

Universidad de Granada
Departamento de Estudios Semíticos
Facultad de Filosofía y Letras

**SALUD E INMIGRACIÓN:
EL CASO DE LOS MARROQUÍES EN EL
PONIENTE ALMERIENSE (EL EJIDO)**

Por

ABDESSAMAD LAHIB DABAJ

Tesis Doctoral dirigida por los Profesores:

Dra. Caridad Ruiz de Almodóvar Sel
Dr. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo
Dra. Emma Martín Díaz

Granada, Abril de 2008

Más lejos, hay que ir más lejos
de los árboles caídos que ahora os oprimen,
y cuando los hayáis superado
tened bien presente no pararos.
Más lejos, siempre id más lejos,
más lejos del hoy que ahora os encadena.
Y cuando seáis libres
volved a comenzar con nuevos pasos.
Más lejos, siempre más lejos,
más lejos del mañana que ahora ya se acerca.
Y cuando creáis haber llegado
sabad encontrar nuevas sendas.

Lluís Llach, basado en el poema Viaje a Ítaca, de Konstandinos Kavafis.

إلى ذاكرة والدي و جدتي رحمهم الله، محمد و زهرة
إلى والدتي فاطمة، الى أخي عبد الباسط و أختي ماجدة
إلى زوجتي أرانشا
إلى عاءلتي الكبيرة، أجدادي، أعمامي و عماتي، أخوالي و خالاتي و أبناءهم
إلى عشيرتي الأمازيغية أيت بلعيد
إلى كل أساتذتي على مدى حياتي
تذكير خاص إلى هالي عبد الكبير، محمد وقاف، إبراهيم طاكات،
أومبيرتو جارسيا و ميشال لوات
إلى كل المياومين و الفلاحين المغاربة و الأندلسيين

En recuerdo de mi padre y mi abuela, Mohamed y Azahra.
A mi madre Fatima, a mi hermano Abdelbast y a mi hermana Majda.
A mi esposa Arantza.
Al resto de mi familia, abuelos, tíos y tías, primos y primas.
A mi clan amazigh de los Ait bel'id.
A los maestros que tuve a lo largo de mi vida.
Especial recuerdo a Abdelkebir Hali, Mohamed Ouqaf, Ibrahim Takat,
Humberto García y a Michel Louwette.
Con todo el afecto a los jornaleros marroquíes y andaluces.

AGRADECIMIENTOS

Al meu amic Ramon Piqué, per l'ànim que em va donar per començar, continuar i cloure aquesta tesi.

A los tres Profesores directores: Dra Caridad de Almodova, Dr Rafael Rodríguez-Contreras y Dr Emma Martín, por su implicación, apoyo y ayuda.

Al Profesor Juan de Dios Luna por toda la ayuda prestada.

A los amigos Abdelaziz, Atika, Bouchra, Mohamed y Abderrahim por su ayuda en la realización del trabajo de campo.

A los 450 hombres y mujeres marroquíes, residentes en El Ejido, que se han prestado gentilmente para ser encuestados.

SUMARIO

1. PLANIFICACIÓN DE LA TESIS	5
1.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO	5
1.2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.3. MATERIAL Y MÉTODOS	7
2. INTRODUCCIÓN	10
2.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO, VIVIENDA, MERCADO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN	10
2.1.1. Contexto geográfico	10
2.1.2. Mercado de trabajo e inmigración en el Poniente almeriense	12
2.1.3. Estado de vivienda de la población inmigrante en el Poniente almeriense	13
2.1.4. Necesidades sanitarias de la población inmigrante en El Ejido.....	15
2.1.5. Recursos sanitarios en El Ejido.....	17
2.2. POBLACIÓN INMIGRANTE Y SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.....	18
2.2.1. Ley general de sanidad y los inmigrantes	18
2.2.2. Especificidades del sistema sanitario andaluz.....	19
2.2.3. El estado de salud de la población inmigrante.....	22
2.2.3.1. El estado de salud en la preemigración.....	22
2.2.3.2. Las patologías psíquicas de la población inmigrante.....	24
2.2.3.3. Las patologías orgánicas de la población inmigrante	27
2.2.4. Impacto de la inmigración sobre el sistema sanitario.....	33
2.3. SISTEMA SANITARIO, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE SALUD EN MARRUECOS.....	36
2.3.1. Sistema sanitario marroquí.....	36
2.3.2. Percepciones, creencias y costumbres de salud	37
2.3.3. La medicina tradicional y las creencias populares: presencia e impacto	40
2.3.3.1. Medicina tradicional marroquí: antecedentes y características.....	40
2.3.3.2. Cuidados y prácticas	42
2.3.3.4. Hábitos sexuales y de salud reproductiva	45
2.3.3.5. Salud del niño	47
2.3.3.6. Salud mental.....	49
3. RESULTADOS.....	52
3.1. REALIDAD SOCIOLABORAL DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO	52
3.1.1. Perfil de los marroquíes.....	52
3.1.1.1. Procedencia.....	52
3.1.1.2. Edad	53
3.1.1.3. Estado civil y nivel educativo	54
3.1.2. EXPERIENCIA MIGRATORIA.....	55
3.1.2.1. Tiempo de preparación del viaje.....	55
3.1.2.2. Formas de acceso no clandestinas	55
3.1.2.3. Formas de acceso clandestinas	56
3.1.2.4. Medios y mecanismos de acceso clandestino	57
3.1.2.5. Tiempo de residencia y situación jurídico-administrativa.....	59
3.1.3. Situación laboral, sectores de empleo e ingresos económicos	61

3.1.3.1. Situación laboral	61
3.1.3.2. Sectores de empleo.....	61
3.1.4. Estado de la vivienda de la población marroquí en el poniente.....	64
3.1.4.1. Ubicación	64
3.1.4.2. Tipos	64
3.1.4.3. Estado de conservación	65
3.1.4.4. Tamaño de la vivienda y número de personas por habitación.....	67
3.2. LA REALIDAD SANITARIA DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO	70
3.2.1. <i>El gasto en alimentación</i>	70
3.2.2. <i>Consumo de tabaco, drogas y alcohol</i>	71
3.2.2.1. Tabaco.....	71
3.2.2.2. Hachís y marihuana.....	72
3.2.2.3. Alcohol.....	73
3.2.3. <i>Hábitos sexuales y de reproducción</i>	75
3.2.3.1. Uso de preservativos y planificación familiar en Marruecos	75
3.2.3.2. Uso de preservativos y planificación familiar en El Ejido	77
3.2.3.3. Programa de control de embarazo y del niño sano	78
3.2.4. <i>El estado de salud y los comportamientos sanitarios en Marruecos</i>	79
3.2.4.1. Vacunaciones	79
3.2.4.2. Motivos de consulta y características de los pacientes en Marruecos.....	81
3.2.4.3. Itinerarios de curación de Marruecos.....	83
3.2.5. <i>El estado de salud y los comportamientos sanitarios en El Ejido</i>	88
3.2.5.1. Dificultades de acceso al sistema sanitario	88
3.2.5.2. Demanda de pruebas complementarias	90
3.2.5.3. Motivos de consulta y características de los pacientes en El Ejido	91
3.2.5.4. Itinerarios de curación en El Ejido	97
3.2.5.5. El seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios	103
3.2.5.6. Valoración de la atención sanitaria recibida	104
3.2.6. <i>Valoración y propuestas para la mejoría del propio estado de salud</i>	106
4. DISCUSIÓN.....	112
4.1. PERFIL DE LOS MARROQUÍES EN EL EJIDO	112
4.1.1. <i>Procedencia</i>	112
4.1.2. <i>Sexo y edad</i>	113
4.1.3. <i>Estado civil y nivel educativo</i>	115
4.2. EXPERIENCIA MIGRATORIA	116
4.2.1. <i>Tiempo de preparación del viaje</i>	116
4.2.2. <i>Las formas de acceso no clandestino</i>	117
4.2.3. <i>Los medios y mecanismo de acceso clandestino</i>	119
4.2.4. <i>El tiempo de residencia</i>	122
4.2.5. <i>La situación jurídico-administrativa</i>	122
4.3. SECTORES DE EMPLEO, SITUACIÓN LABORAL E INGRESOS ECONÓMICOS.....	124
4.3.1. <i>Sectores de empleo</i>	124
4.3.2. <i>Situación laboral</i>	127
4.3.3. <i>Ingresos mensuales</i>	128
4.4. EL ESTADO DE LA VIVIENDA DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO	130
4.4.1. <i>Ubicación</i>	130

4.4.2. Tipos	132
4.4.3. Estado de conservación	134
4.4.4. Numero de personas por habitación	136
4.5. EL GASTO EN ALIMENTACIÓN	137
4.6. CONSUMO DE TABACO, HACHÍS Y ALCOHOL	138
4.7. HÁBITOS SEXUALES Y DE REPRODUCCIÓN	142
4.7.1. Uso de preservativos y planificación familiar en Marruecos	142
4.7.2. Uso de preservativos y planificación familiar en El Ejido	144
4.7.3. Programa de controles de embarazo y del niño sano	145
4.8. EL ESTADO DE SALUD Y COMPORTAMIENTOS EN MARRUECOS	147
4.8.1. Vacunaciones	147
4.8.2. Motivos de consulta y características de los pacientes en Marruecos	147
4.8.3. Itinerarios de curación en Marruecos	149
4.9. EL ESTADO DE SALUD Y COMPORTAMIENTOS EN EL PONIENTE	154
4.9.1. Dificultades de acceso al sistema sanitario	154
4.9.2. Demanda de pruebas complementarias	158
4.9.3. Motivos de consulta y características de los pacientes en El Ejido	158
4.9.4. Itinerarios de curación en El Ejido	168
4.9.5. El seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios	176
4.9.6. Valoración de la atención sanitaria recibida	177
4.10. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PROPIO ESTADO DE SALUD	180
5. CONCLUSIONES	187
6. BIBLIOGRAFÍA	189
7. ANEXOS	207

1. PLANIFICACIÓN DE LA TESIS

1.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Esta tesis consta de 6 capítulos: planificación, introducción, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

El primero de ellos contiene los objetivos globales y específicos, así como materiales, metodología e instrumentos utilizados.

El segundo (introducción) consta de tres apartados:

- ▶ Uno sobre el contexto geográfico, el estado de vivienda de la población inmigrante y el mercado de trabajo y la inmigración en el Poniente almeriense y en El Ejido, lugar de realización del trabajo de campo.
- ▶ Otro aborda aspectos jurídicos de la atención sanitaria a inmigrantes, el estado de salud de estos, sus patologías, su impacto sobre el sistema sanitario español, las necesidades sanitarias de los inmigrantes en el Poniente y los recursos existentes.
- ▶ Y el último es un acercamiento al sistema sanitario, a las creencias y prácticas de salud marroquíes, a los hábitos de alimentación e higiene, sexuales y de reproducción; y de cuidados de salud mental.

El tercer capítulo recoge los resultados del trabajo de campo, están distribuidos en dos apartados: uno (realidad socio-laboral de la población marroquí en El Ejido) recoge datos sobre el perfil de los marroquíes, su experiencia migratoria, su situación laboral y la de su vivienda. Otro (Realidad sanitaria de la población marroquí en El Ejido) con datos sobre el gasto en alimentación, el consumo de tabaco, drogas y alcohol; los hábitos sexuales y de reproducción, el estado de salud y los comportamientos sanitarios en Marruecos y en El Ejido, la valoración de la atención sanitaria recibida y la del propio estado de salud con propuestas para mejorarla.

El cuarto capítulo aborda la discusión de los resultados. El quinto recoge las conclusiones y el sexto la bibliografía.

1.2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo general

El Objetivo general de este estudio es conocer diversas características (culturales, de comportamiento, sanitarias...) de las personas de origen marroquí tanto en su país como en España, así como los cambios que en el seno de esta migración se producen.

Objetivos específicos:

- ▶ Conocer las condiciones socio-laborales, migratorias y de salud de la población marroquí en el Poniente almeriense.
- ▶ Conocer los motivos de consulta más importantes realizados por ésta población en Marruecos.
- ▶ Identificar los itinerarios de curación preferidos y seguidos en el país de origen.
- ▶ Valorar la accesibilidad al sistema sanitario de la población marroquí en El Poniente almeriense.
- ▶ Conocer los motivos de consulta más importantes realizados por ésta población en El Ejido.
- ▶ Identificar los itinerarios de curación preferidos y seguidos en España.
- ▶ Conocer las expectativas y la valoración que tienen del sistema sanitario de nuestro país.
- ▶ Saber la valoración que hacen de su propio estado de salud actualmente y comparándolo con el tenido en el país de origen.
- ▶ Conocer la visión que tienen de las vías para mejorarlo.

1.3. MATERIAL Y MÉTODOS

Material

Se procedió primero a un análisis de la literatura sobre salud e inmigración en España y Europa, recopilándose la información sobre el tema, así como sobre salud reproductiva y sexual, motivos de consulta, salud mental, itinerarios de curación, patologías importadas, patologías cosmopolitas, sistema de salud español, legislación sanitaria respecto a inmigrantes. Al mismo tiempo se ha recopilado información sobre el sistema sanitario y el mapa de morbilidad en Marruecos, los tratamientos de la llamada medicina popular a patologías somáticas y psíquicas.

Por otra parte y dado que los condicionantes de salud son sociales, laborales y en nuestro caso tienen tanta importancia los procesos de inmigración; hemos analizado la literatura sobre inmigración; especialmente sobre las migraciones marroquíes en España, cronología, estadísticas y asentamientos. Sobre la legislación y el régimen laboral de los extranjeros. Respecto al contexto del Poniente almeriense, vivienda, mercado laboral, relaciones interétnicas.

MÉTODOS

Para la extracción de la muestra del estudio y su desarrollo, nos hemos centrado en el municipio de El Ejido por ser el primero en cuanto a número de inmigrantes en todo el Poniente Almeriense y por ser el que más inmigrantes marroquíes agrupa.

El objeto del estudio era pues la población de inmigrantes marroquíes en el municipio de El Ejido, que creemos, por su amplitud y tipos que la integran, es una población que puede representar bien a la de marroquíes del sur de España. Para poder tener una muestra que nos permitiera estimar con una precisión de un 4,5% y una proporción del 50% (el peor caso posible); el tamaño necesario fue de 474 personas que, ajustado a

una población finita supuesta de 4000 personas, se quedó en 432 personas. Finalmente se tomó una muestra de 450 personas. El muestreo empleado fue en bola de nieve, empezando por las personas que integraban núcleos de fácil acceso al mismo. Tras él se obtuvieron 249 (55,3%) hombres y 201 (44,7%) mujeres entre 15 y 62 años de edad.

El análisis estadístico de los datos del cuestionario se realizó en dos fases. En la primera y con objeto de describir las observaciones se llevó a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables recogidas atendiendo a su distribución de frecuencias y a las medidas básicas de resumen, media, percentiles, amplitud, desviación típica etc... En una segunda fase se llevó a cabo el estudio de asociación entre las diferentes variables de la encuesta aplicando un test a la tabla de contingencia oportuna (la mayoría de las variables eran cualitativas) siendo este test el de la chi-cuadrado cuando se daban las condiciones para aplicarlo o la generalización del test exacto de Fisher para tablas $r \times s$. Dado el carácter claramente exploratorio del trabajo, se empleó como límite para declarar un contraste significativo el nivel del 5%. El paquete estadístico empleado fue SPSS 14.2.

Instrumentos

Para la realización de la investigación, hemos elaborado un cuestionario que consta de siete bloques y 73 ítems (anexo 1). Una parte de los ítems tiene como respuesta un Sí o un No, otra parte tiene alternativas múltiples y algunos tienen respuesta abierta.

Los siete bloques tratan los siguientes grandes temas:

- ▶ Sexo, lugar de procedencia, estado civil, experiencia migratoria, situación jurídico-administrativa, nivel de estudios.
- ▶ Situación laboral, sector de empleo, ingresos mensuales

- ▶ Vivienda, ubicación, valoración, tipo, número de habitaciones, equipamiento, número de personas por habitación, gasto semanal en alimentación.
- ▶ Consumo de tabaco, hachís/marihuana, alcohol y otras drogas; frecuencia del consumo y lugar de comienzo
- ▶ Hábitos sexuales y reproductivos en Marruecos y en El Poniente almeriense.
- ▶ Estado de salud y comportamientos sanitarios en Marruecos y en El Ejido: motivos de consulta, itinerarios de consulta en ambos entornos, accesibilidad al sistema sanitario en El Poniente almeriense, valoración de la atención sanitaria recibida, valoración del propio estado de salud antes y después de la inmigración, propuestas de mejora de la propia salud.

En el análisis de los datos del cuestionario, se han seguido las siguientes variables:

- ▶ Sexo
- ▶ Edad
- ▶ Estado civil
- ▶ Nivel de estudios
- ▶ Procedencia de zona urbana o rural
- ▶ Situación jurídico-administrativa
- ▶ Ubicación de la vivienda
- ▶ Situación laboral
- ▶ Ingresos mensuales

2. INTRODUCCIÓN

2.1. CONTEXTO GEOGRÁFICO, VIVIENDA, MERCADO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

2.1.1. Contexto geográfico

La comarca del Poniente almeriense se divide en tres subcomarcas: la de Berja y Dalías, la de Adra y la del Campo de Dalías. La última subcomarca está compuesta por cinco núcleos de población: Roquetas de Mar, La Puebla de Vícar, La Mojonera, Balanegra y El Ejido, núcleo dónde hemos centrado nuestro trabajo de Campo.

A pesar del déficit de agua y de tierras adecuadas para la agricultura tradicional, un conjunto de factores de índole tecnológico (obras hidráulicas, nuevas técnicas de cultivo), financiero (facilidades por parte de la banca y de Instituciones Públicas) y social (trabajo familiar, práctica del “fiao”); ha permitido un desarrollo de gran envergadura de la agricultura de invernadero en la zona (Martín, Melis y Sanz, 2001).

Dicho desarrollo no estuvo libre de dificultades y altibajos. Primero la superación del hundimiento de la uva de mesa, principal cultivo hasta la década de los sesenta. Segundo la eliminación de las barreras de calendario que condicionaban las exportaciones hacia países de la UE al ingresar en ella en 1986. Tercero la plena integración en la UE en el segundo tercio de los años noventa, lo que ha supuesto la superación de limitaciones anteriores. Estos cambios se han traducido en mayor producción hortofrutícola y un incremento continuo de la superficie cultivada, en la prolongación del calendario de producción (solo dos meses de descanso) y en mayor libertad de exportación a los países de Europa Occidental (Martín, 1999).

El resultado de semejante desarrollo es un mercado de trabajo muy dinámico dónde la necesidad de mano de obra ha ido creciendo de manera constante. El grupo doméstico fue y sigue siendo el principal del

mercado laboral almeriense, porque una parte muy importante de las explotaciones son de tamaño pequeño, lo que no hace necesaria la contratación de asalariados fuera de la familia.

El grueso de los autóctonos que emigraron a la zona, pasaron con el tiempo de ser jornaleros a pequeños propietarios. Tanto ellos como otros, han tenido que hacer frente a la caída de la rentabilidad de las explotaciones en los noventa, realizando más inversiones en la ampliación de la superficie de sus invernaderos para mantener el nivel de ingresos y por consecuente pasan a necesitar más mano de obra y a tener más deudas con las entidades financieras (Martín, 1999).

El cese de la migración interna en los ochenta, la conversión de los jornaleros autóctonos en propietarios, el incremento de la superficie cultivada; han creado un mercado laboral necesitado continuamente de mano de obra que esta vez va ser extranjera. A mediados de los ochenta comenzaron a llegar los primeros marroquíes, después grupos de subsaharianos y a mediados de los noventa nuevos grupos de Europa del Este, de Latinoamérica y en menor medida de otros lugares.

Dado el peso del sector agrario en el PIB de la provincia y la comarca, el grueso de los inmigrantes consigue empleo en dicho sector. Primero para cubrir la necesidad en los nuevos puestos creados y para sustituir a la mano de obra autóctona que se ha desplazado a mejores empleos.

De los aspectos negativos del mercado laboral Ejidense, la estacionalidad que afecta a un sector amplio de los inmigrantes limitando sus meses de empleo a unos cuantos, obligándoles a estar parados o a desplazarse a otras provincias. Una importante irregularidad en la contratación causada por el mal funcionamiento del contingente como mecanismo de contratación de inmigrantes en origen y de la insuficiencia de las regularizaciones ante el número de personas en situación irregular, y causada también por el deseo de ahorro en costes de una parte del empresariado. Y por último un convenio agrícola con las tablas salariales

de las más bajas de toda Andalucía y muy poco respetado por parte de los empresarios (Checa, 1995; Martín, 1999; Martín, 2001).

2.1.2. Mercado de trabajo e inmigración en el Poniente almeriense

Los factores económicos y del mercado laboral citados anteriormente son el principal factor de atracción para la inmigración extracomunitaria. Un inicio nada importante a mediados de los ochenta y con un incremento vertiginoso desde mediados de los noventa hasta la actualidad como en el resto del país, que hizo de Almería la provincia con más tasa de inmigrantes extracomunitarios en relación con el total de habitantes censados.

Durante los años noventa la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios de la provincia eran africanos, marroquíes sobre todo y de distintos países subsaharianos en segundo lugar. A partir del año 2000 se ha incrementado el porcentaje de inmigrantes procedentes de Europa del Este y de Sudamérica que pasaron de un 5% en 1999 a representar el 23,7% de la población extranjera en 2001. Lo que se puede interpretar como una estrategia de sustitución de la mano de obra marroquí por otra a raíz del conflicto de El Ejido del año 2000 (Navas y otros, 2004).

Debido a cuestiones del mercado de trabajo, la distribución de la población inmigrante en la provincia es desigual, habiendo mayor concentración en las zonas con desarrollo de la agricultura intensiva. La comarca del Poniente acapara los mayores porcentajes de inmigrantes, seguida por la comarca del Levante. Los municipios de la primera y otros de la segunda figuran entre los que más población extranjera tienen en todo el país.

Si en sus inicios la población extranjera extracomunitaria en la provincia era mayoritariamente masculina, joven y soltera. La tendencia en los últimos años ha sido una acelerada feminización, tanto por los procesos de reagrupación familiar como por la llegada de mujeres de Europa del

Este y Sudamérica. Al mismo tiempo se ha incrementado el número de niños y menores reagrupados.

Por un lado las posibilidades de trabajo en la economía sumergida, le ha otorgado a la provincia un plus de atracción para aquellos inmigrantes en situación irregular. Por otro las precarias condiciones laborales, así como la escasez de posibilidades de promoción, generan un continuo abandono de los inmigrantes con permiso de trabajo y residencia. Paradójicamente es una provincia que pierde a inmigrantes regulares y acoge a otros en situación irregular.

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a fecha del 30 de septiembre de 2007, reside en la provincia de Almería un total de 124.238 extranjeros. De ellos, 52.153 pertenecen a países de la Europa Comunitaria, encabezados por Rumanía cuyos ciudadanos se han incrementado de 9.135 a finales de 2006 a 26.862, les siguen los del Reino Unido (10.831), los lituanos (4.466), la cifra de los demás países es mucho más inferior. El resto de Europa 3.675 de ellos sobresale Rusia 2.192 y Ucrania 1.233. Los africanos suman 47.494, de los cuales 37.494 son marroquíes, 2.163 son senegaleses y unos 1.632 de Malí. Los iberoamericanos son unos 18.788, de ellos los ecuatorianos son el grupo mayoritario con 8.752. Y por último los asiáticos 1.923, dominados por pakistaníes 885 y chinos 663.

2.1.3. Estado de vivienda de la población inmigrante en el Poniente almeriense

No cabe duda que la vivienda es una de las necesidades a cubrir en la sociedad actual, muchos son los colectivos con graves problemas de acceso a ella y/o que habitan viviendas con enormes carencias. Los inmigrantes padecen sus problemas, sobre todo en el inicio de su residencia. De modo que se convierte en uno nudo gordiano; «para tenerla hay que tener trabajo, para poder buscar empleo hay que tener una vivienda». Muy parecido y conectado con el otro factor limitante de las

personas en situación irregular “para poder trabajar hay que tener permiso y para tener permiso hace falta un contrato de trabajo”.

Hay factores estructurales que influyen negativamente en el acceso de los inmigrantes a ella, igual que lo hacen para otros grupos de autóctonos. La insuficiencia de viviendas disponibles para alquiler y las exigencias económicas para acceder a una en régimen de compra.

Además de estos factores, otros que conciernen a los inmigrantes suponen una dificultad añadida. Su condición de extranjero suscita como mínimo la habitual desconfianza hacia el foráneo que llega a extremos de discriminación y rechazo racial. Sus precarias condiciones laborales que no les permite cumplir los requisitos habitualmente exigidos para el alquiler como disponer de un empleo estable, una nómina, etc. Y es impensable que, en los primeros años de residencia, un inmigrante esté en condiciones de comprar una.

De ahí que una parte tenga que compartir una de alquiler con compatriotas con más tiempo de residencia, otros se alojan en las facilitadas por el empresario ya sea de manera gratuita o mediante pago, otro grupo bastante grande vive en condiciones inhumanas; y por último una minoría de personas con un tiempo de residencia considerablemente alto -habitualmente más de cinco años- ya ha adquirido una vivienda.

La mayoría de los estudios realizados sobre el tema (Defensor del Pueblo Andaluz, 2001; Castaño, 2002; Checa y Arjona, 2003; Soriano, 2004; Pérez y Rinken, 2005), coinciden en los siguientes aspectos:

- ▶ Un alto índice de segregación que relega a más de la mitad a espacios alejados de los núcleos urbanos y a vivir en diseminados.
- ▶ Grandes carencias en cuanto a la edificabilidad, chabolas, almacenes, casas semi-derruidas y hasta transformadores eléctricos; habitaciones sin ventanas o sin separación, ausencia de cocinas y de cuartos de baño adecuados.

- ▶ Deficiencias en cuanto a equipamientos básicos como la luz, el agua caliente y corriente.
- ▶ Alto índice de hacinamiento.
- ▶ Discriminación étnica y/o precios abusivos en los alquileres a determinados colectivos.
- ▶ Nefastas consecuencias sobre la educación y la socialización de los hijos de familias inmigrantes con problemas de vivienda.
- ▶ A falta de iniciativas institucionales serias para resolver dichos problemas en los colectivos de inmigrantes.
- ▶ Algunas iniciativas institucionales -casas prefabricadas en El Ejido- incluso han agravado el problema de la segregación espacial.

2.1.4. Necesidades sanitarias de la población inmigrante en El Ejido

A *grosso modo* coinciden con las de la población autóctona, aunque suelen variar en función de variables como el sexo, la edad, la actividad laboral y los ingresos económicos; y en función de otras propias de la inmigración como la procedencia, el estatus jurídico, el tiempo de residencia en España y el lugar de residencia.

Las podemos clasificar en:

- ▶ De atención a patologías agudas y no graves: se atienden en los dispositivos de atención primaria o en los servicios de urgencia. Los aspectos diferenciales a este nivel son los del conocimiento de los servicios sanitarios, del derecho a la atención sanitaria en el caso de los inmigrantes irregulares, de la realización de las gestiones burocráticas como la solicitud de la Tarjeta de atención sanitaria gratuita o designación del médico. A veces los factores extra-sanitarios como la precariedad laboral, la falta de vivienda o su lejanía dificultan o impiden la adherencia a los tratamientos, el seguimiento de dietas, el mantenimiento de periodos de reposo, incluso la compra de fármacos para tratamientos de larga duración. Y por último la necesidad y dificultad de una comunicación eficiente con

los distintos profesionales para mejorar la intervención sanitaria y consolidar la relación de confianza profesional/usuario inmigrante.

- ▶ De prevención de enfermedades: son más importantes en los casos de inmigrantes recién llegados, en situación jurídico-administrativa de irregularidad y que están inmersos en duras circunstancias de vida y de trabajo. Son los grupos más vulnerables ante los riesgos que aumentan por el desconocimiento, por las condiciones de vida y por la situación de estrés que provoca dejadez. El riesgo de enfermar se eleva en la primera etapa de residencia de la mayoría de los inmigrantes y abarca patologías relacionadas con el hacinamiento, la falta de higiene personal y de la vivienda, la mala calidad de la dieta, el consumo de sustancias “tóxicas”, la no utilización de anticonceptivos y de medios de prevención de riesgos laborales.

- ▶ De promoción de la salud: muchos de los programas de este apartado no se realizan o lo hacen tímidamente en los países de origen de muchos inmigrantes, con lo cual su grado de conocimiento o familiaridad con ellos es limitado o nulo. De allí que figuran entre las llamadas “necesidades no percibidas”, que habitualmente pasan a serlo después de un tiempo de residencia y un cambio en las condiciones socio-laborales. Podemos hablar aquí de necesidades de conocimiento de los distintos programas de promoción de la salud, algunos de importancia vital como las vacunas o el scrining, de conciencia y motivación, de captación para su realización y seguimiento.

- ▶ En resumen, las diferencias en necesidades sanitarias entre inmigrantes y autóctonos no son tan importantes como el efecto negativo sobre varios elementos del proceso de demanda-atención sanitaria con inmigrantes. Desigualdades en la accesibilidad y en el conocimiento del sistema sanitario. Dificultades de los inmigrantes en la percepción de ellas y así convertirlas en demandas sanitarias. Deficiencias, a veces graves, en la comunicación con los

profesionales y en la adherencia a los tratamientos. Dificultades de los profesionales a realizar un seguimiento adecuado de muchos de sus pacientes inmigrantes.

2.1.5. Recursos sanitarios en El Ejido

En cuanto a la estructura sanitaria pública, la comarca depende del Distrito Sanitario de Poniente y del hospital de Poniente. El primero engloba cuatro Zonas Básicas: Berja, El Ejido, Vícar, Adra y Roquetas de Mar.

La Zona Básica de El Ejido, dónde hemos realizado el trabajo de campo, está constituida por tres centros de salud: El Ejido, El Ejido Sur, y Santa María del Águila. Además de los centros de salud, tiene varios consultorios locales: Almerimar, Balerma, Guardias Viejas, Las Norias, Pampanico, San Agustín y Santo Domingo.

Las urgencias se atienden en el punto ubicado en el Centro de Salud de El Ejido Norte en horario de guardia, así como en el hospital de Poniente. Éste último es el hospital de referencia aunque los casos más complicados sean derivados al Hospital Torrecárdenas de la capital, Almería.

2.2. POBLACIÓN INMIGRANTE Y SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

2.2.1. Ley general de sanidad y los inmigrantes

El sistema sanitario español, diseñado y preparado a *priori* para atender al paciente nativo, demuestra serias dificultades frente a nuevos usuarios con especificidades culturales y lingüísticas diferentes. Dicho sistema debe afrontar nuevas necesidades derivadas de la incorporación de los usuarios inmigrantes, y de los profesionales del sistema que los atienden.

Los principios rectores o principios del sistema sanitario público español y andaluz son: 1) sistema público, 2) universalización de la asistencia, 3) concepción integral e integrada, 4) equidad y superación de las desigualdades, 5) racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria.

La Constitución española hace referencia a la salud en 12 de sus artículos, de ellos destacamos el Art. 43:

- 1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- 2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- 3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril, recoge conforme al espíritu manifestado en la Constitución las características fundamentales que deben regir la Sanidad en España; en el Art. 46 señala:

- a) La extensión de sus servicios a toda la población.
- b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

- c) La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d) La financiación de las obligaciones derivada de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas cotizaciones y tasas por la realización de determinados servicios.
- e) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

La referencia explícita a los derechos sanitarios de los extranjeros aparece en la ley orgánica 4/2000 reformada por la Ley 8/2000, que los regula en el artículo 12:

- 1) Los extranjeros que se encuentren inscritos en el padrón municipal en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- 2) Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
- 3) Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- 4) Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

2.2.2. Especificidades del sistema sanitario andaluz

En virtud de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, se crea el Servicio Andaluz de Salud como organismo responsable de la gestión y administración de los servicios sanitarios públicos de la Junta de Andalucía. La Ley precisa que el Servicio Andaluz de Salud es “garante del derecho de nuestros ciudadanos a la protección de la salud, de forma universalizada y equitativa, sin que nadie se vea discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia”.

En su título I, y según el derecho constitucional a la atención sanitaria, la ley establece como principio rector la universalización de la atención sanitaria y su garantía para todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación.

En su Art. 3, la Ley se refiere a los derechos de los extranjeros estableciendo lo siguiente:

- 1) Los españoles y los extranjeros residentes en cualesquiera de los municipios de Andalucía.
- 2) Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía, que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal.
- 3) Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación
- 4) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos por el Estado español.
- 5) Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo, se garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia.

En lo que concierne a la especificidad de la atención sanitaria a extranjeros, el III Plan andaluz de salud concreta esta atención en una estrategia de cuatro ejes: «(1) mejorar el acceso al Sistema Sanitario Público en condiciones de equidad, (2) disminuir la incidencia de los problemas de salud de esta población, (3) facilitar información sobre servicios sanitarios y recursos existentes con estrategias de mediación cultural, (4) facilitar el entendimiento lingüístico y cultural entre profesionales y personas extranjeras que residen en Andalucía» (Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2003: 159).

Para el desarrollo de esta estrategia, la Consejería de Salud suscribió el 19 de marzo de 1999 un convenio con distintas entidades. Dicho convenio intenta corregir las dificultades tenidas por los inmigrantes sin permiso de residencia, en Andalucía con el fin de asegurarles la atención sanitaria a través de los Servicios Públicos de atención primaria y especializada que les permita superar las dificultades de accesibilidad al sistema sanitario, que se manifiestan generalmente en el desconocimiento de las vías de acceso, de funcionamiento y de las prestaciones, del uso adecuado de las vías y de las facilidades específicas destinadas a ellos. Este desconocimiento es proporcional al tiempo de estancia en España, al uso del sistema sanitario moderno en el país de origen y en España, al estatus jurídico, a la ubicación de la residencia, a las competencias lingüísticas, etc.

El 20 de diciembre de 2006 la Consejería suscribe un acuerdo de colaboración con organizaciones sindicales y entidades no gubernamentales en materia de atención sanitaria a inmigrantes. El acuerdo fija como prioridad incrementar la participación de la población inmigrante en los programas de promoción de Salud y prevención de enfermedad con la incorporación de la dimensión cultural a las actuaciones. Para ello plantea los siguientes objetivos:

- ▶ Facilitar el acceso al Servicio Sanitario Público de Andalucía a la población inmigrante.
- ▶ Mejorar la calidad asistencial de los problemas de salud de la persona inmigrante y su familia.
- ▶ Incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil.
- ▶ Incluir en el plan de atención a cuidadores y cuidadoras a personas inmigrantes cuando concurren estas circunstancias, adaptando el plan a las características diferenciadoras de esta población.
- ▶ Adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo.
- ▶ Atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución.

- ▶ Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas y las adicciones entre personas de origen extranjero mediante medidas adaptadas a los patrones de consumo y las características culturales y lingüísticas de esta población
- ▶ Impulsar el acceso y la adaptación de la atención socio sanitaria y la promoción de la salud a las personas de origen extranjero con problemas de drogodependencias y adicciones (Ortega y Izquierdo, 2007: 49-52).

2.2.3. El estado de salud de la población inmigrante

2.2.3.1. El estado de salud en la preemigración

Diferenciamos entre factores relacionados con el país de origen la preemigración, y factores vinculados al contexto del país receptor.

Aplicando esa división a las patologías físicas y mentales, al inicio del proceso migratorio, revelará en algunos inmigrantes enfermedades gestadas antes de abandonar el país de origen. Otras enfermedades pueden estar influidas por factores del llamado contexto de la preemigración: toma de decisión, preparación y realización del viaje.

La elaboración de un proyecto migratorio requiere de una preparación, que suele ser larga en la mayoría de los casos. Requiere también de una inversión económica, cada vez en alza por las dificultades de acceso a los países de destino y los altos costos de emigrar clandestinamente. Cualquiera de los proyectos migratorios que culmine en una de las posibles formas de acceso a España, desde la más fácil, hasta la más traumática y arriesgada, necesita de planificación, inversión económica y tiempo.

La preparación, la inversión y la esperanza puesta en el éxito del proyecto migratorio, a menudo suele provocar en los sujetos tensión, estrés, ansiedad,...etc. De modo que las manifestaciones somáticas de dichos trastornos como las palpitaciones, el insomnio, el cambio del

carácter, las alteraciones de la alimentación,...etc; no tardan en aparecer. Puede provocar también el agravamiento de muchas enfermedades latentes que en condiciones normales no manifiestan ninguna sintomatología, como una úlcera de estómago y sus complicaciones.

En gran medida los inmigrantes gozan de un buen nivel de salud al principio de su llegada a España, las excepciones pueden figurar entre aquellas personas cuyo viaje, se ha alargado en tiempo y les ha llevado por territorios de otros países sin las suficientes condiciones de salud.

El factor principal de este buen nivel de salud es la edad, ya que ésta es determinante para contraer o no algunas enfermedades. Entre los que emigran, predominan los más jóvenes y los más fuertes tal como lo demuestran las estadísticas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con fecha del 31 de diciembre de 2007 y donde la media de edad es de 33,2 años. Lo que significa que un número elevado de ellos dispone de un buen nivel de salud.

El segundo factor es el requisito sanitario exigido a los inmigrantes que acceden a España con visado de trabajo o de reagrupación familiar. El Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000 establece una serie de requisitos sanitarios que condicionan la entrada de extranjeros no comunitarios a España propiciando la selección de los más sanos. Todos aquellos inmigrantes que solicitan un visado para la obtención de un permiso de residencia en España mediante contratación en origen o mediante reagrupación familiar, deben presentar un “certificado sanitario con el fin de acreditar que el solicitante no padece ninguna de las enfermedades cuarentenables contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional” (Art. 13.ap.C). El Art. 25 detalla más la exigencia, “presentar un certificado sanitario expedido en el país de procedencia o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios competentes a fin de acreditar que no padecen ninguna de las enfermedades cuarentenables contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste y fiebre amarilla), así como en cuantos compromisos

internacionales sobre la materia haya suscrito el Estado Español, sin perjuicio de lo que se disponga por la normativa de la Unión Europea. Igualmente debe acreditar que dispone de cobertura sanitaria para cubrir los gastos médicos y la repatriación asociados a un accidente o enfermedad repentina” (Art. 11 Ap. B, Art. 63 Ap. E y Art. 46 Aps. C y D). Esta selección garantiza la llegada de inmigrantes sanos.

2.2.3.2. Las patologías psíquicas de la población inmigrante

En su génesis coinciden múltiples factores que podemos clasificar en dos bloques, unos relacionados con el proceso de abandono del país de origen y otros con el proceso de adaptación al país receptor.

De los primeros, podemos citar la ruptura con la familia, máximo símbolo de la protección para el individuo. El vivir sin ella suele desembocar en fuertes sentimientos de tristeza, soledad, culpa, remordimiento e impotencia cuando es imposible cumplir con deberes familiares como cuidar al cónyuge y niños, a padres ancianos o hermanos menores o estar con la familiar en los momentos más importantes (Achotegui, 2005).

De los factores, relacionados con el proceso de adaptación en el país de recepción, podemos citar las siguientes:

- ▶ Las secuelas psíquicas de viajes realizados en pateras o como polizones, donde existe un gran riesgo de perder la vida.
- ▶ Las redes mafiosas que han introducido al inmigrante y lo mantienen bajo una constante extorsión, mediante amenazas físicas a él y a sus familiares en el país de origen.
- ▶ La presión financiera debida al endeudamiento para costear el viaje o por la necesidad de enviar dinero a la familia en el país de origen.
- ▶ La desorientación por el desconocimiento del nuevo entorno.
- ▶ Los sentimientos de miedo provocados por los riesgos existentes para la integridad física. Los de impotencia ante las dificultades de acceso al empleo y a la vivienda. Los de frustración por la precariedad de los primeros trabajos. La desesperación ante las

dificultades de normalización jurídica junto con el miedo de detención y devolución al país de origen.

Los inmigrantes padecen procesos neuro-psiquiátricos que suelen manifestarse en somatizaciones y depresiones: «se espera que estos pacientes presenten mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona» (Martincano y García, 2004).

El estado de ansiedad en que viven provoca la aparición de arritmias, taquicardias y desequilibrios en la tensión arterial. Ejemplo de ello, las alteraciones psiquiátricas graves sufridas por un 10% de los inmigrantes atendidos en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid (López-Vélez y Gimeno, 1994). O la depresión que sufre el 58% de los atendidos en Atención Primaria en Barcelona (Martincano y Campayo, 2004).

Los trastornos mentales y reacciones más frecuentes entre la población inmigrante son:

- ▶ Trastornos de ansiedad: secundarias a situaciones de estrés límite vividas antes de emigrar, durante el viaje o una vez instalado en el país receptor. Van desde el *Estrés migratorio* generado por la falta de recursos y capacidades ante las dificultades, hasta el *Estrés postraumático* (refugiados, asilados y desplazados por desastres naturales) y que puede desarrollar el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple*. Sus síntomas se pueden enmarcar: en la esfera depresiva como tristeza, culpa, baja autoestima. En el área emocional como ansiedad de anticipación, sentimiento de soledad, obsesión, preocupación excesiva, insomnio, irritabilidad. También aparecen síntomas de tipo somatomorfo como el agotamiento crónico, insomnio, jaquecas, cefaleas. Síntomas de tipo disociativo como miedo, sentimiento de soledad, desorientación y confusión temporo-espacial, pérdida de memoria, alucinaciones, ideas de tipo delirante.

- ▶ Trastornos somatomorfos: el *trastorno de conversión* surge ante el malestar que provoca el deterioro social, laboral o de otros aspectos muy valorados por el inmigrante.
- ▶ Trastornos del estado de ánimo: el principal de ellos es el llamado *duelo migratorio*, consecuencia de la separación de la familia, el país y la cultura de origen. Cursa con insomnio, sentimientos de soledad, culpa y miedo al futuro. Una variedad de trastornos depresivos como la *depresión estacional* que afecta a los inmigrantes oriundos de países soleados que se instalan en países fríos. La *depresión por desarraigo* que tienen cuadros de delirios de persecución o culpabilidad. El *trastorno depresivo mayor* provocado por intensidad y duración de elementos estresantes y la falta de apoyo social.
- ▶ Trastornos psicóticos: frecuentes entre los inmigrantes ilegales que viven aislados y con un permanente miedo de ser detenidos y devueltos al país de origen.
- ▶ Trastornos relacionados con sustancias habitualmente tóxicas; como el alcohol y las drogas, utilizados sin control como escape momentáneo de la situación de frustración y desesperación.
- ▶ Trastornos del control de los impulsos: se manifiesta en comportamientos antisociales, agresividad y violencia, abuso de juego patológico (Martincano y García, 2004; Merino, 2005).

Según el país de procedencia, los inmigrantes suelen tener interpretaciones culturales a los trastornos psíquicos como los siguientes:

- ▶ Los episodios crónicos de tristeza y ansiedad con somatizaciones como cefaleas, mialgias, insomnio, fatiga y náuseas; suelen denominarse nervios, nerfeza, nerves, por personas procedentes de Sudamérica, norte de Europa, Grecia y Egipto.
- ▶ La ansiedad, tristeza acompañados de insomnio, falta de apetito, diarrea y fiebre, son llamados susto o espanto por personas de origen sudamericano y que creen en la posibilidad de pérdida del alma por un miedo intenso de origen sobrenatural.
- ▶ La inquietud, agitación, agresividad y pérdida del conocimiento, son denominados ataque de nervios por personas de Sudamérica.

