

SALUD E INMIGRACIONES: LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCION SOCIO SANITARIA A INMIGRANTES DE MEDICOS DEL MUNDO EN MADRID

ALFONSO CUADROS RIOBÓ *

INTRODUCCION

Este artículo pretende exponer la experiencia de atención socio sanitaria a inmigrantes irregulares y sin recursos en Madrid, desarrollada por la Organización No Gubernamental *Médicos del Mundo*, en el período comprendido desde 1994 a 1997. A partir de la definición de sus objetivos y actividades por proyectos, se resume brevemente la evolución del Programa ante las necesidades planteadas, así como los niveles de coordinación alcanzados. Finalmente, de forma sucinta se propone una valoración del impacto del Programa en el contexto de la cooperación y ayuda con las personas inmigrantes, así como una previsión de futuro.

* Psicólogo. Director de Programas de Cuarto Mundo de Médicos del Mundo, desde julio de 1994 hasta junio de 1997.

1. INMIGRACION IRREGULAR Y DESATENCION EN LA SALUD

EL crecimiento socioeconómico de nuestro país en los últimos veinte años, y su alineamiento entre los llamados *países del Primer Mundo* ha determinado que actualmente pretendan asentarse en las principales ciudades del Estado un número significativo de personas inmigrantes procedentes de naciones en desarrollo o de otras con graves conflictos internos. Si hasta hace diez años aproximadamente el flujo de inmigración estaba integrado casi en exclusiva por personas de Latinoamérica, el último decenio se ha caracterizado por la llegada de mujeres y hombres del Magreb y del Africa Subsahariana. Estas personas han venido huyendo, en un periplo dramático y azaroso, de las carencias más absolutas (trabajo, salud, seguridad) y atraídos por los falaces mensajes de opulencia procedentes de sus propios compatriotas, asentados hace tiempo en países europeos, o por la sesgada información de los medios de comunicación.

Si el itinerario *de acceso* a nuestro territorio es abrupto, no es menos patética la situación en que deben desenvolverse esas personas en nuestro entorno, siendo sin duda la *falta de acceso a los servicios sanitarios y de prevención de la salud* uno de sus problemas más graves. Como es sabido, esta importante carencia es debida a su situación de *irregularidad* en nuestro país, motivada por la falta de permisos de trabajo, de residencia o, por la estrecha ligazón de estos condicionantes administrativos, de ambos.

En cualquier caso, se trata de un colectivo significativo de personas que se encuentra en nuestra sociedad en una situación de evidente *vulnerabilidad*. La característica de configurarse en un *grupo excluído socialmente* es debido, a nuestro juicio, por:

- 1.º La falta de hábitat y residencia estable.
- 2.º La falta de trabajo o trabajo en precario.

- 3.º La falta de documentación, de permisos, en regla.
- 4.º La ausencia de protección social y sanitaria.
- 5.º La proximidad de sentimientos xenófobos o, al menos, de desconfianza.
- 6.º La ausencia de red de apoyo social en muchos casos.
- 7.º El desconocimiento del idioma, costumbres, territorio.
- 8.º La falta de oportunidades para canalizar adecuadamente su bagaje sociocultural entre la sociedad mayoritaria.

En el intento de paliar la situación de indefensión de estas personas inmigrantes sin cobertura sanitaria, al menos en Madrid, y de compensar el básico Derecho a la Salud, *Médicos del Mundo* puso en marcha en Enero de 1994 el Programa del *Centro de Atención Sociosanitaria para Inmigrantes (CASSIM)*. Posteriormente, en 1995 se abrieron Programas en las ciudades de Valencia y Sevilla. Actualmente existe un trabajo semejante en otras ciudades como Toledo, Oviedo, Gijón y Bilbao.

2. OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y EVOLUCION DEL PROGRAMA

El *Objetivo General* ha sido el de *Prestar una atención sociosanitaria integral que cubra las carencias del colectivo inmigrante, con especial atención a los individuos más excluidos socialmente y con menos recursos.*

Como *Objetivos Específicos*, en un principio se señalaron cuatro:

- 1.º Detectar, valorar y resolver situaciones sanitarias y psicosociales que exijan intervención inmediata.
- 2.º Desarrollar una Educación para la Salud básica.
- 3.º Promover la Salud infantil.

- 4.º Sensibilizar a la población en general, incluyendo Administraciones Públicas y otras Instituciones.

