

Original

Acceso a la atención sanitaria mediante seguros de salud comunitarios entre migrantes de Senegal

Modou Diop

Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de septiembre de 2021
Aceptado el 24 de noviembre de 2021
On-line el xxx

Palabras clave:

Accesibilidad a los servicios de salud
Seguros de salud comunitarios
Inmigrantes indocumentados
Poblaciones vulnerables
Salud pública

Keywords:

Health services accessibility
Community-based health insurance
Undocumented immigrants
Vulnerable populations
Public health

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar los determinantes en la financiación del acceso a la atención médica y el papel de una clase particular de financiación informal propia, denominada tontina, para el acceso a la atención médica en la población de migrantes de origen senegalés.

Método: Los datos fueron recogidos mediante técnicas cualitativas, entrevistas semiestructuradas ($n = 14$) y grupo de discusión ($n = 10$) en una población de migrantes senegaleses residentes en Granada, entre octubre y noviembre de 2019. Los participantes clave provenían de una tontina.

Resultados: La falta de trabajo o de recursos económicos, así como la condición de migrante indocumentado, constituyen barreras para la adhesión a los seguros de salud públicos y privados. Asimismo, los participantes consideran que la asistencia sanitaria pública no tiene en cuenta la importancia que puede tener para ellos seguir un tratamiento cerca de sus familiares o tener la alternativa de las medicinas tradicionales. La tontina permite proteger a las personas más vulnerables, como las indocumentadas, y financiar las prácticas de importancia cultural para las personas migrantes senegalesas.

Conclusiones: Este estudio es el primero en proporcionar una comprensión de un mecanismo de financiación propio de un colectivo de migrantes bastante desconocido por la sociedad española. Las tontinas continúan una larga tradición en la que las comunidades desfavorecidas y vulnerables resisten múltiples fuentes de discriminación y desigualdad mediante la autoayuda, la confianza y la solidaridad.

© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Healthcare access through community-based health insurance among Senegalese migrants

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the determinants of healthcare access financing and the role of a particular class of informal financing known as tontine, a community-based health insurance among Senegalese immigrants.

Method: Data were retrieved through qualitative techniques, semi-structured interviews ($n = 14$) and discussion group ($n = 10$) in a population of Senegalese migrants residing in Granada between October and November 2019. Key participants were from a tontine.

Results: The lack of work or economic resources, as well as the condition of undocumented immigrant constitute barriers to adherence to public and private health insurance. Participants consider that public health care does not take into account the importance of following treatment close to their relatives in their country of origin or having the alternative of traditional medicines. The tontine helps to protect the most vulnerable people such as undocumented immigrants and allows financing services of cultural importance.

Conclusions: This study was the first to provide an understanding of a financing mechanism typical of an immigrant community quite unknown to Spanish society. Tontines continue a long tradition whereby disadvantaged and vulnerable communities resist multiple sources of discrimination and inequality by self-help, trust and solidarity.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

El continuo aumento del flujo migratorio conlleva importantes desafíos de tipo político, cultural, social y sanitario en los países de acogida. Si bien la inmigración es un fenómeno social antiguo, su influencia en la política de salud en los países desarrollados ha

Correo electrónico: diop@go.ugr.es
Twitter@DiopWayal

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.007>

0213-9111/© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Diop M. Acceso a la atención sanitaria mediante seguros de salud comunitarios entre migrantes de Senegal. Gac Sanit. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.007>

aumentado en las últimas décadas¹. Un ejemplo claro es el cese de la cobertura de salud universal en España desde el Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012, que excluyó a las personas migrantes indocumentadas del acceso al conjunto de los servicios de salud, a excepción de mujeres embarazadas, niños y la atención de urgencia². Aunque en determinadas comunidades autónomas se han puesto en marcha otros programas alternativos para seguir dando acceso al sistema sanitario a las personas migrantes indocumentadas, como es el caso de Canarias, Andalucía y el País Vasco^{3,4}, en España, las restricciones del RDL 16/2012 contribuyeron a un aumento de la desigualdad socioeconómica, un menor uso de atención sanitaria planificada, unos menores niveles de salud y una mayor tasa de mortalidad en la comunidad de personas migrantes indocumentadas^{5,6}. Una de las primeras medidas del nuevo gobierno que tomó posesión en julio de 2018 en España fue restablecer la cobertura sanitaria universal a las personas inmigrantes que acrediten haber residido más de 90 días en el país. Si bien los cambios resultantes mejoraron el acceso a la atención sanitaria, no restablecieron la cobertura sanitaria universal en España. El RDL 7/2018 fue aprobado en septiembre de 2021 por el parlamento español, y se ha convertido en un tema político de primer orden, dada la tendencia generalizada en Europa y más allá de negar la cobertura sanitaria universal a las personas migrantes indocumentadas⁷⁻⁹.

