

Situaciones y exposiciones de las mujeres inmigrantes: un análisis de la percepción y las condiciones de salud de las mujeres asiáticas en España.

Una aproximación a los elementos sociales de la salud.

La salud como un área fundamental del bienestar social y de la calidad de vida de los sujetos constituye un campo de análisis multidisciplinar y en constante reflexión. Superadas las expresiones que la limitaban al terreno físico, la salud hoy se entiende en estrecha relación con los factores socioculturales, económicos y políticos de un espacio y un momento determinado.

El estado de salud de la población española podría definirse como positivo; el porcentaje de población que considera contar con una salud buena o muy buena es alto, el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* de la OMS colocaba a España en el quinto mejor país en nivel de “esperanza de vida en buena salud”, y en séptimo lugar respecto al mejor sistema sanitario del mundo. En las últimas décadas, los avances producidos en este terreno han sido considerables, sin duda, motivados por un proceso de cambio social que va más allá del terreno sanitario.

Uno de los aspectos en los que se ha hecho más evidente el cambio, es el campo de la inmigración. Consecuencia del crecimiento socioeconómico del país, los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE) hablaban de más de tres millones y medio de extranjeros residentes en España para 2006, en concreto un 8,7% del total, un colectivo cada vez más importante sobre el que giran buena parte de los debates generados en la actualidad.

Frente a la enraizada homogeneidad sociocultural y religiosa, la llegada de nuevos pobladores dibuja un marco de diversidad que coloca a los agentes sociales y a las instituciones públicas en la necesidad de incorporar nuevos elementos y nuevas formas organizativas. El interés del estudio de la salud en el colectivo inmigrante entronca de lleno en la perspectiva de las “desigualdades en salud” y en el comprometido campo de la distancia socioeconómica y cultural entre los grupos. El enfoque de la desigualdad de género en salud responde a la necesidad de ahondar en la realidad específica de las mujeres inmigrantes, realidad que han sido abordada en trabajos anteriores (Solé, C. 2004, Gregorio Gil, C.1998, Colectivo IOE, 2001, OSO, L. 1998, Ribas, N. 1999) y en los que conviene seguir avanzando.

De los estudios realizados hasta el momento sobre la población inmigrante se desprenden al menos dos conclusiones significativas; la primera es que estamos ante un colectivo joven y sano que, respecto al uso que hace del sistema sanitario, representa aportaciones económicas superiores al gasto (Price Waterhouse 1999), la segunda, es que la mayor parte de las enfermedades que afectan a los inmigrantes en su conjunto son adquiridas en nuestro país o derivadas de la adaptación a nuestro estilo de vida; es decir, que por encima de aquellas enfermedades importadas o de carácter genético (Fuertes, C. y Martín Laso, M., 2006), los problemas de salud de este colectivo se concentran en los efectos que les producen los factores consustanciales a la vida occidental, con todas sus «ventajas» socioeconómicas y culturales (Díaz Olalla, J.M. 2005)

La definición que ofrece la OMS al entender la salud como “el bienestar físico, mental y social de las personas”¹, es capaz de aglutinar esfuerzos desde disciplinas muy dispares. De esta

¹ La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Internacional, celebrada en New York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. La Conferencia Internacional de Atención Primaria de 1978 de Alma-Ata ratifica esta visión social de la salud

forma, la base sobre la que se realiza el análisis es una base eminentemente social que se conforma en torno a dos elementos: el de las condiciones sociales y el del papel que desempeñan para ellas las políticas de salud.

El primero de los factores ha sido considerado el más importante al entender que la forma en la que se desarrolla la vida determina el bienestar (o malestar) de los sujetos más que la propia intervención sanitaria (Wilkinson R.G, 1996, Ortún Rubio 2000, Benach y Muntaner 2005). Respecto a estos factores sociales, habría que distinguir las “condiciones de vida” respecto al “estilo de vida” ya que ambos conforman la influencia que ejerce lo social sobre el estado de salud, pero desde ángulos distintos. Las condiciones de vida, apegadas a la perspectiva materialista, sintetizan el determinismo de una serie de elementos de base económica (salarios, vivienda, condiciones de trabajo....) sobre las formas culturales de entender la propia existencia. En el caso concreto de las mujeres inmigrantes, la existencia de entornos sociales degradados expone a este colectivo a las enfermedades ligadas a la pobreza (Gaspar O. S., Siles, D. 1997) que, especialmente durante la etapa de asentamiento se concretan en hepatitis, parasitosis, tuberculosis o complicaciones sexuales y reproductivas.

El estilo de vida, con las connotaciones weberianas del ethos de clase, se refiere a cómo la cultura de los grupos se manifiesta en conductas y quehaceres diferentes. En el ámbito de la salud, el estilo de vida interesa en la medida en que se asocia a unas conductas de riesgo que, frente a las prácticas saludables, se explican sobre la base de unos determinados valores culturales.

