



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,  
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:  
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS  
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,  
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

# **LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LOS INMIGRANTES ECUATORIANOS**

JUAN IGNACIO RICO BECERRA

Universidad Católica de Murcia

## **1. INTRODUCCIÓN**

Este texto es un extracto de algunas de las cuestiones abordadas en mi tesis doctoral (Juan Ignacio Rico, 2007). Trato de aproximarme al encuentro que se produce entre el grupo de inmigrantes ecuatorianos y los dispositivos públicos sanitarios, en concreto, la atención primaria de salud (APS). Lo que presento en las siguientes líneas son los desajustes detectados en la APS ante las demandas de los usuarios ecuatorianos, a la vez que busco explicaciones sobre el particular. El propósito final es llamar la atención sobre aspectos, que estando tan íntimamente ligados al caso, suelen quedar en el tintero.

## **2. LOS ELEMENTOS CONSTITUYENTES DE LA APS, ¿ESCOLLOS O FACILITADORES DE LA ASISTENCIA A LA EXTRANJERÍA?**

Como mi intención era centrar la investigación en este dispositivo asistencial, acometí su revisión como estadio necesario para evaluar su capacidad en la atención a la extranjería. Sobre lo detectado, acentuar, que la APS tiene una particular manera de entender la díada salud/enfermedad. Ya desde su nacimiento en Alma-Ata 1978, se desenfocó el principal cometido. David Tejada de Ribero (2003: 12) lo resume así: “Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una restringida interpretación conceptual”. Por tanto, las holísticas pretensiones fundacionales -un cuidado (*care*) integral de la salud para todos y por todos- quedaron plasmadas en una simple: lineal Atención Primaria de Salud. Tal es así, que como advierte el mismo autor

(*Ibidem*): “Lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas”. Siendo así, considero, que la perspectiva biomédica que la APS proyecta sobre la salud/enfermedad es -en buena parte- resultado de su complejo decurso. En él se aprecia –como advertiré después-, por ejemplo, el esfuerzo hecho desde la medicina de atención primaria, para desligarse del biologicismo médico; o cómo, la dirección que finalmente ha adoptado la APS, está en perfecta consonancia con las pretensiones de los que gestionan el nuevo orden global donde se inscribe.

Con todo, el soporte sobre el que opera la APS en nuestro medio es el de la biomedicina. Y si partimos de la afirmación de que los padecimientos pueden ser acometidos desde diferentes sistemas médicos –teniendo en cuenta la variedad de éstos desplegada por los migrantes-, no nos debe extrañar las dificultades que muchos de ellos encuentran cuando acuden a los servicios públicos de salud. Tomando como referencia a los ecuatorianos, cabe apuntillar que en Ecuador, la biomedicina no está tan arraigada como en nuestro suelo. Ello genera que otros sistemas médicos, convivan en su proceso salud/enfermedad/atención con la alopatía en una relación más paritaria. Por cierto, una realidad que suele pasar desapercibida por nuestros profesionales de la salud, al considerar a los ecuatorianos como los más “parecidos” a “nosotros”. Lo que no pocas veces, se convierte en un arma de doble filo, ya que se asume al que habla como yo, como un igual. Por extensión, se pierde la necesidad de dedicar el tiempo que precisa la atención a estas personas, que con frecuencia, desconocen múltiples elementos de la medicina occidental y que además, disponen de otros referentes sanativos en sus carreras curativas.

Otro escollo que dificulta el encuentro sanador/inmigrante en la APS es la singular taxonomía de “enfermo”, que la hace tan ajena para los no enculturados en ella. Ésta deviene del inusual ramillete clasificatorio –proyectado desde la diversidad de los tipos de consulta– como herramienta para diferenciar al paciente “sano”, del paciente “enfermo”. Porque cuando se acude al médico a demanda, es