En el ámbito internacional, las barreras más destacadas para el acceso y la utilización de los sistemas sanitarios por parte de las personas migrantes son las diferencias culturales, el idioma, la zona de residencia, sus condiciones laborales, el miedo a la deportación o la falta de conocimiento del sistema de los «recién llegados»^{10,11}. Para hacer frente a las desigualdades en el uso y acceso a la asistencia médica surgieron movimientos de solidaridad, como la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER), con el fin garantizar unas protecciones mínimas a las personas migrantes indocumentadas, defendiendo así el acceso universal a la atención médica¹². Asimismo, la comunidad de migrantes senegaleses utiliza las tontinas con la finalidad de proteger a sus miembros más vulnerables. Una tontina es un método de ahorro colectivo donde la noción de grupo es determinante en la recaudación y la distribución de fondos. En África subsahariana, las tontinas, también conocidas como asociaciones de ahorro y crédito rotativo, se han asentado como sólidas estructuras financieras y operan de forma autónoma e informal (carecen de regulación estatal o legal), en paralelo con el sector formal¹³. Sus miembros se presentan como un mediador entre agentes que tienen alternativamente capacidad y necesidad de financiación. Por lo tanto, su capacidad de asumir la protección social de sus miembros les diferencia del sector formal¹⁴. Esta práctica se deriva de sus costumbres tradicionales de vivir en colectividad y de la existencia, en su sociedad de origen, de agrupaciones entre vecinos o entre personas de la misma edad con el propósito de ayudarse mutuamente por turnos en diferentes labores u objetivos (construcciones o restauraciones de casas, cosechas, sanidad, etc.)¹⁵⁻¹⁷.

La tontina se practica también entre personas migrantes senegaleses en Andalucía y en otras comunidades autónomas, como Cataluña y Aragón¹⁴. Además, las tontinas son más utilizadas por las mujeres inmigrantes¹⁴. Sin embargo, en España, muchas comunidades utilizan este sistema «adaptado» a un propósito común y definido: ayudarse mutuamente a acceder a la atención sanitaria, teniendo mucho más en cuenta a las personas sin recursos, que pueden contribuir menos o incluso estar exentos de contribuir en determinados casos. En África occidental, las tontinas utilizan sistemas de autogestión sofisticados en los que la proximidad, la equidad, la confianza mutua entre los miembros y la reciprocidad de acción, enmarcada en medidas coercitivas con respecto al comportamiento oportunista, son la base de los intercambios entre sus miembros¹⁸. Esto se halla en conformidad con los trabajos de la Premio Nobel de 2009, Elinor Ostrom¹⁹, quien documentó

una serie de casos en los que las comunidades cooperan con éxito en la gestión de intereses comunes. Uno de los factores destacados por Ostrom en la base de este éxito es la importancia de las normas y reglas compartidas por las comunidades para mejorar el comportamiento cooperativo. No obstante, hay escasa literatura sobre el funcionamiento de una tontina fuera del contexto africano.

Este estudio emprende un trabajo cualitativo en una comunidad de personas migrantes senegalesas, legales e indocumentadas, residentes en Granada (España), con tres objetivos: 1) conocer los factores influyentes en la cobertura de seguros de salud formales, tanto públicos como privados; 2) conocer los factores influyentes en la participación en la tontina, y 3) conocer la contribución de la tontina al acceso a la salud.