- ▶ Los sollozos, gritos, pérdida del conocimiento y convulsiones; son atribuidos al efecto de pociones mágicas por personas procedentes del este de África que lo llaman Ufufuyane.
- ▶ Las cefaleas, fiebres, vómitos, diarreas y mal estar general, son interpretados como síntomas del mal de ojo entre personas de países de la cuenca mediterránea.
- ▶ Las convulsiones, ceguera, infecciones, alteraciones del estado de conciencia; son llamados Sangre dormida por personas de Cabo Verde.
- ▶ La ansiedad, agitación, irritabilidad y miedo, son catalogado como ansiedad maligna por oriundos de Nigeria.
- ▶ La angustia grande, el miedo intenso, las alteraciones neurovegetativas, la sintomatología delirante-alucinatoria y confusiones; se denomina Vudú (Voodoo) por africanos, sudamericanos y oriundos del pacífico quien lo atribuyen a la ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería.
- ▶ Otros síndromes con síntomas parecidos a los ansiosos y disociativos son interpretados como posesión por espíritus por parte de personas originarias del sureste asiático y son llamadas Koro, Paleng, Dhata, Latah, etc. (Sayed-Ahmad, 2006; Sayed-Ahmad, Río y Fernández, 2007).

2.2.3.3. Las patologías orgánicas de la población inmigrante

A modo de introducción señalamos los siguientes aspectos:

- ▶ La patología infecciosa que nos llega de otros países no es exclusiva de los inmigrantes, sino que también nos llega desde otros colectivos, como los turistas, cooperantes, u empresarios. Precisamente los episodios agudos de algunas enfermedades tropicales importadas son más frecuentes en estos colectivos que en los inmigrantes. Suelen ser entre 3 y 5 por ciento del total de patologías detectadas (Vázquez y otros 2004).

- ▶ Muchas patologías infecciosas que padecen los inmigrantes se deben a las condiciones de vida y actividades de riesgo en el país de acogida.
- ▶ La mayoría de las enfermedades infecciosas importadas no tiene ningún impacto en términos de salud pública, ya que su transmisión es muy difícil en nuestro medio.
- ▶ Suscitan mucha preocupación tanto en los proveedores de salud como en la población. En los primeros porque son patologías a las que están poco habituados, poco preparados y requiere nueva formación. En la segunda por el estereotipo de que los inmigrantes son fuente de patologías peligrosas y poco conocidas.

Desde el punto de vista conceptual, se denominan «enfermedades relacionadas con la inmigración» o «enfermedades importadas» a aquellas enfermedades, transmisibles o no, adquiridas en un determinado país o área geográfica que por sus características climáticas contiene nichos que ofrecen reservorios y vectores a las enfermedades infecciosas. A otras patologías se les considera importadas por la alta prevalencia que tienen en los países de origen en determinados colectivos de inmigrantes (Falces, Vázquez y Cañas, 2007).

A su vez, las enfermedades relacionadas con la inmigración se pueden dividir en dos grandes grupos: las «enfermedades tropicales o exóticas» y las «enfermedades cosmopolitas». Las primeras están limitadas a determinadas áreas geográficas, tropicales o subtropicales en la mayoría de los casos, se caracterizan por requerir de la confluencia de unas circunstancias ecológicas específicas para su transmisión (la presencia simultánea de determinados vectores, huéspedes intermediarios y/o reservorios).

Las más frecuentes entre ellas son:

- ▶ Las parasitosis intestinales con una prevalencia entre los inmigrantes oriundos de zonas tropicales entre el 20 y 70%. «En el Hospital Ramón y Cajal, el 32,5% del total de los pacientes tenían una

parasitosis intestinal, más frecuente en el grupo pediátrico (44,1%) que en el de adultos (21,6%). Se diagnosticaron parasitosis múltiples en casi 50% de los casos» (López-Vélez, 1996).

- ▶ La malaria, 30-40% de casos de inmigrantes entre los 300-400 detectados anualmente, la mayoría de los casos se adquieren en África subsahariana (Cañas y Haro, 2007).
- ▶ Las Fiebres Virales Hemorrágicas, aunque extendidas a lo largo del mapa tropical, el riesgo de contagio es extremadamente bajo y tan solo algunos de estos virus pueden transmitirse directamente de persona a otra.

Estas enfermedades son relativamente exigentes para que su cadena de transmisión sea efectiva, de modo que ésta se ve mermada o imposibilitada cuando faltan uno o más eslabones. Como ejemplos de ellas serían el paludismo, la esquistosomiasis o las filariasis.

Las enfermedades cosmopolitas son menos exigentes desde el punto de vista ecológico al no precisar de la presencia simultánea de vectores, huéspedes intermediarios y/o reservorios específicos en el espacio y en el tiempo, por lo que su distribución es más amplia y con frecuencia mundial. En general, se trata de enfermedades o infecciones que se transmiten por vía aérea, por contacto personal estrecho, o por vía fecal-oral. De estas infecciones destacan la tuberculosis, las hepatitis víricas, las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo la infección por el VIH/SIDA), la lepra y la mayoría de las parasitosis intestinales de transmisión fecal-oral.

Por lo tanto, muchas de las enfermedades relacionadas con la inmigración ya existen en los países de recepción, si bien su frecuencia es baja o inferior a la de los países de origen de los inmigrantes. Esta diferenciación es importante, por cuanto el término "relacionada con la inmigración" no debe utilizarse exclusivamente referida a la población inmigrante, y sobre todo, no debe ser sinónimo de riesgo para la salud pública para las poblaciones autóctonas de los países de acogida.

De hecho, prácticamente todas las enfermedades tropicales o exóticas implican un riesgo mínimo o despreciable para las sociedades de recepción, dado que en ellos están ausentes las circunstancias ecológicas necesarias para su transmisión a otras personas, por lo que deben considerarse como enfermedades de "bajo riesgo" o "sin riesgo potencial" de transmisión, siempre que no se rompan las normas de higiene o de saneamiento ambiental existente en las sociedades desarrolladas. En este apartado se pueden nombrar la amebiasis, la giardiasis o la mayoría de las parasitosis intestinales.

Por lo contrario las enfermedades cosmopolitas, compartidas por inmigrantes y autóctonos, pueden suponer un riesgo "potencial" para la población y pudiendo ser la fuente del contagio entre personas inmigradas y autóctonas. Son los casos de aquellas infecciones cosmopolitas que se transmiten por vía aérea o por contacto personal, como la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual o las hepatitis por virus B y C. Son infecciones que requiere, en la mayoría de los casos, un contacto íntimo y prolongado, y que su transmisión se ve favorecida por aquellas circunstancias que hacen de la población inmigrante un grupo de elevada vulnerabilidad sanitaria (condiciones sociales y laborales, hacinamiento, marginación, soledad, barreras de acceso y utilización de los servicios sanitarios, etc).

Enfermedades relacionadas con la inmigración con riesgo para la salud pública en el país de acogida.

SIN RIESGO ACTUAL	<p>Ausencia de condiciones óptimas para su transmisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vectores - huéspedes intermedios - Reservorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Paludismo - Esquistosomiasis - Filariasis
CON RIESGO POTENCIAL	<p>Ciclo de transmisión interrumpido por normas de higiene o de saneamiento ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amebiasis - Giardiasis - Ascariasis - Trichuriasis - Teniasis - Hidatidosis - V HA - Estrongiloidosis - anquilostomiasis
CON RIESGO ACTUAL	<p>Transmisión aérea o por contacto personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TBC - VIH/SIDA - Enfermedades de transmisión sexual - Sarna - Lepra - Fiebre viricas hemorrágicas

Las patologías orgánicas de la población inmigrante son comunes a las de población española. Su gestación, frecuencia y desarrollo, están determinados tanto por las condiciones de llegada como las socio-laborales que vivirán en España. Citamos algunas de estas patologías por su relevancia:

- ▶ Las respiratorias, causadas por la adaptación del sistema inmune de la persona inmigrada al nuevo ambiente. Exposición a tóxicos en determinadas actividades laborales y hábitos nuevos como el tabaco.
- ▶ Las gástricas que son debidas al cambio de los hábitos alimenticios, la exposición a alérgenos tanto alimenticios como medioambientales no

conocidos, la alteración del ritmo de la ingesta y de la calidad de la dieta.

- ▶ Las de la Infancia, aumenta su incidencia en aquellos grupos de inmigrante con precarias condiciones socio-económicas y de vivienda.
- ▶ La tuberculosis, es la más importante porque muchos inmigrantes proceden de países con alta tasa de prevalencia de esta enfermedad. Las precarias condiciones en que viven, favorecen su aparición y contagio entre los inmigrantes (Cañas, Sánchez, Vázquez y Domínguez, 2007).
- ▶ Las Hepatitis y ETS, su prevalencia es alta en países de procedencia de inmigrantes afincados en España, se transmiten por contacto sexual, transfusión sanguínea, ingesta de agua o alimentos contaminados y algunas prácticas socio-culturales como el tatuaje, la circuncisión o los *peercing*. Su incidencia en los inmigrantes puede ser más alta que en los autóctonos por sus precarias condiciones socio-laborales, falta de educación sexual o el arraigo de prácticas sexuales de riesgo (Falces y Vázquez, 2007).

Especial mención requieren las enfermedades laborales, puesto que los inmigrantes, al inicio de su estancia en el país de acogida, suelen desempeñar empleos temporales de baja cualificación y en condiciones laborales precarias. La falta de comunicación y de conocimiento del funcionamiento de las maquinarias -su trabajo se considera de corta duración o insuficiente, por lo que no son adecuadamente entrenados- los coloca en una situación de riesgo de accidentes laborales. Tienen una probabilidad de sufrir lesiones mortales y no mortales por accidente laboral cuatro veces superior al de los trabajadores autóctonos. Para las mujeres, este riesgo es cinco o seis veces superior, y en el caso de los inmigrantes de más de 5 años, se llega a multiplicar por 15, tanto para lesiones mortales como para no mortales.

En Alemania y Francia el 30% de todos los accidentes laborales actuales que terminan en incapacidad laboral permanentes se dan entre inmigrantes. Los empleados en la agricultura intensiva están expuestos

a temperaturas sofocantes que causan deshidrataciones, miopatías o trastornos cardiovasculares; están expuestos a las pesticidas que causan cefaleas, trastornos neurológicos, depresiones o abortos durante el trabajo (Falces, Vázquez y Cañas, 2007).

2.2.4. Impacto de la inmigración sobre el sistema sanitario

La diversidad de procedencia, cultural y lingüística de los inmigrantes supone un reto ante el sistema de salud. El creciente aumento en el número de inmigrantes, la movilidad geográfica, su concentración en algunas zonas como las de la agricultura intensiva, significa una inmediata necesidad de incrementar los recursos. Cuando la asignación de recursos para atender las demandas de los inmigrantes tarda en llegar o no tiene lugar, aumenta el impacto negativo.

La atención a los usuarios inmigrantes “indocumentados” no suelen estar incluidas en los cupos de los médicos de familia, lo que significa que con los mismos recursos se pretende atender a más usuarios «El impacto real de la inmigración sobre la Salud Pública es escaso y disponemos de los recursos necesarios para su correcta atención, dependiendo el éxito de una adecuada utilización y de una distribución racional de los mismos» (Gámez y Galindo, 2002:24).

Uno de los principales objetivos de toda política sanitaria ha de ser garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las personas inmigradas y autóctonas. Para abordarlas se debe intervenir sobre aspectos tanto sanitarios (promoción de la salud, prevención de riesgos, cribado e intervenciones clínicas en grupos vulnerables) como sociales (son los que más repercusión van a tener en la salud de los inmigrantes): regeneración económica, formación y promoción laboral.

Si se tiene en cuenta que, para la mayoría de los inmigrantes, los servicios de urgencias suelen ser el primer contacto con el sistema

sanitario y que los motivos de consulta y hospitalización se relacionan con el uso propio de una población joven (atención ginecoobstétrica y problemas agudos en su mayoría abordables desde atención primaria [AP]), se puede afirmar que es en la eliminación de las barreras para el acceso donde, desde el ámbito de la Administración Pública, se debe actuar para conseguir que sea la verdadera puerta de entrada al sistema sanitario y, al mismo tiempo, sirva como forma de integración de este colectivo en la sociedad.

La relación profesional-paciente inmigrante, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, debe focalizarse más en el paciente que en su enfermedad, teniendo en cuenta sus condiciones de vida. Esto hace que sea más dificultosa, tanto por factores dependientes de los inmigrantes como de los propios profesionales sanitarios.

Para resolver estas dificultades no es necesario crear estructuras específicas de atención sanitaria sino, como se ha hecho y se hace cada día en todos los centros de salud de nuestro país, adaptar las estructuras y el modelo existente a las nuevas necesidades y centrar la relación en la atención sanitaria más en el paciente que en su enfermedad, atendiendo fundamentalmente a sus condiciones de vida. Si se quiere mejorar la calidad de la atención prestada, es necesario adoptar medidas de ámbito estatal aunque, si no van acompañadas de actuaciones que mejoren las condiciones laborales y de vivienda, tendrán una repercusión escasa en la salud de las personas inmigradas:

- ▶ Eliminación de todas las barreras que puedan dificultar el acceso al sistema sanitario, tanto administrativas como de organización de los equipos de Atención Primaria (horarios, actividades domiciliarias, actuación con la comunidad, etc.), desde un enfoque general para todos los inmigrantes como población vulnerable independientemente de su origen cultural.
- ▶ Reforzar los equipos de Atención Primaria en aquellas zonas donde la población inmigrante sea especialmente significativa, sin que deba haber una aportación de recursos basada de manera única y exclusiva en el número de personas asignadas.

- ▶ Definir y desarrollar la utilización de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud como un recurso disponible para los profesionales sanitarios y que puede mejorar la accesibilidad, tanto de los inmigrantes al sistema sanitario como de los profesionales a sus problemas reales.
- ▶ Es necesario involucrar a la población inmigrante en los temas de planificación sanitaria que les competan para conocer sus prioridades.
- ▶ Creación de sistemas de registros e instrumentos –estandarizados, validados para cada grupo étnico y no estigmatizantes– adecuados para la población inmigrante y que nos permitan conocer sus necesidades reales de salud.
- ▶ Formación de los profesionales sanitarios en inmigración y salud, priorizando aspectos de medicina transcultural (hábitos dietéticos, itinerarios de curación, concepto de salud-enfermedad, restricciones religiosas, efectividad de algunos medicamentos en diferentes etnias, etc.), tanto en el pregrado como en el posgrado y como formación continuada.
- ▶ Favorecer la creación y el mantenimiento de redes de apoyo social a inmigrantes.
- ▶ Desarrollar protocolos o guías de práctica clínica (o utilizar los ya disponibles) en la atención inicial a las personas inmigradas, teniendo en cuenta sus lugares de origen.
- ▶ Adaptar los programas de salud disponibles –en especial los preventivos y sobre todo los de salud materno-infantil, vacunaciones y planificación familiar– a las peculiaridades culturales propias de cada comunidad.
- ▶ Y, principalmente, intervenir de manera específica en el colectivo de mujeres inmigrantes y en los jóvenes nacidos en España de padres inmigrantes como grupos con una especial vulnerabilidad a los trastornos adaptativos y de comunicación.

2.3. SISTEMA SANITARIO, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE SALUD EN MARRUECOS

2.3.1. Sistema sanitario marroquí

Según los datos del ministerio de sanidad marroquí, su sistema se compone de tres grandes sectores formales y uno no formal. Los tres primeros son: el sector público con establecimientos totalmente públicos, el sector público-privado no lucrativo cuyos establecimientos son propiedad de empresas estatales, entes públicos y mutuas privadas; y el sector público-privado lucrativo, integrado por establecimientos totalmente privados. El sector no formal, lo representa la medicina tradicional, que aunque tiene un impacto limitado sobre la salud de la población, mantiene una destacada presencia en medio rural.

El Ministerio de Sanidad está organizado en un nivel regional, que aún está en proceso de puesta en marcha, y un nivel periférico. Este último está compuesto por un total de 72 entre Wilayas, Provincias y Prefecturas sanitarias gestionadas por un médico delegado del Ministerio de Salud. Y se organiza en tres redes principales:

- ▶ La Red de Establecimientos de Cuidados de Salud de Base (RESSB), donde es importante resaltar la diferencia entre el medio rural y el urbano.
- ▶ Dentro del medio rural existen cuatro modalidades: Centro de salud comunal, Dispensario rural, Módulo de parto y el Hospital local. Todas ellas dependen en su creación, de la voluntad del jefe local de la Comuna. En el medio urbano la modalidad de Centro de salud atiende a 30.000 habitantes en los barrios populares, a 40.000 en los de clase media, y a 90.000 en el caso de barrios de clase media alta. Conforme aumenta el nivel económico, se acude más a la medicina privada. En esta red está incluida también otras estructuras de apoyo como los centros de referencia de Planificación Familiar, los Laboratorios de Epidemiología e Higiene del Medio y los Centros de Diagnóstico Especializados de la Tuberculosis.

- ▶ La Red de Establecimientos Hospitalarios (REH), se compone de Policlínicas de Salud Pública para poblaciones de al menos 20.000 habitantes, Hospitales Provinciales, Centros Hospitalarios Regionales, y sólo en las regiones donde hay una Facultad de Medicina, hay Centros Hospitalarios Universitarios.
- ▶ La Red de Estructuras de Apoyo, la componen: Laboratorios, Centros de Diagnóstico, Centros de Referencia de Planificación Familiar y los Institutos de Formación en Carreras de Salud (IFCS).

Es importante señalar cuatro características diferenciales entre el medio urbano y rural: 1º La desigual distribución de los establecimientos sanitarios entre el mundo rural y el urbano. 2º La poca cobertura de la red en el mundo rural. 3º La dependencia para la creación de los Centros rurales de la voluntad del Jefe Local de la Comuna. 4º La mayor dispersión geográfica en ellos, así como la superior dificultad de desplazamiento y acceso sobre todo en las zonas montañosas. Todas estas dificultades explican en parte, el arraigo de la medicina tradicional, creencias y hábitos de curación en las zonas rurales.

2.3.2. Percepciones, creencias y costumbres de salud

Las percepciones, creencias y costumbres de salud marroquíes se basan principalmente en el Islam como fuente y marco. No obstante, en ocasiones las raíces, se extienden a épocas anteriores a la llegada del Islam al Magreb.

Los textos religiosos: el Corán y el Hadiz definen dichas percepciones y creencias, al mismo tiempo que ofrecen al musulmán un manual sanitario de obligado cumplimiento.

La percepción musulmana del cuerpo se construye religiosa y socialmente. El musulmán está llamado a creer en Dios, y a contemplar el universo y el funcionamiento del cuerpo humano como obra de Dios. La contemplación del cuerpo humano, de su perfecto funcionamiento

conducen a reconocer a su creador «Les mostraremos Nuestros signos fuera y dentro de sí mismo hasta que vean claramente que es la Verdad. ¿Es que no basta que tu Señor sea testigo de todo?» (Corán 41:53). De este modo el cuerpo no tiene solamente una función biológica sino también una función ontológica y religiosa.

El cuerpo en la sociedad marroquí musulmana, como en otras, no dejaría de ser un producto social. La forma de percibir el cuerpo, de tratarlo y de manejarlo es algo que se aprende y se integra a lo largo del proceso de socialización que se realiza bajo unas normas socioculturales claramente determinadas.

Esta imagen social y cultural del cuerpo en el marco religioso musulmán hace que éste sea percibido como obra de Dios, como algo que hay que preservar al máximo y poner al servicio de la comunidad, como una fuente de placeres y como un “soporte de valores” religiosos para los ritos y para las creencias, donde se valora a la parte derecha más que a la parte izquierda del cuerpo, a la mano derecha más que a la mano izquierda.

La higiene tiene una especial importancia en el Islam prueba de ellos una serie de normas higiénicas muy estrictas como las abluciones menores (lavado de manos, cara, boca, nariz y pies) antes de los rezos y las abluciones mayores (lavado completo del cuerpo) después del acto sexual.

Tradicionalmente la jurisprudencia islámica (*fiqh*) considera la conservación de la salud como una de sus finalidades fundamentales. En la medida en que los miembros de la Comunidad Musulmana gozan de buena salud corporal y mental, la continuidad y la prosperidad de la Comunidad están aseguradas. De ahí, el Islam hace del ejercicio de la medicina una obligación religiosa colectiva *wāyib kifāya* (obligación colectiva que deja de serlo una vez que una parte de la comunidad se encarga de ello).

En esta concepción, donde el cuerpo y la mente son un don de Dios que se debe cuidar y preservar al máximo, podemos entender una serie de normas obligatorias o aconsejables sobre higiene personal, alimentación y relaciones sexuales.

Podemos concluir que el Islam pretende establecer un conjunto de normas y costumbres beneficiosas biológica, psicológica y socialmente. Si la salud es un factor determinante para el equilibrio y la fortaleza de una comunidad, la enfermedad es una amenaza tanto individual como colectiva (epidemias). De ahí la prohibición de toda una serie de alimentos que esconden riesgos de enfermedades y epidemias «Os ha prohibido sólo la carne mortecina, la sangre, la carne de cerdo y la de todo animal sobre el que se haya invocado un nombre diferente del de Dios. Pero si alguien se ve compelido por la necesidad –no por deseo ni por afán de contravenir- no peca. Dios es indulgente, misericordioso» (Corán 2:173).

El carácter mortal de la enfermedad está ligado a la percepción de la vida, de la muerte y del destino. En ese marco religioso, Dios da una vida por un determinado tiempo a un cuerpo humano y esa vida tiene su final por una enfermedad. Los musulmanes están llamados a creen en el destino sea bueno o malo, La enfermedad-destino es el puente que permite a la persona el paso al otro mundo.

La tradición popular diferencia entre enfermedades de “gracia” y enfermedades de “maldición o castigo”. Las primeras son aquellas misteriosas, de poca duración y que conducen directamente a la muerte sin agonía. Las frases populares son muy ilustrativas, “fulano ha tenido una muerte de Dios” para hacer referencia a una muerte natural, súbita y sin agonía. Las enfermedades de castigo son aquellas crónicas, penosas con las que Dios castiga a los que han obrado mal (Chebel, 1984).

Tanto para unas como para otras, las creencias parecen que no ayudan a cuidar la salud, dado que es la decisión de Dios contra la que no se puede intervenir. Sin embargo, se incita a combatir las enfermedades, a no

recurrir nunca al suicidio y a mantener la esperanza en la vida hasta el último momento.

2.3.3. La medicina tradicional y las creencias populares: presencia e impacto

2.3.3.1. Medicina tradicional marroquí: antecedentes y características

La medicina tradicional marroquí es el cúmulo de las tradiciones médicas de los pueblos que habitaron o pasaron por el norte de África. Es evidente que en el transcurso de los siglos el origen de algunas prácticas es difícil de determinar. El Magreb conoció, como el resto del mundo musulmán en la edad media, la expansión de la medicina árabe clásica cuyos niveles teóricos y prácticos alcanzaron un grado de desarrollo muy alto para su época. Sus momentos dorados fueron los siglos siete y ocho siendo la universidad *al-Qarawiyyīn* el centro que albergaba las enseñanzas.

La decadencia que conoció el mundo musulmán influyó negativamente sobre todos los campos de conocimiento de esa cultura, incluida la medicina. Dicha decadencia abrió el camino a la medicina popular o tradicional que intentó dar respuesta a las necesidades de la población; si bien sus fundamentos, sus soportes teóricos y sus prácticas no mantenían el rigor de la medicina árabo-musulmana clásica.

En la época del protectorado fue introducida la medicina moderna o científica, aunque su cobertura se limitaba a los colonos y a un porcentaje reducido de los habitantes del país, teniendo instalados sus escasos Centros en los núcleos urbanos más importantes.

Tras la independencia de Marruecos se han sucedido los esfuerzos para desarrollar un Sistema Sanitario Moderno y para ampliar su cobertura. A pesar de ello dicha cobertura sanitaria es aún muy deficitaria, lo que hace de la medicina tradicional una salida ante la falta de atención sanitaria convencional.

La existencia de la medicina tradicional suscita el debate sobre su pertinente, eficacia y validez, etc. Dicho debate de repercusión internacional obligó a que la Organización Mundial de Salud en 1977 aconsejara a los diversos países a reforzar dicha medicina en la medida en que no se opusiera a la convencional.

En el caso de Marruecos, la permanencia de la medicina tradicional es debida a diversos motivos, a ser más accesible económica y geográficamente, a ser percibidos sus remedios como menos agresivo y al aspecto mágico religioso que rodea la medicina tradicional, cosa que le hace satisfacer creencias y expectativas de una buena parte de la población, y la convierte en el último refugio para personas con enfermedades catalogadas como incurables (Akhmisse, 2000). A menudo los honorarios de los proveedores son simbólicos *baraka* (bendición), *ftūh* (voluntad) y que su fin no es compensar su trabajo sino conseguir su aceptación por la Divinidad, responsable final de la curación.

Así mismo es una medicina más flexible y cercana, sus proveedores están dentro del entorno cercano, en muchos casos han crecido con ellos en el mismo pueblo o la misma aldea; se suelen desplazar siempre que se le requiere hasta el domicilio de los pacientes, sin horarios fijos y no necesitan de dispositivos o instalaciones especiales.

Es una medicina que suscita la esperanza y se presenta como alternativa ante aquellas enfermedades incurables cuando fracasan los tratamientos con la medicina oficial. Siendo a sí mismo una alternativa espiritual altamente valorada al igual que ocurre con el rigor científico de la medicina moderna. En determinadas zonas sin la intervención de los agentes de la medicina tradicional, la atención primaria de salud no alcanzaría a gran parte de la población.

2.3.3.2. Cuidados y prácticas

El efecto de las creencias sobre la interpretación de los síntomas y sus tratamientos es notable. Varios ejemplos ilustran lo anterior: la ablación de la campanilla de los bebés creyendo que puede dificultar la ingesta de alimentos, el pensar que la leche de una embarazada es nociva para su hijo, que el llorar incesantes del recién nacido puede deberse a un embrujamiento... Estas creencias, así como los itinerarios terapéuticos derivados de ellas, pueden aumentar las posibilidades de riesgo dado que se dificulta el diagnóstico e impide el tratamiento pertinente (Radi, 1999).

Prácticas de traumatología

Los métodos tradicionales suelen ser practicados por personas cuya habilidad es reconocida socialmente y que frecuentemente han recibido dicho conocimiento a través de sus padres. Generalmente son mujeres a las que por haber tenido gemelos se les reconoce un don divino. También varones que tienen la llamada *baraka*, como don de Dios para estas prácticas. En ambos casos sólo reciben honorarios simbólicos ya que sus dones, por su origen divino, han de ponerlos en beneficio de los demás.

En general las fracturas son reducidas por tracción aplicando un tipo de vendaje muy extendido (*ybīra*), formado por trozos de caña o madera cubiertos por una tela blanca y con un relleno de algodón, lana o henna. El órgano fracturado es inmovilizado por el vendaje alrededor de cuarenta días, aconsejando al paciente a mantener una alimentación rica en calcio.

Las contusiones, esguinces y roturas musculares se tratan con agua fría expuesta toda una noche a la luz de las estrellas, realizando después un riguroso masaje con aceite de oliva caliente.

En algunas ocasiones la utilización, generalmente en el ámbito urbano, de tratamientos traumatológicos por personas sin experiencia, origina complicaciones en la curación de dichos trastornos (Akhmisse, 2000).

También, de forma claramente errónea, se utiliza la cauterización para curar diversas patologías del aparato locomotor como pseudoartrosis, gonartrosis, ciática, quiste sinovial, tumores óseos, etc. Se realiza bien por medio de un cable de hierro caliente o de trozos de azufre quemados, que se colocan directamente sobre el área dolorosa.

Sangría, puntos de fuego y tatuajes

La sangría es «practicada en caso de migrañas, zumbidos, vértigos, cefaleas, pérdida de vista, u insuficiencia hepática» (Akhmisse, 2000: 74). Se aplican unas ventosas metálicas a nivel de la nuca generando un vacío de aire aspirado después con una trompa.

Los puntos de fuego, quemaduras realizadas con la ayuda de una barra de hierro, de un punzón de madera o de un cuchillo caliente, forma parte de la medicina árabe clásica aunque con el consejo de utilizarse como último remedio. Sin embargo, en las creencias populares, se señala como un remedio válido para todos los males, a través de puntos en líneas paralelas aplicados sobre la frente, las piernas y los brazos.

Los tatuajes, además de su fin estético, también se utilizan para casos de esguince o de dolores reumáticos en articulaciones. Sus figuras geométricas, en ocasiones con simbología cabalística, se cree que cumplen una función de protección contra el mal de ojo.

Prácticas de odontología

Tradicionalmente, extraer los dientes con caries, ha sido una de las tareas secundarias del barbero aunque dada la enorme demanda, hoy bastantes personas se dedican a ello en exclusividad. Tanto unos como otros se encuentran en todos los mercados atendiendo a una clientela en continua renovación. Y tranquilizan a los pacientes señalando la rapidez y

el poco dolor que dicen provocarán. Una vez arrancada la pieza, se frena la hemorragia habitualmente con enjuagues de agua con sal o vinagre.

Prácticas de oftalmología

Aún se practican, sobre todo en el medio rural, métodos de tratamiento para enfermedades oculares que pueden ser peligrosos. Para la dacriocistitis, las heridas de la cornea, el tracoma y las conjuntivitis; se practica una quemadura en la región temporal al lado del ojo afectado. Para el ectropión, se realiza unas suturas y se aplican después unos puntos de fuego debajo de los párpados de los ojos lesionados. Para el blefarospasmo, se hace una quemadura en el ángulo superior-interno del ojo afectado y se le aplica *kuḥūl*. El tracoma es tratado también doblando el párpado superior, frotándolo y aplicándole una pomada a base de sulfato de cobre y de yema de huevo. (Akhmisse, 2000: 83)

La circuncisión

La circuncisión es un acto iniciático y religioso masculino de gran importancia siendo anterior al Islam, sin que haya cita alguna respecto a ella en el Corán. Dicha práctica no es exclusiva de los musulmanes y que la practica históricamente el pueblo judío.

El ritual-fiesta suele tener lugar en una temprana edad, habitualmente entre el segundo y quinto año de la vida; es una importante fiesta familiar y comunitaria dado que marca el nuevo estado de limpieza o de pureza (*thara*). Se inicia con invitaciones de familiares, amigos y vecinos para acompañar al joven en un ambiente festivo de cante y baile; se le viste con ropa nueva, se le pinta los ojos con *kuḥūl*, se le protege contra el mal de ojo. El joven es operado, en la mayoría de las ocasiones sin anestesia, por el barbero. Los procedimientos difieren de una zona a otra del país en cuanto al material o la técnica utilizada y la operación, que consiste en el corte del frenillo y del prepucio, en ocasiones se ve complicada por

hemorragias debido a mala praxis del barbero y malas condiciones higiénicas.

2.3.3.4. Hábitos sexuales y de salud reproductiva

La salud reproductiva

La atención antes, durante y después del parto es uno de los aspectos en salud a los que la medicina tradicional dedica mayor esfuerzo. La partera tradicional es la responsable de dichos cuidados que han ido cambiando a lo largo de la última década, disminuyendo su influencia dentro de la familia e incorporando técnicas de la medicina moderna adquiridas en ocasiones por la formación y asesoramiento de personal sanitario.

Tradicionalmente la partera solía estar vinculada a un número de familias con un vínculo que iba más allá de la atención al parto, convirtiéndose en una amiga o miembro de la propia familia. Solía participar en el arreglo de los matrimonios, conocía a la nueva esposa desde la noche de bodas, acudía con frecuencia de visita a la familia y con el resto de los miembros femeninos, facilitaba la adaptación de la esposa a su nueva vida. Más adelante, suministraba los consejos apropiados para conseguir un embarazo rápido. En aquellos casos en que la mujer tarda en quedarse embarazada, la partera proporciona todos los remedios conocidos para combatir la esterilidad, que es considerada una maldición en la sociedad marroquí.

El más frecuentemente usado de entre estos es el llamado *ra's al-hanut*, compuesto por una mezcla de raíces de distintas plantas y especies, en número igual a la cifra mágica 13.

La pareja, a su vuelta del baño, cena un pollo relleno con dicha mezcla y se mete en la cama con la esperanza de que favorecerá la fecundidad. Desde la ausencia de la primera menstruación, la partera toma a su cargo

a la mujer encinta velando por los cuidados y la satisfacción de los antojos de la mujer, pues sino se satisfacen aparecerán manchas sobre la piel del recién nacido del mismo color del fruto o alimento motivo del antojo.

Así mismo se aconseja “comer por dos” a la embarazada, una parte para ella y otra para el feto, cuidando la calidad de la comida por medio de más riqueza energética de lo habitual.

Cuando se acerca el momento del alumbramiento, la partera acude a la casa de la familia donde permanece las horas o días que hagan falta hasta que la mujer de a luz. Inicia sus tarea purificando el espacio por medio de diversos tipo de incienso, así como repitiendo continuamente los nombres de Dios y de Muḥammad (Mahoma), a los que pide compañía y ayuda.

La partera se coloca delante de la mujer y su ayudante (*šeddāda*) detrás para ayudarle a empujar. Cuando nace el niño, le levanta por los pies, afina su nariz y le pone *kuḥūl* en los ojos tanto para embellecerlos como para protegerlos de la infección y golpea el niño en la nalga para que comience a llorar. La placenta se entierra y el resto del cordón umbilical se utiliza para rechazar el mal de ojo (Zhiri y otros, 2003).

La parturienta recibe durante siete días una dieta hipercalórica y al octavo la partera la acompaña al baño donde le da un masaje especial para colocar los órganos desplazados por el parto.

Con las mutaciones que la sociedad marroquí está conociendo, se ha reducido la atención de la partera a la última semana del embarazo y los momentos del parto.

En ocasiones las malas practicas de «las parteras tradicionales originan algunos riesgos como el uso inadecuado de medicamentos que pueden provocar contracciones hipercinéticas, que pueden causar rupturas en el útero» (Zhiri y otros, 2003: 36).

Si el niño o la madre fallecen durante el parto, “es voluntad de Dios quien otorga y quita la vida”, ambos irían al paraíso según las creencias populares.

La salud sexual

La creencia popular más importante (*Iqāf*) es la que se refiere a la pérdida de la potencia sexual en los hombres y del apetito sexual en las mujeres, por causa de la brujería. Hay distintas formas de provocarla:

1ª Se entierra en el cementerio, un trozo de la ropa interior de la persona, a la que se quiere embrujar, con materiales que se utilizan en la preparación de los difuntos. Y para anular su efecto, se enciende una mezcla de incienso con piel de camaleón a la hora de la oración del viernes.

2ª Algunas esposas ante la sospecha de infidelidad de su marido, actúan del siguiente modo «la esposa abandonada planta dos agujas, una al norte y otra al sur de la habitación conyugal. Después de la marcha del marido por la mañana, introduce la punta de una aguja en el ojo de la otra... pronunciando las siguientes palabras: “lo mismo que esta aguja no puede salir o entrar en el ojo de la otra sin mi voluntad, quiero que él se vuelva impotente”» (Akhmisse, 2000: 63).

3ª Como medida para proteger el himen de la adolescente, se mide la altura de ella por medio de un hilo de lana, haciéndole creer que su custodia, protege a su himen de actos sexuales. Para quitar su efecto, se hierve dicho hilo en agua de pozo, con la que se lava la chica. (Belhaj, 1986).

2.3.3.5. Salud del niño

En la percepción de salud y enfermedad, como señalamos con anterioridad, existen dos interpretaciones de las causas de enfermar. Las

enfermedades de origen natural o sobrenatural. Entre las primeras predominan las siguientes: resfriado y gripe (*bard*), rubéola (*buhamrun*), inflamación de la garganta (*al-ḥalq*), anginas (*laḥlaḥem*), diarrea (*lawḡa'*), fiebre (*sjana*), otitis (*al-wadnīn*).

Los tratamientos vienen condicionados por la cultura y disponibilidad de medios de la población: en los resfriados, la madre calienta sus manos mojadas con aceite de oliva y las pasa por el pecho del bebé dándole suaves masajes; si además tiene tos, el masaje cubre también los costados. En ocasiones se utiliza para el masaje la mezcla de plantas y especias (*ra's al-hanut*), junto con ajo tierno y aceite de oliva con la que se cubre todo el cuerpo del niño. Todo ello porque se cree que el origen de la enfermedad es el frío y que se puede contrarrestar con el calor que provocaría tanto el masaje como los ungüentos.

El tratamiento tradicional de las anginas consiste en poner un pañuelo debajo de la mandíbula del niño, de manera que oprima las amígdalas y las eleve, repitiéndose dicho proceso tres veces al día durante tres días. En ocasiones la curandera introduce su dedo índice presionando sobre ellas hasta que expulsen pus y sangre debido a la creencia de que su aparición es signo de curación y no de empeoramiento.

Para tratar la fiebre, se pone un trapo mojado con agua fría, vinagre o agua de azahar encima de la cabeza del bebé, y en el caso de la otitis se introducen dos o tres gotas de aceite de oliva tibia en los oídos.

La principal enfermedad de origen sobrenatural se llama *Srīra*, que cursa con incesantes lloros, inflamación de la cabeza, diarrea y retraso en el crecimiento. Dicha patología es causada por el efecto maligno de *Surra*, «pequeña bolsa con sangre de persona asesinada o muerta por accidente, tierra de cementerio, piel y huesos de animales e insectos venenosos» (Belhaj, 1986). Generalmente se cree que esta enfermedad no debe ser consultada al médico ya que es incapaz de curarla, e incluso se vería agravada si lo hiciéramos.

Para luchar contra dicho efecto de *Surra*, se dispone de remedios preventivos como sería bien el de encender incienso alrededor del bebé cada noche o prepararle un talismán que contenga pelos cortados al cumplir los cuarenta días, un poco de sangre del cordero sacrificado en la fiesta de séptimo día y algo de azufre.

Así mismo se dispone de remedios curativos como untarle sobre aquellas partes inflamadas de la cabeza del bebé, sangre de cordero sacrificado en la Fiesta del Sacrificio (*ʿĪd al-azha*).

Otro remedio consiste en bañar al recién nacido con una mezcla de agua de siete olas distintas del mar y del agua de siete talleres de herreros (Radi, 1999).

2.3.3.6. Salud mental

Para la sociedad marroquí tradicional, las enfermedades mentales pueden ser provocadas por espíritus malignos, brujería o causas misteriosas. Los espíritus (*ýnūn*) pueden provocar pérdida de memoria, alucinaciones, epilepsia y diversas parálisis. Los enfermos a los que afectan tienen múltiples denominaciones (Touhami, 2003):

- ▶ *Maýnūn, Maskūn*, para quienes están poseídos o bajo la influencia de espíritus malignos
- ▶ *Madrūb, Maqyūs, Mšayer*, para quien recibió algún golpe de los espíritus que les provoca algún tipo de parálisis

La visita o peregrinación a los marabú

Se denominan marabús o *walíes* a los hombres y mujeres que por obrar bien en su vida y haberseles reconocido algún hecho milagroso, pueden interceder ante Dios para alcanzar los deseos de los creyentes. A su muerte se les entierra en mausoleos que se convierten en lugares de

peregrinación y de visita para la oración, petición de ayuda, búsqueda de la suerte y la cura de diversas enfermedades (Bourquia, 2000).

A cada uno se le reconoce una especialización por tipo de patologías, como es el caso del mausoleo de Sidi Majlūf en Rabat específico para parálisis de miembros; el de Mulay Ahmad al-Wazzanī en Meknes para trastornos neurológico y el de Lalla Zuhra en Marrakech para luchar contra la esterilidad.

Durante las visitas a los marabúes, los peregrinos hacen sacrificios de animales, dan vueltas alrededor de la tumba implorando su ayuda, realizan danzas hasta alcanzar estados de excitación que creen puede favorecer la recuperación de los trastornos psíquicos y en algunos santuarios aún se mantiene el ritual de la flagelación (Ziou, 1996; Akhmisse, 2000).

Los alfaquíes-curanderos

El alfaquí es un hombre que habiendo memorizado el Corán, se ha iniciado en la magia, y se ha consagrado al mundo de los espíritus mediante ritos y tras un retiro de cien días en donde no ve a ninguna persona. Durante dicho retiro debe conseguir al espíritu (*jdīm*) que lo acompañará de por vida. «Para unirse a este genio, no debe ver a nadie durante los cien días. No puede afeitarse ni lavarse. Solamente puede comer dátiles, beber leche, comer pan de cebada sin levadura. Al amanecer como al atardecer, quemará una mezcla de sal, ramal [una planta], alūn [mezcla de sulfato de aluminio y de potasio cristalizado] y piel de serpiente. Mirará en un espejo el último día de su retiro, con la luz de una vela, donde verá dibujarse la imagen “Jdīm” [espíritu]. Entonces está consagrado como un alfaquí-curandero» (Akhmisse, 2000: 40-41).

Además del retiro, el alfaquí-curandero estudia ciencias ocultas y las utiliza para la confección de talismanes que suministra a sus clientes frente al mal de ojo y para aumentar su suerte. En general el alfaquí-

curandero puede dominar a los espíritus, hacer exorcismos y curar a los enfermos mentales.

3. RESULTADOS

3.1. REALIDAD SOCIOLABORAL DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO

En todo el capítulo de resultados, sólo vamos a incluir los análisis que presentan diferencias estadísticamente significativas, dada la enorme amplitud de la información de que disponemos.

3.1.1. Perfil de los marroquíes

3.1.1.1. Procedencia

Los inmigrantes que residen en El Ejido provienen de todo el territorio marroquí. Los resultados de la muestra se distribuyen:

La lista la encabezan las provincias de: Beni-Mellal (15,8%), Kenitra (10,4%), Klla Sragna (8,9%), Taza (8,2%), Juribga (7,1%), Tánger (6,4%). Otro grupo con una representación del 3-6%, están Tetuan (5,1%), Casablanca (4,9%), Uxda (4,4%), Sidi Kacem (3,6%), Fez y Junifra (3,1%). Un tercer grupo con porcentajes entre el 1-3%, lo forman Nador (2,7%), Rabat (2,7%), Alhucemas (2,4%), Marrakech (2,0%), Settat (1,7%), Azilal (1,3%), El Yadida (1,1%). Las demás provincias tienen una presencia del 1%.