El lenguaje sanitario ha trasladado las condiciones y el estilo de vida a dos términos de gran importancia en la medicina actual; la promoción y la prevención de la salud. La promoción se entiende en sentido colectivo, global y transformador, y se dirige a la intervención sobre las condiciones de vida que ejercen peso sobre la salud del sujeto (Álvarez-Díaz, C. y Colomer Revuelta, C 2001). La prevención, por el contrario, se asocia a los estilos de vida, que son concretos y limitados a las conductas individuales. La medicina preventiva goza de éxito en nuestro país al vincular el estado de salud con comportamientos saludables. Desde este ángulo, es frecuente dirigir la responsabilidad al sujeto, e incluso la culpa, (el *blaming the victim*) de sus acciones, con lo que la causa de los males se localiza en comportamientos muy concretos.

Junto a los factores sociales tampoco se puede olvidar el segundo elemento, el papel que ejerce el sistema de salud para los grupos sociales. Cuando se trata de los efectos del sistema sobre la población inmigrante interesa analizar el grado de accesibilidad, comprensión, e identificación que este colectivo tiene respecto a los valores y las formas propias del sistema de salud. En España, el acceso a los servicios sanitarios de cobertura universal y gratuita depende de la obtención de la tarjeta sanitaria, que sólo requiere el empadronamiento en el municipio. Pero nada de esto elimina completamente los obstáculos en el acceso. Los estudios realizados apuntan a la existencia de factores culturales, idiomáticos o legales (Informe sobre immigració i treball social 1997) como las principales barreras a tener en cuenta. Del mismo modo, el desconocimiento sobre el sistema y la distancia respecto a los valores de la medicina preventiva también condiciona su uso. Es por ello que, para los inmigrantes, el primer contacto con el sistema sanitario no se hace a través de la atención primaria sino a través de los servicios de urgencia y para muchas de ellas en el momento del nacimiento de los hijos (Solé 1997).

La asimetría propia de la relación médico-paciente, trabajada con anterioridad por la IP (Gutiérrez Sastre, 2005), se incrementa en el caso de las mujeres inmigrantes que, bajo la experiencia del desarraigo, no sólo ha de afrontar las barreras de la lengua, sino las diferencias en la expresión de dolor y de problemas de salud (p.ej. somatización de problemas), las diferentes expectativas respecto a la consulta médica (p.ej. la relativa a las experiencias previas en los países de origen) o, simplemente, el significado asociado a determinados diagnósticos.

Las mejoras asociadas al Sistema Nacional de Salud (universalización, financiación en base a

impuestos, equidad, peso de la atención primaria...) ha determinado un sistema que, pese a sus problemas, es valorado satisfactoriamente por los profesionales y por la población en general (Freire, 1999, García Arqué, 1997). Pero estas ventajas no siempre pueden ser apreciadas por los grupos que parten de diferentes condiciones y significados respecto a la salud.

El caso de la inmigración asiática; un fenómeno poco conocido

El grado de heterogeneidad del colectivo inmigrante en España es tan amplio que parece conveniente el estudio de comunidades específicas unidas por lazos de tipo cultural, geográfico, religioso, histórico, o social. Dirigir el proyecto de investigación a una comunidad específica, antes que incluir a todo el conjunto, permite profundizar en las redes de los grupos inmigrantes y trabajar los elementos distintivos de cada una, de ahí que no resulte extraño que los estudios concentren su análisis en comunidades determinadas. El colectivo latinoamericano en España, el 48'7% del total de los inmigrantes no procedentes de la Europa de los 27, representa por su volumen el grupo más estudiado, tanto que algunos han hablado de la "latinoamericanización de la inmigración" (Izquierdo Escribano, 2003).

Otras comunidades como la asiática oriental (China, Japón y Corea) presentan, hasta el momento, menos claves de análisis. Su incremento numérico ha sido evidente en los últimos años, especialmente el de la comunidad china, que supone la población asiática más importante en Europa y casi el 50% del colectivo asiático en España (Beltrán 2003). Sin embargo, el desconocimiento respecto a sus necesidades, valores y pautas de comportamiento, así como la débil integración social mostrada por el grupo, siguen envolviendo a la comunidad en un halo de misterio.

En realidad, la comunidad asiática dista de constituirse en una verdadera comunidad. Al margen del vínculo religioso y la existencia de ciertos valores compartidos, destaca la existencia de notables diferencias en cuanto al proyecto migratorio, la inserción y las condiciones laborales. En este sentido, centrar el estudio en las mujeres asiáticas posibilita, además de dar cuenta de un colectivo muy poco estudiado en España, contrastar pautas muy diferenciadas de incorporación y asentamiento laboral, residencial, familiar.

