

Percepción y autovaloración de la salud entre las mujeres de la Comunidad de Madrid

ÁNGELA REDONDO GONZÁLEZ
Departamento de Geografía Humana. U.C.M.

1. INTRODUCCIÓN

Definir la salud en términos absolutos es prácticamente imposible, ya que engloba tanto aspecto subjetivos como objetivos y sociales. Primordial resulta conocer el sentir de la población sobre su estado de salud. Por ello, a lo largo del siguiente artículo trataremos de analizar la autovaloración y percepción de la salud de un determinado colectivo, en este caso el de las mujeres en la Comunidad de Madrid.

2. INVESTIGACIONES EN SALUD

Una de las grandes dificultades con que se encuentran los estudios sobre salud en la sociedad actual y en el contexto de comunidades concretas, estaba en no disponer de un modelo conceptual y metodológico apropiado para realizarlo, puesto que el clásico que plantea el que las enfermedades ocurren principalmente por agentes patógenos y por el grado de vulnerabilidad del individuo resulta insuficiente, por ser esta metodología individualista y generar por ello soluciones también individuales. Evidentemente este planteamiento aun siendo muy valioso es claramente insuficiente.

Por ello, en epidemiología se recomienda emplear parámetros psico-sociales, que nos ofrezcan una visión global de las relaciones salud-enfermedad. Esta visión de conjunto se recoge en la Encuesta Nacional de Salud, en la cual se incorporan variables relacionadas con la estructura social y que constituyen indicadores psico-sociales de primer orden (padecimiento de ciertas dolencias y enfermedades, hábitos relacionados con la salud y la autovaloración de salud y bienestar). Además de las anteriores se incorporan las

personales de sexo y edad que tienen un gran peso específico en relación con los comportamientos psico-sociales.

En relación con el género de los datos obtenidos en la E.N.S de 1995 y 1997 (cuadro n.º 1) se puede deducir: primero, que en los dos años que separan las respectivas encuestas ambos géneros han aumentado el grado de autovaloración de la salud, pasando de un 75,4% al 76,5% en los hombres y del 68,2% al 69,8% en las mujeres. Segundo, que en la valoración de los hombres en cuanto a los grados de salud muy bueno y bueno es superior al de las mujeres, en ambos periodos, en algo más de 6,5 puntos. No obstante al llegar al grado de regular la situación se invierte y el 22,6% aseguran tener salud regular, frente al 17,9% de los hombres. En el grado de mala y muy mala salud también es superior el porcentaje de las mujeres en algo más de 1,5 puntos que en los hombres. Como la esperanza media de vida es claramente superior en las mujeres, con los datos anteriormente enunciados parece confirmarse la hipótesis de la «muy mala buena salud de las mujeres». Estas diferencias se pueden explicar, en parte por las posibles diferencias en cuanto a los valores transmitidos en el proceso de socialización en función del género donde el hombre ha de manifestarse como más fuerte.

CUADRO N.º 1
Autovaloración del estado de salud. Porcentajes

	<i>T.1995-1997</i>	<i>H.1995-1997</i>	<i>M.1995-1997</i>
Muy bueno	16,5-17,2	18,1-18,7	15,0-15,8
Bueno	55,2-55,9	57,3-57,8	53,2-54,0
Regular	21,3-20,9	18,4-17,9	24,2-22,6
Malo	5,4-5,3	4,8-4,7	5,9-5,9
Muy malo	1,5-1,3	1,4-1,01	1,6-1,6

Fuente: ENS 1995-1997.

Si la variable de género es importante, no lo es menos la de territorio, principalmente porque el concepto de nicho ecológico y su plasmación concreta en territorios de referencia es decisivo, tanto en los temas de salud comunitaria como en los de diagnóstico de las necesidades sociales. No hay que olvidar que el territorio además de constituirse en el requisito físico y primario de una comunidad, tiene la característica propia de aglutinar en él toda una serie de factores socioeconómicos. En la autovaloración de la salud percibida, en la Comu-

nidad de Madrid, la capital presenta valores superiores en cerca del 5% respecto a las localidades de población de tamaño inferior y en cerca de 10 puntos en relación con los municipios más pequeños (cuadro n.º 2). En los valores porcentuales relativos a la valoración de malo y muy malo también son superiores en las ciudades mayores de 1 millón de habitantes y por lo tanto en la ciudad de Madrid. Da la impresión que a mayor tamaño la población es mas optimista, pero a la vez también se descubre como más pesimista, lo que claramente pone en evidencia que existe en ella un claro desequilibrio y desigualdades. En conjunto, podría deducirse que en general la vida urbana presenta mas riesgos para la salud que la rural, pero al mismo tiempo ofrece mas protección que aquella.