Método

Diseño y muestra

El funcionamiento de las tontinas en el contexto migratorio no ha recibido suficiente atención en la literatura. En este estudio se analiza su uso como un recurso para acceder a los servicios de salud, lo que constituye un tema novedoso. Se ha optado por la metodología cualitativa, puesto que permite aproximarse a nuevos fenómenos sociales y a las realidades sociales caracterizadas por procesos de cambio. Las técnicas de recogida de datos fueron la entrevista semiestructurada²⁰ y el grupo de discusión²¹. El muestreo fue intencional y los/las participantes eran migrantes de origen senegalés pertenecientes a una tontina de la provincia de Granada. Los/las participantes clave fueron identificados/as con la ayuda de los coordinadores de la tontina, seleccionados en función de su tiempo de participación en ella para proporcionar un conocimiento profundo sobre el objeto de estudio. Los informantes debían tener una antigüedad en el lugar de trabajo como mínimo de 1 año. Otros criterios de selección tenían en cuenta la variación de ingresos, la edad y el sexo.

Recolección de los datos

Se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas, en octubre y noviembre de 2019, en el lugar de elección de las personas entrevistadas. Los/las participantes fueron invitados/as a reflexionar sobre cuatro cuestiones (fig. 1) relacionadas con las barreras de acceso al sistema sanitario y la ausencia de cobertura de salud formal. Para recabar datos sobre su participación en la tontina y su influencia en el acceso a la sanidad se realizó un grupo de discusión en el centro cultural senegalés de Granada, el 25 de octubre de 2019. La guía de preguntas se encuentra en la figura 1. Las entrevistas y el grupo de discusión se realizaron en wolof (idioma nacional de Senegal), y con un investigador cuya lengua madre es wolof, para garantizar que las personas participantes entendieran el propósito del estudio y asegurarse de que el idioma no fuera una barrera para expresarse. Se entregó un breve cuestionario a todos/as los/las participantes al inicio de la entrevista y la discusión de grupo para recoger las variables edad, sexo, ocupación, estatus de inmigrante y nivel de educación.

Análisis de los datos

Las entrevistas y el grupo de discusión fueron grabados y transcritos literalmente. Asimismo, las transcripciones fueron traducidas al español. Se realizó un análisis temático de contenido, con el apoyo del software NVIVO 12 Plus. Las categorías y subcategorías se generaron de forma mixta: las derivadas de la guía de entrevista y las emergentes de los datos mediante un proceso inductivo. Para ello se identificaron temas, se codificaron y clasificaron, se

Temario de la entrevista	Temario de la discusión de grupo
<ul style="list-style-type: none">• Explicar su situación en España (regular, laboral, familiar, etc.).• Barreras/dificultades que han experimentado (experiencias personales o de personas cercanas) para el acceso a la salud.• Conocimientos sobre diferentes seguros formales en España (ejemplos: seguridad social, mutuas).• Barreras/dificultades que han experimentado (experiencias personales o de personas cercanas) o que pueden encontrar para la contratación de un seguro formal.	<ul style="list-style-type: none">• Explicar las razones de su adherencia a la tontina.• Cómo caracterizan las tontinas (en general), cómo las diferencian de los otros seguros formales que conocen (seguridad social, mutuas, etc.).• Barreras/dificultades que han experimentado (experiencias personales o de personas cercanas) para el acceso a la salud en España.• Soluciones aportadas a las barreras/dificultades que han discutido para el acceso a la salud.• Otras contribuciones de las tontinas en el acceso a la salud (tanto de sus experiencias en España como en Senegal).

Figura 1. Temario de las entrevistas y del grupo de discusión.

establecieron patrones comunes y se analizaron regularidades, convergencias y divergencias en los datos, mediante un proceso de comparación constante y volviendo a los datos (de lo particular a lo general)²². El análisis parte de la perspectiva de la interseccionalidad, donde la desigualdad no puede ser reducida a un solo eje fundamental, sino en su plasmación en contextos determinados, y que además permite desentrañar cómo los sujetos otorgan significados que no se corresponden con una visión de las categorías independientes y separadas^{23,24}.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por la comisión de ética en investigación de la Universidad de Granada, quedando registrado con el n.º 1038/CEIH/2020. Los participantes recibieron información oral y escrita sobre el estudio, todos firmaron su consentimiento informado para participar y se garantizaron el anonimato y la confidencialidad.