A su vez, para la consecución de los respectivos *Objetivos Específicos* (OE, en adelante), se pusieron en marcha las siguientes actividades:

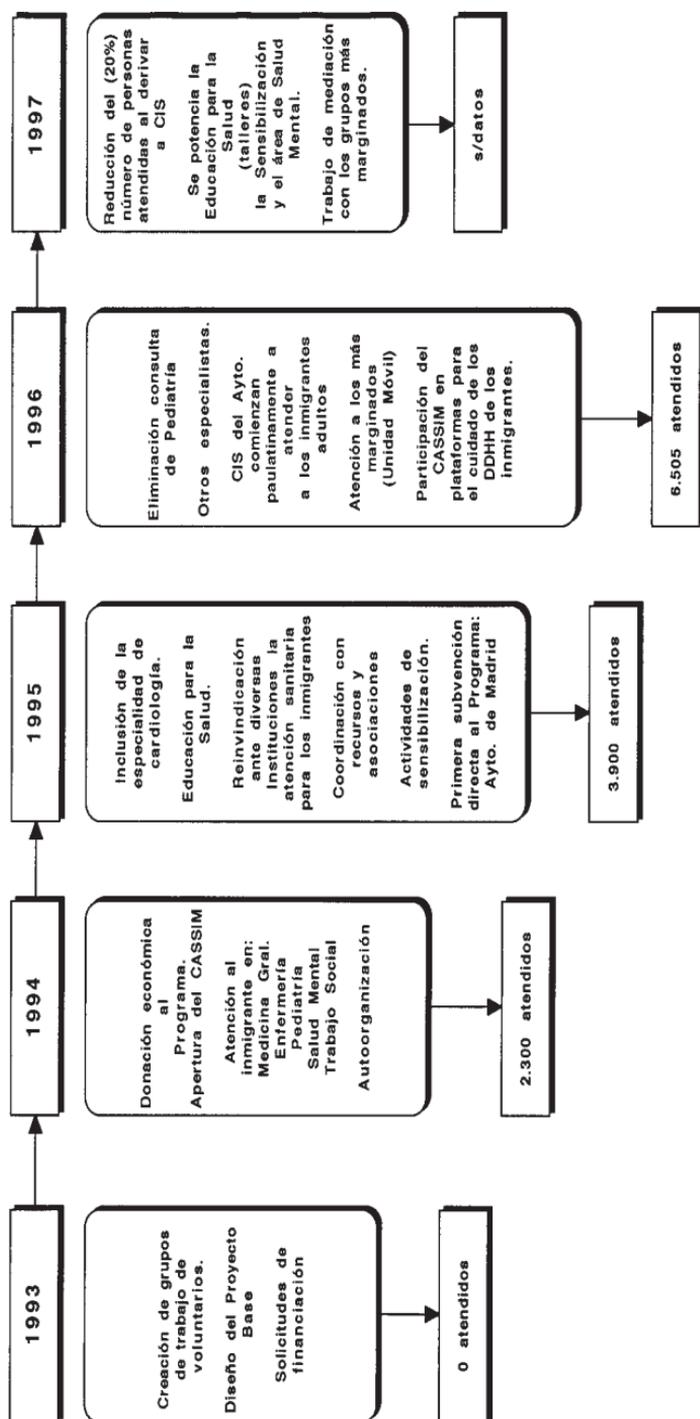
- *Para OE-1:* Consultas de Atención Primaria (Medicina General, Enfermería, Pediatría, Salud Mental) y de Trabajo Social.
- *Para OE-2:* Talleres de Educación para la Salud dirigidos a mujeres fundamentalmente.
- *Para OE-3:* Talleres para padres, charlas informativas.
- *Para OE-4:* Charlas en Colegios e Institutos, a profesionales y en otros ámbitos.

Sin embargo, y pese a la corta experiencia del Programa, se han producido cambios tanto en los objetivos como, lógicamente, en las actividades realizadas. La evolución del Programa, desde sus albores antes de la apertura del Centro de Atención, hasta el presente año, se expone resumidamente en el Cuadro 1.

Fruto de la dinámica de investigación-acción cotidiana, del mayor conocimiento de la realidad a atender y del trabajo de coordinación con otras instituciones, los cambios más significativos en la evolución del Programa han sido la supresión de la *Consulta de Pediatría*, y consecuentemente del OE-3, la incorporación de algunas especialidades médicas y también el mayor esfuerzo en llegar a los inmigrantes más desprotegidos, que no acudían a nuestro Centro.