decir, al encontrarnos enfermos, no somos etiquetados como tales de acuerdo con la concepción de la APS, ya que la “verdadera” enfermedad, es la del usuario que se integra en un programa –de diabetes, hipertensión, etc.–. El objetivo de los profesionales es entonces, el paciente de programa, el “verdadero enfermo” de atención primaria. Por eso, las consultas de los que acuden enfermos, van a suponer un freno a su “auténtico hacer profesional”. La especial mirada de la APS respecto a la etiología de la enfermedad, se reproduce también cuando se trata de diagnosticarla. Además, el tratamiento va ligado al diagnóstico que el facultativo haya hecho, a partir de la consulta que planteó el usuario. Donde se pudo presentar lo casual –que será entendido como “no enfermedad”/“no gravedad”-, y no la patología del programa –“la enfermedad”-<sup>1</sup>. Este singular entramado taxonómico quizás explique mejor los desajustes que el usuario del Colectivo de Inmigrantes Ecuatorianos manifiesta, cuando acude al primer eslabón de la cadena pública asistencial para tratar sus padecimientos. Sobre todo si nos atenemos a su perfil sociodemográfico, compuesto fundamentalmente por población joven. Lo que encaja difícilmente en un sistema primario de salud, que prima su atención en las enfermedades crónicas, de la vejez. Por el contrario, el estándar del inmigrante económico es el del usuario que acude a la consulta a demanda para solventar sus dolencias agudas, casi siempre relacionadas con su desempeño laboral. Como me relató un facultativo y naturópata que entrevisté en Ecuador: “El paciente ya viene porque tiene su tosesita, su gripe, o porque esté hecho pedazos, nadie va a lo preventivo. La cultura europea es bonita, pero no acá”. Ahora, en nuestro medio, se encuentra con una consulta de APS, que como indiqué, entiende lo puntual, lo casual, como “no enfermedad”. Cabe recordar que el desconocimiento ante el singular enfoque que la APS hace del *continuum* salud/enfermedad, no es nada nuevo. Para nosotros –como expuso Uribe (1996)- supuso la necesidad de aprendizaje en los trabajadores y usuarios de conceptos, categorías y estrategias de gestión de los cuidados de salud/enfermedad<sup>2</sup>. Ahora

---

<sup>1</sup> Para un análisis en profundidad de esta cuestión, ver José María Uribe (1996).

<sup>2</sup> Desgraciadamente los cambios no salieron de la órbita de la científicidad biomédica que exhibe nuestra medicina. De hecho, la nueva especialidad de medicina de familia hizo hincapié en el desmarque respecto de los profesionales de ambulatorio, a la vez que

son los “otros” los que se encuentran en esta tesitura, si bien con la dificultad añadida del desconocimiento de todas las partes.

En relación con lo señalado, otra dificultad que encuentran los usuarios ecuatorianos cuando acuden a la APS es el peculiar enfoque que ésta da a las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Baste acercarse a cómo se organizan sus consultas, o a la concepción con la que se aborda la promoción y la prevención de la salud<sup>3</sup>. En ambos casos, se apuesta erróneamente por la medicina de la enfermedad, obviando la única opción que se debe pregonar desde la APS: la medicina de la salud. Todo ello, porque recae en la medicina cosmopolita un hacer, que escapa a su propia dimensión. Como resume Ghislaine Lanctôt (2002: 85): “El médico –refiriéndose al alópata- sólo conoce una medicina: la de la enfermedad. De la salud no sabe nada”. El desacertado rumbo es un lastre para autóctonos y recién llegados, hasta el punto, que sus mismos elementos constituyentes, se han convertido en las principales barreras a la integración de los usuarios inmigrantes a la asistencia sanitaria. En esta misma dirección, la no realización de las adecuadas medidas de promoción y prevención de la salud, pueden ser ahora más dolosas que antaño. La APS cuenta con una población nueva –la inmigrante- a la que atiende sin conocer cuáles son sus demandas y sus expectativas respecto a la salud. Los vacíos empiezan en muchos casos por la ausencia de diagnósticos de salud de la población adscrita a los Centros –antes de autóctonos, y ahora de éstos y también de los

---

reivindicó su nivel técnico/científico y monetario, con los del hospital. Tampoco es baladí subrayar que la enculturación de los autóctonos en la APS, se ha realizado con escasa –o nula- participación de la ciudadanía. De ahí, que casi cuarenta años después de que se iniciara la reforma de la atención primaria en España, surjan –incluso desde dentro, sin excluir entre ellas a los que la capitanearon- distintas voces con reflexiones muy críticas al respecto.