A las comunidades de China, Japón y Corea, se unirá en el estudio Filipinas. El importante volumen de población residente, el tiempo de residencia que lleva el colectivo en España, el sector laboral en el que se ocupan, el servicio doméstico, y su alta feminización, convierten a esta comunidad en un grupo de especial interés.

Los trabajos sobre los proyectos migratorios asiáticos no son abundantes si bien existen referentes muy importantes en Beltrán Antolín y Saíz Lopez (2001, 2002, 2003), Beltrán Antolín (2003, 2005a, 2005b, 2006), Saíz López (2005a, 2005b), Valls Campá, (1998), Colectivo IOE, (1987, 1991), Nieto (1996, 1998, 2002), Oso (1998), Ribas (1996, 1999).

La principal conclusión que se desprende de estos trabajos es que cada comunidad cuenta con un proyecto migratorio bien definido y determinante para sus miembros. El interés de la investigación se centrará en establecer las implicaciones que todo ello tiene para la salud.

De modo muy esquemático se presentan los rasgos esenciales de los proyectos migratorios de cada una de las comunidades.

China. Se trata de la nacionalidad asiática más extensa en España con un total de 27.214 residentes, 12.305 de las cuales son mujeres. El colectivo se articula en torno a grupos domésticos completos compuestos por los cónyuges y los hijos, lo que ha permitido equilibrar una población en principio claramente masculinizada. Su inserción laboral se apoya en la idea de autonomía familiar que utiliza su propia fuerza de trabajo renunciando a trabajadores ajenos

(Beltrán y Sáiz López 2002). A lo largo del tiempo, la llegada de nuevos compatriotas (nueva competencia) y la saturación de los nichos de mercado iniciales, ha dirigido al colectivo hacia la diversidad económica, pasando de ocuparse de manera exclusiva en la hostelería, a establecerse de manera importante en el comercio, el textil, el calzado y la alimentación.

La presencia de la mujer china en el mercado es esencial, siendo la segunda comunidad con más mujeres trabajadoras después de la filipina. Las referencias que se tienen del comportamiento doméstico en la familia apuntan la dureza de unas condiciones muy centradas en el ahorro y con fuertes exigencias laborales; jornadas de trabajo muy largas, empleo de miembros de la unidad familiar no asalariados... (Sáiz López, 2005 a)

Filipinas. Representan la segunda comunidad en importancia con 12.137 residentes, de los cuales 7.293 son mujeres un 60 % del total. Sea cual sea su estado civil, las mujeres son las auténticas protagonistas de la migración ya que ellas se convierten en las responsables del mantenimiento de los miembros de sus familias, que con frecuencia permanecen en el país de origen. El sector laboral mayoritario es el de las tareas domésticas, en ocasiones como internas y su llegada al país se sitúa con la pérdida de las colonias cuando las mujeres filipinas venían acompañando a familias de origen español de regreso al país (Oso y Ribas, 2001).

Japón → Los residentes japoneses empadronados son escasos un total de 2.832 de los cuales 1.566 son mujeres. El proyecto migratorio japonés se apoya en la temporalidad de la estancia y el vínculo a las grandes transnacionales que diseñan trayectorias de movilidad internacional para sus altos ejecutivos. Es llamativa la alta concentración en las ocupaciones de dirección de empresas y técnicos y profesionales de alta cualificación (80% del total de trabajadores), así como su relativa importancia en el sector industrial (29%) frente al de servicios donde se concentra la mayor parte de los asiáticos. Aunque se trata de una comunidad con un equilibrio perfecto entre los sexos, es decir, que la estancia en España se programa en familia, o al menos en pareja, la masculinización laboral es evidente y sólo un 25% de los trabajadores japoneses son mujeres. Es también importante señalar la ausencia de jóvenes menores de 15 años, posiblemente debido al especial interés de esta comunidad en escolarizar a sus hijos en Japón donde esperan conseguir mejor rendimiento académico.

Corea → En cierto sentido no presentan un proyecto migratorio muy diferente a sus vecinos japoneses. Parte de los residentes surcoreanos afincados en España obedecen al perfil del ejecutivo de una empresa transnacional que viene acompañado de su familia. Esto hace que se mantenga el equilibrio entre sexos y una fuerte masculinización laboral ya que el 82,2% de los trabajadores son hombres (Beltrán y Sáiz López 2002). Sin embargo, hay dos cuestiones que los diferencian, la primera es un menor prestigio y remuneración económica que los ejecutivos nipones y otra es la importante presencia que esta comunidad ha alcanzado en el sector servicios como trabajadores por cuenta propia.

La salud desde una perspectiva de género

En España, la necesidad de adoptar una perspectiva de género en salud ha sido señalada desde hace tiempo (Durán 1986, y 1987). La base de esta perspectiva se apoya en la necesidad de entender los procesos de salud y enfermedad en estrecha relación con el sometimiento y el control que se ejerce sobre las mujeres. En este sentido, se trataría no sólo de conocer las diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir sino abordar la desigualdades en salud entendiéndolas como un conjunto de factores que influyen de manera injusta en el estado de salud de las personas (Rohlf 2001).