En el primer caso, en el Área de Pediatría, tras diversas gestiones con los Centros Integrales de Salud (CIS) del Ayuntamiento de Madrid, se consiguió incorporar a los hijos de los inmigrantes irregulares a esos Centros, a través del *Programa de Niño de Riesgo*, que se desarrolla para la prevención y atención de niños con problemas de marginación. Así, desde 1996 la consulta de Pediatría se supri-

CUADRO 1
EVOLUCION DEL PROGRAMA DEL CENTRO DE ATENCION SOCIO SANITARIA A INMIGRANTES (CASSIM) DE MDM EN MADRID



me, con un éxito que consideramos debía extenderse al resto de la Atención Primaria de nuestro Programa, en la idea de que todos los inmigrantes fuesen atendidos en la Red Normalizada.

Como consecuencia de las grandes dificultades que se encontraban en conseguir la derivación a consultas de Especialistas, en hospitales y otros centros, se contó desde 1995 con la ayuda de algún especialista (Cardiólogo), para ampliarse al año siguiente con la inestimable aportación de tres colaboradores más: Otorrino, Fisioterapeuta y Urologo. Estas incorporaciones no han obviado el permanente esfuerzo por seguir utilizando la *red informal* de profesionales voluntarios que, no prestando una atención directa en el CASSIM, han seguido *facilitando* ciertas pruebas vitales de complejo acceso en el medio hospitalario, sin coste para el inmigrante.

Finalmente, y tras la atención en dos años a varios miles de personas que acudían al Centro, constatamos que, a pesar de atender a un volumen importante de personas (ver Cuadro 1), nuestros servicios no llegaban a aquella franja de población inmigrante, irregular y aún más excluida, que habitaba en chabolas o infraviviendas, lejos de la gran ciudad. Así, desde principios de 1996 se puso en marcha un dispositivo, integrado también por voluntariado, que acudía los sábados a los poblados chabolistas de población magrebí de *Boadilla del Monte*. Un equipo básico de conductor/a, médico/a y enfermero/a, ha venido acudiendo ininterrumpidamente a esta zona para orientar, atender y cuidar *in situ* al colectivo allí asentado, que mostraba severa reticencia en un principio a trasladarse al CASSIM en Madrid.

3. METODOLOGIA DE INTERVENCION: EL VOLUNTARIADO

Son sin duda los voluntarios los verdaderos protagonistas de esta experiencia, dado que este Programa no hubiera existido sin más de las *noventa personas voluntarias*, profesionales y no profesionales, que durante estos años han desempeñado una labor tan cuidada como la de cualquier dispositivo de atención, social o sanitaria, con personal remunerado. En los albores de la puesta en marcha del Programa, en 1993, se reunían los diversos equipos de medicina y enfermería, salud mental y trabajo social, mucho antes de que existiera físicamente el Centro de Atención Sociosanitaria. Por aquel entonces se desconocía cuándo este Programa recibiría una ayuda institucional, pero ya un nutrido grupo de personas donaban su tiempo desinteresadamente recogiendo datos, perfilando estrategias, en el necesario Análisis de la Realidad que, sobre el colectivo inmigrante, debía realizarse para configurar lo que posteriormente serían los Proyectos a desarrollar, de índole sociosanitaria.

Sería en 1994 cuando se abre el Centro, en la calle de la Corredera Baja de San Pablo, 25, a partir de una generosa donación particular.

A partir de entonces se configuraron las *cinco Areas de Atención básicas*, organizadas en grupos de voluntarios e igualmente coordinadas por un profesional voluntario cada una de ellas: Medicina General; Trabajo Social; Enfermería; Pediatría, y Salud Mental, que, a través de consultas individualizadas, atendían a hombres y mujeres procedentes, fundamentalmente de América Latina y el Magreb. Como único personal remunerado, el Programa ha contado con una persona dedicada a la selección y coordinación del voluntariado, y otra más para tareas administrativas de recepción y atención.

Progresivamente se fueron desarrollando las actividades de Sensibilización, con charlas en el medio educativo, a niños y jóvenes, para dar a conocer la realidad de la emigración y *los porqués* de la presencia de las personas inmigrantes en nuestra sociedad del bienestar.