<sup>3</sup> Ya en los años 70 del pasado siglo, el Ministro de Sanidad canadiense –y médico- Lalonde, describió el modelo de los *determinantes de salud*, priorizando sus componentes así: medio ambiente, estilo de vida, biología humana, sistema de asistencia sanitaria. Esquizofrénicamente reconoció, que su Ministerio gastaba más del 80% en el mantenimiento del sistema sanitario, y menos del 20% en el resto. Esto es hoy aplicable a lo que cualquier Estado del mundo desarrollado, hace con el montante del erario público destinado a la “salud” de sus ciudadanos. Pero aún es menos alentador, si revisamos cuánto de aquél se destina a APS. Y no digamos, si indagamos sobre cuál es la prevención/promoción de la salud que oferta.

foráneos-. Así es imposible que la APS cumpla con sus objetivos: ¿cómo se puede hablar de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, etc., si se parte del desconocimiento casi total de una buena parte de sus potenciales consultantes?

Seguramente, tamaña laguna, ayude a explicar por qué no se ha prestado suficiente atención a la relación existente entre la morbilidad de la inmigración económica y sus condiciones de vida. Aquí es donde tiene, prioritariamente y sin demora, que actuar con toda su firmeza la APS. A tal efecto, en mi trabajo de tesis (Rico, 2007) ocupé una parte considerable en el abordaje de las características sociodemográficas y del perfil de morbilidad del Colectivo de Inmigrantes Ecuatorianos (CIE) en el municipio de estudio. Pues bien, de su exploración, se deriva esta correspondencia. Lo que me permitió concluir en la dirección que apuntaba una de las proposiciones de partida: el grueso de los padecimientos del colectivo de inmigrantes ecuatorianos residente en el Municipio de Lorca, está relacionado con aspectos estructurales propios de la sociedad de recepción –sectores de actividad ocupados, jornadas intensivas de trabajo, malas condiciones de la vivienda, bajos salarios<sup>4</sup>, etc.- y no con enfermedades exóticas de origen externo. Una hipótesis que se anudaba con otro de los caballos de batalla de la investigación, y que advertimos en un trabajo anterior (José Fernández-Rufete y Juan Ignacio Rico, 2005: 281) respecto al espaldarazo de lo médico a lo social: “La medicina y el modelo médico sobre el que se asienta, al negar en la práctica estas dependencias relacionales, y ello sólo es posible gracias al binomio biologicismo/individualismo con que se articula en la experiencia, elimina las posibles emergencias de lo social como factor explicativo de muchas de las demandas relacionadas con los procesos de salud/enfermedad de los inmigrantes. Ello provoca, en muchos casos, que estas circunstancias no trasciendan a los ámbitos de decisión y diseño sociopolítico y se continúe ocultando el verdadero rostro con que se muestra el problema en los niveles asistenciales”. Asimismo, el perfil sociodemográfico del CIE compuesto fundamentalmente por

---

<sup>4</sup> Estas características –sondeadas también desde los discursos del CIE-, son esclarecedoras del porqué utilizan como opción principal los dispositivos públicos de salud, o cuándo –horarios-, cuál –APS y/o urgencias- y cómo –estrategias– hacerlo.

población joven<sup>5</sup>, encaja difícilmente en un sistema primario de salud que prima su atención en las enfermedades crónicas, de la vejez. Por el contrario, el patrón del inmigrante económico, es el del usuario que acude a la consulta a demanda para solventar sus dolencias agudas, casi siempre relacionadas con su desempeño laboral.