Resultados

Características de la muestra

Las tablas 1 y 2 describen las características de las personas participantes en las entrevistas y en el grupo de discusión. Se entrevistó a 11 (79%) hombres y 3 (21%) mujeres, con una edad media de 41 años, y participaron en el grupo de discusión 8 (80%) hombres y 2 (20%) mujeres, con una edad media de 46 años. El 63% eran personas migrantes indocumentadas. El 87,5% tenían empleo, de las cuales el 46% trabajaban en la venta ambulante. La media de familiares dependientes económicamente de las personas migrantes era de 8 personas. Aunque el 86% de los/las entrevistados/as tenían conocimientos de los seguros formales públicos y privados, solo el 7% tenía un seguro privado y el 24% no tenían seguro público ni privado. Sin embargo, el 29% dejaron su seguro privado cuando se inscribieron en la tontina.

Factores influyentes en la ausencia de cobertura de las personas migrantes en seguros de salud formales

1) Barreras o dificultades para el acceso a los seguros sanitarios formales (públicos y privados)

Las ideas principales se muestran en la tabla 3, con citas textuales de los/las participantes. Todas las personas entrevistadas ven como condicionante para la inscripción en un seguro de salud formal (tanto público como privado) la necesidad de disponer de la documentación legal. Las personas migrantes indocumentadas con certificado de empadronamiento sí tenían acceso a la sanidad pública. Sin embargo, las personas participantes relataron que quienes tienen dificultades en obtener el empadronamiento por diferentes motivos o no pueden demostrar una residencia legal mayor de 3 meses no podían tener acceso a la sanidad pública ni la atención primaria. Cuando son admitidas en urgencias deben financiar su uso de los servicios sanitarios con sus recursos propios o a través de los servicios sociales. La falta de trabajo o de ingresos periódicos y el coste de los seguros de salud fueron las principales barreras señaladas para la contratación de seguros privados.

2) Lagunas en los seguros formales

Por otra parte, las personas participantes relatan que los seguros de salud formales no permiten la repatriación de quienes prefieren seguir un tratamiento cerca de sus familiares en Senegal. Según los/las participantes, muchas personas migrantes senegalesas carecen de apoyo familiar en España y no suelen tener la ayuda necesaria a domicilio para cuidarse durante la rehabilitación después del tratamiento médico. Además, afirmaron que seguir un tratamiento en su país de origen les permite poder optar a la medicina tradicional, en la que muchos de ellos confían por sus creencias y tradiciones. No obstante, solo el 20% de las personas participantes preferían la medicina tradicional a la occidental.

Además, para una persona que se acerque al final de su vida, la repatriación antes de fallecer evitaría el coste mucho mayor de la expatriación del cadáver para entregarlo a sus familiares. Las personas migrantes senegalesas piden ser sepultadas en su tierra de origen, por sus costumbres.

Tabla 1
Características de los/las participantes en las entrevistas

Características	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Edad, media, años (DT)	41 (10,5)	40,3 (4,7)	40,9 (9,4)
Sexo	11 (78,57)	3 (21,43)	14 (100)
Estatus de inmigrante			
Documentado/a	5 (45,45)	2 (66,67)	7 (50)
Indocumentado/a	6 (54,55)	1 (33,33)	7 (50)
Ocupación			
Venta ambulante	3 (27,27)	1 (33,33)	4 (28,57)
Ayudante cocinero	1 (9,09)	0	1 (7,14)
Estudiante	1 (9,09)	0	1 (7,14)
Agente de seguridad	0	1 (33,33)	1 (7,14)
Informático/a	1 (9,09)	0	1 (7,14)
Soldador/a	0	1 (33,33)	1 (7,14)
Obrero/a agrícola	3 (27,27)	0	3 (21,43)
Traductor jurado	1 (9,09)	0	1 (7,14)
Desempleado/a	1 (9,09)	0	1 (7,14)
Educación			
Sin estudios	5 (45,45)	2 (67,67)	7 (50)
Secundaria	3 (27,27)	1 (33,33)	4 (28,57)
Estudios universitarios	3 (27,27)	0	3 (21,43)
N.º familiares dependientes, media (DT)	8 (3,3)	9 (3,5)	8 (3,2)
Conocimientos sobre seguros formales			
Sí	10 (90,91)	2 (66,67)	12 (85,71)
No	1 (9,09)	1 (33,33)	2 (14,29)
Seguro de salud privado			
Sí	1 (9,09)	0	1 (7,14)
No	10 (90,91)	3 (100)	13 (92,86)
Protección social pública			
Sí	9 (81,82)	2 (66,67)	11 (78,57)
No	2 (18,18)	1 (33,33)	3 (21,43)
Personas que dejaron su seguro privado para participar en la tontina	3 (27,27)	1 (33,33)	4 (28,57)

DT: desviación típica.