Al mismo tiempo, y a medida que se disponía de los datos de atención, basados en la propia experiencia, se comenzaron a establecer reuniones periódicas con las instancias de gobierno central, autonómico y local, competentes en materia de salud y servicios sociales. La idea era explicar que el esfuerzo de este Programa debería considerarse como un «parche» puntual que no podía perpetuarse en el tiempo. Siempre pensamos que la compleja (en apariencia) posibilidad de que fuera la Red Pública de Asistencia Sanitaria la que acogiera a estas personas, con el doble fundamento de no vulnerar el Derecho a la Salud y de realizar un trabajo de prevención estratégico, era la única opción pertinente para solucionar el problema.

4. LA COORDINACION EXTERNA

Si efectivamente el trabajo de unificar criterios, coordinar intervenciones y personas con el número de voluntarios expuesto, ha supuesto un reto permanente para la Organización, no ha sido menor la tarea de coordinación externa con el nutrido grupo de Organizaciones Sociales de índole diversa, incluídas las de los propios inmigrantes. Afortunadamente las necesidades eran tan claras y objetivas (atención social y sanitaria) que se recibió el apoyo y colaboración, en todo momento, del diverso tejido social que viene desde hace años trabajando con y para el colectivo inmigrante.

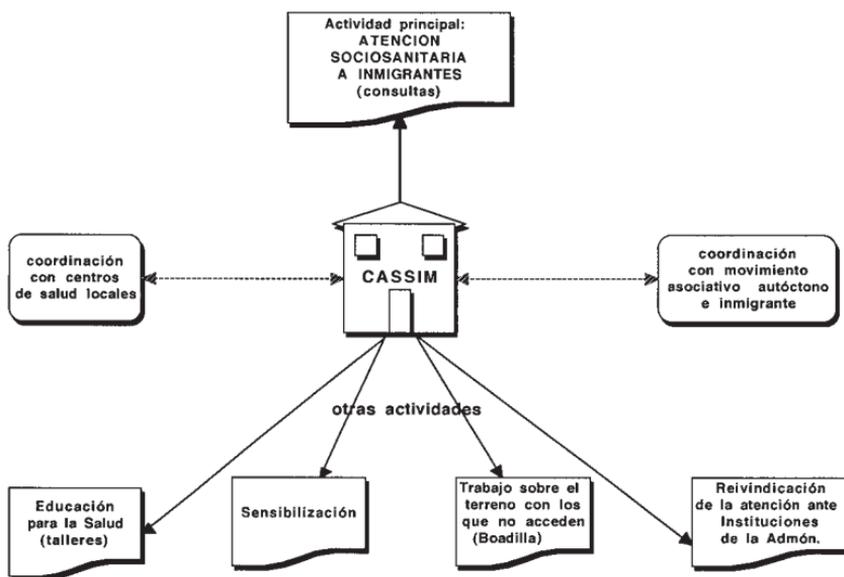
No son escasas las actuaciones conjuntas realizadas (edición guía de recursos, realización de talleres para mujeres inmigrantes, trabajo de reivindicación institucional, etcétera) y puede decirse que para pocos temas se ha po-

dido conseguir un consenso tan amplio y una convicción tan duradera en la búsqueda de soluciones prácticas ante el problema de la salud. En igual medida merece destacarse aquí la progresiva implicación de los Centros Integrales de Salud (CIS) del Ayuntamiento de Madrid, que en la fecha actual atienden en la medida de sus posibilidades a los inmigrantes irregulares, aunque *de facto* no entre dentro de sus competencias la Atención Primaria.

El Cuadro 2 expone los niveles de coordinación establecidos, así como las diversas actividades desarrolladas desde el Programa.

CUADRO 2

ACTIVIDADES Y COORDINACION DEL CENTRO DE ATENCION SOCIO SANITARIA A INMIGRANTES



5. LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION INMIGRANTE SIN RECURSOS

En la actualidad ya es conocido que los *patrones de enfermedad* de la población inmigrante irregular no son muy diferentes de los de la población mayoritaria española (al menos la madrileña). Por desgracia, en la mayoría de los casos, sí responden las patologías agudas a unas condiciones de habitabilidad y de trabajo precarias. Así, y por orden de importancia, han sido los problemas osteomusculares, infecciosos y gástricos los más encontrados. En el caso de los dos primeros, es clara la correlación con esfuerzos continuados en tareas de sobreesfuerzo muscular (trabajo en la construcción) y con hacinamiento (viviendas de tamaño reducido con excesivo número de inquilinos).