En el caso de las mujeres inmigrantes esta perspectiva es especialmente necesaria cuando se trata de mujeres que proceden de culturas que determinan su supeditación al hombre. Desde

diferentes ángulos se incide en la existencia de múltiples dimensiones que refuerzan los componentes discriminatorios. Juliano (1993) habla de una mayor discriminación de las mujeres frente a los hombres, Solé (2004) apunta la existencia de una triple discriminación; por mujeres, por extranjeras y por pertenecer a una etnia diferente a la predominante en el país de llegada y Gregorio (1995) señala cinco ejes (el estado nación, la cultura dominante, las clases, el género y la raza) para analizar el proceso de integración/ exclusión de la mujer inmigrante.

El resultado es que la migración, lejos de corresponderse con el perfil del “varón que trabaja” nos ofrece múltiples ángulos que conviene incorporar. Esta idea es importante, máxime cuando se descubre que cada vez el peso de la inmigración recae más sobre las mujeres (Prado Martínez C.. (1999). Se habría pasado de un modelo en el que la mujer era la reagrupada en el proyecto migratorio de su compañero al ejercicio de un papel más activo estableciendo un proyecto migratorio independiente y convirtiéndose con frecuencia (y con diferencias entre las comunidades) en jefas del hogar (Oso, L. 1998). Los efectos de este cambio apuntan a la independencia respecto a estructura familiares pero también a la falta de apoyo y a la sunción en solitario de las cargas y responsabilidades, con el peligro asociado al fenómeno de la feminización de la pobreza.

En cualquier caso, la base de las desigualdades de género se mantiene y refuerza para las mujeres inmigrantes ya que éstas mantienen una peor percepción de su salud que de los varones. En el estudio llevado a cabo en Barcelona por De Andrés, J, et al., (2002), el 65,7% de las inmigrantes económicas consideran tener una salud regular, mala o muy mala frente al 48% de los inmigrantes varones, porcentajes todos ellos muy por encima de los resultados de la población nacional.

El binomio esfera laboral-estructura familiar no puede sino condicionar su estado de salud. El mercado de trabajo español acentúa en el caso de las mujeres inmigrantes sus condiciones de precariedad, terciarización y segmentación (Colectivo IOE 1998) limitando el desarrollo profesional a sectores laborales muy reducidos. El proyecto migratorio de cada nacionalidad se muestra tan determinante que son reducidas las posibilidades de salirse de él. En el caso de las mujeres asiáticas, la limitación laboral resulta muy frustrante en el caso de las filipinas, abocadas al trabajo doméstico, pero también en el caso de las chinas, empleadas en comercios familiares o dueñas de sus propios negocios pero con altísimos niveles de exigencia respecto al rendimiento y el ahorro. Por su parte, las mujeres japonesas y coreanas, con niveles económicos y formativos superiores a las anteriores muestran una débil incorporación al mercado de trabajo español y un absoluto apego a la carrera profesional de sus maridos, lo que no genera menos frustración personal.

La estructura familiar desempeña influencias negativas en el momento en que establecen expectativas, roles y pautas de conducta muy rígidas y diferentes a las de la cultura de origen. En el caso de las mujeres asiáticas, la falta de comunicación fluida con la comunidad de origen y las importantes diferencias culturales y sociales refuerza un aislamiento social que ha de repercutir de manera negativa en su bienestar y su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Achotegui J. “Inmigrantes en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple”. *El Medico* 2004; 7 mayo: 18-20.
- Álvarez Bermúdez, J. (2002), *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*, México, Trillas
- Álvarez- Dardet Díaz, C. y Colomer, C. (2001), *Promoción de la salud y cambio social*, Barcelona, Masson,

- Beltrán Antolín, J. (2000) "La empresa familiar. Trabajo, redes sociales y familia en el colectivo chino". *Ofrim/Suplementos*, 6, pp. (129-153).
- Beltrán Antolín, J y Sáiz López, A. (2002), *Comunidades asiáticas en España*. Barcelona: Documentos CIDOB-Asia, 3.
- Beltrán Antolín, J. y Sáiz López, A. (2003) *Estudiantes asiáticos en Cataluña. La internacionalización de la educación superior*. Barcelona: Documentos CIDOB-Asia, 4,
- Beltrán Antolín, J (2004). "Transnacionalismo y diásporas asiáticas".en: Golden, S. (ed.) *Multilateralismo versus unilateralismo en Asia: el peso internacional de los 'valores asiáticos'*. Barcelona: Fundació CIDOB, (pp. 221-244).
- Beltrán Antolín, J. (2005a), "Las comunidades asiáticas en España: una visión panorámica". *Afers internacionals*, No 68. (pp. 33-52.)
- Beltrán Antolín, J. (2005b), "The seeds of Chinatown. Chinese entrepreneurship in Spain". en Spaan, E., Hillmann, F. y Van Naersen, T (eds.) *Asian migrants on the European labour markets*. Londres: Routledge, (pp. 285-308.)
- Beltrán Antolín, J. y Sáiz López, A. (2005) "La inserción social y económica de las comunidades asiáticas en España". *Anuario Asia-Pacífico 2004*. Barcelona: Casa Asia, Fundació Cidob, Real Instituto Elcano. (pp. 361-370)
- Beltrán Antolín, J (ed.), (2006), *Las diásporas de Asia Oriental en Europa Occidental*, Revista CIDOB, Barcelona.
- Benach, J. y Muntaner, (2005), *Cómo la desigualdad daña nuestra salud*