CUADRO N.º 2
Autovaloración de la salud por tamaño del municipio. Porcentajes

	<i>Total</i>	<i>< 20.000</i>	<i>100.000- 400.000</i>	<i>400.000- 1.000.000</i>	<i>Mas 1.000.000</i>
Muy bueno	17,2	13,6	17,7	18,5	23,2
Bueno	55,9	56,9	57,5	58,0	55,7
Regular	20,2	23,0	19,5	18,9	15,1
Malo	5,3	5,6	3,9	3,8	4,2
Muy malo	1,3	0,9	1,4	0,8	1,5

Fuente: ENS 1997.

Si uno de los objetivos de la E.N.S es el del aprovechamiento de esta información para la planificación sanitaria y la atención a los usuarios de servicios de salud en consonancia con el sentir de los mismos y su estado de salud, esta investigación nos permite conocer la percepción de salud de la población española no institucionalizada, pero no ocurre lo mismo con la población inmigrante, tanto a nivel nacional como al de comunidades autónomas, ya que en esta encuesta no se incluye a este colectivo.

3. SALUD, INMIGRACIÓN Y MUJER EN LA COMUNIDAD DE MADRID

España por su situación geográfica, al N. de África y al S.O. de Europa aparece desde finales del s. XX como país receptor de inmigrantes, proce-

dentes del Magreb, África Subsahariana, de América Latina y más recientemente de la Europa Oriental. Las trayectorias de origen-destino de estas poblaciones hacia los países de la U.E. esta configurando un nuevo atlas geográfico y etnocultural en Europa.

En España en los últimos años ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia la llegada de inmigrantes. En estos momentos y según el padrón de habitantes del año 2001 el volumen en la comunidad de Madrid asciende a 522.759 personas de los cuales 257.842 son hombres y 264.917 mujeres.

Con la entrada en vigor de la ley 4-2000 del 12 de Enero y con su posterior modificación del 8-2000 sobre derecho y libertades de los extranjeros en España, que estén inscritos en el padrón del municipio donde residan, la situación sanitaria ha mejorado mucho, pero aun son frecuentes los casos que por temor, desconocimiento, o problemas burocráticos para obtener el empadronamiento no acuden a la red de asistencia sanitaria pública, continuando siendo asistidos por las diversas O.N.G que actúan en el territorio nacional.

Desde nuestro punto de vista, conocer la salud, tanto objetiva como subjetiva de los inmigrantes, es una cuestión muy importante tanto por las implicaciones que tiene para ellos en su vida cotidiana como por las repercusiones que puede y debe de tener en materia de salud pública y comunitaria. Las investigaciones realizadas en este campo son muy escasas aunque son ya varias las autonomías que han llevado a cabo investigaciones centradas en este tema (la Escuela Andaluza en Salud Pública, y la de Cataluña). De las conclusiones obtenidas en ellas interesa resaltar las siguientes: *primero*, que la población extranjera residente en España tiene características socio-demográficas y situaciones de vida muy diferentes según el continente y país de origen, etnia cultural y grupo social de pertenencia. Actualmente coexisten tres tipos de inmigración, la «documentada», la de los exiliados y refugiados políticos y la inmigración de los países más pobres con un IDH medio bajo, la que denominamos inmigración económica como categoría sociológica. Dentro de ella se distinguen dos grupos distintos: los procedentes de América Latina con diferencias en su cualificación profesional, mas alta en el Sur y más baja en Centro América, y los procedentes de África, principalmente del Magreb y de Asia. Estos colectivos se caracterizan por la concentración de sus asentamientos y en general por sus precarias condiciones de trabajo, así como por sus frecuentes situaciones de regularidad administrativa. En lo relativo a la repercusiones que las diferentes situaciones de vida de estas poblaciones tienen en su estado de salud hay que destacar la gran influencia de la cultura en los patrones de comportamiento y en los hábitos de salud. *Segundo*, en cuanto a la autovaloración de la salud el estudio realizado en Granada, el 43% de los inmigrantes africanos afirman que su salud era regular y