Pero son sin duda los problemas de índole psicossomática los que más han sorprendido a los profesionales, encontrándose un elevado porcentaje (hasta el 40 por 100) de dificultades relacionadas con el estrés generado por las condiciones de vida: cefaleas, alteraciones gastrointestinales, otras somatizaciones... Las azarosas situaciones de indefensión a que se ven sometidas estas personas determinan que se produzca una elevada tasa de derivaciones inter-programa, de los profesionales de la medicina o el trabajo social hacia el área de Salud Mental (psicólogos y psiquiatras) para el abordaje de cuadros relacionados con la ansiedad situacional y la depresión reactiva.

Los talleres de Educación para la Salud, que inicialmente se establecieron para su desarrollo con mujeres inmigrantes, han ido configurándose en la actualidad también como grupos de trabajo para la adquisición o mejora de las habilidades sociales, solución de problemas, toma de decisiones, etc., desarrollados por equipos interdisciplinarios de voluntarios. La potenciación de las capacidades perso-

nales, ante el laberinto de problemas que encuentran estas personas en nuestro entorno, se ha convertido en un objetivo más, basado en el aprendizaje estructurado.

6. VALORACION DE LA INTERVENCION

La mera existencia de este Programa y sus diversos Proyectos relacionados con la atención sociosanitaria, con ser un aporte imprescindible y eficaz ante la urgencia de atender, no basta para obviar la necesaria evaluación tras casi cuatro años de existencia.

A nivel cuantitativo, con los limitados recursos expuestos, es claramente positivo que se hayan atendido en el año 1996 a 6.505 *personas*, derivando a otras muchas a otros Centros o Servicios sanitarios. Consideramos que entre el CASSIM y el esfuerzo de otras Organizaciones análogas (Karibu, v. gr.) actualmente se está atendiendo a nivel sociosanitario al 85 por 100 de los inmigrantes irregulares en Madrid.

Desde el punto de vista cualitativo, hemos querido diferenciar los aspectos que consideramos positivos y aquellos que quedan pendientes de ser mejorados paulatinamente y que, hasta la fecha, quedan sin cubrir.

Así, como *aspectos positivos*, el Programa del Centro de Atención Sociosanitaria para Inmigrantes ha servido para:

- Dar respuesta a una clara necesidad (la atención sanitaria) que afecta a uno de los colectivos más excluidos en nuestra sociedad.
- Pasar del acto asistencial puro a un trabajo de potenciación de la autonomía y de la corresponsabilidad de los propios inmigrantes respecto al cuidado de su salud. Se ha huido de actitudes paternalistas en el trato para facilitar que, en su momento, este colectivo pueda integrarse en la red sanitaria con los mismos derechos y deberes que los ciudadanos españoles.

- Realizar una labor de concienciación, sensibilización y reclamación ante la ciudadanía y ante las instancias competentes en materia sanitaria.
- Aglutinar en torno a una idea común a un número significativo de personas (voluntariado) que aportan su tiempo, destrezas e ilusión en la ayuda a los inmigrantes.

En cuanto a los *aspectos no alcanzados o a mejorar*:

- La insuficiente dotación de equipamiento que, en ocasiones, ha supuesto una actuación en precario.
- La ausencia de un trabajo sistemático de explotación de los propios datos y el análisis de las variables que inciden en el binomio salud-enfermedad de los inmigrantes.
- El escaso tiempo dedicado a la formación del propio voluntariado en los conceptos y claves que caracterizan la emigración, la realidad intercultural y los elementos diferenciadores entre sociedades pobres-sociedades ricas.

Finalmente, cabe decir que es difícil dibujar un escenario de trabajo a corto y medio plazo referido al problema de la atención sociosanitaria de los emigrantes extranjeros en nuestra Comunidad. Pese a los logros obtenidos es claro que el trabajo coordinado e inequívoco de las Instituciones, junto con los Grupos Sociales, está por hacer y debe confluir en una Política Social y Sanitaria que considere prioritario no sólo la Prevención, si no la propia Atención en las dificultades de salud de este colectivo.

Los primeros pasos, desde la iniciativa social, ya están dados, como muestra la experiencia del Programa del CASSIM que aquí se ha expuesto. Otros gestos y reflexiones son necesarias ahora que todavía es tiempo y hay posibilidades de organizarse aún mejor ante el esperable crecimiento de la llegada de personas de personas en situación de necesidad de otros países.