Tabla 2
Características de los/las participantes en el grupo de discusión

Características	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Edad, media, años (DT)	43,6 (16,4)	56,5 (14,8)	46,2 (16,2)
Sexo	8 (80)	2 (20)	10 (100)
Estatus de inmigrante			
Documentado/a	1 (12,5)	1 (50)	2 (20)
Indocumentado/a	7 (87,5)	1 (50)	8 (80)
Ocupación			
Venta ambulante	7 (87,5)	0	7 (70)
Jubilado/a	0	1 (50)	2 (20)
Obrero/a agrícola	1 (12,5)	1 (50)	1 (10)
Educación			
Sin estudios	4 (50)	2 (100)	6 (60)
Secundaria	4 (50)	0	4 (40)
N.º familiares dependientes, media (DT)	7,5 (3,6)	8,5 (0,7)	7,7 (3,7)

DT: desviación típica.

Factores influyentes en la participación en la tontina

1) Motivos de la participación

Las personas migrantes senegaleses consideran relevante, en su adhesión a la tontina, la necesidad de proteger a los/las más vulnerables: indocumentados/as, personas mayores, personas migrantes en desempleo, etc. Asimismo, los/las participantes afirman que, gracias a su capacidad de compartir riesgos entre un gran número

de personas, la tontina tiene un coste mensual menor que los seguros privados y tiene más en cuenta la situación de las personas migrantes: los/las indocumentados/as sin protección social, la necesidad del apoyo familiar para la rehabilitación, etc. El coste de adhesión a la tontina varía según la situación personal, pudiendo llegar a ser cero para los/las más vulnerables (personas migrantes en desempleo, mayores o con determinadas enfermedades).

2) Transparencia y autogestión

Tabla 3
Resumen de citas textuales

Temas	Citas textuales	
Factores influyentes en la cobertura de seguros de salud formales, tanto públicos como privados	Barreras/dificultades para acceso a seguros formales	E8: «Por ejemplo el seguro de salud del banco es formal, pero no todos podemos acceder a esta opción, los que no tienen papeles (refiriéndose a los inmigrantes irregulares) no pueden tenerlo.» E4: «Sí tengo conocimientos de los seguros privados porque lo tenía antes. Ahora no lo tengo. Es más caro también y no es asequible para los que no trabajan o aquellos que tienen trabajos precarios como la venta ambulante.»
	Lagunas en los seguros formales	E13: «Nosotros no somos de aquí (España), si yo mañana estoy muy enfermo, ¿quién me cuida? Mi familia está muy lejos y prefiero curarme allí, y si me tengo que morir, que no les suponga un coste. Todos los senegaleses que se mueren aquí ponemos dinero entre nosotros y pagamos para que puedan volver con su familia y descansar en su tierra. Ningún senegalés quiere que le sepulten aquí y los seguros de salud de aquí no te permiten eso.»
Factores influyentes en la participación en la tontina	Motivos para la participación en la tontina	P4: «Nuestra tontina no tiene restricciones como los seguros formales y podemos permitir a los inmigrantes de origen senegalés, especialmente los más vulnerables, participar en ella.» P10: «Yo pagaba 70 euros anuales en los bancos, pagaba más, pero también si pasa algo el beneficio que uno gana con los bancos es mayor. Pero aquí poniendo 25 euros estoy ayudando a otros que no podían pagar 70 euros en el banco. La tontina es más social.»
	Transparencia y autogestión	P8: «Hay transparencia, es para todos los senegaleses, lo gestionamos nosotros y nos conocemos muy bien. Hay un grupo de personas que controlan todos los niveles y es como un sistema formal: vamos y hablamos con la gente para decirles cómo funciona y en cada evento que tenemos les recordamos la importancia. Tenemos un tesoro y por cada aportación recibes una factura y todos tienen una tarjeta de miembro de la asociación.»
Contribución de la tontina para el acceso a la salud	Acceso a la asistencia médica	P7: «Actualmente, por ejemplo, la tontina es muy beneficiosa en Senegal. Por ejemplo, los que la usan con objetivos de celebraciones matrimoniales u otras cosas son exitosos, y solo la usan gente que decimos que no pueden ahorrar nada a fin de mes. Así como tal lo hacemos para la salud y funciona. Aquí cotizamos no todos la misma cantidad, tenemos muy en cuenta la gente que no puede hacerlo porque nos conocemos muy bien, y si le pasa algo a alguien, le damos una cantidad con la que se paga las consultas e incluso sus medicinas.»
	Acceso a servicios de importancia cultural	P6: «Muchas gentes piensan en la medicina tradicional cuando llevan meses con tratamiento y no ven mejoras, y también hay otras personas que, por ejemplo, el médico les dice que les queda poco tiempo de vida y prefieren volver con sus familiares. Todo esto nuestra tontina lo garantiza con una ayuda económica.» P1: «Es una ayuda mutua, el que es miembro, imagínate, toquemos madera, que le pase algo [refiriéndose a la muerte], eso permite que le llevemos de retorno a Senegal porque nadie quiere quedarse aquí. Todos queremos una sepultura en un cementerio acorde a nuestra religión y que se nos sepa en nuestra tierra cerca de nuestros familiares. Ser miembro de esta tontina te permite eso.»