Tabla nº 1: PROCEDENCIA SEGÚN PROVINCIAS

Provincia de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Beni-Mellal	71	15,8%
Kenitra	47	10,4%
Klaa Sragna	40	8,9%
Taza	37	8,2%
Juribga	31	7,1%
Tánger	29	6,4%
Tetuán	23	5,1%
Casablanca	22	4,9%
Uxda	20	4,4%
Sidi Kacem	16	3,6%
Fez	14	3,1%
Junifra	14	3,1%
Nador	12	2,7%
Rabat	12	2,7%
Alhucemas	11	2,4%

Provincia de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Marrakech	9	2,0%
Settat	9	1,7%
Azilal	6	1,3%
El Yadida	5	1,1%
Muhammadia	4	0,9%
Aagdir	3	0,7%
Ouarzazate	3	0,7%
Meknes	3	0,7%
Errachidia	2	0,4%
Klaat Mguna	2	0,4%
Sale	2	0,4%
Taunat	1	0,2%
Larache	1	0,2%
Safi	1	0,2%
Total	450	99,7%

Proceden de zonas rurales un 45,2 % y de zonas urbanas un 54,8 %. En cuanto al lugar de nacimiento, un 52,7% nacieron en ciudades y un 47,3% en pueblos.

3.1.1.2. Edad

Tabla nº 2: DISTRIBUCIÓN POR EDADES SEGÚN SEXO

Variable	Franjas de edad					
	Frecuencia –porcentaje					
	<20	21-30	31-40	41-50	>50	
Según sexo (p<0,005)	Hombre	14 (5,6%)	137 (55,0%)	79 (31,7%)	18 (7,2%)	1 (0,4%)
	Mujeres	22 (10,9%)	83 (41,3%)	63 (31,3%)	28 (13,9%)	5 (2,5%)
	Total	36 (8,0%)	220 (48,9%)	142 (31,6%)	46 (19,2%)	6 (1,3%)

El 80,5% de la muestra tienen edades comprendidas entre 21 y 40 años. Las personas con más de 50 años no superan el 1,3%. Hay más mujeres con edades inferiores a 20 años y superiores a 40 años.

Tabla nº 3: DISTRIBUCIÓN POR EDADES SEGÚN PROCEDENCIA (zona urbana/rural)

Variable	Urbana	Rural
Según Procedencia (p<0,05)	<20 años	8 (22,2%)
	21-30	99 (45,0)
	31-40	54 (38,0%)
	41-50	13 (28,3%)
	>50 años	2 (33,3%)
	Total	176 (39,1%)

Los inmigrantes procedentes de zonas urbanas superan a los oriundos de zonas rurales en todas las categorías de edad. Hay que destacar que los menores de 20 años proceden de zonas urbanas en un 77,8 % y el intervalo de edad entre 41- 50 años en un 71,7%.

3.1.1.3. Estado civil y nivel educativo

Tabla nº 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO

Variable	Estado civil					
	Frecuencia –porcentaje					
	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Pareja	
Según sexo (p<0,005)	Hombre	130 (52,6%)	109 (44,1%)	0 (0,0%)	5 (2,0%)	3 (1,2%)
	Mujeres	73 (36,3%)	91 (45,3%)	10 (2,5%)	22 (10,9%)	5 (2,5%)
	Total	203 (45,3%)	200 (44,6%)	10 (2,2%)	27 (6,0%)	8 (1,8%)

Los solteros y casados, casi igualados en número, constituyen el 89,9%. Los porcentajes de viudos, divorciado y los que viven en pareja es de un 10 %. Hay más mujeres que viven en pareja que hombres.

Según aumentan los años de residencia, desciende el número de solteros. El porcentaje de divorciados crece a partir de los diez años de residencia.

Tabla nº 5: CLASIFICACIÓN SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO

	Nivel de estudio				
	Frecuencia –porcentaje				
	Primarios	Secundarios	Universitario Incompleto	Universitario Completado	Sin Estudio
Total	145 (32,2%)	153 (34,0%)	53 (11,8%)	9 (2,0%)	90 (20,0%)

El porcentaje de inmigrantes con estudios primarios es del 32,2 % y con secundarios de un 34%. El 20 % no ha realizado ningún tipo de estudio. Solo un 2 % tiene nivel universitario.

Las desigualdades educativas están en función del género, la edad y la procedencia. El analfabetismo es mayor entre las mujeres, las personas con más edad y las procedentes de zonas rurales.

3.1.2. EXPERIENCIA MIGRATORIA

3.1.2.1. Tiempo de preparación del viaje

Tabla nº 6: CLASIFICACIÓN DEL TIEMPO DE PREPARACIÓN DEL VIAJE

	Tiempo preparación viaje			
	Frecuencia –porcentaje			
	< 1 mes	1 – 6 meses	6 meses -1 años	> 1 año
Total	77 (17,1%)	176 (39,1%)	123 (27,3%)	74 (16,4%)

El tiempo invertido suele ser de seis meses. Las mujeres, las personas de zonas urbanas y los universitarios, invierten más tiempo, al optar por medios no clandestinos.

3.1.2.2. Formas de acceso no clandestinas

Se pueden realizar mediante una las tres siguientes vías: reagrupación familiar, contrato de trabajo en origen o un visado de estancia temporal.

Vía reagrupación familiar

Es la primera forma de acceso regular y representa un 22,7% del total. Las mujeres utilizan esta vía en un 46,3% y los hombres un 3,6%.

Es la vía más importante para:

- ▶ Menores de 20 años (61,7%) y mayores de 50 años (66,7%) que suelen ser familiares descendientes y ascendientes.
- ▶ Personas sin estudios (34,4%) y con estudios secundarios (24,2%).
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (28,1%)

Con contrato de trabajo

Ha sido la forma de acceso para el 9,1%, más utilizada por:

- ▶ Personas mayores de 50 años (16,7%).
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (11,7%).
- ▶ Mujeres (10,9%).

- ▶ Personas con estudios universitarios no completados (11,3%) y con estudios secundarios (10,5%).

Con visado de turista

Es la forma menos importante, un 6,9 entraron como turistas, ha sido más utilizada por:

- ▶ Personas con estudios universitarios completos 22,2%.
- ▶ Personas con edades entre 41-50 años (17,4%) y mayores de 50 años (16,7%).
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (8,4%).

3.1.2.3. Formas de acceso clandestinas

Se denominan también irregulares o “ilegales”.Consisten en acceder al territorio español sin presentar el pasaporte y el visado en un puesto fronterizo. Un 61,3% de la muestra ha llegado de forma clandestina.

Tabla nº 7: FRECUENCIA DE ACCESO DE FORMA CLANDESTINA

Según sexo (p<0,001)	Acceso de forma clandestina	
	Hombre	206 (82,7%)
Mujeres	70 (34,8%)	
Total	276 (61,3%)	

Existen diferencias significativas respecto al sexo. El 82,7% de los hombres accede de forma clandestina.

Los inmigrantes con edades entre 21-30 años (70,5%), de zonas rurales (76,1%), universitarios (7,8 %) y personas con estudios primarios (72,4%) acceden de forma clandestina.

3.1.2.4. Medios y mecanismos de acceso clandestino

Tabla nº 8: FRECUENCIA DE USO DE MEDIOS DE ACCESO CLANDESTINOS

Variable	Medios-Mecanismo de acceso								
	Frecuencia-porcentaje								
		autobús	Barco	Camión	coche	Doc falsa	patera	pesquero	Visado Falso
Según Sexo (p<0,001)	Hombre	2 1,0%	5 2,4%	17 8,2%	2 1,0%	1 ,5%	174 84,1%	2 1,0%	4 1,9%
	Mujer	9 13,0%	7 10,1%	5 7,2%	3 3,3%	8 11,6%	37 53,6%	0 ,0%	0 ,0%
	Total	11 4,0%	12 4,3%	21 7,6%	3 1,1%	9 3,3%	211 76,4%	2 ,7%	4 1,4%

Hemos registrado las entradas clandestinas según “el uso de los medios y mecanismo” que figuran en la siguiente tabla.

Pequeñas embarcaciones (pateras, zodiac):

Las han utilizado:

- ▶ Hombres (84,1%).
- ▶ Personas con estudios primarios (82,9%).
- ▶ Personas de edades de 31-40 años (78,9%).
- ▶ Personas procedentes de zonas rurales (76,4%).

Camiones

Constituyen el segundo medio (8%). Se accede a este medio de dos formas: con el consentimiento del chofer y previo pago, o bien sin su autorización.

Lo han usado con más frecuencia:

- ▶ Menores de 20 años (25%).
- ▶ Personas con estudios primarios (10,5%).
- ▶ Hombres (8,2%).
- ▶ Personas procedentes de zonas rurales (8,1%).

Barco de pasajeros

Utilizado en un 4,3%. Se paga (soborna) a las personas de la tripulación, se introducen en el ferry en algún puerto marroquí y llegan al puerto español sin pasar por la Aduana.

Este medio fue el más utilizado por:

- ▶ Personas de edades de 41-50 años (78,9%).
- ▶ Mujeres (10,1%).
- ▶ Personas con estudios universitarios no completados (9,4%) y con estudios primarios (9,3%)
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (7,1%).

Autobús

El 4% recurrió a éste medio. Se esconden bajo su carrocería, sin el conocimiento del conductor o con la complicidad de éste.

Ha sido más utilizado por:

- ▶ Personas de edades de 41-50 años (78,9%)
- ▶ Mujeres (13,1%).
- ▶ Personas con estudios universitarios no completados (9,4%) y con estudios primarios (9,3%)
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (7,1%).

Coche

Un 1,9% ha conseguido cruzar la frontera con este medio, entre ellos:

- ▶ Personas de edades de 41-50 años (5,6%)
- ▶ Personas con sin estudios (4,6%)
- ▶ Mujeres (3,3%).
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (2,9%).

Barco de Pesca

El 0,7% lo hicieron en un barco de pesca y en mayor medida fueron:

- ▶ Personas con estudios universitarios completados (14,3%)
- ▶ Personas de edades de 31-40 años (1,1%)
- ▶ Hombres (1,0%).

Permiso de Residencia falso

Un 3,3% optaron por este mecanismo para acceder a España.

Fueron los siguientes:

- ▶ Mujeres (11,6%).
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (7,1%).
- ▶ Personas con estudios universitarios no completados (6,3%)
- ▶ Personas de edades de 31-40 años (5,6%)

Visado falso

Un 1,4% entraron utilizando visados falsos:

- ▶ Personas con estudios universitarios no completados (6,3%)
- ▶ Personas de edades de 31-40 años (3,3%)
- ▶ Personas procedentes de zonas urbanas (2,1%).
- ▶ Hombres (1,9%).

3.1.2.5. Tiempo de residencia y situación jurídico-administrativa

Tabla nº 9: FRECUENCIA DEL TIEMPO DE RESIDENCIA

	Tiempo de residencia (Frecuencia –porcentaje)		
	< 3 años	4 a 10 años	> 10 años
Total	223 (49,6%)	206 (45,8%)	21 (4,7%)

Las personas con más de diez años de residencia son un 4,7%. El 45,8% tienen una estancia media de 4 a 10 años. Y un 49,6% con menos de 3 años de residencia en El Ejido.

El 51,3% de los encuestados dispone de permiso de residencia y trabajo, solo un 10% tiene permiso de residencia. El 12,2% lo tiene en tramitación y un 26,4% ni dispone de él, ni lo ha tramitado. Los dos últimos grupos constituyen el colectivo más desfavorecido (40%) ya que está sin regularizar su situación jurídica-administrativa.

Tabla nº 10: DISTRIBUCIÓN DE LA SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA SEGÚN SEXO

Variable	Situación jurídico-administrativas				
	Frecuencia –porcentaje				
	Perm.tyr	Perm.res	En trámite	Sin permiso	
Según sexo (p<0,001)	Hombre	113 (45,4%)	7 (2,8%)	37 (14,9%)	92 (36,9%)
	Mujeres	118 (58,7%)	38 (18,9%)	18 (9,0%)	27 (13,4%)
	Total	231 (51,3%)	45 (10,0%)	55 (12,2%)	119 (26,4%)

La irregularidad jurídico-administrativa en los hombres es de 36,9 % y en las mujeres del 13,4%, en los menores de 30 años (39,5%) y en las personas de 31-40 años (11,3%).

La situación irregular afecta más a los procedentes de las zonas rurales que a los de zonas urbanas (33,5% frente a 21,9%), debido fundamentalmente a que en las zonas rurales acceden de manera clandestina (76,1%).

Tabla nº 11: DISTRIBUCIÓN DE LA SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA SEGÚN AÑOS DE RESIDENCIA

Variable	Situación jurídico-administrativas				
	Frecuencia –porcentaje				
	Perm.tyr	Perm.res	En trámite	Sin permiso	
Según tiempo Residencia (p<0,001)	< 3 años	37 (16,6%)	28 (12,6%)	46 (20,6%)	112 (50,2%)
	4-10 años	174 (84,5%)	16 (7,8%)	9 (4,4%)	7 (3,4%)
	> 10 años	20 (9,2%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Total	231 (51,3%)	45 (10%)	55 (12,2%)	119 (26,4%)

De las personas con un tiempo de residencia inferior a los tres años, el 50,2%, no dispone de un permiso de residencia. La totalidad (100%), de las personas con más de diez años, si dispone de él. Muchas personas que entran de manera clandestina logran regularizar su situación con el paso del tiempo a través de la vía del arraigo o las regularizaciones extraordinarias.

3.1.3. Situación laboral, sectores de empleo e ingresos económicos

3.1.3.1. Situación laboral

El 28,6% de los inmigrantes se encuentra en situación de desempleo y un 71,4% están trabajando.

Tabla nº 12: DISTRIBUCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL SEGÚN SEXO

Variable		No trabaja Fr-porcentaje	Trabaja Fr-porcentaje
Según sexo (p<0,001)	Hombre	52 (21,1%)	195 (78,9%)
	Mujer	76 (38,0%)	124 (62,0%)
	Total	128 (28,6%)	319 (71,4%)

El desempleo es mayor entre las mujeres (38%) que entre los hombres (21,1%); entre menores de 20 años (66,7%) y en mayores de 50 años (44,4%).

El porcentaje del desempleo entre las personas con menos de tres años de residencia es del 39,6%. Los inmigrantes con una situación jurídico-administrativa irregular no tienen trabajo en un 44,1%.

Las variables nivel de estudio y estado civil, no reflejan diferencias significativas en cuanto al acceso al mercado laboral.

3.1.3.2. Sectores de empleo

El 69,2% está empleado en el sector agrícola; el resto se reparte entre construcción, sector servicios y el servicio doméstico, siendo la venta ambulante el menos frecuente (2,1%).

Tabla nº 13: FRECUENCIA DE LOS SECTORES DE EMPLEO

Sectores de empleo Frecuencia –porcentaje					
	Agricultura	Construcción	Venta Ambulante	Servicios	Servicio Doméstico
Total	294 (69,2%)	31 (7,3%)	9 (2,1%)	53 (12,5%)	38 (8,9%)

Tanto los hombres (71,8%) como las mujeres (65,8%) comparten la actividad laboral en el sector agrícola. En el sector servicios trabaja 13,7% de hombres y 10,9% de mujeres.

El 86,5% de los inmigrantes en situación jurídica irregular trabaja en el sector agrícola.

El porcentaje de empleados agrícolas, aumenta del 53,3% de personas con vivienda en los núcleos urbanos hasta el 91,2% de los que habitan en zona rurales.

El tiempo de residencia influye en las posibilidades de inserción laboral. Hasta un 79,4% de las personas con menos de 3 años de residencia están empleadas en el sector agrícola.

3.1.2.1. 3.1.3.3. Ingresos económicos

Tabla nº 14: FRECUENCIA DE LOS INGRESOS MENSUALES

Ingresos mensuales Frecuencia –porcentaje						
	<240	241-500	501-700	701-1200	>1200	No sabe
Total	36 (8,4%)	113 (26,3%)	151(35,2%)	94 (21,9%)	20 (4,7%)	15 (3,5%)

El 34,7% de la muestra tiene ingresos inferiores a los 500€ mensuales. Solamente el 4,7% supera los 1200€.

Tabla nº 15: DIFERENCIA DE LOS INGRESOS MENSUALES SEGÚN SEXO

Variable		Ingresos mensuales Frecuencia –porcentaje					
		<240	241-500	501-700	701-1200	>1200	No sabe
Según sexo (p<0,001)	Hombre	14 (5,8%)	77 (32,0%)	96 (39,8%)	42 (17,4%)	12 (5,0%)	0 (0,0%)
	Mujer	22 (11,7%)	36 (19,1%)	55 (29,3%)	52 (27,7%)	8 (4,3%)	15 (8,0%)
	Total	36 (8,4%)	113 (26,3%)	151 (35,2%)	94 (21,9%)	20 (4,7%)	15 (3,5%)

Las primeras diferencias significativas están en función de la variable sexo: las mujeres superan a los hombres en los ingresos de 701-1200€ (27,7% frente al 17,4%) y en los inferiores a 240€ (11,7% frente a 5,8%).

Los hombres superan a las mujeres en los intervalos 241-500€ y 501-700€ en 32% y 39% frente 19,1% y 29,3%.

En los ingresos superiores a los 1200€, el porcentaje de universitarios es de 12,2% y el de personas con estudios primarios 2,2%. En la variable “situación jurídico-administrativa”, existen diferencias significativas entre las personas “con permiso de residencia”, de “residencia y trabajo”, con “el permiso tramitado” y “sin permiso”.

En la cuantía de ingresos de 0 a 500€ mensuales, el porcentaje se reduce conforme mejora la situación jurídico-administrativa:

- ▶ El 71,5% de las personas sin permiso.
- ▶ El 48,1% de personas con permiso tramitado.
- ▶ El 33% de personas con permiso de residencia.
- ▶ El 13% de personas con permiso de trabajo y residencia.

En la cuantía de ingresos superiores a 700€, el porcentaje desciende al carecer de permiso:

- ▶ El 43,2% de personas con permiso de trabajo y residencia.
- ▶ El 30,6% de personas con permiso de residencia.
- ▶ El 5,6% de personas con permiso tramitado.
- ▶ El 1,8% de los sin permiso.

En la variable “tiempo de residencia”, los ingresos ascienden conforme aumentan los años de residencia: los ingresos superiores a 1200€, los alcanzan el 1% de inmigrantes con menos de tres años de residencia, y el 28,6% que tienen más de 10 años de residencia.

Las personas con vivienda en los núcleos urbanos consiguen ingresos superiores a las que tienen vivida fuera de ellos, sobre todo en las cuantías entre 701-1200€ (32,9% frente a 5,8%) y >1200€ (7,5% frente a 0,6%).

3.1.4. Estado de la vivienda de la población marroquí en el poniente

3.1.4.1. Ubicación de la vivienda

El 59,5% de las viviendas se encuentra dentro de los núcleos urbanos de los distintos municipios. El 40,5% corresponde a viviendas a las afueras de los núcleos urbanos.

Tabla nº 16: UBICACIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN SEXO

Variable	Ubicación de la vivienda Frecuencia –porcentaje	
	Fuera zona urbana	Dentro zona urbana
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	137 55,0%
	Mujer	155 77,5%
	Total	267 59,5%

Existe diferencia significativa en función al sexo, el porcentaje de mujeres residentes dentro de las zonas urbanas es muy superior al de los hombres (77,5% frente a 45,0%).

La ocupación de viviendas fuera de los núcleos urbanos afecta a las personas con los perfiles citados a continuación:

- ▶ Sin permiso de residencia y con permiso en trámite (73,9% y 54,5%)
- ▶ Con ingresos de 241-500€ y menos de 240€ (73,5% y 42,9%)
- ▶ Personas con menos de 3 años de residencia (58,3%).
- ▶ Empleados del sector agrario (53,1%)
- ▶ Personas solteras (53%)
- ▶ Personas menores de 20 años y de 21 a 30 años (41,7% y 47,9%).

3.1.4.2. Tipos de vivienda

Tabla nº 17: FRECUANCIA DE LOS TIPOS DE VIVIENDA

	Tipo de vivienda Frecuencia –porcentaje						
	Casa	cortijo	Piso	almacén	Semi-derruida	chabola	Pre-fabricada
Total	133 29,8%	155 34,7%	126 28,2%	9 2,0%	1 ,2%	19 4,3%	4 ,9%

Estos tres tipos: el cortijo (34,4%), la casa (29,6%) y el piso (28,2%), representan el prototipo de vivienda normalizada, cuyas condiciones de habitabilidad pueden ser malas, regulares o buenas.

Otros tres tipos de vivienda, reflejan las condiciones de exclusión absoluta que vive una parte de la población marroquí en la zona y son la chabola 4,2%, el almacén un 2% y la casa semiderruida un 0,2%.

Hay diferencia significativa entre hombres y mujeres, el porcentaje de los hombres que viven en cortijos y chabolas es del 45,9% y el de las mujeres es de un 7,3%.

Las personas sin permiso habitan en chabolas (12%) y en almacén (6,8%) y no se registra ningún caso entre las personas con permiso.

El almacén alcanza un porcentaje del 11,1% cuando los ingresos son inferiores a 240€, y la chabola en el 10,8% en los inmigrantes con ingresos entre 241-500€.

La opción del cortijo se reduce conforme aumentan los años de residencia: 45,9% entre los menores de 3 años de residencia y el 4,8% entre las personas con más de 10 años de residencia. La ocupación de almacenes, chabolas y casa prefabricada, desaparece en las personas con más de 10 años de residencia.

3.1.4.3. Estado de conservación de la vivienda

Tabla nº 18: ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA VIVIENDA SEGÚN SEXO

Variable	Estado de conservación de la vivienda			
	Frecuencia –porcentaje			
		Mala	Regular	buena
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	89 35,7%	101 40,6%	59 23,7%
	Mujer	27 13,4%	64 31,8%	110 54,7%
	Total	116 25,8%	165 36,7%	169 37,6%

El 25,8% de los encuestados valora su vivienda como mala y un 36,7% como regular. Solo el 37,6% la valora como buena. Las mujeres la valoran como buena en un 54,7% y los hombres 23,7%.

El 58% de las personas sin permiso de residencia y un 4,4% de personas con permiso de residencia, valoran como mala la situación de la vivienda.

Existen diferencias significativas ($p < 0,001$) en función a la variable “ingresos mensuales” y la valoración del “estado de conservación de la vivienda”: las personas con ingresos entre 501-700€ la valoran como “mala” en el 52,2% y un 0% de las personas que ganan $> 1200€$.

Para valorar el estado de conservación de las viviendas, hemos preguntado por cuatro parámetros: disponibilidad de agua corriente, agua caliente, luz y calefacción.

Disponibilidad de agua corriente

Tabla nº 19: DISPONIBILIDAD DE AGUA CORRIENTE EN LA VIVIENDA SEGÚN SEXO

Variable	Agua corriente	
	Frecuencia –porcentaje	
	No tiene agua corriente	Tiene agua corriente
Según sexo ($p < 0,005\%$)	Hombre	53 21,4%
	Mujer	195 78,6%
	Total	20 10,0%
	73 16,3%	
	375 83,7%	

El 16,3% de las viviendas carece de ella, siendo el porcentaje en las viviendas ocupadas por hombres de un 21% y las ocupadas por mujeres del 10,0%.

La carencia del agua en función de la situación jurídico-administrativa es significativa: un 35,3% de personas sin permiso carecen de agua al igual que el 5,7% de personas con permiso de residencia y trabajo.

Disponibilidad de Agua caliente

Tabla nº 20: DISPONIBILIDAD DE AGUA CALIENTE EN LA VIVIENDA SEGÚN SEXO

Variable	Agua caliente Frecuencia –porcentaje		
		No tiene agua caliente	Tiene agua
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	125 50,2%	124 49,8%
	Mujer	35 17,4%	166 82,6%
	Total	160 35,6%	290 64,4%

La falta de agua caliente en los hogares alcanza el 35,6%. Existe diferente estadística según el sexo, el 50,2 de los hombres carecen de agua caliente y el 82,6 % de las mujeres la tienen.

La carencia de agua caliente afecta al 69,7% de personas sin permiso y al 15,6% de personas con permiso de trabajo y residencia.

Disponibilidad de corriente eléctrica

El 9,3% de los inmigrantes no tiene luz. La situación jurídico-administrativa marca diferencias significativas, y las personas sin permiso hasta en un 26,9% no tienen luz eléctrica y todas las personas con un permiso de residencia tienen luz en sus viviendas.

3.1.4.4. *Tamaño de la vivienda y número de personas por habitación*

Tamaño de la vivienda

Tabla nº 21: TAMAÑO DE LA VIVIENDA SEGÚN SEXO

Variable	Numero de habitaciones en la vivienda Frecuencia –porcentaje			
		1-2 habitaciones	3-4 hab	> 4hab
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	137 55,2%	97 39,1%	14 5,6%
	Mujer	73 36,3%	116 57,7%	12 6,0%
	Total	210 46,8%	213 47,4%	26 5,8%

Un 48,8% de la muestra reside en viviendas de 1 a 2 habitaciones, el 47,4% en viviendas de 3 a 4 habitaciones y un 5,8% en viviendas con más de 4 habitaciones.

La diferencia significativa se refleja entre los dos sexos, el porcentaje de hombres que se alojan en casas de una a dos habitaciones es del 55,2%, y es del 36,3% en las mujeres.

El 73,9% de las personas sin permiso habitan casas de 1-2 habitaciones, mientras que el porcentaje es del 31,1% entre personas con permiso de residencia.

El porcentaje de las personas que habitan las viviendas de 1-2 habitaciones según aumentan los años de residencia, cambia del 62,8% entre personas con menos de 3 años, al 10% en las personas con más de 10 años de residencia.

Número de personas por habitación

Tabla nº 22: FRECUENCIA DEL NUMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN

Variable	Comparte habitación				
	Frecuencia –porcentaje				
	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	
Según sexo (p<0,05%)	Hombre	32 13,0%	118 47,8%	71 28,7%	26 10,5%
	Mujer	42 20,9%	102 50,7%	38 18,9%	19 9,5%
	Total	74 16,5%	220 49,1%	109 24,3%	45 10,0%

El 64,6% de la muestra comparte habitación: el 30,9% lo hace con una persona, un 41,6% con dos personas, un 13,1% comparte habitación con tres personas y un 6,2% lo hace con cuatro personas.

Existen diferencias significativas en función del sexo, el porcentaje de hombres que comparte habitación con más de 3 personas es del 28,7% y el de las mujeres es del 18,9%.

En relación a la situación jurídico-administrativa, un 17,6% de personas sin permiso comparte habitación con cuatro personas, porcentaje que desciende hasta el 6,1% entre personas con permiso de trabajo y residencia.

Tabla nº 23: FRECUENCIA DEL NUMERO DE PERSONAS POR HABITACIÓN SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL

Variable	Comparte habitación Frecuencia –porcentaje				
		1 persona	2 personas	3 personas	4 personas
Según Situación laboral ($p < 0,001\%$)	No trabaja	15 11,7%	45 35,2%	41 32,0%	27 21,1%
	Trabaja	57 18,0%	175 55,2%	67 21,1%	18 5,7%
	Total	72 16,2%	220 49,4%	108 24,3%	45 10,1%

Respecto a la situación laboral, el porcentaje de personas que comparten habitación con más de 4 personas es más bajo entre aquellas que trabajan que entre las que están desempleadas (5,7% frente al 21,1%). Las variables ingresos, nivel de estudios y procedencia no marcan diferencias significativas.

3.2. LA REALIDAD SANITARIA DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO

3.2.1. El gasto en alimentación

Tabla nº 24: DISTRIBUCIÓN DE GASTO SEGÚN SEXO

Variable		Numero	Media de gasto en euros	Desviación típica
Según sexo (p<0,001)	Hombre	243	32,7	17,87
	Mujeres	201	45,4	18,60
	Total	444	38,4	19,25

La media de gasto semanal por persona es de 38,4€. Las mujeres gastan unos 45,39€ por semana, mientras que los hombres gastan 32,76€.

Tabla nº 25: DISTRIBUCIÓN DE GASTO SEGÚN LA SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable		N	Media de gasto	Desviación típica
Según situación Jurídico-administrativa (p<0,001)	Permiso tyr	231	48,2	18,89
	Permiso res	44	38,1	13,92
	En trámite	55	28,3	11,91
	Sin permiso	114	23,4	10,71
	Total	444	38,43	19,25

Gastan menos (23,42€) las personas sin permiso, y 48,2€ las personas con permiso de trabajo y residencia.

Tabla nº 26: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SEGÚN LOS INGRESOS MENSUALES

Variable		Numero	Media de gasto	Desviación típica
Según ingresos (p<0,001)	0-240 €/mes	36	30,0	15,99
	241-500	112	25,6	12,68
	501-700	151	38,6	17,45
	701-1200	94	53,1	17,27
	>1200	20	59,2	18,50
	No sabe	15	37,0	18,50
	Total	428	38,49	19,38

Se establece una correlación lineal ascendente entre gasto semanal e ingresos mensuales: 30€ de gasto, en los inmigrantes con menos de 240€ de ingresos y 59,2€ en aquellos con ingresos superiores a los 1200€.

Tabla nº 27: DISTRIBUCIÓN DE GASTO SEGÚN LOS AÑOS DE RESIDENCIA

Variable		Numero	Media de gasto	Desviación típica
Según años de residencia (p<0,001)	<= 3 años	217	29,0	14,98
	4-10 años	206	45,6	17,98
	>10	21	65,000	15,25
	Total	444	38,43	19,25

Los años de residencia, establecen una diferencia significativa, las personas con menos de 3 años de residencia, gastan a la semana 29,01€, sin embargo, aquellas con más de 10 años gastan 65€ semanales en alimentación.

3.2.2. Consumo de tabaco, drogas y alcohol

3.2.2.1. Tabaco

Tabla nº 28: CONSUMO DE TABACO EN FUNCIÓN DEL SEXO

Variable		No consume tabaco Fr-porcentaje	Consume tabaco Fr-porcentaje
Según sexo (p<0,001)	Hombre	112 (45,0%)	137 (55,0%)
	Mujeres	172 (85,6%)	29 (14,4%)
	Total	284 (63,1%)	166 (36,9%)

La media de consumo de tabaco es de 36,9%. Las mujeres fuman un 14,4% y los hombres un 55%.

Los viudos son los que menos fuman 10% y los solteros fuman un 44,3%.

Las personas sin estudios fuman el 21,1% y las que tienen estudios universitarios lo consumen hasta un 55,6%.

Tabla nº 29: CONSUMO DE TABACO SEGÚN AÑOS DE RESIDENCIA

Variable		No consume tabaco Fr-porcentaje	Consume tabaco Fr-porcentaje
Según años de residencia (p<0,05)	<= 3 años	127 (57,0%)	96 (43,0%)
	4-10 años	140 (68,0%)	66 (32,0%)
	>10	17 (81,0%)	4 (19,0%)

Curiosamente, el consumo de tabaco desciende conforme aumenta el tiempo de residencia: el 43% en las personas con menos de tres años y el 19% entre los inmigrantes con más de 10 años de residencia.

Tabla nº 30: LUGAR DE COMIENZO DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO

Variable		Donde comenzó a fumar frecuencia-porcentaje	
		Marruecos	España
Según sexo ($p < 0,001$)	Hombre	127 (97,7%)	3 (2,3%)
	Mujeres	14 (48,3%)	15 (51,7%)
	Total	141 (88,7%)	18 (11,3%)

De todas las personas fumadoras, el 88,7% comenzó a hacerlo en Marruecos y el 11,3% una vez instalado en España.

Existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres: el 97,7 % de los hombres y un 48,3% de las mujeres comenzaron a fumar en Marruecos. En España, empezaron a consumir tabaco el 2,3 % de los hombres y un 51,7% de las mujeres.

3.2.2.2. Hachís y marihuana

Tabla nº 31: CONSUMO DE HACHÍS Y MARIHUANA SEGÚN SEXO

Variable		No consume hachís Fr-porcentaje	Consume hachís Fr-porcentaje
		Según sexo ($p < 0,001$)	Hombre
Mujeres	195 (97%)		6 (3%)
Total	380 (85,0%)		67 (15,0%)

La media de consumo de hachís y marihuana es de un 15%, inferior a la registrada en el caso del tabaco (36,9%). Las mujeres que han declarado consumirlo son el 3% y un 24,8% de los hombres.

Tabla nº 32: CONSUMO DE HACHÍS Y MARIHUANA SEGÚN ESTADO CIVIL

Variable		No consume hachís Fr-porcentaje	Consume hachís Fr-porcentaje
		Según estado civil ($p < 0,05$)	Solero/a
Casado/a	177 (89,4%)		21 (10,6%)
En pareja	6 (75,0%)		2 (25,0%)
Divorciado/a-separado/a	26 (96,3%)		1 (3,7%)
Viudo/a	10 (100,0%)		0 (0,0%)

Aumenta el consumo en los solteros y las personas que viven en pareja (25% y 20,3%). En los viudos desaparecen totalmente el consumo de hachís y marihuana.

Tabla nº 33: CONSUMO DE HACHÍS Y MARIHUANA SEGÚN SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable		No consume hachís Fr-porcentaje	Consumo hachís Fr-porcentaje
Según sit jurídico- administrativa (p=0,001)	Permiso trabajo y residencia	203 (87,9%)	28 (12,1%)
	Permiso de residencia	42 (95,5%)	2 (4,5%)
	Permiso en trámite	43 (79,6%)	11 (20,4%)
	Sin permiso	92 (78,0%)	26 (22,0%)

Entre la situación jurídico-administrativa y el consumo de tabaco no hay diferencias significativas, sin embargo, si existe diferencia significativa entre el consumo de hachís y marihuana y la situación jurídica. Los porcentajes de consumo entre personas sin permiso son del 22% y entre las personas con permiso de residencia y trabajo, del 12,1%.

Las variables “edad” y “nivel de estudio”, no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla nº 34: LUGAR DE COMIENZO DE CONSUMO DE HACHÍS Y MARIHUANA SEGÚN SEXO

Variable		Donde comenzó a fumar hachís frecuencia-porcentaje	
		Marruecos	España
Según sexo (p<0,005)	Hombre	56 (90,3%)	6 (9,7%)
	Mujeres	2 (33,3%)	4 (66,7%)
	Total	58 (85,3%)	10 (14,7%)

Del total de los inmigrantes que fuman hachís, el 85,3% comenzó en Marruecos y el 14,7% en España. Destacar que el 66,7% de las mujeres comenzaron a fumar hachís en España, frente a un 9,7% de hombres.

3.2.2.3. Alcohol

Tabla nº 35: CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO

Variable		No consume alcohol Fr-porcentaje	Consumo alcohol Fr-porcentaje
Según sexo (p<0,001)	Hombre	153 (61,7%)	95 (38,3%)
	Mujeres	172 (85,6%)	29 (14,4%)
	Total	325 (72,4%)	124 (27,6%)

La media de consumo de alcohol es del 27,6%. Casi el doble entre los hombres que entre las mujeres (38,3% frente al 14,4%).

Tabla nº 36: CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN ESTADO CIVIL

Variable		No consume alcohol Fr-porcentaje	Consume alcohol Fr-porcentaje
Según estado civil (p<0,005)	Solero/a	134 (66,0%)	69 (34,0%)
	Casado/a	160 (80,4%)	39 (19,6%)
	En pareja	5 (62,5%)	3 (37,5%)
	Divorciado/a-separado/a	17 (63,0%)	10 (37,0%)
	Viudo/a	9 (90,0%)	1 (10,0%)

Se reduce el consumo de manera muy importante entre personas casadas hasta el 19,6% y entre los viudos al 10%.

Tabla nº 37: CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable		No consume alcohol Fr-porcentaje	Consume alcohol Fr-porcentaje
Según sit jurídico-administrativa (p<0,001)	Permiso trabajo y residencia	179 (77,8%)	51 (22,2%)
	Permiso de residencia	38 (84,4%)	7 (15,6%)
	Permiso en trámite	31 (56,4%)	24 (43,6%)
	Sin permiso	77 (64,7%)	42 (35,3%)

En la situación jurídico-administrativa existe una diferencia estadística significativa, siendo el consumo entre los inmigrantes con permiso en trámite del 43,6%, las personas sin permiso del 35,3% y entre las personas con permiso de residencia 15,6%.

Tabla nº 38: CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN AÑOS DE RESIDENCIA

Variable		No consume alcohol Fr-porcentaje	Consume alcohol Fr-porcentaje
Según años residencia (p<0,05)	<= 3 años	148 (66,4%)	75 (33,6%)
	4-10 años	162 (79,0%)	43 (21,0%)
	>10	15 (71,4%)	6 (28,6%)

Según el tiempo de residencia en España, se puede observar un consumo en los tres primeros años de residencia del 33,6% que desciende transcurrida ésta primera etapa hasta el 28%.

Tabla Nº 39: LUGAR DE COMIENZO DEL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO

Variable		Donde comenzó a consumir alcohol frecuencia-porcentaje	
		Marruecos	España
Según sexo (p<0,001)	Hombre	69 (73,4%)	25 (26,6%)
	Mujeres	7 (24,1%)	22 (75,9%)
	Total	76 (61,8%)	47 (38,2%)

El 61,8% de los inmigrantes que beben alcohol comenzaron en Marruecos. Los hombres lo han hecho en el país de origen en un 73%, mientras que un 75,9 de mujeres se iniciaron en España. El 88,9% comenzaron a beber alcohol una vez instalados en España y sin haberlo hecho con anterioridad en Marruecos.

3.2.3. Hábitos sexuales y de reproducción

3.2.3.1. Uso de preservativos y planificación familiar en Marruecos

Uso de preservativos

Tabla nº 40: USO DE PRESERVATIVOS SEGÚN EDAD

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,05)	<20 años	14 (70%)	6 (30%)
	Entre 21-30 años	81 (41,5%)	114 (58,5%)
	Entre 31-40 años	49 (37,1%)	83 (62,9%)
	Entre 41-50 años	23 (52,3%)	21 (47,7%)
	> 50 años	2 (33,3%)	4 (66,7%)
	Total	169 (42,6%)	228 (57,4%)

Un 57,4% declara utilizar preservativos, sin que a penas existan diferencias entre hombres y mujeres (57,1% y 58,1% respectivamente).

Los menores de 20 años los usan en un 30% y entre los mayores de 50 años hasta el 66,7%.

Tabla nº 41: USO DE PRESERVATIVOS SEGÚN NIVEL DE ESTUDIO

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según nivel estudios (p<0,005)	Primarios	58 (43,3%)	76 (56,7%)
	Secundarios	49 (38%)	80 (62%)
	Universitarios incompletos	12 (27,9%)	31 (72,1%)
	Universitarios completos	1 (12,5%)	7 (87,5%)
	Sin estudios	49 (59%)	34 (41%)
	Total	169 (42,6%)	228 (57,4%)

El uso de anticonceptivos se va elevando paralelamente al nivel de estudios, alcanzando un 87,5% entre universitarios y descendiendo al 41% entre las personas sin estudios.

Tabla nº 42: USO DE PRESERVATIVOS SEGÚN PROCEDENCIA

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según procedencia (p<0,05)	De zona urbana	89 (38,2%)	144 (61,8%)
	De zona rural	80(48,8%)	84 (51,2%)
	Total	162 (42,6%)	228 (57,4%)

La procedencia de una zona urbana o rural establece diferencias significativas: las personas de la zona urbana utilizan más los anticonceptivos que los de la segunda (61,8% frente a 51,2%).

Uso de preservativos en los viajes a Marruecos

Tabla nº 43: USO DE PRESERVATIVOS DURANTE LOS VIAJES A MARRUECOS SEGÚN SEXO

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,05)	Hombres	43 (38,7%)	68 (61,3%)
	Mujeres	26 (23,9%)	83 (76,1%)
	Total	69 (31,4%)	151 (68,8%)

Se registran unos porcentajes inferiores a los de El Ejido (68,6%), más bajos aún entre los hombres (61,3%) que entre las mujeres (76,1%).

Tabla nº 44: USO DE PRESERVATIVOS DURANTE LOS VIAJES A MARRUECOS SEGÚN PROCEDENCIA

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según procedencia (p<0,05)	De zona urbana	35 (25,4%)	103 (74,6%)
	De zona rural	34 (41,5%)	48 (58,5%)
	Total	69 (31,4%)	151 (68,6%)

Existe diferencia significativa en función de la variable procedencia, las personas de zonas urbanas utilizan más anticonceptivos (74,6%) que las procedentes de zonas rurales (58,5%).

Tabla nº 45: USO DE PRESERVATIVOS DURANTE LOS VIAJES A MARRUECOS SEGÚN UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable		No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según ubicación vivienda (p<0,005)	Fuera zona urbana	34 (40%)	51 (60%)
	Dentro zona urbano	35 (25,9%)	100 (74,1%)
	Total	69 (31,4%)	151 (68,6%)

El uso de anticonceptivos es más alto entre los inmigrantes que viven en los núcleos urbanos (74,1%), que fuera de ellos (60%).

Planificación familiar

Un 57,5% de las encuestadas manifiesta haber utilizado anticonceptivos con el fin de la planificación familiar.

Los medios utilizados son los siguientes:

- ▶ Los anticonceptivos hormonales: 58,46%.
- ▶ El DIU: 23,07%.
- ▶ El preservativo: 21,53%.

La suma total de los tres porcentajes supera el 100%, porque varias personas de la muestra han utilizado más de un medio anticonceptivo.

3.2.3.2. *Uso de preservativos y planificación familiar en El Ejido*

Uso de preservativos

Los inmigrantes utilizan preservativos en un 79,9%: los hombres en un 85,1% y en las mujeres el 73,1%.

Tabla nº 46: USO DE PRESERVATIVOS SEGÚN EDAD

Variable	No usa anticonceptivos Recuento-porcentaje	Usa anticonceptivos Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,005)	<20 años	9 (37,5%)
	Entre 21-30 años	161 (85,2%)
	Entre 31-40 años	105 (81,4%)
	Entre 41-50 años	26 (61,9%)
	> 50 años	4 (80%)
	Total	78 (20,1%)

El uso de preservativos entre los menores de 20 años es del 62,5%, y en mayores de 50 años del 80%.

Las variables, nivel de estudio, ubicación de la vivienda y años de residencia, no marcan diferencias significativas en el uso de los preservativos en el Poniente.

Planificación familiar

Se aprecia un aumento en el porcentaje (74,4%) comparado con el registrado en Marruecos (57,5%).

Los medios utilizados son los siguientes:

- ▶ El preservativo: 57,77%
- ▶ Los anticonceptivos hormonales: 45,55%
- ▶ El DIU: 11,11%.

La suma total de los tres porcentajes supera el 100% ya que varias personas de la muestra han utilizado más de un medio anticonceptivo.

3.2.3.3. Programa de control de embarazo y del niño sano

Programa de control de embarazo

En Marruecos, el 37,8% de las embarazadas lo han hecho. Las mujeres embarazadas que han realizado de 1 a 3 controles son el 23,6% y de 4 a 8 el 11,8%.

La única diferencia significativa está en función de la pertenencia de la mujer embarazada a zonas urbanas o rurales. Las mujeres embarazadas de las zonas urbanas los realizan en un 48,5% y en zona rural en un 22,2%.

En El Ejido un 96,9% lo han realizado con una frecuencia de visitas de 1 a 4, el 14,3% y con más de 5 el 75,5%, realizándose la primera visita a la cuarta semana de gestación.

No existen diferencias significativas en relación a las variables edad, ubicación de la vivienda, estado civil, situación jurídico-administrativa y nivel de estudios.

Visita de la matrona y programa del niño sano

Un 25% de la muestra declara haber recibido la visita de la matrona después del parto en Marruecos y un 45,6% ha seguido el programa del Niño Sano. Sin embargo en El Ejido, un 93,8% de la muestra la ha recibido.