- Colectivo IOE, (1998) "*Mujeres migrantes en España. Proyectos migratorios y trayectorias de género*", OFRIM, Madrid, dic.
- Castillo S, Mazarrasa L. (2001) Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes. *Ofrim Suplementos* 2001;(8):99-110

- Colectivo IOE, (2001), *Mujer, inmigración y trabajo*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid,
- Comamala, C. (1994) "Les dones entren a la immigració per la porta de servei: aproximació etnogràfica al col·lectiu de dones filipines a Barcelona". *Perspectiva Social*, nº 35, pp. 85-165.
- Comamala, C. (1998), "Barcelona, ciudad receptora", en *Filipinas un siglo después, una doble mirada*. Barcelona: Museu Etnològic de Barcelona, (pp. 124-132)
- Díaz Olalla, J.M. (2005), "¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud?", *Atención Primaria*, nº 36 (pp. 38-39)
- Diputación de Barcelona, (1997), *II Informe sobre inmigració i treball social*, Área de Serveis Socials, Barcelona,
- Durán, M.A. (1986), *La jornada interminable*, Icaria, Barcelona
- Durán, M.A, Heras, D., García C., Caillavet, F. y Moyer, M. (1987), Ministerio de cultura-instituto de la mujer *De puertas adentro*. Serie de estudios 12
- Freire, J. M. (1999), "Política sanitaria" en Garde, J.A, *Políticas sociales y estado de Bienestar en España*, Informe 1999, Fundación Hogar del Empleado, Madrid, Trotta (433-489)
- Fuertes, C. y Martín Laso, M. (2006), "El inmigrante en la consulta de atención primaria" *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 29. (pp. 9-26)
- García Arqué, R. (1997), *Actitudes de la población ante el sistema sanitario*, Madrid, CIS
- Gaspar, O.S, Siles D. (1997), "Migration and health in Spain" en Huissman A, Weilandt C, Geiger A, (ed). *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Bonn, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands, Bonn. (pp. 316-78).
- Gregorio Gil, C. (1995), "El proceso de integración social de las mujeres inmigrantes", en Díaz- Aguado Mª J., *Las mujeres inmigrantes y su integración social*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Gregorio Gil, C (1998), "*Migración femenina: su impacto en las relaciones de género*, Madrid, Narcea
- Gutiérrez Sastre, M. (2005) "Participación en los Servicios Públicos de Bienestar: Un análisis del poder de los usuarios en el ámbito de la Salud, la Educación y los Servicios Sociales".

