantil como consecuencia de la crisis económica y financiera por la que atraviesa Portugal, especialmente sentido después de la firma del Memorandum de Entendimiento con la Troika. Si bien la crisis había comenzado antes, los recortes y las principales barreras se agravan con los cambios que la Troika trajo aparejado a nivel presupuestario, a nivel de organización del SNS, a nivel de reducir los beneficios y aumentar los costes. Así el impacto negativo en la salud se manifiesta claramente en el proceso de agravamiento de las barreras socioeconómicas ya existentes, así como también en la agudización de las culturales y comunicacionales en el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes y otros grupos vulnerables, poniendo en riesgo la universalidad y equidad del sistema nacional de salud. Igualmente, el condicionamiento del acceso y utilización repercute en una mayor inequidad, que en su conjunto pueden poner en juego la salud de las futuras mamás y generaciones. El riesgo concreto es que Portugal retroceda lo avanzado en los últimos 20 años en los varios indicadores de salud.

La crisis indudablemente ha tenido un impacto perjudicial tanto en la salud como en los cuidados de salud, sin embargo, la crisis y los cambios producidos por la Troika, son más sensibles a la diversidad, ya que como hemos podido observar, afecta en mayor medida a los inmigrantes, y en el caso de la salud materno-infantil y de la salud reproductiva, impacta más gravemente sobre las indocumentadas. La crisis, en estrecha relación con el cambio organizacional del SNS, ha afectado más a los más vulnerables entre los cuales se cuentan los inmigrantes y sus descendientes, abandonándolos a su suerte y/o a la existencia de intervenciones y estrategias no sistematizadas ni articuladas, con las que los varios actores intentan mitigar los efectos de la crisis.

Si bien identificamos un conjunto de estrategias creativas para superar las limitaciones, algunas improvisadas por el propio sistema, otras diseñadas por la sociedad civil y la articulación con el sistema, y finalmente otras articuladas por los sujetos (mujeres) que viven las limitaciones, éstas no pueden ser vistas como soluciones sino que son parches parciales, algunos ingeniosos, que salvan algunas situaciones, pero que de ninguna manera representan una solución a las barreras identificadas. Por ello, este panorama complejo no puede quedar a la deriva de estrategias creativas, ni de la buena voluntad de algunos, sino que exige una intervención integral, planificada y articulada del sistema nacional de salud, de la sociedad civil y los/las usuarias del sistema nacional de salud, para que encuentren soluciones

duraderas que promuevan la equidad en la salud reproductiva y materno-infantil más allá de la crisis, llevando en consideración los aspectos fundamentales señalados, para disminuir las barreras socioeconómicas y culturales existentes. El gran riesgo que implica la crisis es que debido al contexto de escasez, los programas inclusivos o sensibles a la diversidad cultural no sólo desaparezcan temporalmente, sino que sean olvidados o suprimidos hasta momentos de bonanza, sin considerar que las intervenciones específicas, sensibles e integradoras son generalmente más eficientes porque llegan a poblaciones relegadas para las cuales el acceso universal debe ser garantizado como única forma de reducir las desigualdades.

Bibliografía

Almeida, L. y Caldas, J. (2012). "Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?", *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Vol. I, nº 1, p. 19-36 [Online], disponible en: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63205/2/78249.PDF> [consultado en: 01-11-2013]

Bollini, P., Stotzer, U. y Wanner, P. (2007). "Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study", *International Journal of Public Health*, vol. 52, nº 2, p. 78-86.

Carballo, M., Divino, J.J., Zeric, D. (1998). Migration and health in the EU. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12): 936-944.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on the Social Determinants of

Health, Geneva, World Health Organization [Online], disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html [consultado en: 7-10-2013]

Fedeli, U., Alba, N., Lisiero, M., Zambon, F., Avossa, F. y Spolaore, P. (2010). "Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 89, nº 11, p. 1432-1437.

Machado, M., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R. y Dias, A. (2007). "Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes", *Revista Migrações*, nº 1, p. 103-127.

Masanet, E., Hernández-Plaza, S. y Padilla, B. (2012). "A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares", *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. I, nº 1, p. 6-18 [Online], disponible en: http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet_Plaza_Padilla.pdf [consultado en: 13-10-2013].

MIPEX (Migrant Integration Policy Index) (2015). <http://www.mipex.eu/>
Padilla, B., Hernández-Plaza, S., Ortiz, A. (2012). "Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política", *Forum Sociológico*, Serie II, nº 22, p. 33-41.

Padilla, B. y França, Thais. (2012). "Direitos dos brasileiros e brasileiras na União Europeia: o papel do Estado", en JACOB, O (org.) *Economia, Parla-mentos, Desenvolvimento e Migrações: As Novas Dinâmicas Bilaterais entre Brasil e Europa*, Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung, pp 175-198.

Padilla, Beatriz (2013). "Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal", *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana - REMHU*, nº 40, p. 49-68 [Online], disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf> [consultado en: 26-10-2013]

Padilla, B., Hernández-Plaza, S., De Freitas, C., Masanet, E., Santinho, C. y Ortiz, A. (2013). "Cidadania E Diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção da equidade nos cuidados", *Revista Saúde & Tecnologia*, Suplemento - Julio de 2013, pp. 57-64 [Online], disponible en: http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_11_estesl_suplemento_2013.pdf [consultado en: 22-10-2013]

Padilla, B. y Hernández-Plaza, S. (2014). "Saúde e Cidadania: Equidade e diversidade na saúde materno-infantil em tempo de crise", en Padilla, B., Hernández-Plaza, S., Rodrigues, E. y Ortiz, A. (Orgs.), *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, pp. 1-8, ebook ISBN: 978-989-96335-6-8.

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. y Mckee, M. (Eds) (2011). *Migration and Health in the European Union*, Open University Press: Berkshire, pp 2-13.

SEF (2015). Relatório de Imigração 2014, Serviços de Estrangeiros e Fronteiras.