Tabla nº 47: VISITA DE LA MATRONA SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable		No recibió visita de la matrona Recuento-porcentaje	Recibió visita de la matrona Recuento-porcentaje
Según ubicación vivienda (p<0,005)	Vive fuera del núcleo urbano	4 (25%)	12 (75%)
	Vive dentro del núcleo urbano	0 (0%)	49 (100%)
	Total	4 (6,2%)	61 (93,8%)

Las únicas diferencias significativas que existen, están en función a la variable ubicación de la vivienda: el control es del 100% de las mujeres que viven en núcleos urbanos y reciben la visita de la matrona. Las personas que viven fuera del núcleo urbano las reciben en un 75%.

El programa del niño sano alcanza al 97% en El Ejido sin que existan diferencias significativas.

3.2.4. El estado de salud y los comportamientos sanitarios en Marruecos

3.2.4.1. Vacunaciones

El 46,2% han declarado haber recibido todas las vacunas, otro 41,8% manifiesta que “no sabe qué vacunas” “ni cuantas ha recibido”; y un 12,0% sabe que no ha recibido la vacunación completa.

Tabla nº 48: DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNACIÓN SEGÚN SEXO

Variable		La tiene todas	No todas	No sabe
Según sexo (p<0,001)	Hombres	91 (36,5%)	29 (11,6%)	129 (51,8%)
	Mujeres	117 (58,2%)	25 (12,4%)	59 (29,4%)
	Total	208 (46,2%)	54 (12%)	188 (41,8%)

El sexo es una variable que marca diferencias significativas, el 58,2% de mujeres saben que están vacunadas y también el 36,5% de los hombres.

Tabla nº 49: DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNACIÓN SEGÚN EDAD

Variable		La tiene todas	No todas	No sabe
Según edad (p<0,001)	<20 años	25 (69,4%)	5 (13,9%)	6 (16,7%)
	Entre 21-30 años	109 (49,5%)	29 (13,2%)	82 (37,3%)
	Entre 31-40 años	64 (45,1%)	13 (9,2%)	65 (45,8%)
	Entre 41-50 años	10 (21,7%)	6 (13%)	30 (65,2%)
	> 50 años	0 (0%)	1(16,7%)	(83,3%)
	Total	208 (46,2%)	54 (12%)	188 (41,8%)

Al aumentar la edad, disminuyen los porcentajes de vacunación: de un 69,4% en los menores de 20 años hasta un 0% entre mayores de 50 años.

Tabla nº 50: DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNACIÓN SEGÚN NIVELES DE ESTUDIO

Variable		La tiene todas	No todas	No sabe
Según Estudios (p<0,001)	Primarios	47 (32,4%)	18 (12,4%)	80 (55,2%)
	Secundarios	96 (62,7%)	17 (11,1%)	40 (26,1%)
	Universitarios incompletos	45 (84,9%)	2 (3,8%)	6 (11,3%)
	Universitarios completos	3 (33,3%)	0 (0%)	6 (66,7%)
	Sin estudios	17 (18,9%)	17 (18,9%)	56 (62,2%)
	Total	208 (46,2%)	54 (12%)	188 (41,8%)

El porcentaje de vacunación aumenta con el nivel de estudios, desde 18,9% de las personas sin estudios, hasta el 84,9% de los inmigrantes con estudios universitarios sin terminar.

Tabla nº 51: DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNACIÓN SEGÚN PROCEDENCIA

Variable		La tiene todas	No todas	No sabe
Según procedencia (p=0,055)	De zona urbana	138 (50,4%)	27 (9,9%)	109 (39,8%)
	De zona rural	70 (39,8%)	27 (15,3%)	79 (44,9%)
	Total	208 (46,2%)	54 (12%)	188 (41,8%)

Las personas que proceden de la zona rural presentan menores porcentajes de vacunación completa, 39,8% que los inmigrantes de la zona urbana (50,4%). La diferencia estadística es del p=0,055, casi significativa.

3.2.4.2. Motivos de consulta y características de los pacientes en Marruecos

1º Los problemas buco-dentales (7,8%) que son el primer motivo de consulta, no presentan diferencias significativas entre sexos.

Tabla nº 52: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE PROBLEMAS DIGESTIVOS SEGÚN SEXO

Variable		No ha consultado patología	Ha consultado patología
Según sexo (p<0,005)	Hombres	240 (96,4%)	9 (3,6%)
	Mujeres	176 (87,6%)	25 (12,4%)
	Total	416 (92,4%)	34 (7,6%)

2º Los problemas digestivos (7,6%): consultan el 12,4 de las mujeres y el 3,6% de los hombres.

Tabla nº 53: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE LESIONES SEGÚN EDAD Y NIVELES DE ESTUDIO

Variable		No ha consultado patología	Ha consultado patología
Según edad (p=0,053)	<20 años	33 (91,7%)	3 (8,3%)
	Entre 21-30 años	210 (95,5%)	10 (4,5%)
	Entre 31-40 años	134 (94,4%)	8 (5,6%)
	Entre 41-50 años	39 (84,8%)	7 (15,2%)
	> 50 años	5 (83,3%)	1 (16,7%)
	Total	421 (93,6%)	29 (6,4%)
Según Estudios (p<0,05)	Primarios	142 (97,9%)	3 (2,1%)
	Secundarios	142 (92,8%)	11 (7,2%)
	Universitarios incompletos	50 (94,3%)	3 (5,7%)
	Universitarios completos	9 (100%)	0 (0%)
	Sin estudios	78 (86,7%)	12 (13,3%)
	Total	421 (93,6%)	29 (6,4%)

3º Las lesiones osteo-musculares (6,4%): según la variable edad, la diferencia estadística es casi significativa (p=0,053); en las personas con edad comprendidas entre 41 a 50 años consultan el 15,2% y los mayores de 50 años el 16,7%. Consultan por este motivo el 13,3% de las personas sin estudios y son del 0% entre universitarios.

4º Los problemas respiratorios (5,8%) y sin diferencias significativas.

5º Los problemas del sistema nervioso (5,6%) y sin diferencias significativas al respecto.

6º Los problemas oculares (4,4%) y sin diferencias significativas.

7º El control del embarazo (4,4%): es el sexto motivo de consulta junto a los problemas oculares. Consultan las mujeres con estudios secundarios en un 6,5%, y por las mujeres sin estudios en un 5,6%.

Tabla nº 54: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES SEGÚN SEXO

Variable		No ha consultado patología	Ha consultado patología
Según sexo (p<0,05)	Hombres	244 (98%)	5 (2%)
	Mujeres	187 (93%)	14 (7%)
	Total	431 (95,8%)	19 (4,2%)

8º Los problemas cardiovasculares (4,2%): son el séptimo motivo de consulta. Más frecuente entre las mujeres (12,4%) que en los hombres (3,6%), y entre las personas procedentes de zonas urbanas (5,1%) frente a los habitantes de las zonas rurales (2,8%).

Tabla nº 55: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN SEXO

Variable		No tiene ETS	Tiene ETS
Según sexo (p<0,05)	Hombres	247 (99,2%)	2 (0,8%)
	Mujeres	193 (96%)	8 (4%)
	Total	440 (97,8%)	10 (2,2%)

9º Las enfermedades de transmisión sexual (2,2%): son el octavo motivo de consulta. Consultan más las mujeres (4%) que los hombres (0,8%).

Tabla nº 56: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE PROBLEMAS DE INFERTILIDAD SEGÚN SEXO

Variable		No ha recibido tratamiento	Ha recibido tratamiento
Según sexo (p<0,05)	Hombres	248 (99,6%)	1 (0,4%)
	Mujeres	193 (96%)	8 (4%)
	Total	441 (98%)	9 (2%)

10º Infertilidad (2,0%): es el noveno motivo de consulta. Es una consulta más frecuente entre las mujeres (8%) que entre los hombres (0,4%).

11º Problemas psíquicos (1,6%): el décimo motivo, no existen diferencias significativas, y los inmigrantes consultan más por la ansiedad, depresión y “los nervios”.

12º Problemas dermatológicos (1,3%): son el onceavo motivo de consulta. No hay diferencias significativas.

Tabla nº 57: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS DE PROBLEMAS INFECTOCONTAGIOSOS SEGÚN SEXO

Variable		No ha consultado patología	Ha consultado patología
Según sexo (p<0,05)	Hombres	243 (97,6%)	6 (2,4%)
	Mujeres	201 (100%)	0 (0%)
	Total	444 (98,7%)	6 (1,3%)

13º Problemas infectocontagiosos: son el decimosegundo motivo de consulta. Las mujeres inmigrantes no han consultado por ese motivo (100%) y si lo han hecho el 2,4% entre los hombres.

3.2.4.3. Itinerarios de curación de Marruecos

Itinerarios de curación de patologías somáticas o físicas

Son las opciones o pasos que los encuestados realizan para curarse de una patología considerada de importancia para su salud.

El primer paso: las opciones de curación siguen el siguiente orden de mayor a menor frecuencia: la ayuda de la familia (37,1%), ir al centro de salud (22,2%), las medicinas (15,6%), los remedios caseros (14,2%), el médico privado (6,7%), la farmacia (2,0%), el servicio de urgencias (1,1%), el curandero (0,7%) y por último no hacer nada (0,4%).

Tabla nº 58: PRIMER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMATICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
----------	--------------------	------------	------------

1	Ayuda de la familia	167	37,1
2	Centro salud	100	22,2
3	Medicina que ya conocía	70	15,6
4	Remedios caseros	64	14,2
5	Médico privado	30	6,7
6	Farmacia	9	2,0
7	Urgencia	5	1,1
8	Curandero	3	,7
9	Nada	2	,4
	Total	450	100,0

De los 167 encuestados que piden ayuda a la familia en un primer paso, optan en segundo lugar por una de las otras opciones en este orden de importancia:

- ▶ Un 42,5% usarían las medicinas que ya conocían
- ▶ Un 28,7% los remedios caseros
- ▶ Un 10,2% no haría nada
- ▶ Un 8,4% iría a urgencias
- ▶ Un 3,6% iría a un curandero
- ▶ Un 3,0% acudiría al centro de salud
- ▶ Un 2,4% acudiría al médico privado
- ▶ Un 1,2% a la farmacia

El segundo paso: en primer lugar optan por “no hacer nada” el (22,9%), utilizan las medicinas conocidas (17,6%), los remedios caseros (16,7%), y el servicio de urgencias ocupa el cuarto lugar (11,8%).

Tabla nº 59: SEGUNDO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	103	22,9
2	Medicina que ya conocía	79	17,6
3	Remedios caseros	75	16,7
4	Urgencias	53	11,8
5	Médico privado	47	10,4
6	Centro salud	43	9,6
7	Farmacia	21	4,7
8	Curandero	20	4,4
9	Ayuda a la familia	9	2,0
	Total	450	100,0

De los 103 encuestados que prefieren “no hacer nada”, el 1,0% opta por los remedios caseros tradicionales y el resto se mantiene sin hacer nada.

El tercer paso: El 57,1% no hacen nada, seguido por los remedios caseros (11,1%), el servicio de urgencia (8,2%) y la farmacia (7,6%).

Tabla nº 60: TERCER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	257	57,1
2	Remedios caseros	50	11,1
3	Urgencias	37	8,2
4	Farmacia	34	7,6
5	Centro Salud	23	5,1
6	Médico privado	22	4,9
7	Medicina que ya conocía	15	3,3
8	Curandero	9	2,0
9	Ayuda a la familia	3	,7
	Total	450	100,0

De los 257 encuestados que en el tercer paso “no hacer nada”, un 0,4% acude a urgencias y otro 0,4% va a la farmacia.

El cuarto paso: el 74,7% “no hacen nada”, la farmacia (11,3%), el médico privado (4,2%) y el servicio de urgencias (4 %).

Tabla nº 61: CUARTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	336	74,7
2	Farmacia	51	11,3
3	Médico privado	19	4,2
4	Urgencia	18	4,0
5	Curandero	13	2,9
6	Centro de Salud	8	1,8
7	Medicina que ya conocía	4	,9
8	Remedios caseros	1	,2
9	Nada	336	74,7
	Total	450	100,0

De los 336 de encuestados que en el cuarto paso declararon no hacer nada, el 0,3% acude al curandero en segunda opción.

El quinto paso: el 93,6% “no hace nada”, un 3,1% acude a la farmacia, otro 1,1% acude al curandero que aparece por primera vez dentro de las primeras cinco opciones, y un 0,9% va al servicio de urgencias.

Tabla nº 62: QUINTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	421	93,6
2	Farmacia	14	3,1
3	Curandero	5	1,1
4	Urgencia	4	,9
5	Centro salud	2	,4
6	Médico privado	2	,4
7	Ayuda familia	1	,2
8	Remedios caseros	1	,2
	Total	450	100,0

Itinerarios de curación de trastornos mentales

Los itinerarios posibles a seguir son los siguientes: (1) “pedir ayuda a la familia”, se mantiene la familia como puerta de acceso al medio de curación como en los itinerarios de curación de las patologías somáticas. (2) “Solicitar la ayuda de un alfaquí, curandero o brujo”, (3) “Acudir a salud mental”, (4) “no hacer nada”, (5) “Acudir al psiquiatra o psicólogo”, 6 “otros sin especificar”.

El primer paso: pedir ayuda de la familia es para el 48,9% de los encuestados el primer paso, el curandero (15,32%), ir a salud mental (12,7%), no hacer nada (10,4%), acudir al psicólogo-psiquiatra (6,2%), otros sin especificar (3,1%).

Tabla nº 63: PRIMER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Ayuda familia	220	48,9
2	Curandero	69	15,3
3	Salud mental	57	12,7
4	Nada	47	10,4
5	Psicólogo –psiquiatra	28	6,2
6	Otros sin especificar	14	3,1
	Total	435	96,7
	Perdidos	15	3,3
	Total	450	100

De los 220 encuestados que requerirían ayuda a la familia como primer paso optan en segundo lugar por una de las siguientes opciones en el siguiente orden de importancia:

- ▶ Nada: 87,2%

- ▶ Curandero: 6,4%
- ▶ Otros: 4,3%

El segundo paso: la primera opción es “no hacer nada” (59,3%), el curandero (24,2%), salud mental (8,7%), acudir a psicólogo-psiquiatra privado (5,6%), el 1,3% pide la ayuda a la familia y un 0,9% “otras cosas” sin especificar.

Tabla nº 64: SEGUNDO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	267	59,3
2	Curandero	109	24,2
3	Salud mental	39	8,7
4	Psicólogo-psiquiatra	25	5,6
5	Ayuda familia	6	1,3
6	Otros	4	,9
	Total	450	100

De los 267 de encuestados que deciden “no hacer nada” en el segundo paso, optan por una de las siguientes opciones:

- ▶ Ayuda de la familia: 0,7%
- ▶ Salud mental: 0,4%
- ▶ Curandero: 0,4%
- ▶ Psicólogo-psiquiatra: 0,4%

El tercer paso: se mantiene el “no hacer nada” como primera opción (96,9%), el psicólogo o psiquiatra (1,1%), la ayuda de la familia (0,7%), el curandero (0,7%), otros sin especificar (0,4%) y por último, ir a salud mental (0,2%).

Tabla nº 65: TERCER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	436	96,9
2	Psicólogo –psiquiatra	5	1,1
3	Ayuda familia	3	,7
4	Curandero	3	,7
5	Otros sin especificar	2	,4
6	Salud mental	1	,2
	Total	450	100

De los 436 encuestados que en el tercer paso deciden “no hacer nada”, el 1,4% opta ir a la consulta del psicólogo-psiquiatra privado.

El cuarto paso: el “no hacer nada” se mantiene como primera opción para el 98,2%, el psicólogo-psiquiatra (1,3%), el curandero y la salud mental (0,2%).

Tabla nº 66: CUARTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	442	98,2
2	Psicólogo –psiquiatra	6	1,3
3	Curandero	1	0,2
4	Salud mental	1	0,2
Total		450	100

De los 442 de encuestados que en el cuarto paso declararon “no hacer nada”, no optan por ninguna otra alternativa en segunda estancia.

3.2.5. El estado de salud y los comportamientos sanitarios en El Ejido

3.2.5.1. Dificultades de acceso al sistema sanitario

Tabla nº 67: DIFICULTADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO POR SEXO

Variable		No ha tenido dificultad	Ha tenido dificultad
Según sexo (p<0,05)	Hombres	105 (45,7%)	125 (54,3%)
	Mujeres	115 (57,5%)	85 (42,5%)
	Total	220 (51,2%)	210 (48,8%)

El 48,8% ha tenido alguna dificultad de acceso al sistema sanitario. La primera diferencia significativa está relacionada con la variable “sexo”. Un 54,3% de los hombres declaran haber tenido dificultades de acceso, y el 42,5% las mujeres.

Tabla nº 68: DIFICULTADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO POR NIVEL DE ESTUDIO

Variable		No ha tenido dificultad	Ha tenido dificultad
Según Nivel estudio (p<0,005)	Primarios	55 (40,4%)	81 (59,6%)
	Secundarios	84 (57,5%)	62 (42,5%)
	Universitarios incompletos	35 (68,6%)	16 (31,4%)
	Universitarios completos	7 (77,8%)	2 (22,2%)
	Sin estudiosa	39 (44,3%)	49 (55,7%)

Total	220 (51,2%)	210 (48,8%)
-------	-------------	-------------

La segunda diferencia estadística significativa, en relación a la variable “nivel de estudio”: las personas con estudios primarios y sin estudios, son las que más dificultades afrontan (59,6% y 55,7% respectivamente).

Tabla nº 69: DIFICULTADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO POR PROCEDENCIA

Variable		No ha tenido dificultad	Ha tenido dificultad
Según Procedencia (p<0,05)	De zona urbana	145 (55,6%)	116 (44,4%)
	De zona rural	75 (44,4%)	94 (55,6%)
	Total	220 (51,2%)	210 (48,8%)

La tercera diferencia significativa la encontramos en la variable “procedencia”: los inmigrantes procedentes de zonas rurales tienen más dificultades (55,6%) que los de zonas urbanas (44,4%).

Tabla nº 70: DIFICULTADES DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable		No ha tenido dificultad	Ha tenido dificultad
Según Ubicación vivienda (p<0,001)	Fuera zona urbana	66 (39,3%)	102 (60,7%)
	Dentro zona urbana	153 (58,6%)	108 (41,4%)
	Total	219 (51%)	210 (49%)

La cuarta diferencia con significación estadística en relación a la variable “ubicación de la vivienda”: las personas que viven en zonas rurales se enfrentan a más dificultades de acceso (60,7%) que las personas residentes en las zonas urbanas (41,4%).

La situación jurídico-administrativa no marca diferencias estadísticamente significativas.

Las causas de las dificultades de accesibilidad citadas son las siguientes:

- Las dificultades de comunicación con el personal sanitario: es la causa principal, dentro del personal sanitario hay diferencias entre las distintas categorías de profesionales. Un 42,9% manifiesta haberlas tenido con el personal de recepción, el 38,9% con el personal de enfermería y un 38% con el personal médico.

- ▶ El miedo a ser detenido por las fuerzas de seguridad y ser devuelto al país de origen (11,3%).
- ▶ La falta del permiso del jefe es la principal dificultad para un 6,4%.
- ▶ El no tener la Tarjeta de atención sanitaria gratuita o su desconocimiento (5,6%).
- ▶ El no disponer de permiso de trabajo y residencia ha sido la principal dificultad para el 2,2%
- ▶ El 1,6% ha citado como dificultades: la falta de medios de transporte, actitudes racistas y de rechazo por parte del personal sanitario, o la falta de confianza en el sistema.

3.2.5.2. Demanda de pruebas complementarias

Los encuestados han solicitado pruebas complementarias en un 60%. En la siguiente tabla se refleja el orden de importancia, la frecuencia y el porcentaje de las diferentes pruebas complementarias que se han solicitado.

Del 60% que ha solicitado algún tipo de prueba, el 80,6% son mujeres y 43,4% son hombres, siendo estadísticamente significativa ésta diferencia.

Tabla nº 76: SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR SEXO

Variable		No ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje	Ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,001)	Hombres	141 (56,6%)	108 (43,4%)
	Mujeres	39 (19,4%)	162 (80,6%)
	Total	180 (40%)	270 (60%)

La segunda diferencia en relación al “nivel de estudios”, las personas sin estudio han solicitado un 78,9% de analíticas y un 44,4% las personas con estudios universitarios completados.

Tabla nº 77: SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR NIVEL DE ESTUDIO

Variable		No ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje	Ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje
Según Nivel de estudio (p<0,001)	Primarios	76 (52,4%)	69 (47,6%)
	Secundarios	64 (41,8%)	89 (58,2%)
	Universitarios incompletos	16 (30,2%)	37 (69,8%)
	Universitarios completos	5 (55,6%)	4 (44,4%)
	Sin estudios	19 (21,1%)	71 (78,9%)
Total		180 (40%)	270 (60%)

En relación a la situación jurídico-administrativa, señalar que han solicitado pruebas complementarias un 60% de los inmigrantes que tienen el permiso de residencia tramitado y un 62,8% las personas con permiso de residencia y trabajo.

Tabla nº 78: SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable		No ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje	Ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje
Según Sit jurídico administrativa (p<0,005)	Permiso tray resi	86 (37,2%)	145 (62,8%)
	Permiso de residencia	10 (22,2%)	35 (77,8%)
	Permiso en trámite	22 (40%)	33 (60%)
	Sin permiso	62 (52,1%)	57 (47,9%)
	Total	180 (40%)	270 (60%)

La variable ubicación de la vivienda presenta diferencias estadísticas significativas en la solicitud de pruebas complementarias siendo del 48,45% entre las personas que viven fuera de las zonas urbanas.

Tabla nº 79: SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable		No ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje	Ha solicitado pruebas complementarias Recuento-porcentaje
Según Ubicación vivienda (p<0,001)	Fuera zona urbana	94 (51,6%)	88 (48,4%)
	Dentro zona urbana	86 (32,2%)	181 (67,8%)
	Total	180 (40,1%)	269 (59,9%)

3.2.5.3. Motivos de consulta y características de los pacientes en El Ejido

En la siguiente tabla presentamos los motivos de consulta según orden de importancia, frecuencia y porcentaje.

Tabla nº 80: MOTIVOS DE CONSULTA EN ORDEN DE IMPORTANCIA

Nº orden	Motivo de consulta	Frecuencia (n=450)	Porcentaje
1	Lesiones, dolores de huesos y músculos	166	36,9
2	Pr. Digestivos	134	29,8
3	Pr. Buco-dentales	134	29,8
4	Pr. Sistema nervioso	55	12,2
5	Pr. Respiratorios	51	11,3
6	Pr. de Ojos	48	10,7
6	Pr. Piel	48	10,7
8	Pr. Cardiovascular	36	8,0
9	Trastornos psíquicos	21	4,7
10	Infertilidad	14	3,1
11	Pr. Infectocontagiosos	11	2,4
12	Enfermedades de transmisión sexual	10	2,2

1º Las lesiones osteomusculares

Se incluyen los dolores de huesos y dolores musculares. Un total de 36,9% de la muestra consultó por este motivo. La diferencia entre los dos sexos no es estadísticamente significativa, las mujeres consultan el 39,8% y los hombres el 34,5%.

2º Los problemas digestivos

Un 29,8% ha realizado consultas por este motivo. Respecto a la edad y no siendo estadísticamente significativo, consultan el 50% de personas mayores de 50 años y un 36,1% de los menores de 20 años.

3º Los problemas buco-dentales

Tabla nº 81: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE DEMANDAS BUCO-DENTALES POR EDAD

Variable	No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,05)	<20 años	27 (75,0%)
	Entre 21-30 años	197 (89,5%)
	Entre 31-40 años	121 (85,2%)
	Entre 41-50 años	45 (97,8%)
	> 50 años	5 (83,3%)
	Total	395 (87,8%)
		9 (25,0%)
		23 (10,5%)
		21 (14,8%)
		1 (2,2%)
		1 (16,7%)
		55 812,2%)

Un 29,8% de la muestra ha demandado atención sanitaria por problemas buco-dentales. En relación a la edad, los menores de 20 años y los mayores de 50 años han consultado en un 25% y 16,7% respectivamente.

Tabla nº 82: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE DEMANDAS BUCO-DENTALES POR INGRESOS MENSUALES

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según Ingresos (p<0,05)	<240 €	36 (100,0%)	0 (0,0%)
	241-500€	100 (88,5%)	13 (11,5%)
	501-700€	130 (86,1%)	21 (13,9%)
	701-1200€	76 (80,9%)	18 (19,1%)
	>1200€	20 (100,0%)	0 (0,0%)
	No sabe	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Total		375 (87,4%)	54 (12,6%)

En función de la variable “ingresos mensuales”, la demanda de atención sanitaria por este motivo es del 0% entre personas con ingresos mensuales inferiores a los 240€, el 11,5% entre ingresos de 241-500€ y el 19,1% en aquellos que ingresan de 700 a 1200€.

4º Los problemas del sistema nervioso

Tabla nº 83: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO POR EDAD

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,05)	<20 años	32 (88,9%)	4 (11,1%)
	Entre 21-30 años	203 (92,3%)	17 (7,7%)
	Entre 31-40 años	119 (83,8%)	23 (16,2%)
	Entre 41-50 años	36 (78,3%)	10 (21,7%)
	> 50 años	5 (83,3%)	1 (16,7%)
	Total	395 (87,8%)	55 (12,2%)

Un 12,2% ha realizado demandas por este motivo. Una demanda del 21,7% se registra en las personas de 41-50 años y el 7,7% en los inmigrantes de 21-30 años.

5º Los problemas respiratorios

Tabla nº 84: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS RESPIRATORIOS POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,05)	Hombres	212 (85,1%)	37 (14,9%)
	Mujeres	187 (93,0%)	14 (7,0%)
	Total	399 (88,7%)	51 (11,3%)

Un 11,3% de la muestra ha consultado por esta patología, superando los hombres a las mujeres (14,9% frente al 7%) y siendo ésta diferencia la única estadísticamente significativa.

6º Los problemas oculares

Tabla nº 85: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS OCULARES POR EDAD

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,05)	<20 años	29 (80,6%)	7 (19,4%)
	Entre 21-30 años	206 (93,6%)	14 (6,4%)
	Entre 31-40 años	121 (85,2%)	21 (14,8%)
	Entre 41-50 años	40 (87,0%)	6 (13,0%)
	> 50 años	6 (100,0%)	0 (0,0%)
	Total	402 (89,3%)	48 (10,7%)

Un 10,7% solicitó prestaciones sanitarias por problemas oculares. En las variables “edad” y “situación laboral”, existen diferencias estadísticamente significativas. El 19,4% de los menores de 20 años han consultado por este motivo y el 0% a partir de 50 años.

Tabla nº 86: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS OCULARES POR SITUACIÓN LABORAL

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según situación laboral (p<0,05)	Desempleado	121 (94,5%)	7 (5,5%)
	Empleado	278 (87,1%)	41 (12,9%)
	Total	399 (89,3%)	48 (10,7%)

En la variable “la situación laboral”, la demanda entre los empleados es del 12,9% y en los desempleados inmigrantes del 5,5%.

7º Los problemas dermatológicos

Tabla nº 87: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DE LA PIEL POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,05)	Hombres	232 (93,2%)	17 (6,8%)
	Mujeres	170 (84,6%)	31 (15,4%)
	Total	402 (89,3%)	48 (10,7%)

Un 10,7% de la muestra ha realizado demandas sanitarias por este motivo. La primera diferencia estadísticamente significativa la encontramos en relación a la variable “sexo”, siendo el 15,4% un motivo de consulta entre las mujeres y el 6,8% entre los hombres.

Tabla nº 88: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DE LA PIEL POR EDAD

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según edad (p<0,05)	<20 años	27 (75,0%)	9 (25,0%)
	Entre 21-30 años	196 (89,1%)	24 (10,9%)
	Entre 31-40 años	134 (94,4%)	8 (5,6%)
	Entre 41-50 años	41 (89,1%)	5 (10,9%)
	> 50 años	4 (66,7%)	2 (33,3%)
	Total	402 (89,3%)	48 (10,7%)

La segunda diferencia estadísticamente significativa aparece en relación a la variable “edad”, los dos picos de demanda se hallan en los inmigrantes menores de 20 años (25%) y en los mayores de 50 años (33,3%). El 5,6% se registran en las personas con un intervalo de edad entre los 31-40 años.

8º Los problemas cardiovasculares

Tabla nº 89: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,05)	Hombres	241 (96,8%)	8 (3,2%)
	Mujeres	173 (86,1%)	28 (13,9%)
	Total	414 (92,0%)	36 (8,0%)

Un 8,0% ha solicitado atención sanitaria por problemas cardiovasculares. Las mujeres han consultado en un 13,9% y los hombres en el 3,2%, siendo estadísticamente significativo.

Tabla nº 90: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES POR INGRESOS MENSUALES

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según Ingresos (p<0,05)	<240 €	32 (88,9%)	4 (11,1%)
	241-500€	108 (95,6%)	5 (4,4%)
	501-700€	142 (94,0%)	9 (6,0%)
	701-1200€	85 (90,4%)	9 (9,6%)
	>1200€	18 (90,0%)	2 (10,0%)
	No sabe	10 (66,7%)	5 (33,3%)
	Total	395 (92,1%)	34 (7,9%)

La variable “ingresos mensuales”, una demanda del 11,1% se registra en las personas con menos de 240€ de ingresos mensuales, y le sigue en un 10% las personas con ingresos mayores a 1200€.

9º Los trastornos psíquicos

Un 4,7% de la muestra ha consultado por trastornos psíquicos. No hay diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

10º Los problemas de infertilidad

Tabla nº 91: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DE INFERTILIDAD POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p=0,055)	Hombres	245 (98,4%)	4 (1,6%)
	Mujeres	191 (95,0%)	10 (5,0%)
	Total	436 (96,9%)	14 (3,1%)

Un 3,1% ha realizado demandas sanitarias para solucionar problemas de infertilidad. Existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable “sexo”, alcanzándose una demanda un 5,0% entre las mujeres y el 1,6% entre hombres.

Tabla nº 92: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DE INFERTILIDAD POR ESTADO CIVIL

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según estado civil (p<0,05)	Solero/a	200 (98,5%)	3 (1,5%)
	Casado/a	191 (95,5%)	9 (4,5%)
	En pareja	6 (75,0%)	2 (25,0%)
	Divorciado/a-separado/a	27 (100,0%)	0 (0,0%)
	Viudo/a	10 (100,0%)	0 (0,0%)
	Total	434 (96,9%)	14 (3,1%)

Respecto a la variable “estado civil”, es de un 0% entre divorciados y viudos, alcanzando el 25,0% de las personas que viven en pareja.

11º Los problemas infectocontagiosos

Tabla nº 93: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE PROBLEMAS DE INFECTOCONTAGIOSOS POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,05)	Hombres	239 (96,0%)	10 (4,0%)
	Mujeres	200 (99,5%)	1 (0,5%)
	Total	439 (97,6%)	11 (2,4%)

Un 2,4% de la muestra ha realizado consultas por este motivo. La primera diferencia estadísticamente significativa aparece en función a la variable "sexo"; las consultas entre los hombres son del 4% y las de las mujeres del 0,5%.

12º Las enfermedades de transmisión sexual

Tabla nº 94: DISTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL POR SEXO

Variable		No ha consultado Recuento-porcentaje	Ha consultado Recuento-porcentaje
Según sexo (p<0,001)	Hombres	249 (100,0%)	0 (0,0%)
	Mujeres	191 (95,0%)	10 (5,0%)
	Total	440 (97,8%)	10 (2,2%)

Un 2,2% de la muestra ha demandado atención sanitaria por este motivo. Lo ha realizado un 5% de mujeres y el 0% hombres, diferencia estadísticamente significativa.

3.2.5.4. Itinerarios de curación en El Ejido

Itinerarios de curación de las patologías somáticas

Tabla nº 95: PRIMER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Médico de familia	161	35,8
2	Ayuda de la familia	105	23,3
3	Urgencias	71	15,8
4	Remedios caseros	45	10,0
5	Automedicación	30	6,7
6	Farmacia	15	3,3
7	Nada	6	1,3
8	Total	433	96,2
9	Perdidos	17	3,8
	Total	450	100,0

El primer paso: es el médico de familia (35,8%), pedir ayuda a la familia (23,3%), acudir a un servicio de urgencia (15,8%), los remedios caseros (10,0%), el uso de las medicinas conocidas (6,7%), un 3,3% prefiere ir a la farmacia y un 1,3% no hace nada.

De los 161 encuestados que acuden al médico de familia en primera opción, optan en segundo lugar por una de las siguientes opciones en este orden de importancia:

- ▶ Un 61,5% no hace nada
- ▶ Un 31,7% acude a urgencia
- ▶ Un 6,2% va a la farmacia
- ▶ Un 0,6% pide ayuda a la familia

Tabla nº 96: SEGUNDO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	200	44,4
2	Urgencias	100	22,2
3	Médico de la familia	66	14,7
4	Automedicación	47	10,4
5	Farmacia	25	5,6
6	Remedios caseros	9	2,0
7	Ayuda familia	3	,7
	Total	450	100,0

El segundo paso: en primer lugar es “no hacer nada” (44,4%), en segundo lugar utilizar el servicio de urgencias (22,2%), acudir al médico de familia (14,7%), tomar las medicinas conocidas (10,4%), ir a la farmacia (5,6%), utilizar remedios caseros (2%) y pedir ayuda a la familia como último recurso (0,7%).

De los 200 encuestados que prefieren en el segundo paso “no hacer nada”, eligen una de las siguientes alternativas en segundo lugar:

- ▶ Un 1,5% acude a urgencias
- ▶ Un 1,0% va a el médico de familia
- ▶ Un 0,5% va a la farmacia

Tabla nº 97: TERCER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	309	68,7
2	Farmacia	75	16,7
3	Urgencias	32	7,1
4	Médico de la familia	25	5,6
5	Remedios caseros	6	1,3
6	Ayuda familia	2	,4
7	Automedicación	1	,2
	Total	450	100,0

El tercer paso: se mantiene el “nada” como primera opción (68,7%), la farmacia (16,7%), el servicio de urgencias (7,1%), el médico de familia (5,6%), los remedios caseros (1,3%), la ayuda a la familia (0,4%) y las medicinas conocidas (0,3%).

De los 309 encuestados que en el tercer paso declararon no hacer nada, optan en segundo lugar:

- ▶ 0,6% acude a la farmacia
- ▶ 0,3% al médico de familia.

Tabla nº 98: CUARTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	394	87,6
2	Farmacia	22	4,9
3	Urgencia	13	2,9
4	Médico de familia	9	2,0
5	Medicina que ya conocía	8	1,8
6	Ayuda familia	2	,4
7	Remedios caseros	2	,4
	Total	450	100,0

El cuarto paso: se mantiene “no hacer nada” como primera opción (87,6%), la farmacia (4,9%), el servicio de urgencias (2,9%), el médico de familia (2,0%), las automedicación (1,8%) y la ayuda de la familia y los remedios caseros (0,4%).

De los 394 de encuestados que en el cuarto paso declararon no hacer nada, ninguno opta por otra alternativa.

Tabla nº 99: QUINTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE PATOLOGÍAS SOMÁTICAS

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
----------	--------------------	------------	------------

1	Nada	436	96,9
2	Farmacia	10	2,2
3	Urgencias	2	0,4
4	Ayuda familia	1	0,2
5	Medicina	1	0,2
	Total	450	100,0

El quinto paso: un 96,9% no hace nada, la farmacia (2,2%), acudir al servicio de urgencias (0,4%) y el 0,2% piden ayuda a la familia y usan la automedicación.

Itinerarios de curación de trastornos psicológicos

Tabla nº 100: PRIMER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Ayuda familia	123	27,3
2	Médico de familia	105	23,3
3	Nada	43	9,6
4	Salud mental	40	8,9
5	Remedios caseros	36	8,0
6	Pedir remedios tradicionales en mi país	20	4,4
7	Visitar a un experto de mi país	17	3,8
8	Volver a mi país para visitar experto	16	3,6
9	Otros	12	2,7
10	Medicinas que ya conocía	11	2,4
11	Farmacia	4	,9
	Total	427	94,9
	Perdidos	23	5,1
	Total	450	100

El primer paso: la ayuda de la familia (27,3%), el médico de familia (23,3%), el no hacer nada (9,6%), acudir a salud mental (8,9%) utilizar remedios caseros (8,9%), de remedios tradicionales a familiares en el país de origen (4,4%), visitar a un experto del país de origen que se encuentra en El Poniente o España (3,8%), volver al país de origen para visitar a

sanadores tradicionales (3,7%), medicinas que ya conocía (2,4%), y recurrir a la farmacia (0,9%).

De los 123 encuestados que piden ayuda a la familia como primer paso, optan en segundo lugar, por una de las siguientes opciones en este orden de importancia:

- ▶ Medicinas que ya conocía: 21,1%
- ▶ Médico de familia: 18,7%
- ▶ Curandero: 16,3%
- ▶ Remedios caseros: 13,8%
- ▶ Nada: 12,2%
- ▶ Pedir remedios tradicionales al país de origen: 7,3%
- ▶ Salud mental: 4,1%
- ▶ Volver al país de origen para visitar actores tradicionales: 3,3%
- ▶ Farmacia: 3,3%

Tabla nº 101: SEGUNDO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	189	42,0
2	Salud mental	72	16,0
3	Médico de familia	48	10,7
4	Curandero	30	6,7
5	Medicinas que ya conocía	27	6,0
6	Pedir remedios tradicionales en mi país	26	5,8
7	Remedios caseros	20	4,4
8	Volver a mi país para visitar experto	18	4,0
9	Farmacia	18	4,0
10	Otros	2	,4
	Total	450	100

El segundo paso: en primer lugar por “no hacer nada” (42,0%), acudir a salud mental (16,0%), visitar al médico de familia (10,7%), el curandero o experto tradicional en España (6,7%), utilizar las medicinas conocidas (6,0%), pedir remedios tradicionales en el país de origen (5,8%), utilizar remedios caseros (4%) y la farmacia, (0,4%).

De los 189 de encuestados que refieren haber optado por “no hacer nada” en el segundo paso, no realizan ningún otro itinerario.

Tabla nº 102: TERCER PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	331	73,6
2	Farmacia	52	11,6
3	Médico de familia	23	5,1
4	Remedios caseros	13	2,9
5	Pedir remedios tradicionales en mi país	9	2,0
6	Salud mental	9	2,0
7	Volver a mi país para visitar experto	7	1,6
8	Curandero	5	1,1
9	Otros	1	,2
Total		450	100

El tercer paso: se mantiene el “nada” como primera opción (73,6%), la farmacia (11,6%), el médico de familia (5,1%), los remedios caseros (2,9%), pedir remedios tradicionales a familiares en el país de origen y acudir a salud mental (2,0%), volver al país de origen para visitar a un experto tradicional (1,6%), acudir a un curandero en España (1,1%), y otros (0,2%).

De los 331 encuestados que en el tercer paso declararon no hacer nada, un 0,3% pide ayuda a la familia como segunda alternativa.

Tabla nº 103: CUARTO PASO DE LAS OPCIONES DE CURACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Nº orden	Opción de curación	Frecuencia	Porcentaje
1	Nada	414	92,0
2	Farmacia	24	5,3
3	Salud mental	5	1,1
4	Médico de familia	3	,7
5	Ayuda de familia	2	,4
6	Pedir remedios tradicionales en mi país	1	,2
7	Volver a mi país para visitar experto	1	,2
Total		450	100

El cuarto paso: el nada se mantiene como primera opción (92,0%), la farmacia (5,3%), salud mental (1,1%), el médico de familia (0,7%), la ayuda de la familia (0,4%), pedir remedios tradicionales en el país de origen o volver para visitar un experto tradicional (0,2%).

De los 414 de encuestados que en el cuarto paso declararon no hacer nada, no realizan ningún otro itinerario de curación.

3.2.5.5. El seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios

Un 66% de la muestra declara que sigue las indicaciones del facultativo. Las personas que no lo hacen (34%), alega como causas principales las siguientes:

- ▶ Los impedimentos de los horarios laborales y económicos (18,9%).
- ▶ El desconocimiento a seguir (8,7%).
- ▶ La falta de permiso de trabajo y el desconocimiento de derechos sanitarios (5,8%).

Tabla nº 105: SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES DEL FACULTATIVO POR SEXO

Variable		No sigue indicaciones	Sigue indicaciones
Según sexo (p<0,001)	Hombres	103 (41,4%)	146 (58,6%)
	Mujeres	50 (24,9%)	151 (75,1%)
	Total	153 (34%)	297 (66%)

En la variable “sexo”, se establecen diferencias estadísticamente significativas: el porcentaje de las mujeres que siguen las indicaciones del facultativo es del 75,1% y los hombres es del 58,6%.

Tabla nº 106: SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES DEL FACULTATIVO POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable		No sigue indicaciones	Sigue indicaciones
Según Sit jurídica (p<0,001)	Permiso trabajo y residencia	63 (27,3%)	168 (72,7%)
	Permiso de residencia	11 (24,4%)	34 (75,6%)
	Permiso en trámite	19 (34,5%)	36 (65,5%)
	Sin permiso	60 (50,4%)	59 (49,6%)
	Total	153 (34%)	297 (66%)

El seguimiento de las personas con permiso de trabajo y residencia es del 72,2% y del 49,6% de los inmigrantes sin permiso.

Tabla nº 107: SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES DEL FACULTATIVO POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable		No sigue indicaciones	Sigue indicaciones
Según Ubicación vivienda (p<0,05)	Fuera zona urbana	73 (40,1%)	109 (59,9%)
	Dentro zona urbana	79 (29,6%)	188 (70,4%)
	Total	152 (33,9%)	297 (66,1%)

Las personas que viven en las zonas urbanas siguen las indicaciones del facultativo en un 70,4% y el 59% de las residentes fuera de ellas.

3.2.5.6. Valoración de la atención sanitaria recibida

Valoración del personal de admisión

Tabla nº 108: VALORACIÓN DEL PERSONAL DE ADMISIÓN POR SEXO

Variable	Valoración personal recepción Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	12 (5,3%)	143 (63,6%)	70 (31,1%)
	Mujer	6 (3,0%)	90 (45,7%)	101 (51,3%)
	Total	18 (4,3%)	233 (55,2%)	171 (40,5%)

Ha sido valorada como buena por un 40,5%, y de ellos el 51,3% han sido mujeres y el 31,1% fueron los hombres.

No es estadísticamente significativa la situación jurídico-administrativa, las personas sin permiso no notan un trato, especialmente desigual, comparado con las personas con permiso.

Valoración de la atención sanitaria en horarios de guardia

Tabla nº 109: VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIOS DE GUARDIA POR SEXO

Variable	Valoración del personal sanitario en horarios de guardia Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	59 (26,1%)	102 (45,1%)	65 (28,8%)
	Mujer	42 (21,1%)	61 (30,7%)	96 (48,2%)
	Total	101 (23,8%)	163 (38,4%)	161 (37,9%)

El 23,8% de los inmigrantes valoran como “mala” ésta atención. Se mantiene, una valoración más positiva entre las mujeres (48,2%) que entre los hombres (28,8%).