el 3% mala. Si tenemos en cuenta que se trata de una población joven y que la inmigración económica tiende a ser selectiva, se puede en principio deducir que estos porcentajes dan a entender una situación de salud precaria. Esta suposición es compartida por otros autores (V. Abad) para quienes los niveles de salud de los africanos subsaharianos vienen dados por las situaciones que estos han de afrontar en España.

En la Comunidad de Madrid contamos con una reciente investigación realizada por el Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad y llevadas a cabo por Castillo. S., Mazarrasa. L. y Sanz. B.. Su propósito es conocer la percepción, accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de las mujeres inmigrantes de la comunidad de Madrid. En su investigación titulada «Las mujeres inmigrantes hablan de salud», se incorporan 18 entrevistas a mujeres inmigrantes procedentes de Marruecos, Ecuador y Filipinas, mayores de 15 años y con un periodo de estancia en España superior o igual a 6 meses. Otras 8 entrevistas se dirigieron al personal socio-sanitario de centros donde se atiende a población inmigrante. El estudio se completó con dos grupos de discusión con coordinadores médicos de los Centros Municipales de Salud y con cinco entrevistas con grupos de mujeres inmigrantes.

De este estudio cualitativo se presentan como principales hallazgos por una parte cuales son los elementos discursivos de las mujeres inmigrantes cuando hablan de salud y de enfermedad, y por otra las dimensiones contextuales que ayudan a explicar las diversas situaciones.

Los aspectos más destacados de su discurso son:

- a) Al hablar de salud se refieren a la ausencia de enfermedades, estableciéndose gradientes en esta consideración (el dolor de cabeza para una mujeres era una incapacidad física y para otras no se consideraba como enfermedad).
- b) En esta percepción, el tiempo y las condiciones de estancia en España parecen influir intensamente: las mujeres que hablan de estrés continuado, y presión social se corresponden con las que han tenido un proceso migratorio reciente y duelos aun sin velar, (los últimos estudios de Achotegui demuestran que hay una clara correlación entre migraciones actuales e incremento de los trastornos mentales), dejando claro que las condiciones sociales especialmente difíciles en las que se esta efectuando esta inmigración y que afecta principalmente a la población extracomunitaria favorecen la presencia de patologías psiquiátricas, mientras que artrosis operaciones y otras enfermedades biológicas corresponden a mujeres con una larga estancia en la Comunidad.

- c) En los discursos se observa como al hablar de salud, hacen referencia a situaciones pasadas que pueden explicar la actual (enfermedades en la infancia, malas condiciones medioambientales, etc.).
- d) Al aludir a los hábitos de vida en relación con la salud directamente hacen referencia a las costumbres saludables, de no consumir sustancias perjudiciales para la salud (tabaco o alcohol), y a la alimentación sana a base de verduras.
- e) Otro de los elementos discursivos aparecidos en los relatos en este caso de las mujeres procedentes de Marruecos, es la religión. Dios es proveedor de salud, la persona está en sus manos y la salud es un regalo. El estado normal de la persona que hace lo que Dios dice es el de tener salud.
- f) Salud y trabajo van a estar relacionados. El proyecto migratorio de la mayoría de las mujeres inmigrantes se centra en trabajar, ganar dinero y enviárselo a la familia, ahorrar y así poder mejorar su nivel de vida. De ahí que sea un bien que no se puede permitir perder. La salud entre los inmigrantes es vista como un bien de «uso» frente a la concepción que la sociedad española tiene como bien de «consumo».
- g) Las expectativas no cumplidas, el descenso brusco de posición socio-económica y el fracaso inicial de un proyecto migratorio es vivido como sufrimiento psicológico.