Otro aspecto expresado por los/las participantes a favor de la tontina es la transparencia. A través de sistemas colectivos de autogestión y gobernanza interna, los propios miembros de la tontina son responsables para su gestión, así como para decidir sobre las normas de admisión en ella. Para ingresar en la tontina es imprescindible ser apadrinado/a por un miembro.

Contribución de la tontina para el acceso a la salud

1) Acceso a la asistencia médica

La tontina permite el acceso a la atención médica a las personas migrantes indocumentadas excluidas de la sanidad pública debido a barreras administrativas al no disponer de la tarjeta sanitaria por no tener el certificado de empadronamiento u otros motivos. Asimismo, permite a las personas migrantes indocumentadas sin protección social la financiación del acceso a los servicios hospitalarios públicos (alta hospitalaria programada o urgente y urgencia ambulatoria), así como el acceso a un tratamiento en centros privados y a fármacos con receta.

2) Acceso a las prácticas de importancia cultural

La tontina permite financiar las prácticas de importancia cultural para las personas migrantes senegalesas, como seguir un tratamiento de medicina tradicional, así como, si fuese necesario, la expatriación de cadáveres por avión. Además, la tontina permite seguir un tratamiento en su país de origen.

Discusión

Aunque hay literatura sobre otras funciones de las tontinas en España¹⁴, hasta donde sabemos este es el primer estudio sobre la financiación informal del acceso y el uso de los servicios sanitarios para personas migrantes.

En consonancia con otro estudio²⁵, los relatos de los participantes muestran que, aunque en Andalucía no se aplicó el RDL 16/2012, las personas migrantes indocumentadas recién llegadas o con dificultades administrativas para disponer de pruebas de residencia mayor de 3 meses estaban excluidas de los servicios sanitarios primarios y preventivos. Como resultado, la condición de migrante indocumentado/a se convierte en un eje de desigualdad definido por su propio estatus en la sociedad, constituido por las restricciones al acceso a la sanidad junto con las limitaciones en el acceso al

mercado de trabajo, diferencias culturales y otros factores estructurales de que dependen sus condiciones de vida^{26,27}.

Contrariamente a otros colectivos de personas migrantes¹¹, el 80% de la muestra prefieren, como primera opción, la medicina occidental antes que la medicina tradicional, datos que coinciden con el estudio de Ojeleke et al.²⁸. Sin embargo, los resultados muestran que las personas migrantes senegalesas quieren tener la opción de la medicina tradicional. Estos hallazgos pueden explicarse, en primer lugar, por la tendencia de preservar su identidad cultural y tener la medicina tradicional como alternativa²⁹, y en segundo lugar por la «gravidad» de la enfermedad, el tipo de atención recibida y los recursos financieros³⁰.

Finalmente, este estudio pone de manifiesto que, para las personas migrantes senegalesas, las protecciones sanitarias públicas no tienen en cuenta las opciones de ser tratado/a en su país de origen ni sus prácticas culturales, el acceso a la medicina tradicional como alternativa, ni la expatriación de cadáveres. En este sentido, la tontina complementa los servicios formales al contemplar estas necesidades con un sistema basado en la proximidad, la equidad y la confianza mutua entre sus miembros¹⁸. Las tontinas continúan una larga tradición en la que las comunidades desfavorecidas y vulnerables resisten estas múltiples fuentes de discriminación y desigualdad mediante la autoayuda, la confianza y la solidaridad³¹.