Tabla nº 110: VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIOS DE GUARDIA POR NIVEL DE ESTUDIOS

Variable	Valoración del personal sanitario en horarios de guardia Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según Nivel de estudios	Primarios	24 (17,9%)	64 (47,8%)	46 (34,3%)
	Secundarios	40 (28,4%)	54 (38,3%)	47 (33,3%)
	Universitarios incom	13 (25,0%)	17 (32,7%)	22 (42,3%)

(p<0,05)	Universitarios comp	0 (0,0%)	2 (22,2%)	7 (77,8)
	Sin estudios	24 (27,0%)	26 (29,2%)	39 (43,8%)
	Total	101 (23,8%)	163 (38,4%)	161 (37,9%)

El 77,8% de los inmigrantes con estudios universitarios y el 33,3% de personas con estudios secundarios, valora ésta atención como buena.

Tabla nº 111: VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIOS DE GUARDIA POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable	Valoración del personal sanitario en horarios de guardia			
	Frecuencia –porcentaje			
		Mala	Regular	Buena
Según Situación Jurídico administrativa (p<0,05)	Permiso tyre	69 (30,1%)	81 (35,4%)	79 (34,5%)
	Permiso de residencia	10 (22,2%)	16 (35,6%)	19 (42,2%)
	En trámite	10 (18,9%)	22 (41,5%)	21 (39,6%)
	Sin permiso	12 (12,2%)	44 (44,9%)	42 (42,9%)
	Total	101 (23,8%)	163 (38,4%)	161 (37,9%)

Las personas sin permiso de residencia son las que valoran como buena la atención en horario de guardia (42,9%), mientras que los inmigrantes con permiso de trabajo y residencia lo hacen en un 34,5%.

Valoración del personal médico

Tabla nº 112: VALORACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO POR NIVEL DE ESTUDIOS

Variable	Valoración del personal médico			
	Frecuencia –porcentaje			
		Mala	Regular	Buena
Según Nivel estudios (p=0,05)	Primarios	4 (3,1%)	65 (51,2%)	58 (45,7%)
	Segundarios	6 (4,4%)	47 (34,8%)	82 (60,7%)
	Universitarios incomp	0 (0,0%)	15 (30,0%)	35 (70,0%)
	Universitarios comp	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (100,0%)
	Sin estudios	3 (3,6%)	28 (33,3%)	53 (63,1%)
	Total	13 (3,2%)	155 (38,4%)	236 (58,4%)

La valoración como “mala” es del 3,2% y la positiva del 58,4% del total. La única variable que marca diferencias estadísticamente significativas es el nivel de estudios, valorándola como “buena” el 45,7% entre los inmigrantes con estudios primarios, y el 100% de las personas con estudios universitarios.

No existen diferencias significativas en función de la variable “situación jurídico-administrativa”.

Valoración del personal de enfermería

Tabla nº 113: VALORACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR SEXO

Variable	Valoración del personal de enfermería Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según sexo (p<0,05%)	Hombre	5 (2,4%)	104 (50,2%)	98 (47,3%)
	Mujer	7 (3,5%)	76 (38,2%)	116 (58,3%)
	Total	12 (3,0%)	180 (44,3%)	214 (52,7%)

La valoración “buena” del personal de enfermería es del 47,6%, aunque algo inferior a la del personal médico. Las mujeres siguen valorando mejor que los hombres la atención sanitaria recibida (58,3% frente a 47,3%).

No existan diferencias significativas en función de la variable situación jurídico-administrativa.

3.2.6. Valoración y propuestas para la mejoría del propio estado de salud

Valoración del estado de salud física

Tabla nº 114: VALORACIÓN ESTADO DE SALUD FÍSICA

Valoración estado salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena
Total	12 (3,0%)	180 (44,3%)	214 (52,7%)

El 52,7% valora como “buena” su estado de salud física, el 44,3% como “regular” y 3,0% como “mala”.

Tabla nº 115: VALORACIÓN ESTADO DE SALUD FÍSICA POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable	Valoración estado salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según ubicación vivienda (p<0,05%)	Fuera de zona urbana	2 (1,1%)	91 (50,0%)	89 (48,9%)
	Dentro de zona urbana	6 (2,3%)	102 (38,3%)	158 (59,4%)
	Total	8 (1,8%)	193 (43,1%)	247 (55,1%)

La variable “ubicación de la vivienda” establece diferencias estadísticamente significativas: los inmigrantes que viven en los núcleos urbanos refieren en un 59,4% una mejor valoración de su estado de salud física que las personas que habitan fuera de los núcleos urbanos (48,9%).

Comparación de estado de salud física entre Marruecos y España

Tabla nº 116: COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA

Comparación salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí
Total	148 (32,9%)	155 (34,4%)	147 (32,7%)

Hemos incluido tres apartados en la comparación, uno para los inmigrantes que han notado mejoría de salud respecto al país de origen, otro que han mantenido el mismo estado de salud y un tercer grupo de inmigrantes que ha empeorado su estado de salud. Los porcentajes de los tres apartados como podemos constatar en la siguiente tabla son parecidos.

Tabla nº 117: COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA POR SEXO

Variable	Comparación salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí	
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	118 (47,4)	69 (27,7%)	62 (24,9%)
	Mujer	30 (14,9%)	86 (42,8%)	85 (42,3%)
	Total	148 (32,9%)	155 (34,4%)	147 (32,7%)

La primera diferencia estadísticamente significativa se establece en función del sexo, el porcentaje de mujeres que han notado mejora en su estado de salud es 42,3% y el de los hombres del 24,9%.

Tabla nº 118: COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable	Comparación salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí	
Según Situación jurídico administrativa (p<0,001)	Permiso tyres	61 (26,4%)	90 (39,0%)	80 (34,6%)
	Permiso res	7 (15,6%)	16 (35,6%)	22 (48,9%)
	En trámite	26 (47,3%)	11 (20,0%)	18 (32,7%)
	Sin permiso	54 (45,4%)	38 (31,9%)	27 (22,7%)
	Total	148 (32,9%)	155 (34,4%)	147 (32,7%)

Las personas sin permiso o con el permiso en trámite, refieren un deterioro en su estado de salud física desde su llegada a España (45,4%).

Tabla nº 119: COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable	Comparación salud física Frecuencia –porcentaje			
		Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí
Según ubicación vivienda (p<0,001%)	Fuera de zona urbana	99 (54,4%)	49 (26,9%)	34 (18,7%)
	Dentro de zona urbana	49 (18,4%)	105 (39,3%)	113 (42,3%)
	Total	148 (33,0%)	154 (34,3%)	147 (32,7%)

Las personas con vivienda situadas en las zonas urbanas han notado una mejoría en su estado de salud en un 42,3% y las personas con vivienda fuera de ella en un 18,7%.

Valoración de estado de salud mental

Tabla nº 120: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POR SEXO

Variable	Valoración estado salud mental Frecuencia –porcentaje			
		Mala	Regular	buena
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	30 (12,1%)	146 (58,9%)	72 (29,0%)
	Mujer	3 (1,5%)	71 (35,3%)	127 (63,2%)
	Total	33 (7,3%)	217 (48,3%)	199 (44,3%)

Destaca el aumento, comparado con la salud física, en el porcentaje de personas con valoración negativa de su estado de salud mental, y que sea más negativa aún en los hombres que en las mujeres (12,1% frente a 1,5%).

Tabla nº 121: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POR PROCEDENCIA

Variable	Valoración estado salud mental Frecuencia –porcentaje			
		Mala	Regular	Buena
Según procedencia (p<0,005%)	De zona urbana	18 (6,6%)	114 (41,8%)	141 (51,6%)
	De zona rural	15 (8,5%)	103 (58,5%)	58 (33,0%)
	Total	33 (7,3%)	217 (48,3%)	199 (44,3%)

Según la variable “procedencia”, las personas que proceden de zonas urbanas (51,6%) y 33,0% de los inmigrantes de zonas rurales, valoran el estado de su salud mental como buena.

Tabla nº 122: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable	Valoración estado salud mental Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según Situación jurídico administrativa (p<0,005)	Permiso tyre	15 (6,5%)	99 (42,9%)	117 (50,6%)
	Permiso res	3 (6,7%)	16 (35,6%)	26 (57,8%)
	En trámite	2 (3,6%)	36 (65,5%)	17 (30,9%)
	Sin permiso	13 (11,0%)	66 (55,9%)	39 (33,1%)
	Total	33 (7,3%)	217 (48,3%)	199 (44,3%)

La valoración de estado de salud como bueno, es del 57,8% de las personas con un permiso de residencia y del 33,15 en las personas carentes de permiso.

Tabla nº 123: VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL POR UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Variable	Valoración estado salud mental Frecuencia –porcentaje			
	Mala	Regular	Buena	
Según ubicación vivienda (p<0,001%)	Fuera de zona urbana	16 (8,8%)	113 (62,1%)	53 (29,1%)
	Dentro de zona urbana	17 (6,4%)	104 (39,1%)	145 (54,5%)
	Total	33 (7,4%)	217 (48,4%)	198 (44,2%)

La valoración es más positiva entre las personas con vivienda dentro de zonas urbanas que fuera de ellas (54,5% frente a 29,1%).

Comparación del estado de salud mental entre Marruecos y España

Tabla nº 124: COMPARACIÓN ESTADO DE SALUD MENTAL POR SEXO

Variable	Comparación salud mental Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí	
Según sexo (p<0,001%)	Hombre	140 (56,2%)	50 (20,1%)	59 (23,7%)
	Mujer	25 (12,4%)	78 (38,8%)	98 (48,8%)
	Total	165 (36,7%)	128 (28,4%)	157 (34,9%)

Un 36,7% manifiesta que su estado de salud mental era mejor en Marruecos, un 34,9% declara lo contrario y un 28,4% no ha notado ningún cambio en su estado mental.

Las mujeres (48,8%) refieren una mejoría en su salud mental mayor que los hombres (23,7%) desde que están en España.

Tabla nº 125: COMPARACIÓN ESTADO DE SALUD MENTAL POR UBICACIÓN VIVIENDA

Variable	Comparación salud física Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí	
Según ubicación vivienda (p<0,001%)	Fuera de zona urbana	114 (62,6%)	26 (14,3%)	42 (23,1%)
	Dentro de zona urbana	51 (19,1%)	101 (37,8%)	115 (34,1%)
	Total	165 (36,7%)	127 (28,3%)	157 (35,0%)

Las personas que viven dentro de las zonas urbanas han notado mejoría en su salud mental respecto a las que habitan fuera de ellas (43,1 frente a 23,1%).

Tabla nº 126: COMPARACIÓN ESTADO DE SALUD MENTAL POR SITUACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Variable	Comparación salud mental Frecuencia –porcentaje			
	Mejor en mi país	Igual	Mejor aquí	
Según Situación jurídico administrativa (p<0,001)	Permiso tyre	61 (26,4%)	88 (38,1%)	82 (35,5%)
	Permiso res	7 (15,6%)	12 (26,7%)	26 (57,8%)
	En trámite	28 (50,9%)	9 (16,4%)	18 (32,7%)
	Sin permiso	69 (58,0%)	19 (16,0%)	31 (26,1%)
	Total	165 (36,7%)	128 (28,4%)	157 (34,9%)

Las personas con permiso de residencia son las que más han mejorado (57,8%) y las que carecen del permiso solo en un 26,1%.

Propuestas para la mejora del propio estado de salud

Los encuestados han citado varios aspectos de carácter familiar, social, económico y jurídico que les ayudarían a mejorar su estado de salud. Estos aspectos son:

- ▶ «Tener trabajo estable y mejorar los ingresos mensuales», el 43,6% apunta como solución para mejorar su salud.
- ▶ «Tener a la familia conmigo» es la primera vía de mejora para el 30,9%.

- ▶ «Tener papeles», el 22,9% de personas sin permiso de trabajo y residencia, declara que al regularizar su situación mejorarán todos los aspectos de su vida incluida la salud.
- ▶ «Disponer de una casa habitable», primera solución para el 11%.
- ▶ «Aprovechar los programas de promoción de salud», señalada por un 10%.
- ▶ «Sentirme aceptado por los españoles», ocupa el primer lugar para un 10%.
- ▶ «Tener una alimentación adecuada», es un aspecto de mejora para el 4%.
- ▶ «Otros», en este apartado los encuestados han concretado aspectos muy variados: casarse, casarse con un buen hombre, divorciarse, tener hijos, dejar de fumar hachís, volver al país de origen, tener más descanso.

4. Discusión

En todo el capítulo de la discusión, sólo vamos a comentar los datos cuyos análisis tienen diferencias estadísticamente significativas.

4.1. PERFIL DE LOS MARROQUÍES EN EL EJIDO

4.1.1. Procedencia

Los datos de nuestro estudio que se refieren a la procedencia, se asemejan a lo descrito en la investigación dirigida por Bernabé López “Desarrollo y pervivencia de las redes de origen en la inmigración marroquí en España”. El estudio cita a seis provincias que han destacado a lo largo de más de 30 años como las de mayor presencia en Andalucía: Tetuán, Tánger, Larache, Nador, Casablanca y Beni-Mellal. Subraya que Tetuán y Nador, han sufrido caídas importantes en los últimos años, la primera con una caída del 20% al 9,5% en los noventa y la segunda del 11 al 7,8%. Sin embargo Beni-Mellal ha conocido un incremento espectacular. (López, 2004).

Otro autor, Manuel Lorenzo Villar, partiendo del análisis de muestras de las inscripciones del consulado marroquí en Algeciras, concluye con el incremento sustancial de originarios de Beni-Mellal y de Uxda, los primeros pasaron del 6,4% en 1991 al 12,3% en el 1998 y los segundos del 1% al 18% (Villar, 2002).

Por otra parte, las tres primeras regiones de procedencia señaladas en la investigación dirigida por Bernabé López son: “Atlántico y llanura interiores”, “Yebala” y “Rif oriental”, se repiten como primeras en nuestro estudio con la diferencia de que la segunda y la tercera intercambian los puestos.

Los resultados de la muestra confirman nuevas tendencias de la inmigración marroquí en España:

- ▶ Común a todo el territorio, prácticamente todas las zonas y provincias emiten emigrantes hacia España.
- ▶ Con la aparición de las provincias del centro del país, que no tenían tradición migratoria, ahora como zonas de mayor dinamismo migratorio; de allí que la provincia de Beni-Mellal encabece la lista, mientras que El Kelaa y Juribga ocupen el cuarto y quinto lugar. Estas provincias y otras del Centro apenas han tenido presencia en el mapa migratorio del país antes de mediados de los ochenta.
- ▶ Rural y urbana, no como antaño las migraciones se iniciaban con un éxodo rural a las grandes urbes y más tarde al extranjero. Actualmente se ha reducido drásticamente el anterior paso transitorio y prácticamente se igualan los porcentajes según la procedencia, aunque se mantiene una diferencia de 5 puntos a favor de las zonas urbanas.

4.1.2. Sexo y edad

La aparición del colectivo marroquí en el Poniente almeriense se remonta a mediados de los ochenta, su incorporación ha sido paulatina en ésta década para intensificarse en los noventa. Los primeros en instalarse eran varones, jóvenes y solteros en su mayoría. La llegada de mujeres, sujeta en gran medida a los mecanismos de reagrupación familiar y de la contratación en origen, se ha producido de un modo desigual entre las provincias andaluzas. Málaga por, tradición histórica, ha tenido un contingente importante de mujeres marroquíes desde los años setenta; sin embargo Almería por las características de su mercado laboral ha necesitado de mano de obra masculina, lo que explica la baja feminización de la provincia.

En cuanto a la evolución de la edad, el trabajo dirigido por Bernabé López evidencia con la comparación de edades entre la regularización de

1991 y 2000, un ligero envejecimiento entre ambos periodos, pasando la franja de edad más importante de 25-29 a 30-34 años.

Según el padrón municipal de El Ejido a fecha de diciembre de 2007, reside en el municipio un total de 14.996 de marroquíes, de ellos 11.628 son hombres y 3.368 de mujeres.

Nuestra encuesta revela la dominación de personas jóvenes, las personas con edades entre 20 y 30 años tienen un peso del 48,9% del total, el total de personas menores de 40 años representa el 88,5%. Los datos del padrón municipal son muy cercanos a los nuestros y reflejan un porcentaje del 37% de personas con edades entre 20 y 30 años y otro de 85% de menores de 40 años.

El porcentaje global de varones es muy superior al de las mujeres, 77,69% frente a 22,45% (cifras del padrón) siendo llamativo que el número de mujeres sea muy superior al de varones en la franja de <20 años, 42% y 15,88% según el padrón, 10,9% y 5,6% en nuestra encuesta. Esta diferencia es posiblemente debida a que muchas mujeres reagrupadas, contraen matrimonio en edades tempranas, sobre todo si son de zonas rurales o han abandonado el sistema escolar.

En función de la procedencia, el número de mujeres de zonas urbanas casi triplica al de las oriundas de zonas rurales. Diferencia que se puede explicar por el hecho de que el número de personas de zonas urbanas, que acceden a España con contrato, visado de turista y reagrupación familiar, duplica al de zonas rurales. De la diferencia en los porcentajes de reagrupación familiar, se puede deducir una preferencia de búsqueda de futuro cónyuge en las zonas urbanas más que en las rurales. Dicho de otro modo, los hombres solteros de origen rural llegados los primeros a España, tienden a buscar sus futuras esposas en las zonas urbanas y no en sus pueblos de origen.

4.1.3. Estado civil y nivel educativo

Citamos de nuevo la investigación dirigida por Bernabé López que, según datos del consulado marroquí de Algeciras, señala un sensible incremento de personas casadas, sobre todo de mujeres cuyo porcentaje duplica al de hombres.

Por un lado se mantiene el perfil de jóvenes solteros debido a la continua incorporación de nuevas personas y sobre todo la llegada de niños y adolescentes.

Por otro lado aumenta el número de personas casadas debido a los procesos de reagrupación familiar y a que una parte del colectivo asentado desde hace más de una década está en edad de contraer matrimonio.

El bajísimo porcentaje de personas que viven en pareja se debe a que este tipo de convivencia familiar raramente se da en Marruecos al ser inconcebible social y religiosamente y al estar prohibido legalmente.

La inmensa mayoría de las personas sin permiso (80,7%) son solteras, lo que explica, que la opción de emigrar de manera irregular, la toman personas sin carga familiar, por los riesgos que conlleva y por la ausencia de responsabilidades familiares. El cambio en la situación jurídico-administrativa, punto de inflexión importante, permite a las personas poder cambiar de estado civil casándose o aumentando las posibilidades de encontrar pareja en el entorno donde vive. No en vano el porcentaje de personas que vive en pareja figura exclusivamente entre personas con permiso.

En relación al nivel educativo, es destacable que las personas sin estudios son las que mayoritariamente contraen matrimonio, y al contrario

los universitarios son los que menos lo hacen. La escolarización ha sido tradicionalmente un factor determinante en Marruecos para retrasar la edad de matrimonio, ahora se le añade el paro y la emigración.

Respecto al tiempo de residencia, aumenta el porcentaje de divorciados y de personas que viven en pareja a partir de 10 años. El hecho de vivir en pareja puede reflejar cambios en la percepción de este tipo de conducta que pasa de ser pecado religioso en su concepto tradicional a valorarse como un tipo más de familia por los hábitos de convivencia en España.

Aunque el porcentaje de personas analfabetas es del 20%, altísimo según los parámetros de España, es muy inferior a los datos del ministerio de educación marroquí que estiman que el analfabetismo afecta al 43% de la población mayores de 18 años, a un 55% de las mujeres y un 31% de hombres. Esto indica la presencia de un elevado porcentaje de personas con algún tipo de estudio entre los inmigrantes actuales. Crece o se mantienen las diferencias en analfabetismo entre varones y mujeres, similares a las del país de origen.

El hecho de que haya menos analfabetos entre los más jóvenes se debe a los logros educativos alcanzados en Marruecos en los últimos 20 años. Logros concretos medidos por un aumento de la escolarización en los niveles de primaria y por la reducción de las desigualdades territoriales y de género.

Estos avances no han podido eliminar las desigualdades en relación del género, nombrada anteriormente, y los ligados a la procedencia rural-urbana. Las personas de las zonas rurales siguen teniendo más limitaciones principalmente por la dispersión geográfica, la falta de infraestructura y diversas razones culturales. Todo ello se traduce en altos niveles analfabetismo y bajos porcentajes de estudios universitarios.

4.2. EXPERIENCIA MIGRATORIA

4.2.1. Tiempo de preparación del viaje

Teóricamente un proyecto migratorio requiere de una larga reflexión sobre su viabilidad, destino, costes y pérdidas que conlleva. Necesita de una minuciosa preparación de documentación en el caso de la migración regular, de disponibilidad de medios económicos para costear el viaje. En el caso de la migración clandestina, se junta además la manera idónea de cruzar la frontera.

A pesar de lo dicho anteriormente parece ser que la mayoría lo hace en un tiempo relativamente corto; el 83,5% de menos de un año (posiblemente porque se refiere a los últimos preparativos antes de dar el paso).

En lo que se refiere a la migración regular, esta suele durar menos de un año, los visados de turistas alrededor del mes, los de reagrupación y de contratos laborales entre 3 meses y 1 año.

En cuanto a la inmigración clandestina, el tiempo va a depender del medio elegido y de los recursos económicos disponibles. De promedio se puede estimar que también requieren menos de un año.

4.2.2. Las formas de acceso no clandestino

Los datos referentes a las formas de acceso, reflejan en cierto modo las dificultades de los marroquíes para emigrar a España de manera regular. Al haber tantas restricciones, requisitos inalcanzables para la mayoría de los candidatos, aumenta el uso de todos los medios clandestinos disponibles.

Reagrupación familiar

Los inmigrantes que se encuentran en situación regular en España pueden, una vez cumplidos los requisitos exigidos, solicitar la reagrupación de sus familiares directos (cónyuge, descendientes y ascendientes) Art 17. L.O. 8/2000.

La reagrupación es viable cuando el familiar en España dispone de un permiso de trabajo y residencia, de un empleo e ingresos suficientes, una vivienda con las necesarias condiciones de habitabilidad para acoger a la familia y puede probar la dependencia económica del familiar a reagrupar.

A menudo el familiar en España inició su trayectoria de manera irregular, con lo cual necesita primero regularizar su situación. Después de ella, necesitará renovar su primer permiso y reunir el resto de condiciones y requisitos. En el mejor de los casos el tiempo de espera para el familiar en Marruecos es de tres a cuatro años.

El hecho de que los hombres fueron los primeros en emigrar y que la mayoría de ellos regresan al país de origen para contraer matrimonio, explica como la reagrupación familiar es la primera forma de acceso para las mujeres, para las personas mayores de 50 años y menores de 20, que son ascendientes y descendientes.

Contrato de trabajo

Hay dos modalidades que responden a esta denominación: la primera que no se suele dar entre los inmigrantes con destino a Almería, es la contratación de un grupo de trabajadores para una campaña determinada y con un permiso provisional. La segunda es un contrato dirigido a una persona en concreto y con duración de un año como mínimo, lo que garantiza la renovación. A menudo se consigue a cambio de sumas de dinero que superan los cinco mil euros ofrecidas al intermediario marroquí que consigue el contrato en España. Tiene la ventaja de permitir el acceso regular a España y además la consecución de un permiso de trabajo necesario para el empleo, esto explica que sea la forma elegida por los mayores de 50 años, por personas universitarias o los procedentes de zonas urbanas.

Visado de turista

Se otorgan por una duración de hasta tres meses y para fines turísticos. Es una vía que permite el acceso a España de forma regular, aunque la estancia se convierte en irregular, una vez el visado ha caducado. Debido a que se pueden utilizar como pretexto para personas con deseos de emigrar, se han establecido exigentes requisitos para su consecución, lo que les ha convertido en el último medio. Los universitarios y las personas mayores de 40 años, son los grupos que más lo consiguen.

4.2.3. Los medios y mecanismo de acceso clandestino

Los medios utilizados en el acceso clandestino a España han sido: las pequeñas embarcaciones, los camiones, los barcos de pasajeros, los autobuses, los barcos de pesca, los coches, el visado falso y la documentación falsa. Los medios con menos riesgo para la integridad física, suelen tener un coste económico más alto y exigen a veces más tiempo de preparación.

Pequeñas embarcaciones

Empezaron a cobrar mayor importancia a partir de los años noventa, fecha en la que España impuso el visado por primera vez a los naturales de Marruecos. Su uso creció conforme aumentaron las personas con deseo de emigrar y sin otra forma de salir, lo que empujó a las autoridades españolas a instalar sistemas electrónicos de detección de vigilancia del litoral generando a su vez cambios continuos en las rutas seguidas por estas embarcaciones.

A pesar del control, de las detenciones y las devoluciones; las pequeñas embarcaciones siguen siendo el medio más económico, aunque el menos seguro, al alcance de miles de marroquíes que pretenden alcanzar España y Europa. Recurren a ellas más hombres que mujeres, principalmente de zonas rurales donde el boom migratorio está en auge y dónde las redes de intermediarios encuentran más clientela.

En nuestra muestra, el perfil dominante de la persona que utiliza la pequeña embarcación es el de un varón (84,1%), menor de 40 años (78,9%), con estudios primarios (82,9%) y procedente de zonas rurales (76,4%).

En una investigación realizada por la Agencia Española de Cooperación, el perfil dominante de los detenidos en las costas andaluzas es el mismo en cuanto a edad (99,1% con edades entre 16 y 35 años) y sexo (99,1% hombres) (Villar, 2002).

Camión

Es el segundo medio utilizado (8%), muy por detrás de la pequeña embarcación (76,4%). Habitualmente usado por menores de 20 años, muchos de ellos menores de edad no acompañados, que intentan esconderse en cualquier hueco del vehículo. Suelen ser procedentes de zonas rurales que llegan a las ciudades costeras e intentan colarse de incógnito. Otros con el consentimiento del chofer y previo pago de una determinada suma de dinero, son trasladados clandestinamente a España.

Barco de pasajeros

Es un medio seguro pero costoso, la persona debe llegar a un acuerdo con alguien de la tripulación quien le introduce en el barco y le ayuda a pasar los controles tanto en el puerto de embarque marroquí como en el de desembarque español. Por las anteriores características, el barco de pasajeros es más utilizado por mujeres, universitarios, personas mayores de 40 años y de zonas urbanas. Excepcionalmente, hay personas que logran introducir como polizontes.

Autobús

Es otro medio seguro (mientras la persona no pase escondida debajo de la carrocería), requiere también de un acuerdo con el conductor. Lo mismo que el barco, es el medio utilizado en mayor medida por mujeres, universitarios, personas mayores de 40 años y de origen urbano.

Coche

Medio que se suele utilizar en los momentos de mayor tránsito de pasajeros en el estrecho. Es poco usado porque el propietario del vehículo puede ser arrestado por un delito contra el derecho de los trabajadores.

Barco de pesca

Es el medio menos utilizado por las elevadas consecuencias legales que pueden acarrearles a los patronos el traslado de inmigrantes clandestinos. Suele requerir el pago de una importante suma de dinero.

En resumen las personas de zonas rurales, varones, con bajo nivel educativo y edades más jóvenes; utilizan en mayor medida los medios con más riesgo para la integridad física y para la vida: las embarcaciones y las carrocerías de camiones. Las personas de zonas urbanas, mujeres, con un nivel educativo medio o alto y edades por encima de los 30 años; utilizan medios más seguro pero más costosos.

Permiso de residencia falso

La documentación falsa (permiso de residencia de un país de la UE) requiere del desembolso de una importante suma de dinero con el agravante que tan sólo permite la entrada, lo que le hace estar al alcance de muy pocos.

Visado falso

Utilizado por un porcentaje muy bajo, debido a que requiere del desembolso de cantidades superiores a los 3000€ (Diario de Cádiz, 25

marzo 2001), contactos para obtenerlo, y tiene el riesgo como la documentación falsa de estar incurriendo en un delito. Recurren a él principalmente los hombres de edades de 31-40 años, universitarios y de zonas urbanas.

4.2.4. El tiempo de residencia

A pesar de que el colectivo marroquí lleva más de dos décadas instalado en El Poniente, sorprende que solamente un 4,7% lleve más de 10 años de residencia y que cerca de la mitad no alcance los tres años. Las posibles razones puede ser: la continua renovación del colectivo con incorporación de nuevas personas y la marcha de una parte de las ya instaladas a otras comunidades.

No existen diferencias significativas en función del sexo, esto demuestra que el proceso de feminización de este colectivo mantiene un ritmo alto, gracias a los procesos de reagrupación familiar.

Existe una relación según la procedencia, al principio había más personas procedentes de zonas urbanas y paulatinamente se ha ido invirtiendo esta tendencia a favor de las personas de zonas rurales.

Ambas tendencias son debidas, a nuestro juicio, a que la emigración es un hecho generalizado en Marruecos, tanto en sus zonas urbanas como en las rurales. Son las generaciones más jóvenes las que están emigrando.

En resumen, estamos ante un mapa de población marroquí, constituido por inmigrantes jóvenes, recién llegados, con estudios primarios o secundarios. Las personas asentadas con más de una década de experiencia migratoria constituyen una minoría.

4.2.5. La situación jurídico-administrativa

El estatus jurídico del inmigrante determina las condiciones socio-laborales que éste vive. En función de él, varían las posibilidades del inmigrante de acceder al mercado laboral, a la vivienda, a la educación, y a otros ámbitos sociales.

El número de personas sin permiso, alrededor del 40%, es elevado. Casi la mitad del colectivo está en situación irregular. Este porcentaje disminuirá sensiblemente, por que la mayor parte de los inmigrantes con permiso tramitado, lo obtendrá. Cerca de un tercio están en situación irregular.

Las oportunidades que tienen para regularizar su situación, serian en un proceso de regularización extraordinario. Tienen que demostrar que han vivido en España dos años, que disponen de una oferta de trabajo de un año, contraer matrimonio con un nacional español, o presentarse a las ofertas de contratación en origen y volver a su país para la tramitación del expediente. Todas estas opciones requieren de tiempo, contactos, conocimiento, pericia y algún que otro golpe de suerte. De ahí, que una vez transcurridos los tres primeros años, sólo queda un 3,4% sin permiso.

Se puede constatar que ésta situación de irregularidad administrativa afecta más a los hombres que a las mujeres. Ellas se benefician de la reagrupación familiar y de la contratación en origen.

Los descendientes menores de 30 años no pueden beneficiarse de la reagrupación familiar, por que está limitada a los menores de 18 años. Además, son las dos franjas de edad que más optan por la entrada clandestina.

Las personas procedentes de zonas rurales consiguen menos contratos en origen y están en peor situación para poder beneficiarse de la reagrupación familiar. Las razones serían, la falta de medios económicos para conseguir contratos en el país de origen, las carencias en comunicación para desenvolverse en la sociedad de recepción,

dificultades para obtener información y contactos que le faciliten acceder al mercado laboral y así, facilitar la regularización jurídica-administrativa.

4.3. SECTORES DE EMPLEO, SITUACIÓN LABORAL E INGRESOS ECONÓMICOS

4.3.1. Sectores de empleo

El sector agrario

Acapara el grueso de mano de obra extranjera en la provincia, un 70% según algunas investigaciones (Arjona, 2005) y un 69,2% de la población marroquí según nuestro estudio.

Éste elevado porcentaje es debido a que el sector no requiere mano de obra cualificada, el 76,8% de las personas con estudios primarios consiguen empleo en la agricultura. Es más fácil trabajar sin contrato, por ello el 86,5% de las personas sin permiso de trabajo están trabajando en él. Ofrece más posibilidades de trabajo a los inmigrantes recién llegados (79,4%), a los que tienen menos de tres años de residencia, y al 91,2% que proceden de las zonas rurales. Para los primeros, es un “chaleco salvavidas” y para los segundos, es un trabajo con el que ya están familiarizados. En otros sectores es más difícil encontrar trabajo en estos primeros años.

Los principales inconvenientes del sector agrario son la temporalidad y la precariedad salarial. La primera afecta según algunos autores (Checa, 1995) al 50% de los empleados que no logran tener trabajo más allá de seis meses. La segunda, se refleja en que los convenios laborales agrarios de la provincia de Almería son de los más bajos de toda Andalucía, tan sólo superados por los de Huelva. Ésta precariedad afecta a la totalidad de los trabajadores del sector, y de manera más grave a aquellas personas sin permiso empleadas sin contrato y días sueltos (Arjona, 2005).

El sector servicios

Un 12,5% de la muestra tiene empleo en éste ámbito que se caracteriza por una fuerte competitividad entre los distintos grupos. Primero por ser el más codiciado por la población autóctona, sobre todo la que abandona el trabajo agrario. Segundo porque los grupos de inmigrantes latinoamericanos y de la Europa del Este tienen muchas ventajas, especialmente lingüísticas y de cualificación. Ésta competitividad explica el predominio de marroquíes universitarios, por que sus principales bazas son la formación y el rápido aprendizaje del idioma.

Dos factores más se añaden a la competitividad, son la segregación espacial y la situación jurídico-administrativa de irregularidad. Ambos factores explican la casi nula (0,9%) presencia de personas sin permiso de trabajo en el sector y la testimonial (1,2%) de personas que viven fuera de los núcleos urbanos. Esto último limita el conocimiento del medio laboral, limita la propia búsqueda por la lejanía, o la falta de medios de transporte. La carencia del permiso de trabajo conduce a las personas hacia el sector agrario, dónde es más fácil encontrar trabajo.

Existe una especie de etnodiscriminación laboral respecto a los marroquíes y africanos en el sector servicios. Si comparamos el número y categoría de los inmigrantes marroquíes que trabajan en el sector servicios, parece ser que colectivos de latinoamericanos y de Europa del Este están más favorecidos como señala A. Arjona «nuevamente se debe hablar de una etnodiscriminación laboral que condena a los inmigrantes africanos, en general, a emplearse en la agricultura» (Arjona, 2005:113).

El servicio doméstico

El tercero en importancia con un 8,9% de empleadas, exclusivo para las mujeres y muy propicio a la contratación informal por los bajos riesgos de inspección laboral.

Dos aspectos muy llamativos en cuanto a los grupos empleados en éste sector.

- ▶ Primero, la proporción de universitarias trabajando en él es la misma que en el sector servicios cuyo atractivo salarial es mayor. La posible explicación es la posibilidad de contratación irregular para mujeres universitarias sin permiso.
- ▶ El segundo aspecto, no se establece una correlación entre el tiempo de residencia y el abandono del servicio doméstico. Lo más lógico es que las personas con empleo en un sector de importante precariedad salarial intenten, con el tiempo, promocionarse. Al no ocurrir con las trabajadoras marroquíes, podemos suponer que en su mayoría desisten en buscar alternativas por imposibilidad o por conformismo.

La construcción

El cuarto en importancia (7,3%), exclusivo para varones, con un predominio de personas con estudios primarios o secundarios y una nula presencia de universitarios. La construcción ocupa el segundo lugar después de la agricultura en cuanto al empleo de personas sin permiso. Ambos sectores comparten la misma característica de perder a los inmigrantes empleados que tienen más de 10 años de residencia.

La venta ambulante

Es la actividad menos importante, a ella se dedica un 2,1% de la muestra. En su mayoría son hombres, muchos sin estudios o con estudios primarios y con ausencia total de universitarios.

Suelen ser personas oriundas de zonas rurales y con viviendas fuera de las zonas urbanas. Un número muy significativo de éste colectivo ha encontrado una vía de promoción en la apertura de negocios estables convirtiéndose en el llamado “empresario étnico”.

4.3.2. Situación laboral

El acceso al mercado laboral depende de factores relacionados con la persona inmigrada como la situación jurídico-administrativa del inmigrante, la edad, sexo y la cualificación laboral y también de factores relacionados con el mercado laboral como son las ofertas de trabajo.

La media de desempleados de nuestro estudio es del 28,6%. La razón principal es que solamente el 51,3% de los encuestados dispone de un permiso de trabajo que les permite acceder al mercado laboral de forma contractual. El resto, engloba a personas sin permiso, con permiso en trámite y con permiso de residencia que están obligados a hacerlo en la economía informal.

El porcentaje de mujeres sin empleo es muy superior al de los hombres (una diferencia de 16,9%). No podemos explicar éste desajuste por el factor situación jurídico-administrativa puesto que el porcentaje de mujeres con permiso de trabajo es superior al de hombres. Tampoco podemos justificarlo por el hecho de que, el 18,9% de las mujeres disponen del permiso de residencia que no les permite el acceso directo al mercado de trabajo. Podemos mantener éste factor como secundario y señalar a otros más importantes como la práctica de las empleadoras de detraer los seguros sociales del salario de las empleadas, la persistencia del papel tradicional de la mujer dedicada al cuidado de los hijos, la llegada tardía de las mujeres que supone limitaciones lingüísticas y de conocimiento del mercado laboral; el bajo nivel educativo de las mujeres (1,5% con estudios universitarios completados y 30,8% sin estudios) reducen sus opciones de empleo a los trabajos precarios.

El disponer del permiso de residencia, y no del permiso de trabajo justifica los porcentajes de desempleo entre los mayores de 50 años (66,7%) y los menores de 20 años (44,4%). Estas son dos franjas de edad que habitualmente tienen dificultades de inserción en el mercado laboral, incluso dentro de los autóctonos.

La diferencia no es significativa en el nivel de estudio, no es un factor determinante para conseguir empleo, posiblemente las posibilidades de empleo cualificado para los inmigrantes son mínimas. En un primer tiempo la mano de obra extranjera ocupa puestos laborales abandonados por la población autóctona. Cuanto más tiempo un extranjero se dedica a realizar trabajos no cualificados, más difícil va a ser realizar un trabajo cualificado. Los conocimientos se quedan anticuados con el paso del tiempo, y es necesario nuevas formaciones, para actualizar sus conocimientos al mercado laboral español.

El tiempo de residencia ayuda a mejorar el empleo y a reducir el desempleo. Al aumentar el tiempo de residencia, los inmigrantes adquieren un estatus jurídico-administrativo regular o la nacionalidad, aumentan su dominio del idioma, y su conocimiento del mercado laboral. Incrementan su capital social, mejoran sus relaciones sociales para abrirse campo en el mercado laboral. Otros, consiguen con el tiempo, homologar sus titulaciones académicas, con lo que mejoran sus posibilidades y la calidad de empleo.

4.3.3. Ingresos mensuales

En general el nivel de los ingresos mensuales es muy bajo, ya que el 61,5% gana entre 241-700€ y un 8,4% no alcanza los 240€. Existen enormes diferencias en función del sexo, edad, estado civil, situación jurídico-administrativa, años de residencia y ubicación de la vivienda.

Las mujeres superan a los hombres en la cuantía de >1200€, (32% frente a 22,4%). Las mujeres llegan mediante reagrupación familiar

disponiendo desde el principio de un permiso de residencia, lo que significa que les será mucho más fácil acceder a un permiso de trabajo. Llegan con más contratos en origen que los hombres, y esto les permite el acceso al mercado de trabajo de manera formal. También, sus cónyuges, instalados desde hace tiempo, disponen de un mayor conocimiento del mercado laboral local y de contactos que les facilitan el acceso a empleos mejor remunerados.

Ninguna persona menor de 20 años o mayor de 50 años supera los 1200€ de ingresos mensuales, ambos grupos están castigados por el desempleo, lo que desemboca en una situación de temporalidad y precariedad laboral.

El tiempo de residencia se relaciona con una mejoría de los ingresos, aumenta el porcentaje de personas con ingresos superiores a los 1200€ del 1% al 28,6% cuando el tiempo de residencia pasa de menos de 3 años a más de 10 años. Es evidente que el tiempo significa muchas mejoras de orden jurídico, formativo, social que se traducen en un aumento de los ingresos mensuales.

El aislamiento y la lejanía influyen en el acceso al mercado laboral junto con la falta de medios de transporte fuera de las zonas urbanas. Afectan de manera negativa a la construcción de una red de apoyo, que es necesaria para mantenerse y mejorar en el mercado laboral. Los ingresos bajos obligan a buscar alojamientos muy económicos, situados fuera de las zonas urbanas, en malas condiciones de habitabilidad y con alto grado de hacinamiento.

El incremento de los ingresos mensuales repercute directamente sobre una mejora de la calidad de la vivienda y habitar en los núcleos urbanos.

4.4. EL ESTADO DE LA VIVIENDA DE LA POBLACIÓN MARROQUÍ EN EL EJIDO

4.4.1. Ubicación de la vivienda

La ubicación de la vivienda fuera de las zonas urbanas no tienen porque ser negativa, si las condiciones de habitabilidad son óptimas, si la persona dispone de medios de transporte, si vive con otros grupos étnicos y no termina la mayoría del colectivo concentrándose en éstas zonas.

Hay varias consecuencias negativas de la segregación espacial. Provoca el aislamiento cultural y lingüístico de los miembros del grupo. Limita sus contactos con la población autóctona, lo que impide una interacción sana, a base del conocimiento mutuo, dejando el terreno abonado para futuros conflictos. Limita las posibilidades de encontrar empleo y la promoción laboral. Dificulta la participación de los colectivos segregados en la vida social, relegándolos al margen de la sociedad.

Muchos son los estudios que han tratado el tema de la vivienda en el Poniente almeriense. Todos coinciden en describir una realidad dominada por una fuerte segregación, El Informe especial del Defensor del Pueblo Andaluz realizado el año 2001, señala que en torno al 60% de las viviendas de los trabajadores extranjeros están situadas fuera de los núcleos de la población. Ángeles Castaño, investigadora que ha realizado trabajos sobre ésta cuestión para varias Instituciones Públicas en 1998 y 2000, eleva este porcentaje al 80% (Castaño, 2002).

J.C. Checa, sitúa la segregación entre un 50 y 64,4% para el conjunto de inmigrantes y hasta un 68% para los marroquíes: «el índice de aislamiento

calculado para conocer la interacción entre los magrebíes y los autóctonos en El Ejido, arroja un valor del 68%, cifra superior a la media de los padecidos por los negros en las ciudades estadounidenses». (Checa 2002: 111).

La segregación es resultado de las dificultades de acceso a la vivienda que tiene la mayoría de los inmigrantes. Son debidas a la falta de recursos de muchos inmigrantes, a la situación de irregularidad. A la discriminación étnica que padecen muchos inmigrantes y algunos más que otros, tal como dice E. Martín: «confirmamos cómo en la zona los marroquíes y argelinos tienen más dificultades que los colectivos de subsaharianos, sin que podamos apuntar un motivo claro para esta discriminación residencial» (Martín y otros, 2001: 91).

En nuestro trabajo, hay un 40,5% de la muestra que vive fuera de los núcleos urbanos. Hay más hombres residentes fuera de las zonas urbanas que mujeres porque éstas llegan a España como reagrupadas o con contrato. En el primer caso, uno de los requisitos que se debe cumplir es la disponibilidad de una vivienda. En el segundo caso tienen más facilidades de acceder al mercado laboral y por tanto aumentar los ingresos para el alquiler de una vivienda en zona urbana.

La segregación afecta más al grupo de menores de 30 años y a los solteros, por su precariedad salarial y por el alto índice de irregularidad jurídico-administrativa. Con estas limitaciones, las alternativas para conseguir una vivienda se reducen al diseminado.