De todo lo expuesto anteriormente se desprenden, según esta investigación unas categorías pertinentes para comprender el significado atribuido a la salud y a la enfermedad:

- *Lo corporal*: cuidarse, tomar sustancias protectoras o curativas como creencias de salud.
- *Lo ambiental*: el cuerpo esta expuesto a agentes externos que pueden desequilibrar el organismo (el clima, una tierra extraña etc.).
- *El azar*: lo incontrolable, aquello que escapa a la voluntad del individuo y que afecta al cuerpo.
- *Las redes de apoyo social y familiar*, «los otros» se representan como un factor de protección frente a la enfermedad.
- *El futuro*: la salud como capital que debe de rentabilizarse, evitando que se agote en el presente ya que es necesaria para cuando algún día regrese a su país.
- *Lo social*, cuidarse significa cuidar a los demás. Hay que cuidar la salud para poder cuidar a la familia. En resumen la salud y la enfermedad pasan por aquello que tiene que ver con lo orgánico, lo corporal y lo mental.

En el análisis de este estudio se observa, al igual que en otros similares, que el abandono del país de origen y la llegada a un medio diferente supone un choque cultural que necesita de un proceso de adaptación o cambio, en el cual ir integrando la nueva información que llega del exterior sobre la ordenación de la estructura social en el país de destino. Esta adaptación supone un reajuste psicológico que no siempre se alcanza.

Los problemas psicosomáticos y alteraciones psíquicas o mentales son con frecuencia responsables de la depresión y de la ansiedad de las mujeres inmigrantes. En este sentido ofrecemos a modo de ejemplo algunos datos sanitarios que ayudan a corroborar esta afirmación. Médicos del Mundo en sus programas de atención a inmigrantes (CASSIM) en la Comunidad de Madrid atendió en el año 2000 a 996 personas, entre 25 y 34 años principalmente de las cuales el 51,3% eran mujeres procedentes principalmente de Latinoamérica y en menor medida de África Subsahariana y del Magreb. En cuanto a la atención sanitaria siguiendo la distribución de patologías tratadas en función de la clasificación internacional de enfermedades (ICD9) las más frecuentes han sido las del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (23,3%) y las enfermedades del aparato digestivo (11,2%). De las principales patologías tratadas según el sexo en las mujeres destacan las patologías del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (26,8%), las motivadas por trastornos mentales (9,4%), del aparato digestivo (9,3%) y del aparato genitourinario (88,6%). De los datos incorporados anteriormente claramente se puede deducir que la mayor parte de las patologías observadas pueden estar relacionadas con problemas psicosomáticos y psicológicos.

De todo lo expuesto hasta este momento, claramente se desprende que existen unas variables individuales como las sociogeográficas y otras generales como las medioambientales, entendidas en el sentido amplio de la palabra y que aparecen entre ellas claramente interrelacionadas. Por ello es necesario como señala Salleras Sanmartí, un enfoque multifactorial entre investigadores sociales y sanitarios, en las investigaciones sobre salud, que nos permitan conocer todas las características de la comunidad, tanto las objetivas como las subjetivas, en la que se desea actuar, ya que no hay que olvidar que si no hay dos personas iguales tampoco existen dos comunidades idénticas.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHOTEGUI, J. (2001): *La salud de los inmigrantes*. Informe anual. SOS. Racismo. Icara Editorial. Barcelona, pp. 190-6.
- (2002): «Los duelos de la migración». *Jano. Psiquiatría y Humanidades* n.º 2, p. 15.

- CARTILLO, S.; MAZARRASA, L. y SANZ, B. (2001): «Mujeres inmigrantes hablando de su salud». Utilización de su discurso como estrategia para promocionar su salud. *Index de enfermería*. Otoño 2001. Año X, n.º 34.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1995): Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1997): Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- MÉDICOS DEL MUNDO (2000): «Memoria anual». Madrid. 80 pp.
- SALLERAS SANMARTI, L. (1988): *Educación Sanitaria*. Editorial Díaz de Santos, Madrid. 270 pp.
- SOLA, O.; UGALDE, A. (1989): *I Reunión internacional en España sobre inmigración: Políticas Sociales y Salud*. E.A.S.P. Granada. 289 pp.