Madrid, Consejo Económico y social

- Izquierdo Escribano, A. (2003), *Inmigración, Mercado de Trabajo y Protección Social en España*, CES, 141, Madrid
- Jansá, J.M. (1998) "Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública". *Revista Española de Salud Pública*, nº 72 (pp.165-168)
- Juliano, D. (1993), "Las pobres mujeres del mundo pobre" en Díez y Moquera, *Sistemas de Género y Construcción (Deconstrucción) de la desigualdad*, VI Congreso de Antropología, Tenerife
- Nieto, G. (1996). *La representación simbólica de las diferencias en el interior de los grupos migratorios: el caso de la comunidad china en España*. Madrid: Informe para la Dirección General de Migraciones,
- Nieto, G. (1998) "La enseñanza, por vocación...". *Identidad nacional y mujeres inmigrantes chinas. Ofrim suplementos*. No 3 (pp. 143-161).
- Nieto, G. (2002) "Inmigración china en España: Análisis comparado con otros países europeos", en Enrique Fanjul y José Molero, (coords)., *Asia, una nueva frontera para España*, Madrid: Editorial Complutense, (pp. 67-85),.
- Nieto, G. (2003) La inmigración china en España: Definiciones y actuaciones sobre integración social. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, No. 63
- Ortún Rubio, V. (2000), "Desigualdad y salud", *Política y Sociedad*, 35, Madrid. (pp.65-71)
- Oso, L. (1998). *La migración hacia España de mujeres jefas de hogar*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Prado Martínez C. (1999), *Ciclo y patrones reproductivos en los colectivos inmigrantes en España. ¿Existe una demanda al respecto?* Madrid: Publicaciones de la Universidad Autónoma,
- Price Waterhouse Coopers. (1999), *Estudio sobre el coste adicional de la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la SS a los extranjeros*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Ribas, N. (1994) "Origen del proceso emigratorio de la mujer filipina a Cataluña". *Papers*, nº 43, (pp. 101-114).
- Ribas, N. (1996) *La heterogeneidad de la integración social: una aplicación a la inmigración extracomunitaria (filipina, gambiana y marroquí) en Cataluña (1985-1996)*. Tesis doctoral presentada a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ribas, N. (1999). *Las presencias de la inmigración femenina. Un recorrido por Filipinas, Gambia y Marruecos en Cataluña*. Barcelona, Icaria.
- Ribas, N. y Oso, L. (2001), "New Filipinas in Spain searching for Alternatives to the Domestic Service Sector". Comunicación presentada en el taller del ESF/SCSS sobre *Asian immigrants and entrepreneurs in the European Community*, Universidad de Nijmegen, Países Bajos.
- Rohlf, I (et als.) (2001), "Influencia del trabajo dentro y fuera de la casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres", *Medicina Clínica*, 180, (pp.566-571)
- Sáiz López, A. (2005a), "La migración china en España: Características generales". *Afers Internacionals*, No 68. (pp.151-163).
- Sáiz López, A. (2005b) "Mujeres empresarias chinas en un contexto migratorio. Adaptación y continuidad". en. Checa, F. (ed.). *Mujeres en el camino. El fenómeno de la migración femenina en España*. Barcelona: Icaria,. (pp. 55-83).
- Solé, C. (2004), "la mujer inmigrante una triple discriminación". En *Entre la soledad y el coraje: las mujeres que emigran solas*. Jornada del Institut Universitari D'Estudis de la Dona, Universidad de Valencia.
- Solé, C. (1997), "Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona" en Solas, O. y Ugalde, A. (ed), *Inmigración, salud y Políticas Sociales*", Escuela Andaluza de Salud Pública. Reunión Internacional en España sobre Inmigración, Políticas Sociales y Salud (pp. 139-149)
- Valls, Campá, L. (1998)"La presencia humana de Japón en España". *Papers*, No 54 (pp. 157-167).
- Wilkinson, R. (1996), *Unhealthy societies. The affliction of inequality*, London, Routledge

OBJETIVOS

Descripción realista de los objetivos concretos del proyecto. Se valorará la adecuación de la propuesta a las prioridades de la Acción Estratégica.

OBJETIVOS

- Conocer la importancia, el significado, y las prácticas adoptadas en relación a la salud para las mujeres inmigrantes de origen asiático.
- Valorar la influencia que ejercen los factores sociales y culturales, condiciones y estilo de vida respectivamente, en el estado de salud de las mujeres inmigrantes de origen asiático
- Estudiar el impacto que los proyectos migratorios de estas comunidades generan en el Sistema Nacional de Salud
- Conocer la imagen y experiencias concretas que este colectivo tiene respecto al Sistema Nacional de Salud y, en general, respecto a las instituciones públicas de carácter social.
- Analizar las dificultades percibidas de los profesionales de la salud en su trabajo con este colectivo.
- Conocer las claves de interpretación del colectivo de mujeres asiáticas a la hora de adherirse a las campañas sanitarias de carácter preventivo.

METODOLOGÍA

La metodología planteada en esta investigación se apoya en el método comparado. En este sentido se trata de un análisis de cuatro casos, el de la comunidad china, filipina, japonesa y coreana, que serán analizados de manera intensiva y global tomando la tradición interpretativa y la comprensión weberiana (*Verstehen*), como punto de referencia.

El método está basado en la “sencilla” lógica de las similitudes y las diferencias, una lógica que va más allá de la simple clasificación, y que requiere de procedimientos sistemáticos para conjugar similitud y contraste (Beltrán, M. 1986). En este estudio, ¿cuáles son los elementos afines y cuales los dispares? El principal elemento de homogeneización es el hecho de que hablamos de un colectivo de mujeres inmigrantes asiáticas, a las que, según la nacionalidad, pueden unirse otras cuestiones menos tangibles como una misma religión, unos valores o una misma filosofía de vida. Los contrastes apuntan, además, de a las diferencias religiosas o de valores que separan a las nacionalidades, a los diferentes proyectos migratorios que presenta cada comunidad, unos basados en la estabilidad, otros no, unos con buenas condiciones laborales otros en peores condiciones, unos muy feminizados y otros absolutamente masculinizados.

Las técnicas utilizadas tienen un carácter eminentemente cualitativo por entender que es esta perspectiva la que permite un acercamiento más adecuado a la población y al tema objeto de estudio. El proyecto de investigación no persigue la distribución numérica de opiniones o conductas sino la percepción y el significado que cobra la salud para este colectivo. Las particularidades del grupo, con situaciones legales, económicas y culturales muy diversas, aconsejan una aproximación personal al colectivo de inmigrantes que permita comprender la situación más que contabilizarla.