Lo mismo les ocurre a las personas sin permiso de residencia, que además de los problemas de acceso al mercado laboral y los bajos ingresos, se enfrentan al riesgo de detención policial. El 73,9% viven fuera de las zonas urbanas y permite minimizar estos riesgos.

Los ingresos económicos inciden directamente en la segregación, cuando son altos se reduce drásticamente y cuando son bajos se eleva de manera importante. Un 5% de las personas con ingresos superiores a 1200€ mensuales, tienen la vivienda fuera de los núcleos urbanos. Al contrario, cuando los ingresos oscilan entre 241-500€, el porcentaje alcanza el 73,5%.

Los ingresos mejoran con el paso de los años, y las personas cambian de domicilio buscando las zonas urbanas. Se reduce el porcentaje del 58,3% entre personas con menos de 3 años de residencia al 14,3% en las personas con más de 10 años de residencia.

En resumen, el perfil de la persona con vivienda fuera de las zonas urbanas es un hombre, menor de 30 años, soltero, sin permiso de residencia, trabaja en la agricultura, ingresa menos de 500€ al mes y que lleva en España menos de 3 años.

4.4.2. Tipos de vivienda

El cortijo es el más representativo, seguido por la casa y el piso. La chabola ocupa tercer lugar, el almacén el cuarto y en último lugar la casa prefabricada y las semi-derruidas.

Siguiendo las variables con diferencias estadísticamente significativas, tenemos el siguiente perfil de personas que habitan cada tipo de vivienda:

Casa/piso:

- ▶ Habitado por más mujeres que hombres.
- ▶ Más personas con permiso de residencia que sin él.
- ▶ Empleadas en la venta ambulante, el sector servicios, el servicio doméstico y la construcción.
- ▶ Con ingresos superiores a los 700€ mensuales.
- ▶ Con más de 10 años de residencia.

Cortijo:

- ▶ Habitado por más hombres que mujeres.
- ▶ Más personas sin permiso de residencia.
- ▶ Empleados en el sector agrícola.
- ▶ Con ingresos entre 240-500€ mensuales.
- ▶ Con menos de 3 años de residencia.

Almacén

- ▶ Habitado por más mujeres.
- ▶ Más personas sin permiso de residencia,
- ▶ Empleados en el servicio doméstico,
- ▶ Con ingresos inferiores a los 240€ mensuales,
- ▶ Con menos de 3 años de residencia,

Casa prefabricada

- ▶ Habitado por más hombres
- ▶ Más personas con permiso en trámite.
- ▶ Empleados en el sector agrícola.
- ▶ Con ingresos inferiores a los 240€ mensuales.
- ▶ Con menos de 3 años de residencia.

Chabola

- ▶ Habitada solamente por hombres.
- ▶ Más personas sin permiso de residencia.
- ▶ Empleados en el sector agrícola y algunos en la construcción.
- ▶ Con ingresos entre 240-500€ mensuales.
- ▶ Con menos de 3 años de residencia.

Como podemos observar desde los perfiles, el tipo de vivienda varía en función del sexo, la situación jurídico-administrativa, el sector de empleo, los ingresos mensuales y el tiempo de residencia. Los tipos de vivienda en peores condiciones suelen estar ocupados por personas recién llegadas o con un tiempo corto de residencia, con escasos recursos económicos y sin permiso de residencia.

Precariedad laboral, irregularidad en la situación jurídica y escaso tiempo de residencia, tres factores unidos que conducen a la persona a ocupar la vivienda de peores condiciones. La habitabilidad de la vivienda mejora conforme lo hacen los tres aspectos nombrados anteriormente.

4.4.3. Estado de conservación

Para que la vivienda actúe como condicionante negativo de la salud, debe ser poco habitable, carente de la mayoría de los elementos básicos (agua corriente, agua caliente, corriente eléctrica y calefacción), con alto grado de hacinamiento (más de 3 personas por habitación que no sean matrimonio y un niño), sin separación de determinados cuartos, sin ventilación o con los elementos de construcción en estado lamentable (paredes, techo), etc.

El Informe del Defensor del pueblo concluye que entre el 60% y el 80% de las viviendas ocupadas por trabajadores extranjeros, tienen la consideración de infraviviendas. A. Castaño coincide con la valoración del Defensor del pueblo: «familias e inmigrantes solos o solteros ocupan los cortijos dispersos entre invernaderos, que en otro tiempo fueron vivienda de agricultores autóctonos, hoy en su mayoría en estado ruinoso o con graves deficiencias infraestructurales, por lo que no pueden ser catalogados bajo otro epígrafe que el de infraviviendas» (Castaño, 2002: 123).

En este apartado hemos recogido la **valoración subjetiva que las personas hacen de su propia vivienda**. Hay que destacar gran parte de los encuestados utilizan criterios de medición del país de origen, lo que nos hace pensar que la valoración va ser peor si utilizamos criterios de medición aplicada a la vivienda en España.

Las viviendas valoradas como malas

- ▶ Habitadas más por hombres.
- ▶ Jóvenes con edades de 21-30 años.
- ▶ Más solteros y viudos también.
- ▶ Más personas sin permiso de residencia.
- ▶ Con empleo en la agricultura.
- ▶ Con ingresos de 241-500€.
- ▶ Con un tiempo de residencia inferior a los 3 años.

Las viviendas valoradas como regulares

- ▶ Habitadas más por hombres.
- ▶ Con edades de 41-50 años.
- ▶ Que viven en pareja.
- ▶ Con permiso en trámite.
- ▶ Con empleo en la venta ambulante.
- ▶ Con ingresos de 501-700€.
- ▶ Con un tiempo de residencia inferior a los 3 años.

Las viviendas valoradas como buenas

- ▶ Habitadas más por mujeres.
- ▶ Jóvenes con edades de 21-30 años.
- ▶ Que viven en pareja y divorciadas.
- ▶ Más persona con permiso de residencia.
- ▶ Con empleo en el sector servicios y de construcción.
- ▶ Con ingresos de 500-700€.
- ▶ Con un tiempo de residencia superior a los 10 años.

Se mantiene la influencia de las mismas variables: ingresos mensuales, situación jurídico-administrativa y tiempo de residencia. El estado de la vivienda mejora sustancialmente conforme las personas consiguen regularizar su situación, un empleo, ingresos suficientes y viven más tiempo en El Poniente.

En este mismo apartado hemos fijado como elementos objetivos para medir el estado de idoneidad de la vivienda, tener o no agua corriente, agua caliente y la corriente eléctrica. No hemos considerado la calefacción

por la suavidad del clima en El Poniente y porque casi la totalidad de los encuestados declararon no disponer de ella.

En lo que se refiere a los tres elementos imprescindibles en cualquier vivienda, hay carencias muy graves, 16,3% no tiene agua corriente, 35,3% no tiene agua caliente y al 9,3% no tiene corriente eléctrica

Los más afectados por estas carencias son los mismos grupos mencionados en los apartados anteriores. Hombres que en su mayoría son jóvenes y solteros, con ingresos inferiores a los 500€ mensuales, sin permiso de residencia y con un tiempo de estancia inferior a los 3 años.

4.4.4. Numero de personas por habitación

Es otro indicador de la calidad de la vivienda y un determinante de la salud ya que puede aumentar las probabilidades de contagio entre los convivientes, sobre todo cuando se trata de enfermedades transmisibles. Afecta negativamente la intimidad de las personas, limitando el espacio e incrementando los problemas de convivencia.

Medir el grado de hacinamiento es bastante complicado. Es necesario tener en cuenta: el número de personas, la superficie de la habitación compartida o el grado de higiene de la misma. Al ser complicado medir ambas cosas nos limitamos a formar un juicio a partir del número de personas.

Un 64,6% de los inmigrantes comparte habitación con una persona o más. De ellos el 30,9% lo hace con una persona y este puede ser el caso de todas las personas con cónyuge o pareja.

El grado de hacinamiento puede ser preocupante en el 13,1% de los inmigrantes que comparten habitación con tres personas y en el 6,2% que lo hacen con cuatro personas. Entre éstas últimas predominan los solteros, las personas sin permiso de residencia, los desempleados, los

trabajadores agrícolas y las personas con menos de tres años de residencia.

El número de habitaciones en una vivienda es orientativo para medir el grado de hacinamiento, aunque no se puede considerarse solo, sin tener en cuenta otros factores como la superficie de cada habitación y el número de personas que ocupa cada habitación.

Podemos observar, comparando los datos obtenidos, como las mismas variables vuelven a incidir en que el número de habitaciones aumente o disminuya. Aumentan cuando las viviendas son habitadas por mujeres, viven parejas, tienen permiso de residencia y con más de 10 años de residencia.

4.5.EL GASTO EN ALIMENTACIÓN

Las diferencias significativas registradas en el gasto, lo fueron con las variables: sexo, situación jurídico-administrativa, ingresos económicos y tiempo de residencia. Siguiendo éstas diferencias podemos dibujar el perfil de la personas con un gasto muy bajo o insuficiente. En general es de un varón, joven, sin permiso de residencia, con ingresos mensuales inferiores a los 500€ y que lleva en España menos de tres años.

Las mujeres gastan de media más que los hombres principalmente porque ellas se incorporan mediante un proceso de reagrupación familiar, iniciado una vez que el esposo cumpla unos requisitos exigidos de contrato de trabajo, suficientes ingresos (más altos que el salario mínimo) y vivienda adecuada para acoger a los miembros de la familia.

En relación a la situación jurídico-administrativa, el gasto más bajo (23,4€) lo realizan las personas que no disponen de un permiso de residencia y trabajo. Ésta carencia limita drásticamente sus posibilidades laborales a empleos en la economía sumergida, temporales y con salarios muy bajos.

Los ingresos mensuales, otra de las variables que inciden directamente en el gasto, nos deja una diferencias de más del 100% entre el menor (30€) realizado por personas con ingresos entre 240-500€ y el mayor (59,2€) realizado por personas con ingresos superiores a 1200€.

El gasto en alimentación aumenta según lo hacen los ingresos mensuales. Se registra un aumento proporcional en el gasto a partir de 700€ de ingresos mensuales. Curiosamente el gasto más bajo lo realizan personas con ingresos entre 240-500€ y no las personas con ganancias menores a 240€. Probablemente porque los primeros pueden "quitar" algún gasto básico y así mandar algo a la familia o comprar algún producto que no sea básico para la subsistencia. Y Quienes no llegan a los 250€ tienen, apenas tienen para comer.

El gasto mejora con el transcurso de los años, llegando la diferencia al 100% entre el gasto en alimentación de personas con menos de 3 años de residencia y con más de 10 años de residencia.

Con el tiempo las personas inmigradas superan paulatinamente las barreras jurídicas y sociolaborales, consiguiendo mejoras sustanciales en su vida, de modo que se puede considerar el aumento del gasto en alimentación un indicador de la mejora de la situación general del inmigrante.

4.6.CONSUMO DE TABACO, HACHÍS Y ALCOHOL

Tabaco

El hábito de fumar puede haber sido adquirido en Marruecos o en España. Hay personas que se iniciaron antes de emigrar y otros al llegar a España. La mayoría de los hombres lo hicieron en Marruecos y la mayoría de las mujeres empezaron en España.

La diferencia existente entre hombres fumadores (55%) y mujeres fumadoras (14,4%), la podemos encontrar por los distintos grados de tolerancia. La tolerancia, que es alta cuando se trata de hombres, se reduce a determinados círculos femeninos en las grandes ciudades y desaparece totalmente en las zonas rurales. La desaparición de la presión social del país de origen, motiva a las mujeres a comenzar a fumar en el país de acogida.

Hay más inmigrantes fumadores, con estudios universitarios y fuman menos las personas sin estudios. El porcentaje de mujeres universitarias fumadoras no alcanza el 2%.

La correlación entre hábito de fumar tabaco y tiempo de residencia, disminuye conforme aumenta la estancia. Esto nos lleva a preguntarnos ¿qué aspectos cambian al pasar el tiempo para que un determinado número de personas dejen de fumar? Puede haber varias causas: personas que se casan y que dejen de fumar por influencia del cónyuge, al considerarlo más propio de personas solteras y no de padres o madres de familia. Personas que lo hacen al tomar consciencia de los riesgos del tabaco o al seguir algún programa de promoción de la salud.

Hachís y marihuana

Se repiten algunas pautas vistas en el consumo de tabaco. El porcentaje de mujeres fumadoras es otra vez inferior al de hombres, la mayoría de ellas comenzó a fumar en España, mientras que los hombres lo hicieron en Marruecos. Como en el caso del tabaco hay una escasa tolerancia social a que las mujeres lo consuman y la presión social desaparece o disminuye en España.

En general, el número de fumadores de hachís y marihuana es menor que los del tabaco (15% frente al 36,9%). La percepción social negativa de ambas sustancias limita dicho consumo aunque existe una curiosa diferencia en ésta percepción cuando se trata de la marihuana. El

consumo de ésta sustancia está muy extendido en las zonas rurales de Marruecos, tolerado a nivel social hasta el punto de equipararla con el tabaco. El hachís está más extendido en las zonas urbanas y su connotación de droga es mayor que la marihuana.

El consumir hachís y marihuana es muy reducido entre divorciados, separados y casados, mientras que es muy alto entre solteros y personas que viven con pareja. La tolerancia al consumo es más alta cuando se trata de jóvenes, porque se concibe como propio de una determinada etapa de la juventud donde las personas “aún no han sentado la cabeza”.

El consumo entre personas sin permiso de residencia es altísimo comparado con las que disponen del permiso de residencia (22% frente 4,5%). Las razones de esta diferencia las podemos atribuir a aspectos de edad, sexo y estado civil, ya que entre las personas sin permiso predominan los varones, jóvenes y solteros. No obstante la razón principal para nosotros está en la marginación, y la exclusión total o parcial de las personas con una situación jurídico-administrativa irregular.

La situación de irregularidad jurídico-administrativa suele estar unida a la segregación de la vivienda. Y aunque vivir fuera de las zonas urbanas no supone un riesgo para el consumo de hachís y marihuana, es la punta visible de una situación de segregación espacial, de hacinamiento, de insalubridad, y de precariedad laboral. Un cúmulo de obstáculos insalvables que empujan a muchas personas a buscar consuelo en las drogas. La superación de la situación de irregularidad, de exclusión social hace que se reduzca el consumo hasta tres veces entre las personas con vivienda en las zonas urbanas y con un permiso de residencia.

En resumen, el perfil del inmigrante marroquí consumidor del hachís o de marihuana es un varón, joven, soltero, que vive fuera de las zonas urbanas y que carece del permiso de residencia. Independientemente que una parte, sobre todo hombres, tenían el hábito antes de llegar a España,

mantenemos que las duras condiciones atravesadas por muchos, hacen que unos se inicien en el consumo y que otros no dejen de hacerlo.

Alcohol

El consumo de alcohol no está prohibido legalmente en Marruecos existiendo tabernas que lo sirven por todas las capitales de provincias, ciudades medianas y aquellas donde haya hoteles que reciben turistas. En los últimos años, grandes supermercados de grandes capitales, disponen de espacios para vender bebidas alcohólicas.

Aunque el alcohol está prohibido por la religión musulmana y está mal visto socialmente, se consume tanto en las zonas urbanas como rurales, en espacios ligados a fiestas de jóvenes, mayoritariamente varones y solteros. El consumo de bebidas alcohólicas, no llega a ser un hábito arraigado en la familia, ni considerado un alimento a incorporar a la dieta diaria.

La prohibición religiosa del alcohol explica que sea poco tolerado, sobre todo en los entornos socio-familiares más devotos. Aunque la prohibición concierne de igual modo a hombres y mujeres, las últimas quedan excluidas por la poca permisividad existente. Por lo tanto, el porcentaje de hombres supera al de las mujeres y la mayoría entre éstas lo iniciaron una vez han emigrado a España.

Vivir en España supone dos hechos importantes respecto al consumo de alcohol: primero, encontrarse en un entorno dónde el consumo es un hábito social presente en todo momento, con lo cual a mayor presencia en la sociedad de recepción, mayor cercanía tendrá la persona con el alcohol. Segundo, la ausencia de la presión social y familiar, impedimento para el consumo en el país de origen, de modo que muchas personas se inician

en el consumo de alcohol al llegar a España y otras se inhiben por convencimiento propio o bien por la presión del colectivo de origen.

El seguimiento de las pautas culturales del país de origen, explica el descenso del consumo de alcohol entre los casados, quienes una vez formada la familia, se vuelven más rigurosos en el mantenimiento de los mandamientos religiosos.

Igual que las drogas blandas el alcohol puede ser utilizado como un medio para olvidar las penurias diarias en las que se ven sumergidas las personas con graves riesgos de exclusión social e irregularidad jurídica. Superadas unas y otras, el consumo de alcohol desciende del 35,3% entre personas sin permiso de residencia hasta el 15,6% entre las personas que disponen de él. Y se reduce del 33,6% entre las personas con menos de 3 años de residencia al 21% entre las personas con estancia de 4 a 10 años.

4.7.HÁBITOS SEXUALES Y DE REPRODUCCIÓN

4.7.1. Uso de preservativos y planificación familiar en Marruecos

Uso de preservativos

Nos referimos a los preservativos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, su uso es del 57,4% sin apenas diferencias entre hombres y mujeres.

En función de la edad, llama la atención el bajo uso entre menores de 20 años, la mitad que entre las siguientes franjas de edad, tal vez por la falta de consciencia de la importancia de los anticonceptivos.

Esto se refleja en la correlación entre uso de anticonceptivos y nivel de estudio, aumenta el primero mientras lo hace el segundo por la facilidad de acceso a la información.

El uso es más alto en las zonas urbanas que las rurales, principalmente por las deficiencias sanitarias y educativas en las segundas y por que el peso de las creencias tradicionales que limitan el uso de anticonceptivos es mayor.

Uso de preservativos en los viajes a Marruecos

Desciende el porcentaje durante los viajes al país de origen comparado con el registrado en El Poniente. ¿Qué motivos hacen que durante un espacio corto de tiempo las mismas personas dejen de usar los anticonceptivos? ¿Por qué lo hacen mayoritariamente hombres, de procedencia rural y que viven fuera de las zonas urbanas en El Ejido?

Para muchos el regreso al país de origen disipa los miedos de las patologías sexuales, unos creen que es seguro mantener relaciones sexuales con personas del mismo lugar de origen dónde siempre las han mantenido y no les ha pasado nada. Los que están casados no utilizan preservativos cuando están con sus cónyuges.

Panificación familiar en Marruecos

En nuestro estudio, un 57,5% de las mujeres han declarado utilizar métodos anticonceptivos con el fin de la planificación familiar. Cifras muy cercanas a las reveladas por el estudio del ministerio de salud marroquí dónde un 55% de las mujeres casadas y en edad de procreación, utiliza anticonceptivos modernos y un 8% utiliza otros tradicionales (coitus interruptus, 4,4% y abstinencia periódica, 3,8%).

La distribución de los distintos métodos en nuestro trabajo es la siguiente: anticoncepción hormonal (58,46%), diu (23,07%) y preservativos (21,53%). En la del estudio del ministerio, se mantiene la anticoncepción hormonal como líder (40,1%), seguida por el diu (5,4%), el método de la lactancia materna y de la amenorrea (2,8%), la esterilización femenina

(2,7%), las inyecciones anticonceptivas (2,1%); y el preservativo en último lugar, 1,5%. Ninguno de los encuestados de nuestro estudio ha manifestado utilizar el método de la lactancia y de la amenorrea, la esterilización o las inyecciones ni tampoco ningún método tradicional.

Coincidimos con el citado estudio en la ausencia de diferencias significativas en función del entorno urbano/rural y del nivel de escolarización. Aunque el uso es ligeramente más alto en las zonas urbanas y cuando el nivel de estudios es más alto.

4.7.2. Uso de preservativos y planificación familiar en El Ejido

Uso de preservativos

Aumenta comparado con el registrado en Marruecos alcanzando el 79,9%. El porcentaje es mayor entre los hombres que entre las mujeres. Los hombres mantienen más relaciones con prostitutas y fuera del país de origen se teme mucho a las enfermedades de transmisión sexual.

Hay un bajo porcentaje de uso entre los menores de 20 años, igual que el registrado en la misma franja de edad en Marruecos. Posiblemente están reproduciendo la misma pauta que en Marruecos, causada a nuestro juicio, por la falta de consciencia sobre los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual.

El nivel educativo, variable que evidenció diferencias significativas en Marruecos, deja de hacerlo en El Ejido. Los porcentajes se asemejan en todas las categorías, probablemente por disponer de más información sobre las patologías de transmisión sexual.

Planificación familiar

En el uso de anticonceptivos como medio de planificación familiar, se produce un importante incremento en el porcentaje que se eleva del 57,5%

registrado en Marruecos al 74,4%, al mismo tiempo se producen cambios en los medios utilizados.

El preservativo ocupa el primer puesto (57,77%) en detrimento de la anticoncepción hormonal (45,55) y el Diu desciende comparado con Marruecos (del 23,07% al 11,11%). Una primera razón de este cambio puede estar en que los anticonceptivos hormonales en Marruecos son gratuitos, mientras que en España ni siquiera están financiados. Y otra segunda causa puede estar en los efectos secundarios de la anticoncepción hormonal, la percepción negativa al asociarlas a la ganancia de peso.

Otro estudio realizado sobre población marroquí femenina y la planificación familiar en Madrid, arroja los siguientes datos: un aumento en el uso de la píldora del 46% en Marruecos al 53% en España, el uso del preservativo que pasa del 7% al 23% y del Diu, de un 9% al 15% (Bravo, 2002).

4.7.3. Programa de controles de embarazo y del niño sano

El control del embarazo es el mejor ejemplo de cómo un cambio en los recursos sanitarios, genera un cambio en los comportamientos en salud. Una vez instaladas en El Ejido, las mujeres marroquíes parecen no tener celos, prejuicios o limitaciones para realizar los controles del embarazo. Un 96,9% declara haber realizado controles en El Ejido mientras que la cifra no supera el 37,8% en Marruecos. Ésta gran diferencia es consecuencia del abismo que separa los sistemas de salud de ambos países.

En los controles de embarazo no existen diferencias estadísticamente significativas en función de ninguna de las variables. El sistema sanitario funciona incluso para aquellas personas, teóricamente en desventaja como las que viven fuera de las zonas urbanas, las desempleadas, las que

están en peor situación jurídico-administrativa y aquellas con bajos ingresos.

La ausencia de diferencias en cuanto a la procedencia rural-urbana y el nivel de estudios, demuestra que prácticamente todas las personas, perciben estos controles como necesidad sanitaria. Desconocemos si en el país de origen la percibían como una necesidad y no tenían acceso por la falta de los recursos o que este cambio es fruto del proceso de cambio en los comportamientos sanitarios.

Las diferencias son todavía más grandes entre personas que han recibido visitas de la matrona en Marruecos y las que la han recibido en España (25% - 93,8%) y de nuevo quedan evidentes las carencias del sistema sanitario marroquí en salud materno-infantil.

La única variable que marca diferencias significativas en El Ejido es la ubicación de la vivienda. Si la visita de la matrona cubre la totalidad de las personas que viven en las zonas urbanas, no alcanza los mismos resultados entre las personas con viviendas situadas a las afueras donde una cuarta parte queda sin asistencia. En este caso es una limitación del sistema sanitario que no logra extender este servicio a toda la población independientemente de dónde viva.

Otro aspecto es el programa del niño sano. En Marruecos, tiene mejores índices que los controles de gestación y la visita de la matrona, no obstante queda muy por debajo de los registrados en El Ejido (45,6% frente al 97%).

No aparecen diferencias significativas en cuanto al seguimiento del programa del niño sano en El Ejido. Es una señal del buen funcionamiento de este programa desde los servicios públicos, y de la ausencia de dejadez de los padres y madres marroquíes.

En resumen, podemos afirmar la existencia de buenos resultados en materia de salud materno-infantil. En El Ejido el sistema sanitario ha logrado eliminar, casi del todo, las barreras para el acceso a los distintos servicios. Y los inmigrantes marroquíes demuestran un alto nivel de consciencia e interés por la salud a este nivel.

4.8. EL ESTADO DE SALUD Y COMPORTAMIENTOS EN MARRUECOS

4.8.1. Vacunaciones

Su cobertura ha dependido de la capacidad del sistema sanitario para llegar a toda la población, a los grupos diana de algunas vacunaciones, y a todos los territorios del país. Desde los resultados de la muestra podemos observar diferencias en la vacunación en función del sexo, la edad, el nivel de estudios y la procedencia.

Hay una mayor cobertura entre las mujeres que entre los hombres y es comprensible porque las mujeres una vez embarazadas o en el posparto, terminan vacunándose. La vacunación es mayor entre los menores de 20 años (posiblemente por los esfuerzos públicos realizados a nivel estatal desde mediados de los ochenta). También hay mayores índices de vacunación entre las personas con estudios universitarios y en las zonas urbanas más que en las rurales.

4.8.2. Motivos de consulta y características de los pacientes en Marruecos

Podemos afirmar que la morbilidad previa a la emigración de la población marroquí instalada en El Ejido es muy baja. Tan sólo un 9,8% reconoce haber tenido algún problema de salud física y un 2% algún trastorno psíquico en Marruecos. El 38,3% de las personas que han enfermado, ha solicitado ayuda médica.

Varios pueden ser los motivos: la infravaloración de la importancia o gravedad de la patología, la falta de recursos económicos para los gastos sanitarios, el uso de remedios tradicionales, las limitaciones del sistema sanitario público y los altos precios de los medicamentos.

El porcentaje del 2% de trastornos psíquicos, puede ser más bajo de lo real, bien porque son patologías de difícil diagnóstico y porque el sistema sanitario marroquí tiene grandes limitaciones en salud mental, junto a los recelos para revelar dichos trastornos.

Así mismo las personas que han entrado en España de manera regular- un 31% del total- han tenido que realizar un chequeo médico (condición impuesta para la obtención del visado). De ellas un porcentaje del 0,2% ha evidenciado algún problema de salud de poca importancia que no le ha impedido obtener dicho visado.

Estos datos demuestran que los miembros de este colectivo disponen de un alto nivel de salud en el momento de su llegada a España y su instalación en El Ejido. Los cambios en un sentido positivo o negativo en dicho nivel dependerán, como veremos más adelante, de su proceso de adaptación y el impacto de los condicionantes de salud.

Motivos de consulta

Para hacernos una idea del mapa de morbilidad de este colectivo en el país de origen, hemos preguntado sobre los motivos de consulta realizados en los últimos 6 meses o un año antes de emigrar a España. Diversos tipos de patologías y los controles de embarazo constituyen este mapa que reflejamos a continuación agrupados en tres categorías de más a menos prevalencia

- ▶ Motivos de consulta con porcentajes de afectación entre el 5 y 8%. Destacan los problemas buco-dentales, digestivos, lesiones osteomusculares, respiratorios y del sistema nervioso. En este grupo

tan sólo podemos señalar que las mujeres tienen más problemas digestivos que los hombres, y que las lesiones se dan más entre personas mayores de 40 años y habitualmente sin estudios.

- ▶ Motivos de consulta con porcentajes de afectación entre el 2 y el 4%. Destacan los problemas oculares, cardiovasculares, de transmisión sexual y de infertilidad. La mayor frecuencia de problemas cardiovasculares se da en las mujeres y en las personas de zonas urbanas. De igual forma ocurre con las enfermedades de transmisión sexual y de infertilidad.
- ▶ Motivos de consulta con porcentajes inferiores del 2%. Lo componen los problemas psíquicos, de la piel y los problemas infecto-contagiosos. Estos últimos son más frecuentes en los hombres.

4.8.3. Itinerarios de curación en Marruecos

De las patologías somáticas

Las opciones que los encuestados han declarado aquellos itinerarios seguidos o preferidos en caso de haber tenido una patología somática, las hemos agrupado en bloques que hemos llamado “pasos”, en total son tres, cada uno es constituido por hasta cuatro opciones. A la primera opción, le hemos añadido las alternativas a las que opta después.

Paso1:

- a) Ayuda familiar: 37,1%
- b) Centro de salud: 22,2%
- c) Automedicación (medicina en domicilio o compradas en la farmacia): 15,6%
- d) Remedios caseros: 14,2%

Preferencias después a)

- 1. Automedicación: 42,5%
- 2. Remedios caseros: 28,7%
- 3. Nada: 10,2%

1º Paso: aunque la familia no es una fuente de curación directa, es citada como primera opción por un 37,1% de la muestra. El centro de salud ocupa el segundo lugar, las consultas sanitarias son gratuitas, sin

embargo los medicamentos no lo son, aunque a veces se les da algunos a los usuarios. La automedicación es la tercera opción, se aprovechan los medicamentos disponibles en la casa, se adquieren otros en la farmacia por recomendación de la familia o del farmacéutico. La automedicación es seguida muy de cerca por los remedios caseros que habitualmente se utilizan para el alivio de los síntomas de dolencias físicas.

Tanto la automedicación como los remedios caseros están muy extendidos por la influencia de la creencias popular “pregúntale a quien ha experimentado y no le preguntes al médico”, por la falta de recursos económicos que empujan a aprovechar las medicinas disponibles en casa y que probablemente han sido recetadas para otro miembro de la familia, y los remedios caseros de escaso coste.

De entre los que han elegido como primera opción la ayuda familiar, un 42,5% pasan a la automedicación, otro 28,7% a los remedios caseros y un 10,2% no hace nada. Anotamos que el círculo de curación no traspasa la casa, y que hay una clara preferencia a las medicinas en detrimento de los remedios caseros.

Paso 2:

- a) Nada: 22,9%
- b) Medicinas conocidas: 17,6%
- c) Remedios caseros: 16,7%
- d) Urgencias: 11,8%
- e) Médico privado: 10,4%

Preferencias después 1 opción

- 1. Remedios caseros: 1%

2º Paso: Aunque la opción de “no hacer nada” es la primera, no la vamos a considerar sino que consideremos la segunda como si fuese primera. Así, la primera es la automedicación, seguida muy de cerca por los remedios caseros. El servicio de urgencia aparece cuarto lugar y el médico privado en quinto lugar, estas opciones tienen una representatividad superior al 10% del total de la muestra.

La automedicación vuelve a ser el elemento central, seguido muy de cerca por los remedios caseros. Ambos eximen al sujeto de desplazarse hasta el centro de salud o la consulta de un médico privado. Ambos permiten ciertos ahorros, uno del coste de una consulta médica privada y otro del coste de las propias medicinas.

Paso 3:

- a) Nada: 57,1%
- b) Remedios caseros: 11,1%
- c) Urgencias: 8,2%
- d) Farmacia: 7,6%

Preferencias después 1 opción

- 1. Urgencias: 0,4%
- 2. Farmacia: 0,4%

3º Paso: aumenta el porcentaje de personas que no hacen nada para curarse. Los remedios caseros ocupan el primer lugar y por primera vez aparece el servicio de urgencia seguido por la farmacia. Ambos se repiten como segundas preferencias para aquellas personas que no han hecho nada en una primera vez.

De una manera no tan detallada, Saadía Radi casi la única autora que ha tratado el tema de los itinerarios de curación en Marruecos, llega a conclusiones parecidas a las nuestras. Ella describe que cuando se trata de una enfermedad leve, la familia utiliza remedios caseros, medicamentos usados para el mismo caso en ocasiones anteriores, demanda más hierbas al herbolario, compra nuevos fármacos sin receta, solicita la ayuda del enfermero de proximidad, visita al centro de salud o a un médico privado, incluso acude a un curandero o un alfaquí. A veces la familia utiliza un solo recurso y en otras opta por varios al mismo tiempo dependiendo de la evolución de la enfermedad (Radi, 1999).

Como podemos deducir del primer paso, la medicina científica se ha convertido en el centro de los itinerarios de curación cuando se trata de patologías somáticas. Radi lo formula así: «podemos percibir que el sistema biomédico está en el centro de los itinerarios terapéuticos, incluso cuando la gente recurre a otros sistemas de curación» (Radi, 1999: 28).

La autora resume que la elección de los itinerarios depende de las características personales de los sujetos (sexo, edad, nivel cultural y socio-económico), del entorno (rural, urbano), de criterios de accesibilidades y proximidad, de la percepción de la enfermedad y de la eficacia de los actores sanitarios. Hay más tendencia a utilizar itinerarios tradicionales entre personas de zonas rurales mal comunicadas, entre mujeres mayores de 50 años y entre personas con nivel de estudio básico y sobre todo entre las personas con tan escasa capacidad económica que ni siquiera pueden comprar las medicinas (Radi, 1999).

De los trastornos psíquicos

Igual que las patologías somáticas, varios pasos recogen las preferencias de los encuestados en busca de la curación de los trastornos mentales.

Paso1:

- a) Ayuda familiar: 48,9%
- b) Sanadores tradicionales: 15,3%
- c) Salud mental: 12,7%
- d) Nada: 10%

Preferencias después 1 opción

1. Nada: 87,2%
2. Sanadores tradicionales: 6,4%
3. Otros sin especificar: 4,3%

1º Paso: de las seis posibles elecciones, cuatro tienen una frecuencia mayor al 10%. La ayuda de la familia es la primera con un 48,9% es superior a la registrada en el caso de las patologías físicas. Algo comprensible debido a las connotaciones negativas que dominan en la sociedad marroquí respecto a la locura, cajón dónde se engloba todos los trastornos psíquicos. La segunda es la ayuda de los sanadores tradicionales (curanderos, alfaquíes y brujo), y detrás de ellos aparece la atención sanitaria mental.

De entre las personas que eligen la ayuda familiar, una mayoría (87,2%) optan por no hacer nada después, un 6,4% recurre a los actores tradicionales y un 4,3% recurre a medios sin especificar.

Paso 2:

- a) Nada: 59,3%
- b) Curandero: 24,2%
- c) Salud mental: 8,7%
- d) Psicólogo-psiquiatra: 5,6%

Preferencias después a):

- 1. Ayuda familiar: 0,7%
- 2. Sanadores tradicionales: 0,4%
- 3. Salud mental: 0,4%

2º Paso: más de la mitad no hacen nada, aumentando el porcentaje de personas que acuden a los actores tradicionales (24,2%). Se mantiene la salud mental en tercer lugar.

De entre los que no hacen nada, un 0,7% pide ayuda a la familia, un 0,4% acude a los sanadores tradicionales y otro 0,4% a salud mental.

Paso 3:

- a) Nada: 96,6%
- b) Psicólogo-psiquiatra: 1,1%
- c) Ayuda familia: 0,7%
- d) Sanadores tradicionales: 0,7%

Preferencias después 1 opción

- 1. Psicólogo-psiquiatra: 1,4%

3º Paso: la mayoría (96,9%) no hace nada. El resto opta en porcentajes caso iguales por el psicólogo-psiquiatra, la ayuda de la familia, los sanadores tradicionales en porcentajes casi iguales.

De entre los que no hacen nada, cuando la patología no remite, prefieren acudir al psicólogo-psiquiatra.

En los trastornos psíquicos la medicina científica pierde protagonismo frente a los distintos actores tradicionales. Cuando la familia interpreta como sobrenatural el origen de la enfermedad, en este caso acude

habitualmente al curandero, vidente, alfaquí, brujo o santuario. Si los remedios de estos no dan resultados, entonces prueba con el médico o psiquiatra. Radi lo afirma en los siguientes términos: «las enfermedades sobrenaturales son tratadas por practicantes especialistas en lo sobrenatural, sus etiologías como sus causas son claramente distintas a las enfermedades naturales...incluso podemos encontrar un sistema de doble etiología que determina un origen sobrenatural de alcance natural, como es el caso del mal de ojo» (Radi, 1999:46).

4.9. EL ESTADO DE SALUD Y COMPORTAMIENTOS EN EL PONIENTE

4.9.1. Dificultades de acceso al sistema sanitario

Las mujeres manifiestan tener menos dificultades de acceso al sistema sanitario que los hombres, seguramente debido a que ellas disponen, en los primeros momentos de su llegada, de un mayor apoyo de sus familiares para conocer su funcionamiento.

Las personas sin estudio o con estudios primarios tienen más dificultades que el resto de los grupos. Es algo comprensible porque ambos grupos tienen menos dominio de la lengua hablada y sobre todo escrita, lo que les limita para acceder a la información, para comunicarse con los distintos profesionales y les hace dependientes de otras personas para superar estas barreras.

Las personas procedentes de zonas rurales tienen más dificultad de acceso, probablemente porque sus niveles de estudio son más bajos y proceden de zonas donde la estructura sanitaria es muy deficiente.

Muchos de ellos habitan fuera de las zonas urbanas, lo que complica la accesibilidad. La lejanía de los núcleos urbanos y la falta de medios de transporte juegan en su contra.

Dificultades de comunicación

Las dificultades de comunicación son la barrera más importante para un 51,2% de nuestra muestra y para el 56% de otros estudios que han recogido la misma dificultad en marroquíes y senegaleses (Sánchez-Miranda, 2001). Están presentes en todo el proceso de atención sanitaria, desde el personal de recepción, de más dificultad, seguidos por el personal de enfermería y el personal médico.

Las dificultades de comunicación pueden derivar en malentendidos y ser interpretadas por los inmigrantes como una atención inadecuada y discriminatoria. Puede interrumpir el establecimiento de una relación de confianza entre paciente-proveedor sanitario y hacer que el primero tarde mucho tiempo en regresar al centro de salud.

Desde el mostrador del personal de admisión hasta la compra de los fármacos, las dificultades en comunicación están presentes y pueden influir negativamente sobre el proceso de curación. La espera tiene importancia para que la confianza y la receptividad del inmigrante aumente hacia el personal sanitario y a la inversa.

El personal de admisión, tiene que atender a un inmigrante con un escaso conocimiento del español, y bajo la presión de los otros pacientes usuarios. Habitualmente en esos momentos aumenta el riesgo de aparición de prejuicios y los estereotipos «en el caso de los proveedores, los factores que influyen sobre la calidad de la comunicación son el conocimiento del idioma y la cultura del paciente, las actitudes hacia los inmigrantes y la capacidad de comunicarse. Entre los inmigrantes se encuentran el dominio del idioma, el conocimiento de la cultura del país y las expectativas creadas en torno a los servicios sanitarios» (Muyneck, 1997: 115)

Durante la consulta médica la comunicación toma mayor relevancia aún. Cuanto menor es el dominio del español por parte del inmigrante y el dominio del facultativo de otro idioma vehicular, mayores son las dificultades y los riesgos.

La dificultad de comunicación puede tener un impacto negativo sobre el desarrollo de la consulta médica: aumentándose el tiempo requerido, realizándose más esfuerzo para transmitir la información, aumentándose los márgenes de equivocación en el diagnóstico y en la comprensión de las prescripciones del facultativo «pueden llevar a un diagnóstico equivocado, decisiones terapéuticas erróneas, deficiente comunicación en la explicación del diagnóstico, clima de incertidumbre durante el tratamiento, interpretaciones erróneas y/o incumplimiento de las prescripciones médicas, desigualdades en la atención médica, creación de un entorno hostil y un racismo creciente» (Muynck, 1997:115).

Los profesionales sanitarios desarrollan su trabajo con muchas limitaciones de tiempo, disponiendo de unos márgenes muy estrechos para la atención al paciente. El hecho de que algún paciente requiera más tiempo por su estado o por la dificultad de comunicación, se traduce en retrasos e incremento del estrés profesional.

En ocasiones es imprescindible la presencia de un traductor porque la capacidad lingüística del usuario inmigrante es nula, en otras es necesario más tiempo y escucha activa para complementar la información necesaria, mientras que en otros la atención no requiere más tiempo que el habitual por el dominio del idioma.

El miedo a la detención

Afecta principalmente a las personas sin permiso de residencia, sobre todo en los primeros meses de estancia cuando disponen de poca información, y tienen escasa capacidad de desenvolvimiento. Tienen miedo de poder ser arrestados en cualquier momento y ser devueltos al

país de origen, lo que significa el final del sueño y de un proyecto que ha costado mucho. Lo han manifestado el 11,3%, aunque el porcentaje de personas en situación jurídico-administrativa irregular es mucho más elevado (38,6%).

La falta del permiso del patrón

La falta de permiso del empleador como principal dificultad para el acceso afecta al 6,4%. Hay determinados patrones que se niegan a facilitar los derechos laborales a sus trabajadores. Este tipo de abuso del que no se escapan los trabajadores autóctonos, suele afectar más a los inmigrantes, especialmente a los más indefensos de entre ellos, los indocumentados.

La falta de la tarjeta de atención sanitaria gratuita

Ocupa el cuarto lugar, afecta a las personas sin permiso de residencia y que pueden ser beneficiarios de la atención sanitaria completa una vez hayan solicitado la tarjeta y la hayan recibido. Y a pesar de que la Ley Andaluza no pide muchos requisitos, la información no llega rápidamente a todo el mundo. Muchas personas no la solicitan hasta el momento de una necesidad sanitaria, aunque otros, la solicitan de inmediato para disponer de ella como justificante de cara a su regularización.

En éste mismo apartado se puede incluir el porcentaje del 2,2% que alega la falta del permiso de residencia como dificultad de acceso. Ambos van unidos, la falta de documentación se puede cubrir con la tarjeta de atención sanitaria gratuita.

Razones minoritarias

Un porcentaje del 1,6% ha citado como dificultades otros aspectos minoritarios: la falta de medios de transporte en el caso de las personas con vivienda lejos de las zonas urbanas y sin vehículo propio para

desplazarse hasta los centros sanitarios. Las actitudes racistas o discriminatorias han sido citadas como motivo por inmigrantes que la han sufrido, o que han tenido dificultades de relación con el personal sanitario y la han interpretado en claves de racismo. Otra tercera parte ha manifestado que su principal dificultad es la falta de confianza en el personal sanitario, seguramente porque han tenido alguna o varias experiencias negativas que han hecho quebrar su confianza en el personal sanitario.

4.9.2. Demanda de pruebas complementarias

Se pueden englobar en el apartado de prevención y promoción de la salud. Aparecen cuando el profesional estima que son necesarias para un diagnóstico, cuando el inmigrante se interesa por algún aspecto de su propia salud, animado por las facilidades de cercanía, el conocimiento del sistema sanitario o la conciencia por el cuidado de la propia salud.

Esto explica que las mujeres demanden más pruebas analíticas que los hombres, y que la demanda descienda conforme lo hace el nivel de estudio. Explica también que las personas con viviendas fuera de las zonas urbanas, y las solteras solicitan menos pruebas complementarias. En cuanto a la situación jurídico-administrativa, las personas sin permiso solicitan menos pruebas complementarias, salvo la demanda de analítica para la obtención de un justificante oficial que les servirá para su regularización en el futuro.

4.9.3. Motivos de consulta y características de los pacientes en El Ejido

El inmigrante marroquí suele consultar por los mismos motivos de consulta que la población autóctona. Nos llama la atención que las

mujeres consultan en general más que los hombres. Suponemos, que es debido en gran parte a que están menos afectadas por la irregularidad jurídico-administrativa, y que en su mayoría viven dentro del núcleo urbano, elemento que facilita el acceso a los servicios sanitarios.