Fortalezas y limitaciones del estudio

En primer lugar, se utilizó una muestra de conveniencia, sin incluir a personas migrantes senegalesas para quienes la tontina no ha funcionado tan bien o que por alguna razón no pudieron o no quisieron participar en ella, lo que dificulta inferir que la muestra sea representativa de la comunidad de migrantes senegaleses/as en Andalucía o España. Asimismo, la participación de los hombres fue bastante dominante en la muestra (79%). Sin embargo, a pesar del pequeño tamaño muestral, es interesante notar el alto grado de acuerdo entre los/las participantes, y los resultados son concordantes con los de otros estudios^{11,27}. Otra limitación puede estar relacionada con la traducción de las transcripciones. A pesar de que la realización de las entrevistas y el grupo de discusión en el dialecto senegalés (wolof) limita las dificultades de comunicación y la negativa a la participación, su traducción al español podría provocar la pérdida de significado de algunas palabras.

Este estudio se enfocó en el uso de los sistemas de financiación formales, así como en la utilización y la contribución de la tontina para el acceso a la atención médica. Se han planificado investigaciones futuras para comparar las experiencias de los miembros de tontinas en otras ciudades españolas y profundizar en algunos factores tratados superficialmente en este trabajo; por ejemplo, el rol de las mujeres en la asociación, su gobernanza, estimar de forma cuantitativa el uso y los costes de los servicios sanitarios formales y tradicionales para los miembros de la asociación (copagos, tarifas públicas y precios privados), y su método de financiación (pago de bolsillo, tontina o seguridad social).

Conclusiones

Las personas migrantes senegalesas utilizan las tontinas para la financiación de los servicios de prácticas culturales no incluidos en el sistema de salud español, así como para la financiación del acceso a la salud a las personas migrantes indocumentadas excluidas del acceso a la atención médica.

Este estudio es el primero en proporcionar una comprensión de un mecanismo de financiación propio de una colectividad de migrantes bastante desconocida por la sociedad española.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

La transcripción completa de las 14 entrevistas y el grupo de discusión se encuentra en los [Apéndices online](#).

¿Qué se sabe sobre el tema?

Para hacer frente a las desigualdades en el uso y acceso a la asistencia médica, surgieron movimientos de solidaridad con el fin de garantizar unas protecciones mínimas a las personas migrantes indocumentadas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Los inmigrantes senegaleses utilizan asociaciones informales de ahorro y crédito (tontinas) para compartir riesgos y proteger a sus miembros más vulnerables.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados obtenidos avalan la importancia de las tontinas para los inmigrantes para tener acceso a servicios sanitarios y mantener sus prácticas culturales.

Editor responsable del artículo

Miguel Ángel Negrín Hernández.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M. Diop es responsable de todo el proceso de realización de diseño, trabajo de campo, análisis y redacción del artículo.

Agradecimientos

Todo el agradecimiento a la tontina de inmigrantes senegaleses de Granada, a María Ángeles Zaragoza Pérez, profesora y administradora del Instituto Zaidin-Vergeles, y a Manuel Rodríguez Garzón, director del Instituto Zaidin-Vergeles, por sus aportes y compromiso para la realización de esta investigación. El autor agradece especialmente al profesor David Epstein, a Nuria Romo Avilés y a Rita Sobczyk, de la Universidad de Granada, por su inestimable colaboración en la iniciación, la coordinación y el desarrollo del trabajo de campo, y la redacción del manuscrito.

Financiación

Este estudio ha recibido financiación de la Unidad Científica de Excelencia: Desigualdad, Derechos Humanos y Sostenibilidad (DEHUSO) de la Universidad de Granada.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2021.11.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.007).