Según la revisión de la literatura científica realizada desde el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña², se desprende la tendencia a presentar informes con carácter exclusivamente descriptivo y cuantitativo. Si sólo el 4% de los trabajos incluyen métodos cualitativos y sólo un 6% combinan ambas metodologías, parece evidente la necesidad de servirse de instrumentos que nos permitan acceder a interpretaciones y significados que no podríamos entender a través de un simple cuestionario.

Junto a las técnicas cualitativas será necesaria la utilización de fuentes estadísticas de carácter secundario (estadísticas sanitarias, laborales, demográficas, referidas al estilo de vida, al consumo...) que fortalezcan los resultados finales.

Indicadores básicos y operacionalización de conceptos:

Cinco son los principales apartados en los que está centrado el proyecto

1. 1. **Estilo de vida.** Se incluyen aquellos factores que articulan la forma de vida de los sujetos, la nutrición, el ejercicio físico, la higiene o el consumo de drogas, pero también otros como la habitabilidad del alojamiento o las redes de apoyo social. Partiendo de la estrecha relación entre los comportamientos y el estado de salud de las mujeres, este proyecto observa la importancia y

² Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. (2004) *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

el valor de la salud para el colectivo de inmigrantes, así como sus posibilidades reales a la hora de reproducir pautas de vida saludables. Más que subrayar las conductas diferenciales del colectivo respecto a la población nacional, de lo que se trata es de analizar el conocimiento y el significado que cobran para éstos los valores de cuidado y prevención sanitaria con la que trabaja el Sistema de Salud.

El estudio de las redes deviene esencial, sus efectos positivos concluyen tanto en hábitos de vida más saludables (Stansfeld, 1999) como en la generación de apoyos emocionales y materiales necesarios para el bienestar de las personas.

Se analizará el discurso de las mujeres y los adolescentes como referentes familiares sobre el estilo y los valores de vida. Para conocer la perspectiva sociosanitaria se realizará un grupo triangular con profesionales de la atención primaria.

2. Sexualidad y reproducción. La sexualidad y la reproducción, como facetas primordiales de la salud, merecen un especial detenimiento. Las particularidades de la población inmigrante a la hora de entender las relaciones sexuales interesan en la medida en que vayan asociadas a prácticas de riesgo. En este sentido, resulta clave utilizar el concepto de desigualdad de género como referencia a la hora de interpretar las relaciones entre sujetos. Todo ello apunta a la necesidad de conocer el significado de las pautas de comportamiento que conducen a situaciones como embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual, prostitución y violencia de género. Especialmente en este ámbito, la distancia que separa al colectivo de inmigrantes de las instituciones sanitarias dificulta el desarrollo de una buena comunicación entre las partes y la planificación de programas de educación sexual.

Este apartado sólo puede abordarse a través de entrevistas individuales que garanticen alto grado de confidencialidad. Se incorporarán entrevistas a adolescentes para comprender las actitudes juveniles ante la sexualidad, y las relaciones de género. Desde el ángulo sanitario se realizará un grupo triangular con profesionales de las unidades de planificación sexual y familiar.

3. Salud mental. El sentimiento de desarraigo derivado de la ruptura con los valores y la cotidianidad propios constituye un acontecimiento psicológicamente desestabilizador en la salud de los inmigrantes (Jansá 2006). El síndrome de Ulises (Achotegui, J. 2004) expresa muy bien todo ese conjunto de duelos y situaciones estresantes por las que ha de pasar el sujeto, generalmente, con poco apoyo social. El abandono de la familia, la frustración por no haber logrado lo esperado, las incertidumbres relacionadas con el trabajo, la vivienda, el dinero, la justicia... conforman de manera negativa la salud mental de las mujeres. Las unidades de salud mental ubicadas en los centros de atención primaria constituyen, como una intervención cercana al sujeto, el ámbito idóneo para el estudio de la salud mental en el colectivo de inmigrantes.

Constituye un elemento transversal en todas las entrevistas realizadas puesto que en todos ellos estarán presentes los temas del desarraigo y el duelo. Para el análisis del discurso sanitario se llevará a cabo un grupo triangular con profesionales de las unidades mentales ubicadas en los centros de atención primaria.

4. Salud laboral. Se trata de una esfera fundamental en la percepción de bienestar por parte de los sujetos. El trabajo condiciona la experiencia de las mujeres inmigrantes de tal forma que la salud se subordina a las necesidades productivas y, para muchas de ellas, la pérdida de salud sólo es importante en la medida en que imposibilita la producción (Castillo Mazarrasa 2001).

El análisis de la salud laboral debe incorporar los efectos que el trabajo reproductivo, el cuidado de los otros, la crianza y el trabajo doméstico provocan en la salud.