Las lesiones osteomusculares

“Las lesiones, dolores de huesos y dolores musculares”, son el primer motivo de consulta. Hemos visto en el apartado de la dedicación laboral (capítulo 3) como la mayoría de los inmigrantes marroquíes en El Poniente se reparten entre sectores laborales que requieren un importante esfuerzo físico y habitualmente con una alta siniestralidad. Las personas que nunca han trabajado en estos sectores, necesitan de un proceso de adaptación durante el cual suelen tener dolencias musculares y óseas.

Otras lesiones son fruto del desconocimiento de las medidas de prevención de riesgos laborales, de la fatiga de los materiales o maquinaria utilizada y de los descuidos de la propia persona. Este tipo de consulta es común a todos los grupos, sin que existan diferencias significativas en relación a ninguna variable.

Coincide con los escasos estudios publicados en los que suele englobarse como uno de los motivos que más consultas genera tanto en hombres y en mujeres.

Los accidentes laborales ocupan el primer lugar con elementos como la precariedad laboral, la falta de formación, la temporalidad laboral, el desconocimiento del idioma, el desconocimiento de las normas de seguridad. Los trabajadores inmigrantes realizan trabajos, a menudo, con riesgo de sufrir lesiones mortales y no mortales por accidente laboral cuatro veces superior al de los trabajadores autóctonos. Para las mujeres este riesgo es cinco o seis veces superior; y en el caso de inmigrantes de menos de 5 años de estancia en el país, la cifra llega a multiplicarse por quince, tanto para lesiones mortales como no mortales.

Los empleados y empleadas en la agricultura intensiva de invernadero, presentan problemas de salud derivados de la exposición a altas temperaturas (causantes de deshidrataciones, miopatías o trastornos cardiovasculares) y a pesticidas químicos (implicados en la aparición de cefaleas, trastornos neurológicos, depresiones o abortos).

Los problemas digestivos

Habitualmente se producen por la pérdida de la calidad de la dieta y por la ingesta excesiva de algunos productos. Se producen entre los inmigrantes debido al efecto del estrés provocado y agudizado por las numerosas dificultades en el proceso migratorio.

Apenas hemos encontrado diferencias significativas, aunque creemos que es un problema de salud más frecuente entre universitarios que han concluido sus estudios, Podría deberse a somatizaciones y también a la ingesta de alcohol y tabaco.

Los problemas buco-dentales

Son más frecuentes entre las dos franjas de edad más opuestas, los que tienen menos de 20 años y los mayores de 50. Se podría relacionar con la falta de hábitos higiénicos, el déficit en alimentación e ingesta de algunos productos básicos, el hábito de fumar y la falta de costumbre de actividades de promoción y prevención a este nivel, como acudir a la consulta del odontólogo de manera programada.

Los problemas del sistema nervioso

De las muchas patologías denominadas como del sistema nervioso, nombramos las cefaleas, las trombosis, las encefalopatías, etc. La consulta de este tipo de problema desciende conforme disminuye la edad,

registrando sus mayores índices entre las personas con edades de 41-50 años.

Los problemas respiratorios

La única diferencia significativa se produce entre hombres y mujeres, siendo el porcentaje superior entre los primeros. Puede estar relacionado con las condiciones laborales de los hombres. Por otro lado, las personas más expuestas a alérgenos no conocidos, suelen tener más reacciones asmáticas.

Los inmigrantes que padecen tuberculosis, se suelen contagiar en la infancia en su país de origen, la enfermedad puede permanecer latente y desarrollarse al llegar a España por el deterioro de las condiciones de vida (dieta y vivienda). En grandes ciudades como en Madrid o Barcelona, la tuberculosis en inmigrantes representa el 20% del total (López-Velez, 2003).

La transmisión a otras personas, ya sea del colectivo o de la población en general, puede y suele producirse entre los grupos donde los índices de hacinamiento son muy altos (Ruiz, 2000).

Según los datos de la OMS, la tasa de prevalencia de TBC en Maruecos en el año 2005 era del 72,7 % por cada 100.000 habitantes, en España la misma tasa es de 21,7 %.

Los problemas oculares

Están relacionados, en gran medida, con determinadas actividades laborales y con la falta de higiene. Son más frecuentes entre las personas menores de 20 años y las que tienen empleos en la agricultura.

Los problemas dermatológicos

Son consultados por más mujeres que hombres y por personas con edades inferiores a los 20 y mayores de 50 años. Pueden estar en relación con las actividades laborales, el uso de productos agrícolas o domésticos tóxicos y las condiciones de la vivienda. Suele tratarse de micosis (hongos), eccemas y en algún caso de sarna.

Los problemas cardiovasculares

Son más frecuentes entre las mujeres que los hombres por la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la diabetes y la hipertensión. Según datos de la OMS, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el 2005 era 40,9% en Marruecos y el España del 33,6%. Se estima que con el paso de los años, el envejecimiento de la población y la elevación de la prevalencia de factores de riesgo estas cifras aumenten.

Los trastornos psíquicos

Llama la atención la ausencia de cualquier diferencia significativa en función de las variables barajadas hasta ahora. La prevalencia de la patología mental es muy alta entre los inmigrantes y posiblemente esté infra-diagnosticada desde atención primaria.

El conjunto de las patologías psíquicas de los inmigrantes suele ser de dos tipos, patología mental previa a la emigración y patología resultante del proceso de inmigración.

Los factores de riesgo para la salud mental del inmigrante en el país de recepción suelen ser: el estrés crónico generado por el esfuerzo de adaptación, de la irregularidad jurídico-administrativa con lo que conlleva de aislamiento, invisibilidad y miedo a la deportación. Las situaciones de precariedad económica e insalubridad de la vivienda y su lejanía de los núcleos urbanos. La situación de desarraigo, la lejanía de la familia y la

falta de redes de apoyo. Las dificultades de acceso a los servicios y sobre todo los sanitarios (Sayed-Ahmad, 2006).

En la psiquiatría transcultural se denomina a la primera fase del proceso de inmigración “duelo migratorio”, entendido éste como consecuencia de la separación del país de origen y todo lo afectivamente significativo: familia, amigos, costumbres. Independiente de que todo inmigrante vive su duelo migratorio, existe una enorme diferencia entre el llamado “*duelo simple*” y el “*duelo complejo*” (Achotegui, 2004).

El primero se caracteriza por la aceptación del entorno de acogida al recién llegado y por la reconciliación que el inmigrante realiza entre su entorno de origen y el actual. Es propio de inmigrantes que han tenido permiso de residencia desde el primer momento de su llegada, que han encontrado facilidades de acceso al mercado laboral y a la vivienda, que han tenido una red de apoyo social, que han contado con personas (lazarillos culturales) que les ayuden a introducirse en la nueva sociedad, comprender sus códigos culturales y poder realizar una adaptación de los propios valores y costumbres lo más equilibrada posible. El duelo simple suele concluir con una buena elaboración, consiguiendo el individuo integrar a ambos mundo al que pertenece sin sentimientos de pérdida, ni de grandes giros.

El segundo tipo “*duelo complejo*”, se da en aquellos casos en los que las circunstancias personales y sociales son muy adversas. Dónde se producen sentimientos de negación de la importancia de las pérdidas producidas por la inmigración, lo que no ayuda a superarlas lo antes posible y cerrar sus heridas emocionales. Suele manifestarse en una resistencia a la adaptación al nuevo entorno reduciendo las posibilidades de mejora económica y social. En otras personas, se proyecta en forma de idealización o distorsión de vivencias o aspectos del país de origen o del país de acogida, en ambos casos son manifestaciones de desequilibrios.

A veces las personas se inclinan hacia una hiperadaptación al nuevo entorno, asimilando sus formas de vida y cortando radicalmente los lazos con la cultura y el país de origen. En ocasiones, se produce regresiones a actitudes infantiles al verse desbordada la capacidad de la persona por las adversidades. En otras, termina atribuyendo las propias dificultades y fracasos a otras personas (familia, los autóctonos) o circunstancias (la inmigración, el racismo, la discriminación, etc). Aunque tiene razón en parte, el victimismo no aporta ayuda alguna porque conduce al pasivismo. Al contrario, necesitan mayor dinamismo para sortear las continuas dificultades (Martincano y García, 2004).

El *duelo complejo* es propio de inmigrantes que han llegado a España de manera clandestina y a veces traumática por peligros del viaje o por extorsión de redes mafiosas. Que han sentido un miedo intenso y continuo a la deportación y a los peligros para su integridad física. Los que han tardado años en regularizar su situación relegados a la clandestinidad y a una precariedad absoluta donde ni siquiera logran una alimentación adecuada. Es propio también de personas que viven una soledad extrema, sin redes de apoyo, sin amigos o familiares que les aporten el necesario sostén afectivo. Personas que ven como sus sueños de prosperar, por los que han emprendido la empresa de la inmigración, se están abogando al fracaso.

Atchótegui señala que el duelo complejo se agrava porque los agentes estresantes habituales en una situación de inmigración, se ven multiplicados como si se abrieran a la persona varios frentes a la vez. Se convierten en crónicos al durar la situación a veces hasta años, lo que hace complicado afrontarlos. Y alcanzan niveles de intensidad, probablemente jamás vividos por la persona antes de la inmigración (Atchótegui, 2004).

La elaboración del duelo complejo es mucho más difícil que la del duelo simple y a menudo concluye mal. Las consecuencias suelen ser la persistencia de los conflictos internos y externos derivados de la nueva

situación y cualquiera de las reacciones adaptativas psicosomáticas y enfermedades mentales (Sayed-Ahmad, 2006).

En cuanto a los diagnósticos de las patologías psíquicas en el Poniente, podemos citar los datos de un estudio inédito realizado por el Equipo de Salud Mental de Roquetas de Mar (Almería) sobre una muestra de 153 pacientes inmigrantes (59% hombres, 41% mujeres), resulta que un 33% tiene S. ansioso-depresivo, 15% trastornos psicóticos, el 7% depresión, 10% somatizaciones, 6% no patología, y 27 % sin diagnóstico (Gazquez, Sayed-Ahmad y Río, 2003).

Los problemas de infertilidad

Es una de las demandas más realizadas por mujeres, sobre todo casadas y con estudios primarios. Habitualmente las mujeres marroquíes son jóvenes encontrándose la mayoría en edad reproductiva o fértil.

Los problemas infectocontagiosos

Consultados más por hombres que por mujeres y por personas empleadas que desempleadas. Aunque los inmigrantes pueden traer con ellos una gran variedad de patógenos, la posibilidad de diseminación a la comunidad española que les acoge es muy pequeña, debido a que en nuestro país existe una buena red de agua potable, un sistema de recogida de excretas, a la falta de hospedadores intermedios y a la falta de vectores apropiados. La tuberculosis es quizás una de las pocas enfermedades de fácil contagio casual; la hepatitis B y C, el VIH y el virus de la leucemia T humana (HTLV-1) requieren para su transmisión de un contacto íntimo.

Las enfermedades parasitarias son muy frecuentes, pero conllevan una escasa mortalidad, a excepción del paludismo. Desde el punto de vista epidemiológico son poco relevantes, ya que la gran mayoría de ellas no pueden ser transmitidas en España. No se transmiten de persona a persona, y su prevalencia disminuye con el tiempo de estancia en el país de acogida.

Los distintos tipos de hepatitis virales constituyen enfermedades con una prevalencia próxima entre Marruecos y España, la hepatitis B tiene una prevalencia media en ambos países y la C tiene una prevalencia baja. La persona puede tener estas infecciones sin que se manifiesten hasta dentro de muchos años, por lo que son consultadas directamente al médico. El factor de riesgo de contagio más importante es el contacto sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual

Hay más mujeres que han manifestado haberlas consultado que hombres, hecho explicable con la dificultad de muchos en reconocer haber contraído este tipo de patología. Lo mismo explica el índice tan bajo entre solteros y que es superado por el registrado entre divorciados y viudos.

Las ETS son un problema importante de salud pública al producirse por diversos agentes infecciosos cuya transmisión se limita a las relaciones sexuales. La disminución de la prevalencia mediante la interrupción de la transmisión y la reducción de la duración de la infección, así como un diagnóstico precoz y tratamiento correcto, evitará complicaciones y secuelas de la patología en el futuro.

Aunque la inmigración no tiene que suponer en sí misma un factor de riesgo de padecer una ETS, se considera al colectivo inmigrante con más riesgo de adquirirlas. Ello no es porque las patologías son contraídas en el país de origen, sino más bien a un conjunto de factores relacionados con el proceso migratorio. Los problemas de soledad, las carencias afectivas empujan a muchos a buscar sexo de manera no segura. El estrés continuo

se traduce en dejadez, en falta de valoración del riesgo al estar sumergido en ello. A ello se le añade los casos de mujeres obligadas a prostituirse y creencias populares erróneas sobre el uso de anticonceptivos.

En el Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS de Sevilla el perfil de inmigrante atendido sería el de una mujer que ejerce la prostitución con una edad media de 30 años. En cuanto a los países de origen destaca América latina (80,3%), apareciendo Marruecos con el 4,3%. (Pueyo, 2007).

El grupo de varones jóvenes y solteros tienen un riesgo elevado, que en su soledad buscan los servicios de las prostitutas, muchas de las cuales infectadas por agentes causantes de enfermedades de transmisión sexual y del VIH. Existen mujeres que ante la penuria económica pueden verse impulsadas a la prostitución como medio de supervivencia.

Comparación de motivos de consulta entre Marruecos y El Ejido

Se observa que el porcentaje de consultas de todos los problemas es superior en El Ejido que en Marruecos, posiblemente por la gratuidad de los servicios sanitarios en España.

Hay algunas diferencias en el orden de importancia de los motivos de consulta, las “lesiones, dolores de huesos y músculos” que figuran en tercer lugar en Marruecos pasan al primero en España tal vez debido a la incorporación a trabajos de carácter físico que requiere adaptación o tienen más probabilidades de lesión.

Los problemas buco-dentales descienden de su primer puesto en Marruecos a un tercero en El Ejido. Al no ser gratuitos en ninguno de los países, su coste en el país de origen es menor que en España.

Las enfermedades de transmisión sexual que ocupan el octavo motivo de consulta en Marruecos, pasan al último en España porque tal vez son

más frecuentes que aquí. En el país de origen las personas valoran menos el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Prueba de ello es el descenso en el porcentaje de uso de anticonceptivos durante los viajes al país de origen.

Los problemas de piel figuran en Marruecos en último lugar y en el Poniente avanzan hasta el sexto. Seguramente porque en sus nuevos entornos laborales, están expuestos a pesticidas y otros productos que afectan negativamente a la piel.

Motivos de consulta en Marruecos				Motivos de consulta en El Ejido			
Nº orden	Motivo de consulta	Frecuencia (n=450)	Porcentaje	Nº orden	Motivo de consulta	Frecuencia (n=450)	Porcentaje
1	Pr. Buco-dentales	35	7,8	1	Lesiones, dolores de huesos y músculos	166	36,9
2	Pr. Digestivos	34	7,6	2	Pr. Digestivos	134	29,8
3	Lesiones, dolores de huesos y músculos	29	6,4	2	Pr. Buco-dentales	134	29,8
4	Pr. Respiratorios	26	5,8	4	Pr. Sistema nervioso	55	12,2
5	Pr. Sistema nervioso	25	5,6	5	Pr. Respiratorios	51	11,3
6	Pr. De Ojos	20	4,4	6	Pr. de Ojos	48	10,7
7	Pr. Cardiovascular	19	4,2	6	Pr. Piel	48	10,7
8	Enfermedades de transmisión sexual	10	2,2	8	Pr. Cardiovascular	36	8,0
9	Infertilidad	9	2,0	9	Trastornos psíquicos	21	4,7
10	Trastornos psíquicos	7	1,6	10	Infertilidad	14	3,1
11	Pr. Infectocontagiosos	6	1,3	11	Pr. Infectocontagiosos	11	2,4
11	Pr. Piel	6	1,3	12	Enfermedades de transmisión sexual	10	2,2

4.9.4. Itinerarios de curación en El Ejido

De las patologías somáticas

1º Paso: el médico de familia es la primera opción (35,8%), seguida por la ayuda de la familia (23,3%), el servicio de urgencias (15,8%) y los remedios caseros (10%). Sin duda esta configuración es debida a la gratuidad de la atención sanitaria y la cartera de servicios disponibles.

De las personas que eligen el médico de familia en primer lugar, optan en segundo lugar y en función de la evolución de la patología, por no hacer nada (61,5%), por acudir al servicio de urgencias (31,7%) y la farmacia en tercer lugar (6,2%). La opción de urgencias es habitual en los casos de agravamiento de la patología.

Paso 1º:

- a) Médico de familia: 35,8%
- b) Ayuda familiar: 23,3%
- c) Urgencias: 15,8%
- d) Remedios caseros: 10%

Preferencias después a)

- 1. Nada: 31,7%
- 2. Urgencias: 31,7%
- 3. Farmacia: 6,2%

2º Paso: el 44,4% no hace nada, el 22,2% va al servicio de urgencia, le sigue la demanda al médico de familia (14,7%) y la automedicación (10,4%).

De los que no hacen nada en primera estancia, acuden después a urgencias, al médico de familia y a la farmacia.

Paso 2º:

- a) Nada: 44,4%
- b) Urgencias: 22,2%
- c) Médico de familia: 14,7%
- d) Automedicación: 10,4%

Preferencias después 1º opción

- 1. Urgencias: 1,5%
- 2. Médico de familia: 1%
- 3. Farmacia: 0,5%

3º Paso: aumenta el porcentaje de las personas que “no hacen nada” (68,7%) y se mantienen como en el caso anterior las mismas opciones. De las personas que no hacen nada en primera estancia, un 0,6% acude a la farmacia y un 0,3% al médico de familia.

Paso 3º:

- a) Nada: 68,7%
- b) Urgencias: 16,7%
- c) Médico de familia: 7,1%
- d) Automedicación: 5,6%

Preferencias después 1º opción

- 1. Farmacia: 0,6%
- 2. Médico de familia: 0,3%

De las investigaciones realizadas sobre población inmigrante en El Ejido, la de Sánchez Miranda llega a concluir que el servicio de urgencias es la principal puerta de acceso al sistema sanitario (33% primera opción), que el médico de familia está relegado a un segundo lugar (29%) y que la automedicación se sitúa antes de los remedios caseros, 15% y 10% respectivamente (Sanchez-Miranda, 2001).

Nuestros resultados difieren de éstos en cuanto al peso del médico de familia, primero y principal en nuestro trabajo, en el papel importante otorgado a la familia como ayuda y los de remedios caseros, cuartos, después del servicio de urgencia.

Comparación itinerarios patologías somáticas entre Marruecos y El Ejido

En el Paso 1º: el orden de opciones en Marruecos es: la ayuda de la familia, el centro de salud, la automedicación y los remedios caseros. En El Ejido: el centro de salud, la ayuda de la familia, el servicio de urgencias y los remedios caseros.

Las razones que pueden explicar las diferencias entre estos itinerarios son la gratuidad y prestigio de la sanidad en España y las subvenciones de los medicamentos por parte de la Seguridad Social. Las deficiencias del sistema sanitario marroquí en cuanto a gratuidad de servicio y subvención al medicamento, pueden explicar la opción por la familia, la automedicación y los remedios caseros.

Dentro de este primer “paso” las segundas alternativas elegidas después de la primera opción son la automedicación y los remedios caseros en Marruecos y el servicio de urgencia y la farmacia en el Poniente.

En el Paso 2º: el orden de las opciones en Marruecos es el siguiente: “nada”, la automedicación, los remedios caseros, el servicio de urgencia y el médico privado. El orden en el Poniente es otro: el servicio de urgencia, el médico de familia y la farmacia.

En el segundo “paso”, las segundas alternativas después de la primera opción son: los remedios caseros en Marruecos; el servicio de urgencias, el médico de familia y la farmacia en El Ejido.

El Paso 3º: en Marruecos se opta por los remedios caseros, el servicio de urgencia y la farmacia y en el Poniente por los servicios de urgencia, el médico de familia y la automedicación.

Dentro del tercer paso, las segundas alternativas después de la primera opción son: el servicio de urgencias y la farmacia en Marruecos y urgencias, farmacia y médico de familia en El Ejido.

En los itinerarios en Marruecos predominan la automedicación y los remedios caseros, relegando al médico a un segundo lugar. En España lo constituyen el médico de familia y el servicio de urgencia. Este cambio en los itinerarios es debido principalmente a las enormes diferencias entre el sistema sanitario marroquí y el español en cuanto a gratuidad, cartera de servicio y calidad de la atención. Estas ventajas del sistema sanitario en el Poniente son la que previsiblemente provocan el cambio en los itinerarios terapéuticos.

Itinerarios patologías somáticas en Marruecos	Itinerarios patologías somáticas en El Ejido
Paso1º: e) Ayuda familiar: 37,1% f) Centro de salud: 22,2% g) Medicinas conocidas: 15,6%	Paso1º: e) Médico de familia: 35,8% f) Ayuda familia: 23,3% g) Urgencias: 15,8%

Itinerarios patologías somáticas en Marruecos	Itinerarios patologías somáticas en El Ejido
h) Remedios caseros: 14,2% <u>Preferencias después a)</u> 1. Medicinas conocidas: 42,5% 2. Remedios caseros: 28,7%	h) Remedios caseros: 10% <u>Preferencias después a)</u> 4. Urgencias: 31,7% 5. Farmacia: 6,2%
<u>Paso 2º:</u> 2. Nada: 22,9% 3. Medicinas conocidas: 17,6% 4. Remedios caseros: 16,7% 5. Urgencias: 11,8% 6. Médico privado: 10,4% <u>Preferencias después 1 opción</u> 1. Remedios caseros: 1%	<u>Paso 2º:</u> 1. Nada: 44,4% 2. Urgencias: 22,2% 3. Médico de familia: 14,7% 4. Medicinas conocidas: 10,4% <u>Preferencias después 1 opción</u> 1. Urgencias: 1,5% 2. Médico de familia: 1% 3. Farmacia: 0,5%
<u>Paso 3º:</u> 1. Nada: 57,1% 2. Remedios caseros: 11,1% 3. Urgencias: 8,2% 4. Farmacia: 7,6% <u>Preferencias después 1 opción</u> 3. Urgencias: 0,4% 4. Farmacia: 0,4%	<u>Paso 3º:</u> e) Nada: 68,7% f) Urgencias: 16,7% g) Médico de familia: 7,1% h) Medicinas conocidas: 5,6% <u>Preferencias después 1 opción</u> 3. Farmacia: 0,6% 4. Médico de familia: 0,3%

De las patologías psíquicas en El Ejido

Los pasos que presentamos a continuación, recogen las preferencias de los encuestados en cuanto a los itinerarios de curación de los trastornos mentales.

1º Paso: sigue el siguiente orden: la ayuda de la familia, el médico de familia, el “no hacer nada”, los servicios de salud mental y el uso de remedios caseros. De los que recurren a la ayuda familiar como primera opción, un 21,1% utilizan medicamentos que ya conocía, otro 18,7% visita al médico de familia, un 16,3% recurre a los sanadores tradicionales y un 13,8% utiliza remedios caseros.

<u>Paso 1º:</u> a) Ayuda familiar: 27,3% b) Médico de familia: 23,3% c) Nada: 9,6%

- d) Servicios de salud mental: 8,9%
- e) Remedios caseros: 8%

Preferencias después de a):

1. Automedicación: 21,1%
2. Médico de familia: 18,7%
3. Sanadores tradicionales: 16,3%
4. Remedios caseros: 13,8%

Se observa una preferencia de las personas hacia los itinerarios terapéuticos que podemos denominar como modernos (médico de familia, servicios de salud mental, psicólogo-psiquiatra), más que hacia los remedios tradicionales (remedios caseros, remedios desde el país de origen, sanadores tradicionales).

En este primer recorrido, las personas que optan por la familia en primer lugar, se inclinan después hacia la automedicación, el médico de familia, los sanadores tradicionales y los remedios caseros.

2º Paso: 42% no hace nada, los servicios de salud mental, el médico de familia y los sanadores tradicionales. No hay segunda alternativa después de la primera opción.

Paso 2º:

- a) Nada: 42%
- b) Servicios de salud mental: 16%
- c) Médico de familia: 10%
- d) Sanadores tradicionales: 6,7

Preferencias después a):

No se declara ninguna opción

3º Paso: aumenta el porcentaje de personas que no hacen nada, le sigue la farmacia, el médico de familia y los remedios caseros. De los que no hacen nada en primer lugar, un 0,3% solicita ayuda a la familia.

Paso 3º:

1. Nada: 73,6%
2. Farmacia: 11,6%
3. Médico de familia: 5,1%
4. Remedios caseros: 2,9%

Preferencias después 1 opción

1. Ayuda familia: 0,3%

Comparación itinerarios patologías psíquicas entre Marruecos y El Ejido

Itinerarios patologías psíquicas en Marruecos	Itinerarios patologías psíquicas en El Ejido
<p><u>Paso 1º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda familia: 48,9% 2. Sanadores tradicionales: 15,3% 3. Salud mental: 12,7% 4. Nada: 10% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada: 87,2% 2. Sanadores tradicionales: 6,4% 3. Otros sin especificar: 4,3% 	<p><u>Paso 1º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda familia: 27,3% 2. Médico de familia: 23,3% 3. Nada: 9,6% 4. Salud mental: 8,9% 5. Remedios caseros: 8% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Medicinas conocidas: 21,1% 3. Médico de familia: 18,7% 4. Sanadores tradicionales: 16,3% 5. Remedios caseros: 13,8%

En el Paso 1º: en Marruecos la curación comienza solicitando ayuda a la familia, seguida por los sanadores tradicionales y servicios de salud mental. En el Poniente prefieren pedir ayuda de la familia, luego al médico de familia y por último acudir a servicios de salud mental.

Las opciones terapéuticas en ambos sitios coinciden en solicitar ayuda a la familia en primer lugar. Se diferencian en que en el país de origen se opta por los sanadores tradicionales y en el Poniente por el médico de familia. Y vuelven a coincidir en acudir a servicios de salud mental como tercera opción. Principalmente existen dos razones: las enormes deficiencias de la salud mental y los prejuicios sociales en Marruecos y las ventajas que ofrecen los sanadores tradicionales en cuanto a accesibilidad, cercanía, valoración social, coste; etc.

Itinerarios patologías psíquicas en Marruecos	Itinerarios patologías psíquicas en El Ejido
<p><u>Paso 2º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada: 59,3% 2. Curandero: 24,2% 3. Salud mental: 8,7% 4. Psicólogo-psiquiatra: 5,6% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda familia: 0,7% 2. Sanadores tradicionales: 0,4% 3. Salud mental: 0,4% 	<p><u>Paso 2º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada: 42% 2. Salud mental: 16% 3. Médico de familia: 10% 4. Sanadores tradicionales: 6,7% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <p>No se declara ninguna opción</p>

Itinerarios patologías psíquicas en Marruecos	Itinerarios patologías psíquicas en El Ejido

En el Paso 2º: el orden de los itinerarios en Marruecos es: “no hacer nada”, sanadores tradicionales, servicios de salud mental, psicólogo-psiquiatra. En el Poniente es: “no hacer nada”, salud mental, médico de familia y sanadores tradicionales. Dentro del segundo “paso”, las segundas alternativas después de la primera opción son: la ayuda familiar, los sanadores tradicionales y servicios de salud mental en Marruecos. Sin embargo en El Ejido no se cita ninguna alternativa.

Itinerarios patologías psíquicas en Marruecos	Itinerarios patologías psíquicas en El Ejido
<p><u>Paso 3º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada: 96,6% 2. Psicólogo-psiquiatra: 1,1% 3. Ayuda familia: 0,7% 4. Sanadores tradicionales: 0,7% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Psicólogo-psiquiatra: 1,4% 	<p><u>Paso 3º:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada: 73,6% 2. Farmacia: 11,6% 3. Médico de familia: 5,1% 4. Remedios caseros: 2,9% <p><u>Preferencias después 1ª opción</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda familia: 0,3%

En el Paso 3º: en Marruecos casi la totalidad no hace nada y una minoría acude al psicólogo-psiquiatra, otro porcentaje menor pide ayuda a la familia o recurre a los sanadores tradicionales. En El Ejido aumenta también el porcentaje de personas que no hacen nada aunque es inferior al registrado en Marruecos. El resto acude a la farmacia (automedicación), al médico de familia y usa remedios caseros. Las segundas alternativas después de la primera opción “no hacer nada” son el psicólogo-psiquiatra en Marruecos y la ayuda de la familia en El Ejido.

En resumen, en el centro de los itinerarios en Marruecos están los sanadores tradicionales como brujos, alfaquies y curanderos; la opción de acudir a los servicios de salud mental aparece en último lugar con ausencia total del médico de familia. Al contrario, en el Poniente el centro

de itinerarios lo forman el médico de familia y los servicios de salud mental, aunque aparece muy cerca la opción de los sanadores tradicionales. En el tercer paso los remedios caseros o incluso volver al país de origen para visitar a sanadores tradicionales, pasan a formar el centro de los itinerarios.

En Marruecos la curación de las patologías mentales es más relevante el uso de los remedios tradicionales por las razones ya citadas. En el Poniente existe cierta confianza en el médico de familia y en los servicios de salud mental para curar este tipo de patologías, aunque no es suficiente como para anular las alternativas tradicionales. En Marruecos se inicia la curación recurriendo a los actores tradicionales y por último aparece la salud mental convencional (psicólogo-psiquiatra). En El Ejido la curación comienza por las visitas al médico de familia y a los servicios de salud mental. Concluye solicitando ayuda a sanadores tradicionales tanto aquí como en el país de origen.

La inclinación en El Ejido hacia la medicina convencional a expensas de la tradicional es más bien al inicio y no tanto a un cambio de creencias. Por un lado escasean los sanadores tradicionales en el nuevo entorno, lo que limita recurrir a ellos; y por otro hay un sistema sanitario que ofrece muchas facilidades de consulta.

4.9.5. El seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios

Es uno de los pilares del proceso de atención sanitaria, necesario para que la atención terapéutica culmine con éxito. Un 34% de la muestra manifiesta no seguir dichas indicaciones, porcentaje muy alto y por consiguiente muy negativo.

El primero motivo alegado para la falta del seguimiento, es de orden económico y laboral. Los tratamientos que requieren reposo y suponen ausencia del puesto de trabajo, son abandonados rápidamente, a veces

por la dificultad de prescindir de una parte de un sueldo precario, y en otras por la presión del empleador.

El segundo motivo es el desconocimiento del proceso a seguir, muy frecuente entre las personas que no dominan el español, personas que abandonan las consultas sin haber entendido todos los trámites y los pasos a seguir. En muchas ocasiones las pruebas médicas son complejas y de difícil explicación, en otras el personal sanitario utiliza excesivo tecnicismo, y en otras el inmigrante manifiesta verbalmente su comprensión del proceso sin que ésta sea completa.

El tercer motivo es la falta de permiso de trabajo y el desconocimiento de los derechos sanitarios, pues aunque la inmensa mayoría de las personas sin permiso, dispone de tarjeta de atención sanitaria gratuita; en gran medida desconocen los derechos sanitarios derivados de ella y piensan que están limitados a la atención en urgencias o atención primaria, quedando excluida la hospitalización.

Existe mayor adherencia a los tratamientos por parte de las mujeres más que por los hombres (75,1% - 58,6%), a nuestro juicio, principalmente por la situación de mayor estabilidad de las primeras.

También es más alta entre personas con permiso que entre los inmigrantes carentes de él (75,6% - 49,6%), indudablemente porque los segundos viven una situación laboral precaria acompañada a menudo de un continuo movimiento territorial. Una situación en la que el interés por la salud ocupa un lugar secundario entre las prioridades de la persona.

Y por último, la adherencia es más alta entre las personas con vivienda situada dentro de los núcleos urbanos. Principalmente porque los primeros están favorecidos por la ventaja de la cercanía que se traduce en mayor accesibilidad al sistema sanitario.

4.9.6. Valoración de la atención sanitaria recibida

Ésta valoración se basa en la percepción subjetiva de los usuarios marroquíes que han acudido por lo menos una vez a un servicio sanitario. Refleja el grado de satisfacción con el trato recibido por el personal de admisión, de enfermería y médico por separado y refleja la valoración de todo el personal en horarios de guardia y en el servicio de urgencias.

Personal de admisión

Aunque la valoración como buena de la atención recibida por dicho personal no alcanza el 50%, la valoración como mala es muy baja y no supera el 4,3%, siendo la valoración como regular la más dominante.

La única diferencia en la valoración es según el sexo, siendo más positiva entre las mujeres, que entre los hombres, lo que nos lleva a preguntarnos ¿Por qué las mujeres valoran positivamente más que los hombres a dicho personal? Descartamos el factor lingüístico y el nivel de estudio puesto que los hombres aventajan a las mujeres en estos dos aspectos. Descartamos también el factor tiempo de residencia, que puede influir en un mayor desenvolvimiento en el acceso a los servicios sanitarios, porque no existen diferencias significativas estadísticamente entre los sexos en cuanto al tiempo de residencia. Nos queda la ubicación de la vivienda en las zonas urbanas donde las mujeres aventajan a los hombres (77,5% frente a 45%). En nuestro juicio vivir dentro de las zonas urbanas facilita el acceso a los servicios sanitarios, ayuda a familiarizarse con ellos y con otros, se traduce en mayor frecuencia y ayuda a las personas a mejorar su entendimiento con el personal sanitario. Junto a ello entendemos que es un análisis complejo y pensamos que la percepción de la mujer es diferente a la del hombre, esta suele ser menos exigente, más ecuaníme, comprensiva y realista.

Horarios de las guardias

Nos referimos en este apartado a toda la intervención que se realiza en centros de atención de primaria en horario de urgencia; una vez terminada la jornada laboral.

Se indica que es mala en cifras mucho más altas (23,8%), más entre los hombres que las mujeres, lo que nos lleva a pensar que las mujeres reciben mejor atención por cuestiones de género, que ellas disponen de mayores habilidades que los hombres para establecer la sintonía con el personal sanitario o que tienen mayor grado de comprensión.

La capacidad de comunicación, el conocimiento del funcionamiento de los distintos servicios sanitarios, el grado de desenvolvimiento, las habilidades sociales y la comprensión pueden explicar como el mayor nivel de aceptación se da entre universitarios, mientras que desciende conforme lo hace el nivel de estudios. Pueden explicar, por otro lado, que las personas oriundas de zonas urbanas tengan mejor opinión que las que proceden de zonas rurales.

El conformismo puede ser el factor decisivo para explicar el hecho de que se dé una mejor valoración entre las personas sin permiso de residencia y las que viven fuera de las zonas urbanas. Puede deberse a que lo hacen por pensar que están recibiendo una atención gratuita a la que no tienen derecho, por desconocer sus derechos sanitarios y porque su modelo de referencia es la atención sanitaria en el país de origen, deficiente e incomparable con la atención en España. Y puede explicar también como el porcentaje más alto de personas que valora como buena a la atención recibida aparece entre aquellas con ingresos inferiores.

Personal médico

La valoración de ésta atención como buena es muy alta, alcanzando casi al 60% de los encuestados. El nivel de estudio es la única variable que marca diferencias significativas, a mayor nivel de estudio mejor opinión con la sola excepción de las personas sin estudios. Debemos indicar que

es la única atención donde la variable sexo no establece diferencias significativas. Contradicción dado que no hay diferencias significativas entre varón y mujer.

Personal de enfermería

Su valoración como buena es alta aunque es inferior a la otorgada al personal médico. Es más alta entre las mujeres que entre los hombres y entre las personas oriundas de zonas urbanas que entre las procedentes de zonas rurales. Las razones de estas diferencias son, a nuestro juicio, las mismas citadas en los apartados interiores.

4.10. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PROPIO ESTADO DE SALUD

Estado de salud física

El 52,7% valora su salud física como buena. A nuestro juicio, es un porcentaje muy bajo a juzgar por la media de edad del colectivo. El 44,3% de personas valora su salud como regular, y solo el 3% lo valora como malo.

Es curioso que la ubicación de la vivienda es la única variable según la cual se registran diferencias significativas. Como es de esperar las personas con vivienda fuera de las zonas urbanas realizan peor valoración a su estado de salud que las personas con vivienda dentro de los núcleos urbanos. La vivienda es uno de los condicionantes de salud, y en este apartado su ubicación fuera de las zonas urbanas se traduce en malas condiciones de habitabilidad, falta de equipamiento, alto grado de hacinamiento, dificultades para mantener la higiene debido a la propia estructura de la vivienda o a las plagas de insectos y roedores.

Semejantes condiciones son percibidas por los inmigrantes como nocivas para la salud.

En el estudio de Juan Sánchez-Miranda que recoge la percepción del estado de salud de los inmigrantes en la zona, englobando en la misma tanto la física como la mental; tenemos los siguientes resultados: entre los que la estiman como muy mala y mala suman el 10,7% de su muestra, como regular un 42% y entre los que lo hacen como buena y muy buena suman 47,3%. Cifras casi coincidentes, aunque la positiva en nuestro estudio es 5 puntos más alta y la negativa es 7 puntos más baja (Sánchez-Miranda, 2001).

Comparación del estado de salud física entre Marruecos y El Ejido

Los tres apartados que hemos utilizado en la comparación son: “mejor en mi país”, “igual”, “mejor aquí”; han tenido porcentajes parecidos, cada uno de ellos un tercio de la muestra.

No obstante las mujeres han notado más que los hombres que su salud física es mejor ahora que cuando vivían en Marruecos (42,3% frente a 24,9%), mientras que el porcentaje de hombres que han expresado empeoramiento de su salud es muy alto (47,4%). Las razones de estas valoraciones tan distintas pueden estar en las diferencias, a favor de las mujeres, de aspectos que pueden influir sobre la percepción de su propia salud. Las mujeres utilizan medios de acceso no clandestinos, disponen en mayor porcentaje de permisos de residencia, viven en familia en zonas urbanas y acceden fácilmente al sistema sanitario.

El impacto del nivel de estudios sobre la percepción de mejoría o empeoramiento, se ve de manera muy clara: el sentimiento de empeorar

aumenta conforme baja el nivel de estudios a excepción de las personas sin ningún tipo de ellos (mayoritariamente mujeres).

Valoración del estado de salud mental

En relación al juicio sobre la salud física, disminuye el porcentaje de los que la valoran como buena y aumenta el porcentaje de los que la valoran como mala o regular. Una percepción de deterioro o desgaste psíquico lo achacan a caídas en el estado de ánimo, al estrés de adaptación, a las dificultades del mundo de la inmigración, a los sentimientos de soledad, de aislamiento o desarraigo familiar, a sentimientos de impotencia, de frustración y una desubicación espacial y cultural de los sujetos.

La valoración de los hombres es mucho más negativa que las mujeres, hay un 12,1% de hombres que la estima mala mientras que ello ocurre solo en el 1,5% de mujeres. Un 29% de hombres valora su salud mental como buena mientras lo hacen un 63,2% de mujeres, un 41,8% de los primeros la considera regular frente al 35,3% de mujeres. ¿Qué causas están detrás de éstas diferencias? Las mujeres acceden principalmente por la vía de la reagrupación, con lo cual viven acompañadas de sus maridos y sus niños, algo que les ahorra el sentimiento de desarraigo familiar. Disponen de mayor estabilidad económica y mejores condiciones de la vivienda, lo que disminuye las sensaciones de fracaso y frustración causadas por las dificultades de consecución del éxito en el proyecto migratorio.

Las personas procedentes de zonas urbanas presentan mejor valoración de salud mental que las oriundas de zonas rurales. A nuestro juicio porque los primeros aventajan a los segundos en varios aspectos: en la menor frecuencia de uso de las formas clandestinas de acceso, en la mayor capacidad de desenvolvimiento debida a la procedencia de un entorno urbano, en la mayor presencia de asentamiento en las zonas urbanas y en una mejor inserción laboral.

La situación jurídico-administrativa es uno de los factores más importantes para marcar diferencias en la valoración de salud mental. Vivir en una situación jurídica de irregularidad, suele significar un riesgo real y continuo de detención y de devolución al país de origen, precariedad laboral, malas condiciones de habitabilidad de la vivienda y mayor grado de segregación.

En función de la ubicación de la vivienda, las personas que viven en las zonas urbanas manifiestan tener mejores niveles de salud mental que las personas con viviendas situadas fuera de las zonas urbanas. La ubicación fuera de los núcleos urbanos se traduce en un mayor aislamiento y en mayores dificultades de acceso a todos los servicios y ámbitos sociales. Suele provocar en las personas la sensación de vivir al margen de la sociedad. La ubicación de la vivienda fuera de la zona urbana suele venir acompañada por malas o muy malas condiciones de la habitabilidad, lo que fomenta aún más la sensación de malestar, frustración y fracaso.

En resumen, la percepción de bienestar o malestar en salud mental está influida principalmente por factores de género, procedencia, situación jurídico-administrativa y ubicación de la vivienda. El perfil del inmigrante con una valoración más negativa; es el de un hombre, procedente de zonas rurales de Marruecos, sin permiso de residencia y que vive fuera de las zonas urbanas.

Comparación del juicio sobre el estado de salud mental de los inmigrantes entre Marruecos y El Ejido

Las mujeres notan una gran mejoría en su salud mental después de llegar a España, al contrario de los hombres que manifiestan un empeoramiento. Los datos son muy ilustrativos, un 56,2% de los hombres dice que su salud mental era mejor en Marruecos, cosa que sólo lo afirma el 12,4% de mujeres. Un 23,7% de los hombres han respondido, que su salud mental es mejor en España, y dicho porcentaje alcanza el 48,8% en las mujeres. Además de los motivos citados en el apartado de valoración

de salud mental, creemos que las mujeres disponen en España de más oportunidades de desarrollo personal y laboral, así como una mayor libertad al reducirse la presión social y familiar.

El factor edad tiene una cierta relevancia en ésta cuestión, las personas mayores de 40 años son las que mayor mejoría refieren, mientras que las personas con edades de 31-40 años son los que menos la han notado seguidos muy cerca de ellos por los menores de 20 años. Entre los más jóvenes, hay más número de personas solteras que padecen los efectos del desarraigo familiar, en situación de irregularidad jurídico-administrativa, y que viven fuera de las zonas urbanas. La mayoría de las de 40 a 50 años viven en familia, disponen de estabilidad laboral y habitan en viviendas situadas en zonas urbanas. Las personas mayores de 50 años, ascendientes en su mayoría, completan la reagrupación de la familia, disponen de mayor protección que el resto y tienen sus necesidades cubiertas sin tener que acudir al mercado laboral.

Propuestas para mejorar la propia salud

Los encuestados asocian la mejoría de su propia salud a la mejora de sus condiciones laborales y familiares, a cambios positivos en sus comportamientos de salud y a la mejor interacción social con la población autóctona.

Las condiciones laborales (tipo de empleo, condiciones de trabajo e ingresos mensuales), fueron citadas como primeros factores contribuyentes a la salud. No es extraño teniendo en cuenta que el 69,2% tiene empleo en el sector agrario en condiciones no adecuadas tanto por el sobreesfuerzo físico como por los ingresos bajos (8,4% tiene ingresos que no superan los 240€ mensuales y los del 26,3% se sitúan entre 241-500€). Semejantes ingresos influyen directamente sobre el gasto en alimentación que se sitúan en ocasiones entre 25 y 30€ semanales, lo que posibilita una dieta de muy baja calidad.