Bibliografía

1. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, et al. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2012;105:1–9.
2. López-Fernández LA, Millán JIM, Ajuria AF, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2012;26:298–300.
3. Gallo P, Gené-Badía J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 2013;113:1–7.
4. Cimas M, Gullon P, Aguilera E, et al. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*. 2016;120:384–95.
5. Juanmarti Mestres A, López Casanovas G, Vall Castelló J. The deadly effects of losing health insurance. *Eur Econ Rev*. 2018;131:103608.
6. Jiménez-Rubio D, Vall Castelló J. Limiting health-care access to undocumented immigrants: a wise option? *Health Econ*. 2020;29:878–90.
7. Bruquetas-Callejo M, Perna R. Migration and healthcare reforms in Spain: symbolic politics, converging outputs, oppositions from the field. *South Eur Soc Polit*. 2020;25:75–98.
8. Beck TL, Le T-K, Henry-Okafor Q, et al. Medical care for undocumented immigrants. *Prim Care*. 2017;44:e1–13.
9. Zaklaci RD. Access to health care for illegal migrants: ethical implications of a new health policy in the UK. *Br J Gen Pract*. 2019;69:56–7.
10. Scheppers E. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract*. 2006;23:325–48.
11. Badanta-Romero B, Lucchetti G, Barrientos-Trigo S. Access to healthcare among Chinese immigrants living in Seville, Spain. *Gac Sanit*. 2021;35:145–52.
12. Urtaran-Laresgoiti M, Fonseca Peso J, Nuño-Solinís R. Solidarity against health-care access restrictions on undocumented immigrants in Spain: the REDER case study. *Int J Equity Health*. 2019;18:82.
13. Kounou G, Akpona C, Ahouantchede H, et al. A social network-based architecture for on-line RoSCAs in the developing world. *Proceedings of the 4th Annual Symposium on Computing for Development, ACM DEV*. 2013:10–1.
14. Sow P. Formes et comportements d'épargne des Sénégalais et Gambiens de la Catalogne (Espagne). *Geographie et Cultures*. 2005;56:39–56.
15. Henry Tchente GH, Guillerme-Dieumegard PA. Tontines et banques au Cameroun: les principes de la société des amis. Paris: Karthala. 1991.
16. Servet JM, Akpaca M. Epargne et liens sociaux: études comparées d'informalités financières. Paris: Association d'Économie Financière. 1995.
17. Semin J. L'argent, la famille, les amies: ethnographie contemporaine des tontines africaines en contexte migratoire. *Civilisations*. 2007;56:183–99.
18. Mayoukou C. Intermédiation tontinière: proximité et confiance. En: Brenoux P, Servet JM, editores. *La construction sociale de la confiance*. Normandie: Montchrestien; 1977. p. 219–34. Disponible en: <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02365223>.
19. Ostrom E, Merino Pérez L. El gobierno de los bienes comunes: la evolución de las instituciones de acción colectiva 2.ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
20. Adams WC. Conducting semi-structured interviews. En: *Handbook of practical program evaluation*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons; 2015. p. 492–505.
21. Krueger RA, Casey MA. Focus group interviewing. En: *Handbook of practical program evaluation*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons; 2015. p. 506–34.
22. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications; 1994.
23. Constantinidis C, Lebègue T, Abboubi M, et al. How families shape women's entrepreneurial success in Morocco: an intersectional study. *Int J Entrep Behav Res*. 2019;25:1786–808.
24. Fajardo-Fernández R, Soriano-Miras RM, Trinidad Requena A. Intersectionality applied to the study of global economy: the case of workers in relocated industries in Morocco. *Third World Thematics: A TWQ Journal*. 2019;4:44–62.
25. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, et al. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios. *Gac Sanit*. 2015;29:244–51.
26. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, et al. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
27. Gea-Sánchez M, Gastaldo D, Molina-Luque F, et al. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health Soc Care Community*. 2017;25:424–34.
28. Ojeleke O, Groot W, Pavlova M. Care delivery among refugees and internally displaced persons affected by complex emergencies: a systematic review of the literature. *J Public Health*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01343-7>.
29. Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:461.
30. Chávez Rodríguez A, Córdova Ramírez PJ. Uso y percepción de la medicina tradicional, la alternativa y el curanderismo en migrantes indígenas. *Tempus Psicológico*. 2018;2:212–29.
31. Schmid E, Howard DB, Joseph Borrell A, et al. Mutual organizations/mutual societies. En: Anheier HK, Toepler S, editores. *International Encyclopedia of Civil Society*. 2010:1015–21.