Para poder conocer en profundidad las exigencias laborales de cada comunidad, junto a las

entrevistas a mujeres trabajadoras se incorporará el discurso de los varones y el de los representantes de las asociaciones.

5. Sistema Sanitario. El último apartado se concentra en la relación de las mujeres asiáticas con el sistema sanitario, lo que va a implicar un análisis sobre el acceso, las barreras, la comunicación y el grado de comprensión sobre las campañas y tratamientos con el que cuenta el colectivo.

La percepción de la salud, el valor que se otorga a la misma y la prevención ante los riesgos, varían en función de aspectos culturales, sociales y económicos. Resulta en este sentido muy probable, que sus demandas de asistencia sanitaria, su interés por participar en programas preventivos y su constancia en la continuidad de los tratamientos, sean también diferentes.

Los requisitos de la prevención en salud exigen esfuerzos continuados y resultados a largo plazo, que pueden ser muy positivos ante ciertas circunstancias (buenos niveles educativos, proximidad al sistema sanitario, interiorización de valores...), pero que no siempre se adaptan a condiciones de precariedad laboral, falta de apoyo social, estilos de vida que requieran soluciones a corto plazo y con dificultades para anticipar los hechos... El uso que en la actualidad el colectivo de inmigrantes está realizando del sistema, en procesos de enfermedad ya avanzados y con escasa utilización de la atención primaria en relación al uso de urgencias (Díaz Olalla 2005) apuntan en esta dirección.

El análisis de este apartado procede de los discursos que el colectivo de inmigrantes, en las diferentes figuras recogidas (madres, trabajadores, adolescentes...), ofrece respecto al sistema sanitario. Las relaciones y dificultades que los profesionales sanitarios perciben proceden del análisis de los discursos que generan en los grupos triangulares y en la entrevista al personal sanitario de Urgencias

Técnicas de investigación

El estudio se servirá de tres técnicas de investigación; entrevistas abiertas, grupos triangulares y grupos de discusión. Sus características se describen a continuación:

Entrevistas en profundidad. Se realizará un total de 29 entrevistas.

- 1 madre de cada una de las comunidades con niños pequeños que hayan nacido aquí (estudio de embarazo, cuidados infantiles, relación con el sistema sanitario...),
- 2 mujeres en edad adulta de cada una de las comunidades que responda al proyecto migratorio descrito (salud laboral, salud mental, estudio de la sexualidad, reproducción, relaciones de género, apoyo social...)
- 1 varón en edad adulta de cada una de las comunidades que responda al proyecto migratorio descrito (con el objeto de establecer un marco de comparación respecto a las mujeres y su visión de la salud laboral, salud mental, visión de las estructuras familiares...)
- 1 Representante de cada una de las asociaciones de japoneses, chinos, filipinos y coreanos existentes en España (salud mental y laboral, vínculo con las instituciones, integración social...)
- 2 Adolescentes de cada comunidad (una chica y un chico entre 14 y 17 años, estilo de vida, grado de integración social, visión de las relaciones de género)
- 1 Personal sanitario de Urgencias (imagen de la comunidad asiática en el sistema, tipo de problemas con los que acuden...).

Grupos triangulares. Se trata de una reunión de un grupo pequeño de tres a cinco “expertos” sobre una realidad determinada que conocen suficientemente y sobre la cual pueden ofrecer visiones potencialmente distintas

2. Grupo triangular de atención sanitaria: compuesto por un médico/a de primaria, trabajadora

social, y enfermera

2. Grupo triangular de base social: compuesto por orientadores, mediadores interculturales de asociaciones, ONGS y sector público que trabajan con el colectivo de inmigrantes.

1. Grupo triangular de la unidad de salud mental: compuesto por profesionales (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) de las unidades de salud mental de atención primaria.

1. Grupo triangular sobre planificación familiar: compuesto de profesionales (ginecólogos, matronas, mediadores juveniles, enfermeras...) de los centros de planificación familiar.

Grupos de discusión. Se trata de una reunión de ocho a diez personas que comparten una serie de características comunes y que a través de la acción del moderador reproducen sus discursos orientados hacia los objetivos de la investigación en un contexto de conversación cotidiana.

Las características de los miembros de la comunidad asiáticas y las experiencias del equipo investigador desaconsejan la realización de técnicas de carácter grupal en grupos que sufren una fuerte presión social. Existe sin embargo una comunidad, la filipina, que parece contar con rasgos que posibilitarían su desarrollo (antigüedad en la permanencia en España, mayor facilidad en el contacto, mejor conocimiento entre las comunidades española y filipina, ausencia de control comunitario y falta de estructuras familiares rígidas, importante volumen de residentes mujeres y alto grado de nacionalización).

1. Grupo de Mujeres trabajadoras filipinas con un periodo de residencia en España superior a 5 años.