El empleo y los ingresos están unidos a la calidad de la vivienda, aspecto enunciado como esencial para la mejora de salud. Solamente un 37,6% de la muestra ha calificado el estado de su vivienda como bueno, el resto como malo o regular. Si a este elemento le añadimos que el 40,5% de las viviendas se sitúa fuera de los núcleos urbanos y que muchas de ellas son cortijos, almacenes, casas semiderruidas, chabolas, prefabricadas..., es comprensible que una amplia parte de los entrevistados asocie las mejoras en su salud al cambio deseado en las condiciones de su vivienda.

La familia fue citada en segundo lugar como un elemento esencial para mejorar la propia salud. Valor que se aprecia aún más en la lejanía y la soledad que supone la inmigración. Reagrupar a su familia es una tarea que emprende la mayoría una vez superada la situación de irregularidad, de acceso al mercado laboral y a la vivienda.

El permiso de residencia es citado en tercer lugar como elemento esencial para mejorar la salud. Dicho documento traza una línea entre la vida en la clandestinidad y la visibilidad social; el trabajo en la economía sumergida y en la economía formal; la restricción de acceso a los servicios y el pleno acceso; una débil cobertura de las necesidades básicas y otra razonable.

El aprovechamiento de los programas de salud y la aceptación por los españoles figuran en el cuarto puesto como propuestas para mejorar su salud. Es evidente que las personas piensan que los programas de promoción de la salud son una vía que ofrecen los servicios sanitarios para mejorar la suya.

Sentirse aceptado socialmente por el colectivo mayoritario, equivale a sentirse a gusto bien consigo mismo, con la especificidad cultural, superar complejos de inferioridad cultural y baja autoestima colectiva. En definitiva, es terminar sintiéndose parte del nuevo entorno, dejar de sentirse continuamente forastero y extranjero.

En último lugar se han citado otros aspectos minoritarios, como fumar, actitudes racistas y xenófobas, situaciones familiares, etc. En ocasiones, de manera muy minoritaria se expone a una situación de desesperación, sin otra salida que no sea la vuelta al país de origen.

5. CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos de este estudio, podemos plantear las siguientes conclusiones:

1. El perfil dominante entre los inmigrantes marroquíes es el de una persona joven, varón, procedente de todo el territorio de Marruecos, con un tiempo de residencia inferior a los tres años y con permiso de residencia y/o trabajo.
2. La mayoría de los hombres accede a España de manera clandestina al contrario de las mujeres. Para los primeros las pequeñas embarcaciones son el medio más utilizado; y para las segundas, la reagrupación familia es el mecanismo dominante.
3. El sector agrícola es el ámbito de inserción de la mayoría y los bajos ingresos son la tónica general. Lo que puede ser la causa de que la mitad del colectivo ocupa viviendas fuera los núcleos urbanos, mayoritariamente con malas condiciones de habitabilidad. Y en que el gasto semanal en alimentación sea bajo, sobre todo entre personas en situación jurídico-administrativa irregular.
4. Se consume en primer lugar el tabaco, seguido del alcohol y del hachís. Dicho consumo es más alto entre los hombres que entre las mujeres, iniciándose en éstas el consumo después de la inmigración.
5. La morbilidad del colectivo previa a la inmigración es muy baja.
6. Se producen cambios en las conductas de salud sexual y reproductiva. Se elevan los porcentajes del uso de preservativos, de medios de planificación familiar, de controles del embarazo, de la visita a la matrona y de las incluidas dentro del programa de salud del niño sano.
7. Los problemas de accesibilidad al sistema sanitario, que afectan a uno de cada dos personas, son causados principalmente por las dificultades de comunicación, el miedo a la detención policial, la falta del permiso del patón y la carencia del permiso de residencia.

8. Se registra un aumento -en relación al que realizan en Marruecos- de consultas de todas las patologías somáticas en el Poniente. No ocurre lo mismo con los trastornos mentales.
9. Se producen cambios en los itinerarios de curación de las patologías somáticas y mentales. Respecto de las primeras, pasamos de un protagonismo de la automedicación y los remedios caseros en Marruecos a otro del médico de familia y el servicio de urgencia en el Ejido. Y en cuanto a las segundas, los sanadores tradicionales, principales fuentes terapéuticas en Marruecos, ceden el protagonismo al médico de familia y a los servicios de salud mental.
10. Una de cada tres personas no sigue las indicaciones de los profesionales sanitarios principalmente por motivos económicos, y laborales o por problemas de comunicación.
11. El personal médico es el mejor valorado, seguido del de enfermería y de admisión; la intervención en horarios de guardia es la que recibe peor nota.
12. Las personas que más beneficio han notado tanto en su salud física como mental han sido las mujeres, así como aquellos con permiso de residencia y con viviendas dentro de los núcleos urbanos en ambos sexos.
13. El grueso de los inmigrantes marroquíes cree que su estado de salud mejorara principalmente si lo hacen sus condiciones laborales, si dispone de la familia y si consigue el permiso de trabajo y residencia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. ADAM, M.D y BLAZQUEZ, I. *Inmigración magrebí y Derecho de familia*. Junta de Andalucía, 2005.
2. AKHMISSE, M. *Medecine, magie et sorcellerie au Maroc ou l'art traditionnel de guérir*. Casablanca, 2000.
3. AKHMISSE, M. "Medecine traditionnelle: mythe et réalité". En ZHIRI, M.A. (dir.). *Medecine traditionnelle au Marco. Mythe ou réalité*. Casablanca: Laprophan, 2003, pp. 13-19.
4. ARJONA, A. "La iniciativa empresarial de los inmigrados. Una aproximación a la economía étnica en Almería". En CHECA, F.; CHECA, J.C., y ARJONA, A. (Eds.). *Inmigración y derechos humanos. La integración como participación social*. Barcelona: Icaria, 2004, pp. 149-179.
5. — (Dir.). *La economía étnica en el mercado de trabajo almeriense*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2005.
6. ATCHOTEGUI, J. "Aspectos psicológicos de la migración: estrés y duelo migratorio". Ponencia presentada al XV Congreso de la Societat Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Peñíscola, 22 y 23 de mayo de 2003.
7. —. "Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". *Norte de Salud Mental*, 4, 21 (2004), pp. 39-53.
8. —. "El Síndrome de Ulises: el inmigrante en situación extrema". *Siete Días Médicos*, 617 (2005), pp. 55-59.

9. Bada, J.L. y Bada, R.M. "Repercusiones socio-sanitarias de la inmigración en España". *FMC*, 3, 5 (1996), pp. 277-278.
10. BELHAJ, N. *Al-ṭaṭbīb wal-sihr fī l-Magrib*. Rabat: al-Šarika al-Magribiyya li-Nāširīn al-Muttaḥidīn, 1986.
11. BÉRTIZ, F.J. y otros. "Perfil sociodemográfico de los inmigrantes que acuden a un centro de salud. Grado de satisfacción". *Atención Primaria*, 26,1 (2000), p. 311.
12. BOURQUÍA, R y otros. *Les jeunes et les valeurs religieuses*. Casablanca: Retnani Ediciones Edif, 2000.
13. BRUGUERA, M y Sánchez, J.M. "Hepatitis viral en población inmigrada y en niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España". *Medicina Clínica*, 117, 15 (2001), pp. 595-596.
14. CABRERA, J.C. *Acercamiento al menor inmigrante marroquí*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2006.
15. CACHÓN, L. "Discriminación y lucha contra los trabajadores inmigrantes". En CHECA, F.; CHECA, J.C., y ARJONA, A. (Eds.). *Inmigración y derechos humanos. La integración como participación social*. Barcelona: Icaria, 2004, pp. 109-148.
16. CAMINERO, J.A.; RODRÍGUEZ, F.; CUYÁS, J., y CABRERA, P. "La inmigración en Canarias y su posible influencia sobre la frecuencia de la tuberculosis". *Medicina Clínica*, 116, 14 (2001), pp. 556-557.
17. CAÑAS, E; SÁNCHEZ, M.L; VAZQUEZ, J; DOMÍNGUEZ, A. "Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Tuberculosis". En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención*

- sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007, pp. 183-204.
18. —. y HARO, J.L. “Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Fiebres hemorrágicas virales”. En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía, 2007, pp. 290-291.
 19. CASTAÑO, A. *Informe 2000 sobre la inmigración en Almería*. Dirección General de Bienestar Social. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, 2000.
 20. —. “Cuestiones sobre la situación de la vivienda para los inmigrantes y sus efectos sociales en Almería”. En SERRA, L. (Coord.). *Inmigración extranjera en Andalucía. II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2002, pp. 119-131.
 21. CHEBEL, M. *Le corps dans la tradition au Magheb*. Paris : Presses Universitaires de France, 1984.
 22. CHECA, J.C. “La residencia de los inmigrantes en Andalucía: entre el cortijo y el gueto”. En SERRA, L. (Coord.). *Inmigración extranjera en Andalucía. II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2002, pp. 103-119.
 23. CHECA, J.C. y ARJONA, A. “La segregación residencial de los inmigrantes: aproximación teórico-práctica”. En CHECA, F.; CHECA, J.C., y ARJONA, A. (Eds.). *La integración social de los inmigrantes*. Barcelona: Icaria, 2004, pp. 207-243.
 24. CLUSA, T y otros. “¿Cómo son nuestros inmigrantes?”. *Atención Primaria*, 26,1 (2000), p. 311.

25. EL CORAN. Introducción y Traducción Julio Cortés. Barcelona: Herder, 1986.
26. CORRETGER, J.M.; FORTUNA, C.; BOTET, F.; VALL, O. "Marginalidad, grupos étnicos y salud". *An Esp Pediatr*, 36 (1992), pp. 115-117.
27. CORTES, J.I. "Una sanidad algo más digna para todos. Los inmigrantes indocumentados y la asistencia sanitaria". *Humanizar*, 43 (1999), pp. 27-29.
28. Defensor del Pueblo Andaluz. *El alojamiento y la vivienda de los trabajadores inmigrantes en el Poniente Almeriense*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz, 2001.
29. Diario de Cádiz, 25 - marzo - 2001.
30. DÍEZ, M.; BECERRA, I.; LAVANDERO, C.; BATIZ, J.; IZQUIERDO, R.; "Atención sociosanitaria a inmigrantes. Hospital San Juan de Dios". *Cent Salud*, 7, 5 (1999), p. 298.
31. — y otros. "Población inmigrante: ¿quién y por qué acude a nuestra consulta?". *Atención Primaria*, 26, 1 (2000), pp. 311-312.
32. DUEÑAS, R.M. y otros. "Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo". *Atención Primaria*, 19, 4 (1997), pp. 188-194.
33. ESTEBAN, M.L. y DÍAZ, B. *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao)*. Proyecto Fundación EDE, 1997.

34. —. “Los inmigrantes sin papeles en atención primaria”. *FMC* 5, 7 (1998), p. 487.
35. ESTÉBAÑEZ, P. (Ed.). *Exclusión social y salud*. Barcelona: Icaria, 2002.
36. FALCES, A.; VÁZQUEZ, J. y CAÑAS, E. “Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes”. En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007. pp. 147-156.
37. —. VAQUEZ, J. “Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Hepatitis virales”. En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007. pp. 207-212.
38. GALINDO, J.P. y VÁZQUEZ, J. “Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Protocolo inicial de atención sanitaria a la población inmigrante”. En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007. pp. 159-168.
39. GAMEZ, E. y GALINDO, J.P. (Coord.) “La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable”. *Documentos SemFYC* 17. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2002. p. 24.
40. GARCÍA, J.; JANSÁ, J.M.; GARCÍA DE OLALLA, P.; BARNÉS, I.; CAYLÁ J. “Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona”. *Revista Española Salud Pública*, 72 (1998), pp. 197-208.

41. GARCÍA, M.; MARTÍNEZ, M.F. y ALBAR, M.J. “La elección de Fuentes de apoyo social entre inmigrantes”. *Psicothema*, 14, 2 (2002), pp. 369-374.
42. GARCÍA-CALABRÉS, F. *Régimen laboral de los trabajadores extracomunitarios*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2006.
43. GARCÍA, R (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007.
44. GARVI, M.; GARCÍA, S.; VILLA, J.M. “La población inmigrante desde la perspectiva asistencial”. *Enfermería Científica* 256, 257 (2003), pp. 26-30.
45. GAZQUEZ, J.V.; SAYED-AHMAD, N. y RÍO, M.J. “El proceso de adaptación al hecho migratorio”. En *Manual de atención a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Fundación Progreso y Salud, 2003.
46. GEIGER, A. “Emigración y salud: Factores de riesgo hoy y medidas a adoptar”. En SOLAS, O; UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP; 1997; pp. 29-37.
47. GIRÓN, C. “El alojamiento y la vivienda del colectivo inmigrante en las provincias de Almería y Huelva”. En SERRA, L. (Coord.) *Inmigración extranjera en Andalucía. II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2002, pp. 91-103.
48. GÓMEZ, A. J. *Necesidades de Salud y utilización de servicios sanitarios por los inmigrantes africanos en Granada. Un estudio*

- exploratorio* (mimeo). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1992.
49. GONZÁLEZ, J.A. y RODRÍGUEZ, S. (Eds.). *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada, 1996.
50. GUITERAS, C.; ORRIOLS, L.; CARRERA, R.; CERDÀ, I.; TORIBIO, R. y ANGLADA, A. "La atención a la población inmigrante: análisis de las percepciones". *Rev Calidad Asistencial*, 18, 6 (2003), pp. 356-360.
51. GUTIÉRREZ, P.; ROMERO, M.; March, J.C. "Exclusión social y utilización de servicios". *Cent Salud*, 7, 5 (1999), pp. 300-301.
52. IZQUIERDO, A. *El proyecto migratorio de los indocumentados según género*. Papers, 2000.
53. —. "¿Son los inmigrantes (irregulares) la expresión del analfabetismo y del subdesarrollo profesional?" En CHECA, F.; CHECA, J.C. y ARJONA, A. (Eds.). *La integración social de los inmigrados*. Barcelona: Icaria, 2003, pp. 287-301.
54. JANSÁ, J.M. y VILLALBA, J.R. "La salud de los inmigrantes y la atención primaria". *Atención Primaria*, 15, 5 (1995), pp. 320-327.
55. — y —. "La salud de los inmigrantes extranjeros: aportaciones del análisis de las estadísticas vitales en la ciudad de Barcelona". En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 85-91.
56. — y —. "Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública". *Revista Española de Salud Pública*, 72, 3 (1998), pp. 165-168.

57. JAUMÁ, R.M; VIÑAMATA, B. "Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud". *Atención Primaria*, 13, 6 (1994), pp. 283-289.
58. JIMENEZ, M. *Buscarse la vida. Análisis transnacional de los procesos migratorios de los menores marroquíes no acompañados en Andalucía*. Madrid: Fundación Santa María, 2003.
59. KAPLAN, A. "Aculturación de los comportamientos reproductivos en la población migrante senegambiana residente en Cataluña". En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 153-159.
60. LAHIB, A. (coord.). *Guía de la salud de la mujer inmigrante*. Medicus Mundi Andalucía, 2002.
61. —. "¿Qué necesidades en salud presentan los inmigrantes?". Ponencia presentada al Congreso de la Sociedad Andaluza de Enfermería. Almería, 2004.
62. —. "Atención sanitaria a inmigrantes en Andalucía: nuevas necesidades, nuevos retos". Ponencia presentada al XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Almería, 2006.
63. —. *Informe sobre la situación de la infancia en la provincia de Beni-Mellal*. Agencia Española de Cooperación Internacional. Oficina Técnicas de Cooperación Rabat (Marruecos), 2006.
64. —. *Atención sociosanitaria al inmigrante*. Comisiones Obreras. Federación de sanidad y sectores sociosanitarios de Andalucía, 2006.

65. —. *Creencias e hábitos de salud reproductiva de tres grupos de mujeres (marroquíes, ecuatorianas y rumanas)*. Ponencia presentada al Congreso de la Sociedad Andaluza de Matronas. Almería, 2007.
66. LÓPEZ, B. (dir.). *El desarrollo y pervivencia de las redes de origen en la inmigración marroquí en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.
67. LÓPEZ, J.M. “El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante”. *FMC*, 9, 7 (2002), pp. 492-497.
68. LÓPEZ, J.; CÁMARA, M. M.; SANTAMARÍA, J. M.; ZUBERO, Z.; BARAIA, J. y MUÑOZ, J. “Características clínico-epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”. *Medicina Clínica*, 117, 17 (2001), pp. 654-656.
69. LÓPEZ-VÉLEZ, R. “Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I)”. *FMC*, 4, 3 (1996), pp. 222-228.
70. —. “Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II)”. *FMC*, 5, 3 (1996), pp. 279-285.
71. LÓPEZ-VÉLEZ, R.; GIMENO, L. “La migración: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud”. *MediFam* 4, 3 (1994), pp. 109-112.
72. LOZANO, A.B. “Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Infección por VIH/SIDA”. En GARCÍA, R. (Corrd.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía, 2007, pp. 227-232.

73. MADUEÑO, A.B.; GODOY, F.; RODRÍGUEZ, M.; ROBLES, A.; VARGAS, D.A. y PARRILLA, F. "Urgencias e Inmigración: necesidades de adaptación. Actualización". *MG Revista de la SEMG*, 56 (2003), pp. 467-474.
74. *MANUAL DE ATENCIÓN SANITARIA A INMIGRANTES*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Fundación Progreso y Salud, 2003.
75. MARTÍN, E. (Dir.). *Procesos migratorios y relaciones interétnicas en Andalucía. Una reflexión sobre el caso del Poniente almeriense desde la antropología social*. Junta de Andalucía, 1999.
76. —; MELIS, A. y SANZ, G. *Mercado de trabajo e inmigración en la agricultura mediterránea*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, 2001.
77. MARTÍN, G (Dir.). *Marroquíes en España. Estudio sobre su integración*. Fundación Repsol, 2003.
78. MARTÍN, M.A. "El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados?". *Atención Primaria*, 28, 2 (2001), pp. 89-90.
79. MARTINCANO, J.L. *Manual de Medicina Transcultural*. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, 2003.
80. — y GARCÍA, J. *Los Problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante*. Internacional Marketing & Communications, 2004.
81. MARTÍNEZ, M.L.; MAZARRAZA, L.; PAZOS, A.; CASTILLO, S.; YACER GIL, A.; COLOMO, C. y LAGO, M. "Prevención del

- VIH/SIDA en población inmigrante". *Index de Enfermería*, 42 (2003), pp. 19-23.
82. MARTÍNEZ, J.; MATEOS, C.; PÉRULA, L.A.; RODRÍGUEZ, A.; CRIADO, A.; JIMÉNEZ, C. y BAENA, M. "Los factores socioeconómicos: ¿influyen en la demanda asistencial y grado de satisfacción en atención primaria?" *Atención Primaria*, 7, 2 (1990), pp. 106-111.
83. MARTÍNEZ, M.F.; GARCÍA, M.; MAYA, I.; RODRÍGUEZ, S. y CHECA, F. *La integración social de los inmigrantes africanos en Andalucía. Necesidades y recursos*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, 1996.
84. —; — y —. "El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes". *Psicothema*, 13, 4 (2001), pp. 605-610.
85. —; — y —. "Social support and locus of control as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain". *International Journal of Intercultural Relations*, 26 (2002), pp. 287-310.
86. MERINO, P. *Síndrome de Ulises*. Bexal Farmaceutica, 2005.
87. MOLINA, M. *Adaptaciones etno-culturales en pautas de salud reproductiva de mujeres inmigrantes marroquíes*. XIV Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
88. MOLINES, C.; SAPIN, C.; SIMEONI, M.C.; GENTILE, S. y AUQUIER, P. "Santé perçue et migration: une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire?" *Revue Epidém. et Santé Publique*, 48 (2000), pp. 145-155.

89. MONTOYA, P.P.; TORRES, A.M. y TORIJA, M.E. “La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos”. *Atención Primaria*, 27, 4 (2001), pp. 264-270.
90. MOZOTA, J. y GÓMEZ, J. “Normas de profilaxis para los viajeros a países tropicales”. *FMC*, 1, 6 (1994), pp. 365-371.
91. MUYNCK, A. de “¿En qué medida los proveedores de atención en salud belgas atienden adecuadamente a los pacientes turcos y marroquíes?” En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 109-124.
92. NAVAS, L.; PUMARES, P.; SÁNCHEZ, J.; GARCÍA, C.; ROJAS, A. J.; CUADRADO, I.; ASENSIO, M. y FERNÁNDEZ, J.S. *Estrategias y actitudes de aculturación: la perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2004.
93. — y VELASCO, M.C. “La mujer y la salud reproductiva en Marruecos”. *Matronas Profesión*, 7 (2002), pp. 26-32.
94. OLIVER, M.I.; JIMÉNEZ, J.; ARANDA, P.; LAHIB, A.; MOLINA, C. y CARMONA, E. “Promoción de la salud en inmigrantes: Los cuidados del embarazo en la gestante musulmana”. En MUÑOZ, M.J. (dir.) *Educación para la Salud: Enfermería, un pilar básico en EPS*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería, 2002, pp. 101-106.
95. —. *La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España*. Almería: Diputación de Almería. Servicio Provincial de Mujeres. Instituto de Estudios Almerienses, 2005.

96. ORTEGA, S; y IZQUIERDO, T. "Aspectos normativos de la atención sanitaria a inmigrantes". En GARCÍA, R. (Coord.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007, pp. 46-52.
97. OSPINA, J.E. y ROS, M. "Programas de salud para comunidades inmigrantes". Ponencia presentada al XV Congreso de la Societat Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Peñíscola, 2003.
98. PARRILLA, F.M.; CÁRDENAS, D.P.; VARGAS, D.A.; MARTÍNEZ, S.; DÍAZ, M.A. y Cárdenas A. "Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias". *Medicina de Familia*, 4, 3 (2003), pp. 195-198.
99. PEDRO-GIL, J.; LÓPEZ, J. A.; LOÑO, J.; NIETO, A.; LÁZARO, C.; LANGA, M.N.; NORES, D.; PICAZO, A. y HERRERA, M.A. "Morbilidad, crecimiento físico y psicopatología en poblaciones marginadas en áreas suburbanas". *An Esp Pediatr*, 36, 48 (1992), pp. 118-123.
100. PEREDA, C.; ACTIS, W. y PRADA, A. de "Recientes dinámicas migratorias en España. Efectos sobre los procesos de inserción-exclusión social". En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 37-44.
101. PÉREZ, M. y RINKEN, S. *La integración de los inmigrantes en la sociedad andaluza*. CSIC, 2005.
102. 3º Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2003.

103. PLAZA, A. y SOLÉ, C. "Proceso de consenso en el ámbito de las desigualdades de salud. Técnica Delphi". *Atención Primaria*, 16, 4 (1995), pp. 207-210.
104. PUEYO, I. "Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Infecciones de transmisión sexual". En GARCÍA, R. (Corrd.). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía, 2007, pp. 215-223.
105. RADI, S. *Les maladies de l'enfant au Maroc : representations pratiques et recours therapeutiques*. Projet de Planification familiale et Santé Maternelle et Infantile. Phase V. Soumis, 1999.
106. RAMOS, M. *Perfil de morbilidad de los inmigrantes económicos en Mallorca*. Trabajo de campo XV Master de Salud Pública. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
107. RASMUSSEN, L. "Inmigración internacional y salud en la unión europea". En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 19-27.
108. REGIDO, E.; DE MATEO, S. de; GUTIÉRREZ-FISAC, J.L.; FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. y RODRÍGUEZ, C. "Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España". *Medicina Clínica*, 107, 8 (1996), pp. 285-288.
109. —. "Investigación y acción sobre las desigualdades en salud". *Medicina Clínica*, 108, 20 (1997), pp. 784-790.
110. —. "Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes". *Medicina Clínica*, 119, 16 (2002), pp. 616-619.

111. —. “Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme”. *Medicina Clínica*, 112, 6 (1999), pp. 215-217.
112. RODRÍGUEZ, A.; GONZÁLEZ, E. y HERRERO, M. “Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria”. *Medicina Clínica*, 113, 14 (1999), pp. 556-557.
113. ROMERA, S.; DURÁN, E.; CABEZOS, J. y BADA, J.L. “Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación”. *Medicina Clínica*, 109, 17 (1997), pp. 656-660.
114. ROMERO, M.; MARCH, J.C. y GUTIÉRREZ, P. “Los excluidos investigan su propia exclusión social: la metodología de ‘iguales’”. *Cent Salud*, 7, 5 (1999), p. 300.
115. RUIZ, J. “Tuberculosis e inmigración”. *Medicina Clínica*, 114, 7 (2000), pp. 257-258.
116. SALAZAR, A y otros. “Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002)”. *Revista Española de Salud Pública*, 77 (2003), pp. 713-723.
117. SÁNCHEZ-MIRANDA, J. *Atención sanitaria de los inmigrantes en los centros de atención primaria*. Trabajo final de doctorado, Manuscrito no publicado. Universidad de Almería, 2001.
118. SARAVANJA, M.; TERRE, M.; ROS, M. y BADA, J.L. “Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona”. *Medicina Clínica*, 112, 9 (1999), p. 359.

119. SAYED-AHMAD, N. (Coord.). *Integración y salud mental*. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, 2006.
120. —; RÍO, M.J. y FERNÁNDEZ, G. “Salud mental”. En *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007, 127-144.
121. SERRA, L. (Coord.). *II Seminario sobre la investigación de la inmigración extranjera en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2002.
122. SOLA, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica, 1997.
123. SOLÉ, C. “Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud en Barcelona”. En SOLAS, O. y UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp.139-150.
124. SORIANO, R.S. *El asentamiento de la mujer marroquí en El Poniente Almeriense*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2004.
125. TOUHAMI, M.; “A propos de la prise en charge traditionnelle des maladies mentales”. En ZHIRI, M.A. (dir.). *Medecine traditionnelle au Marco. Mythe ou réalité*. Casablanca: Laprophan, 2003, pp. 67-70.
126. TOUZRI, F. “Salud mental y emigración. Análisis crítico de la literatura”. En SOLAS, O; UGALDE, A. (Eds.). *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: EASP, 1997, pp. 259-269.
127. TRAFEH, M.; ZROUIL, B.; NAJIM, M. “Les methodes therapeutiques traditionnelles en traumatologie orthopedie”. En

- ZHIRI, M.A. (dir.). *Medecine traditionnelle au Marco. Mythe ou réalité*. Casablanca: Laprophan, 2003, pp. 53-57.
128. VAI, O. y GARCÍA-ALGAR, O. "Inmigración y salud". *An Pediatr*, 60, 1 (2004), pp. 1-2.
129. VALERIO, L.; SOLSONA, L.; LLORENS, M. J.; ROCA, C.; BARRO, S. y GUERRERO, L. "Patología dermatológica importada y... ¡médicos de AP!" *Atención Primaria*, 26, 1 (2000), p. 312.
130. —. "La atención a las minorías étnicas desde la medicina de familia". *Atención Primaria*, 22, 1 (1998), pp. 91-93.
131. VALTUEÑA, O. "Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España". *Migraciones*, 8 (2000), pp. 231-249.
132. VÁZQUEZ, J y otros. "Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria". *Medicina de Familia*, 2 (2000), pp. 162-168.
133. —. y otros. "Enfermedades infecciosas e inmigración". *El médico*, 12 III 2004, pp. 31-46.
134. VÁZQUEZ, J. "Inmigración y salud: legislación". *FMC*, 9, 7 (2002), pp. 505-508.
135. —. "El médico de familia y la atención en consulta al paciente inmigrante". Ponencia presentada al XV Congreso de la Societat Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Peñíscola, 2003.
136. — y GALINDO, J.P. "Aproximación a las patologías y procesos más prevalentes. Parasitosis intestinal". En *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2007.

137. VILLAR, M.L. *Migraciones en Marruecos, nuevas tendencias hacia España. Claves para una estrategia de cooperación*. Agencia Española de Cooperación Internacional. Oficina Técnicas de Cooperación Rabat (Marruecos), 2002.
138. YUNES, J. "Introducción. Marginación y salud". *An Esp Pediatr*, 36, 48 (1992), pp. 108-111.
139. ZIOU, A. "La psiquiatría tradicional marroquí, entre el charlatanismo y el integrismo". En GONZÁLEZ, J. A. y RODRÍGUEZ, S. (Eds.). *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada, 1996, pp. 13-29.
140. ZHIRI, M. (dir.). *Medecine traditionnelle au Maroc. Mythe ou réalité*. Casablanca: Laprophan, 2003.
141. ZHIRI, M.; HAMDouchi, A.; BOUTALEB, Y.; y SIJELMASSI, M.; "L'accouchement traditionnelle au Maroc". En ZHIRI, M.A. (dir.). *Medecine traditionnelle au Maroc. Mythe ou réalité*. Casablanca: Laprophan, 2003, pp. 29-37
142. www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1986/10499 [4 abril 2008].
143. http://extranjeros.mtas.es/es/general/tabal_099_dic07.html [13abril 2008]¹.
144. www.rdh50.ma/fr/pdf/contributions/GT4-9.pdf [30 marzo 2008]
145. www.sante.gov.ma/Departements/DPRF/index-dprf.html [25 enero 2008].
146. www.tribunalconstitucional.es/constitucion/laconstitucion.html [4 abril 2008].

7. ANEXOS

Anexo 1: cuestionario estructurado

Cuestionario N°:

BLOQUE 0: datos personales y experiencia de inmigración

Sexo

Hombre

Mujer

¿Qué edad tiene? -----

¿Dónde nació?

Pueblo..... Provincia de.....

Ciudad..... Provincia de.....

¿Dónde vivió?

a) Pueblo

b) Ciudad

¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a

Casado/a

Vive junto con su pareja

Divorciado/separado

Viudo/a

¿Cuánto tiempo tardó en preparar su viaje a España?

Años: -----

Meses: -----

Días: -----

¿Cómo entró a España?

Con contrato de trabajo

Con reagrupación familiar

Con visado de turista

Clandestinamente

En caso que entró clandestinamente, ¿Cuál fue el medio utilizado?

Patera

Autobús

Otros, específica.....

¿Cuántas veces le intentó hasta lograr entrar a España?.....

¿Cuánto tiempo lleva en España?

Años: -----

Meses: -----

Días: -----

¿Cuál es su situación jurídico-administrativa en España?

Permiso de Trabajo y Residencia

Permiso de Residencia

En trámite

No tiene Permiso ni los ha solicitado

¿Qué estudios ha cursado?

Primarios

Secundarios

Universitarios sin completar

Universitarios terminados

BLOQUE I: Vida laboral e ingresos económicos

¿Trabaja actualmente? NO - SI

¿En qué ha trabajado los últimos seis meses?

La agricultura

La construcción

La venta ambulante

Sector servicios (hostelería, comercio, etc)

Servicio doméstico

¿Cuáles son los ingresos mensuales netos que entran en su casa por todos los conceptos y miembros de familia?

Entre 0 y 240 €

Entre 241 € y 500 €

Entre 501 € y 700 €

- Entre 701 € y 1.200 €
- Más de 1400 €
- No sabe

BLOQUE II: Vivienda, vivencia en el hogar y gastos de alimentación

¿Dónde está situada su vivienda?

Apartada de la zona urbana de un pueblo

En la zona urbana de un pueblo

¿Cómo valoraría su estado de conservación?

Mala

Regular

Buena

¿Cuál de estos tipos le parece que se ajusta más a su vivienda?

Casa

Casa/cortijo

Piso

Almacén

Casa semideruída

Otro (especificar).....

¿Cuántas habitaciones tiene?

de 1 a 2 habitaciones

de 3 a 4 habitaciones

más de 4 habitaciones

¿Cuál de los siguientes servicios tiene su casa?

a) Agua corriente NO - SI

b) Agua caliente NO - SI

c) Instalación de luz eléctrica NO - SI

d) Calefacción NO - SI

¿Cuántas personas viven con él en la misma vivienda?

De 1 a 2 personas

De 3 a 4 personas

De 5 a 6 personas

Más de 6 personas

¿Comparte habitación?

NO - SI

En caso que sí con cuantas personas -----

¿Cuánto gasta semanalmente en concepto de alimentación?

----- € o pts/ persona

BLOQUE III: Hábitos tóxicos

¿Fuma tabaco?

NO - SI

¿Dónde comenzó a fumar?

a) En Marruecos

b) En España

¿Fuma hachís y/o marihuana?

NO - SI

¿Dónde comenzó a fumar hachís y/o marihuana?

a) En Marruecos

b) En España

¿Qué fuma habitualmente?

a) Sólo tabaco

b) Tabaco y hachís

c) Tabaco y marihuana

d) Tabaco, hachís y marihuana

¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma al día?

a) Un paquete

b) Dos paquetes

c) Más de dos paquetes

¿Bebe alcohol?

NO - SI

¿Dónde empezó a beber alcohol?

a) En Marruecos

b) En España

¿Qué tipo de alcohol suele tomar habitualmente?

a) Cerveza

b) Vino

c) Bebidas alcohólicas de alta graduación

d) Combinando 2 o más tipos

¿Con qué frecuencia toma alcohol?

- a) Diariamente
- b) 2-3 veces por semana
- c) Sólo los fines de semana
- d) Ocasionalmente

¿Toma otras drogas? NO - SI

- a) Éxtasis
- b) Cocaína
- c) Heroína inyectada
- d) Heroína esnifada

BLOQUE IV: hábitos sexuales y de reproducción

¿Estabas casado en Marruecos? NO - SI

¿Tenías pareja estable en Marruecos? NO - SI

¿En Marruecos, mantenías R sexuales con otras personas?
NO – SI

En caso que si, ¿con quien las mantenías?

- a) Con prostitutas
- b) Con otras personas sin pagar
- c) Con personas del mismo sexo

¿Utilizabas medidas anticonceptivas en Marruecos?
NO - SI

¿Actualmente estas casado/a en España?
NO - SI

¿Actualmente tiene pareja estable en España?
NO - SI

¿Mantienes R sexuales con otras personas en España?
NO - SI

- En caso que si, ¿con quien?
- a) Con prostitutas
 - b) Con otras personas sin pagar
 - c) Con personas del mismo sexo

¿Utilizas medidas anticonceptivas en España?
NO - SI

En tus viajes a Marruecos, ¿mantienes relaciones sexuales?
NO – SI

En caso que si, ¿con quien?

- a) Solamente con mi cónyuge o pareja
- b) Con personas sin pagar
- c) Con prostitutas
- d) Con mi cónyuge/pareja y personas sin pagar
- e) Con mi cónyuge/pareja y prostitutas

44. ¿Utilizas medidas anticonceptivas en tus viajes a Marruecos?

NO - SI

45. ¿Has tenido alguna enfermedad ETS en Marruecos?

NO - SI

46. ¿Has tenido alguna enfermedad ETS en España?

NO - SI

47. En caso de estar casado/a en Marruecos, ¿utilizabas métodos de planificación familiar en Marruecos?

NO - SI

- a) Anticoncepción hormonal
- b) Preservativos
- c) DIU
- d) Otros (especificar).....

48. En caso de estar casado/a en España ¿utilizas métodos de planificación familiar en España?

NO - SI

- d) Anticoncepción hormonal
- e) Preservativos
- f) DIU
- d) Otros (especificar).....

49. ¿Has tenido hijos en Marruecos?

NO - SI

¿Cuántos nacidos vivos tuvo?

50. ¿Has tenido hijos en España?

NO - SI

¿Cuántos nacidos vivos tuvo?

51 a. ¿Has seguido el programa del control de embarazo en Marruecos?

NO - SI

a) ¿Cuántas veces acudió al centro de salud durante el embarazo?

b) ¿De cuantas semanas de gestación acudió al centro de salud la primera vez? -----

51 b. ¿Has seguido el programa del control de embarazo en España?

NO - SI

c) ¿Cuántas veces acudió al centro de salud durante el embarazo?

d) ¿De cuantas semanas de gestación acudió al centro de salud la primera vez? -----

51c. ¿Recibió visita de una matrona después del parto en Marruecos?

NO - SI

51d. ¿Recibió visita de una matrona después del parto en España?

NO - SI

51 e. ¿Has seguido los controles del programa del Niño sano en Marruecos?

NO - SI

51 f. ¿Has seguido los controles del programa del Niño sano en España?

NO - SI

BLOQUE VII: Estado de salud, actitudes y atención sanitaria

52. Vacunación

Tiene todas las vacunas puestas

No las tiene todas

No sabe

53. ¿Tuvo alguna enfermedad importante en Marruecos?

NO - SI

53 a. Indique cuál/es -----

53 b. ¿Siguió un tratamiento convencional?

NO - SI

53 c. ¿Siguió un tratamiento tradicional?

NO - SI

53 d. Indique cuál/es -----

54. ¿Tuvo alguna enfermedad mental en Marruecos?

NO - SI

54 a. Indique cuál/es -----

54 b ¿Siguió un tratamiento o remedio tradicional?

NO - SI

54 c. Indique cuál/es -----

55. Por motivo de su viaje a España, ¿realizó algún chequeo médico?

NO - SI

55 a. ¿En qué consistió? -----

55 b. ¿Cuáles fueron los resultados?

56. ¿En tu último año en Marruecos, visitaste el médico?

NO – SI

En caso que si, ¿por cual de los siguientes motivos?

- a) Lesiones, dolores huesos, músculos
- b) E.T.Sexual
- c) C. Embarazo
- d) Infertilidad
- e) Pr. Bucodental
- f) Pr. Digestivos
- g) Pr.S.Nervioso
- h) Pr.Piel
- i) Pr. Cardiovascular
- j) Pr. Respirat
- k) E. Infecocont
- l) Pr. Ojos
- m) Trastornos psíquicos
- n) Otros, específica.....

57. ¿Qué solías hacer en Marruecos al tener una enfermedad física?
(numere las opciones según orden de uso 1, 2,3...)

- a) Nada
- b) Pedir ayuda a la familia
- c) Emplear medicinas que ya conocía
- d) Utilizar remedios caseros (hierbas y otros)
- e) Acudir a un Fkih, curandero, etc
- f) Acudir al centro de salud
- g) Acudir a un médico privado
- h) Ir al servicio de urgencias

i) Ir a la farmacia

58. ¿Qué solía hacer en Marruecos al tener algún trastorno psíquico? (numere las opciones según orden de uso 1, 2, 3...)

- a) Nada
- b) Pedir ayuda a la familia
- c) Acudir a un fkih, brujo, curandero
- d) Acudir a salud mental
- e) Acudir a un psicólogo/psiquiatra privado
- f) Otro (especificar)

59. ¿Has solicitado hasta ahora algún servicio sanitario en España?

NO - SI

60. ¿Desde tu llegada y hasta la 1 visita al centro salud, cuanto tiempo ha transcurrido?

61. ¿Te has dirigido con alguna demanda de analítica?

NO - SI

- a) Medir el azúcar
- b) Medir la tensión
- c) Analítica general
- d) Vacunas
- e) Mamografías y Citologías (prueba del cáncer del cerviz)
- f) Control de embarazo
- g) Para tener el papel como prueba oficial

62. ¿Cuáles fueron los motivos de visita sanitaria que tuviste?, enumerarlos según importancia.

- a) Lesiones, dolores huesos, músculos
- b) E.T.Sexual
- c) C. Embarazo
- d) Infertilidad
- e) Pr. Bucodental
- f) Pr. Digestivos
- g) Pr.S.Nervioso
- h) Pr.Piel
- i) Pr. Cardiovascular
- j) Pr. Respirat
- k) E. Infecocont
- l) Pr. Ojos
- m) Trastornos psíquicos
- n) Otros, específica.....

63. ¿Qué haces al padecer una enfermedad física en España?

- a) Nada
- b) Pedir ayuda a un amigo
- c) Emplear medicinas que ya conocía
- d) Utilizar remedios caseros (hierbas y otros)
- e) Visitar a un experto de mi país o cultura (Fkih, curandero, etc)
- f) Visitar a mi médico de familia
- g) Ir al servicio de urgencias
- h) Ir a la farmacia

64. ¿Qué haces al tener un trastorno psíquico en España?

- a) Nada
- b) Pedir ayuda a amigos y familiares
- c) Emplear medicinas que ya conocía
- d) Utilizar remedios caseros (hierbas y otros)
- e) Visitar a un experto de mi país o cultura (Fkih, brujo, curandero)
- f) Pedir remedios tradicionales en Marruecos
- g) Volver a Marruecos para visitar a fkih, brujo, curandero o santuario
- h) Visitar a mi médico de familia
- i) Pedir cita en salud mental
- j) Ir a la farmacia
- l) Otros, específica.....

65. ¿Tuviste alguna dificultad de Acceso al sistema sanitario?

NO - SI

En caso que si, ¿Cuales fueron las causas?

- a) Miedo a ser detenido
- b) Dificultad de comunicación
 - 1. Con el personal de recepción SI - NO
 - 2. Con el personal de enfermería SI - NO

3. Con el médico SI - NO
- d) Por no disponer de permiso de trabajo y residencia
- e) Por no conocer o no disponer de la Tarjeta de atención sanitaria
- i) Porque el patrón no te daba permiso para ausentarte
- l) Otras -----
66. ¿Sigues las indicaciones del facultativo: análisis, pruebas y tratamientos que le manda su médico? NO – SI
- En caso que No, ¿Cuál es el principal motivo para ello?
- a) Por impedimentos de los horarios laborales
- b) Por no tener permiso y pensar que no se tiene derecho a ello
- d) Por impedimentos económicos
- e) Por desconocer el proceso a seguir
67. Valora cada uno de esos aspectos de la atención sanitaria
1. Recepción, cita, designación médico, etc
- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Destacar los aspectos -----

2. Atención en horario de guardia/urgencias
- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Destacar los aspectos -----

3. Atención de su médico de familia en el Centro de Salud
- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena
- d) Destacar los aspectos más importantes

4. Atención del personal de enfermería: análisis
- a) Mala
- b) Regular
- c) Buena

d) Destacar los aspectos más importantes -----

68. En caso de enfermedad, ¿recibió algún seguimiento (visitas a domicilio) por el personal sanitario? NO - SI

69. ¿Cómo valorarías tu estado de salud física?

- a) Malo
 - b) Regular
 - c) Bueno
 - d) Destacar los aspectos más importantes
- -----

70. ¿Cómo valorarías tu estado de salud mental?

- a) Malo
- b) Regular
- c) Bueno

d) Destacar los aspectos más importantes -----

71. ¿Podrías comparar tu estado de salud física actual con el que tenías en Marruecos?

- a) Mejor en mi país que aquí
 - b) Igual aquí que en mi país
 - c) Mejor aquí que en mi país
 - d) Destaca los aspectos más importantes
- -----

72. ¿Podrías comparar tu estado de salud mental actual con el que tenías en Marruecos?

- a) Mejor en mi país que aquí
 - b) Igual aquí que en mi país
 - c) Mejor aquí que en mi país
 - d) Destaca los aspectos más importantes
- -----

73. Para mejorar tu estado de salud, ¿qué crees que te puede ayudar?

(numere las opciones según orden de importancia 1, 2, 3...)

- Tener a la familia contigo
- Tener una alimentación adecuada
- Disponer de una casa habitable
- Sentirte aceptado por los españoles
- Tener un trabajo estable y mejorar los ingresos mensuales
- Aprovechar los programas de promoción de salud
- Otros (especificar).....