Y tolo ello, a pesar de que en el perfil de morbilidad del CIE quedó patente, que la APS es el dispositivo que más utilizan para combatir sus dolencias. Ahora bien, si esto es así, otra cosa distinta es el resultado de ese encuentro. Empezaría por destacar la inexperiencia de los ecuatorianos al respecto de las medidas de promoción/prevención, o de la importancia dada a los factores de riesgo. Como botón de muestra, retomo los comentarios del médico general y naturópata que entrevisté en Ecuador: “en esta economía que vivimos no hay profilaxis. Inclusive las personas de estos países no estamos preparados, ni económicamente ni mentalmente para hacer profilaxis. Ni prevención de nada, o sea, lamentablemente tenemos que vivir así”. De otro lado, los autóctonos sabemos, que éste es el principal estandarte de la atención primaria de salud. Desde él, la APS adopta – como expuse atrás- ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad unos posicionamientos singulares, que influyen en el grado de resolución de los padecimientos consultados por los nuevos usuarios.

Finalmente advertir que en la interacción entre el inmigrante ecuatoriano y el primer eslabón de la cadena pública asistencial, se presenta de inicio una significativa disparidad entre lo que se busca y lo que se oferta. Ya que, si la APS oferta salud para el ciudadano integral; el segundo –el CIE–, reclama fundamentalmente salud para trabajar. También en esta parcela la APS tiene todo por hacer. Sólo le queda la solución sobre la marcha, ya que atiende a la población inmigrante sin conocer cuáles son sus demandas y expectativas respecto a la salud/enfermedad. Lo que tiene mucho que ver –como sugerí antes– con la ausencia de diagnósticos de salud de la población. En definitiva, se provoca un doble desencaje. Por un lado, se apuesta por brindar –promoción/prevención– lo que no se solicita, y por otro,

---

<sup>5</sup> Por no limitar el dato al grupo de Ecuador, anotar, que en el momento en el que se desarrolló la investigación, en la localidad de estudio los mayores de 40 años sólo sumaban el 16% de los extranjeros empadronados, incluyendo a los comunitarios.

lo que la APS ofrece en estas materias, lo hace sin conocer a la nueva población a la que atiende.

### **3. ATANDO ALGUNOS CABOS, CON EL PROPÓSITO DE AMPLIAR LA URDIMBRE EXPLICATIVA**

Los desajustes entre el usuario del CIE y la APS apuntados en las líneas precedentes, se derivan de las observaciones realizadas a lo largo de trabajo de campo. Siendo así, cabe ahora establecer determinadas conexiones que no pueden desligarse de las descripciones vertidas, si lo que se pretende es acercarse al objeto de estudio con una mirada suficientemente dimensionada. Y es que, lo más socorrido cuando se analizan las carencias de los dispositivos públicos de salud, es la crítica al biologicismo que abandera nuestro sistema médico. Pues bien, sin excluir esa realidad, tampoco se puede negar que la APS ha tenido la intención de trascender la reduccionista perspectiva biológica en el *continuum* salud/enfermedad. Ello debe hacernos reflexionar sobre el peso de otros factores -como: el hecho de circunscribirnos en la órbita de los países democráticos desarrollados, las decisiones adoptadas por el gobierno del Estado, el apostar por un determinado sistema sanitario y/o cómo se organice éste, entre otros-, para después imputar a la medicina su parte de responsabilidad. Nos basta con retomar la desviación a la propuesta hecha desde la medicina en Alma Ata, para reforzar lo sugerido.

No queda otra a la hora de abordar los desencuentros entre inmigrantes y sanitarios, que obligarnos a poner sobre la mesa aspectos -de suyo- multidimensionales. Se debe caer en la cuenta, por ejemplo, que la inmigración en España es un fenómeno reciente, en concreto, de apenas algo más de una década. En este reducido lapso temporal, además, se ha producido una entrada muy considerable de inmigrantes. Así lo avalan los datos<sup>6</sup>. Si en 1998 el número de extranjeros empadronados en España apenas superaba los 637.000, en 2007, se aproxima a las 4.520.000 almas. Pero no sólo hay que remarcar el incremento mencionado, porque si eso es esencial, no lo

---

<sup>6</sup> Son datos de Padrón Municipal tomados del Instituto Nacional de Estadística (INE), por tanto hacen referencia a 1 de enero del año citado.

es menos el hecho de la atomización de sus procedencias. Esta nueva realidad genera una demanda sanitaria pública, que tiene que encajarse con un sistema nacional de salud de antaño sobresaturado. El Estado, como responsable de la cobertura al derecho a la salud de la población, tiene que ajustar las disposiciones legislativas para asumir su compromiso<sup>7</sup>. El resultado es que el incremento de la demanda de los usuarios al sistema sanitario, no ha parado de crecer. Si centramos la problemática en lo acontecido en el ámbito de la APS en el municipio de estudio tal y como lo describieron los profesionales de salud entrevistados, sus cupos han crecido -sólo por el aporte de la extranjería- entre un 15% y un 30%, sin que en ningún caso se reforzara la plantilla<sup>8</sup>. Y esto ocurre al margen de la “vieja” reivindicación de los profesionales de APS del aumento del tiempo de consulta a 10 minutos por paciente. Como sabemos, de poco han servido esas peticiones, ya que en la actualidad todo sigue igual. Entonces, a los problemas previos aún sin resolver, se suman los que acompañan a los nuevos usuarios. Problemas que no son sólo de orden cuantitativo –más pacientes adscritos a un cupo-, sino que también emergen otros de carácter cualitativo –la diversidad cultural, idiomática, etc.–. Estamos ante un Sistema Sanitario público sobrepresionado, lo que explica mucho mejor algunas de las deficiencias que rezuman del encuentro entre inmigrantes y APS.

Lo sugerido hasta aquí intenta poner de manifiesto la necesidad del enfoque relacional a la hora de describir/analizar/explicar/comprender fenómenos sociales. En ellos, como hemos visto, entran en juego multitud de variables. Asimismo la obligatoriedad de esta orientación es todavía más exigible, cuando se pretenden implementar medidas correctoras. Así pues, no serían concebibles soluciones aisladas en el ámbito sanitario –con los costes que suponen a un sistema de salud muy debilitado– sin que estuvieran vinculadas a un conjunto de medidas insertas en un plan racionalmente diseñado.

---

<sup>7</sup> La laxitud de la legislación que regula el derecho a la atención sanitaria de la inmigración es buena prueba de la improvisación de su factura (Fernández-Rufete; Rico, 2004).

<sup>8</sup> La falta de refuerzo de estos dispositivos asistenciales públicos de salud, fue denunciada en Fernández-Rufete; Rico (2005b).

## BIBLIOGRAFÍA

FERNÁNDEZ-RUFETE GÓMEZ, José; RICO BECERRA, Juan Ignacio (2005a) *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*, Murcia, Quaderna.

FERNÁNDEZ-RUFETE GÓMEZ, José; RICO BECERRA, Juan Ignacio (2005b) “Los dominios simbólicos de la inmigración. La dialéctica entre las demandas de atención sociosanitaria y la estructura de dispositivos asistenciales en el caso de los inmigrantes ecuatorianos en la Región de Murcia”, en J. FERNÁNDEZ-RUFETE; M. GARCÍA JIMÉNEZ (eds.) *Movimientos Migratorios Contemporáneos*, Murcia, Quaderna, pp. 267-284.

FERNÁNDEZ-RUFETE GÓMEZ, José; RICO BECERRA, Juan Ignacio (2004) “Imágenes, Símbolos y Prácticas Asistenciales. La inmigración Ecuatoriana en la Región de Murcia y los procesos de salud/enfermedad/atención”, *Universitat de Girona*, Girona.

LANCTOT, Ghislaine (2002) *La mafia Médica. Cómo salir de la prueba con vida y recuperar salud y prosperidad*, Huesca, vesica piscis.

RICO BECERRA, Juan Ignacio (2007) *La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca*, Tesis de doctorado. Universidad Católica de Murcia. Murcia.

TEJADA DE RIVERO, David (2003) “Alma-Ata: 25 años después”, *Revista Perspectivas de Salud*, Organización Panamericana de la Salud, vol 8, nº 1.

URIBE OYARBIDE, José María (1996) *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*, Madrid, Secretaría de Estado de Cultura. Ministerio de Cultura.