

Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios



Abril 2021

Elabora:

Financia:



Índice

INTRODUCCIÓN	3
1. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y/O DE ORIGEN EXTRANJERO.	5
1.1 Recomendaciones relacionadas con los determinantes sociales.	5
1.2 Recomendaciones relacionadas con la Interculturalidad y las competencias culturales	8
1.3 Recomendaciones relacionadas con la comunicación verbal	11
1.4 Recomendaciones relacionadas con la comunicación No verbal	13
1.5 Recomendaciones de atención durante la pandemia	16
2. DIFERENTES VIAS DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ARAGÓN	18
3. PROCESOS MIGRATORIOS Y SALUD MENTAL	26
3.1 Duelo migratorio / duelo migratorio extremo: El Síndrome de las personas migrantes con Estrés Crónico ó Síndrome de Ulises.	26
3.2 Transtorno de Estrés Post-Traumático (Tept)	30
3.3 Barreras de Acceso a la Asistencia en la salud mental y emocional	31
4. MIGRACIÓN Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	34
4.1 La Mutilación Genital Femenina	34
4.2 Los Matrimonios Forzosos:	37
4.3 La Prostitución y la Trata con Fines de Explotación Sexual	39
ANEXO 1: Conceptos teóricos relacionados con los procesos migratorios y la salud	42
• Asimilación Cultural / Multiculturalidad / Interculturalidad	42
• Competencia Cultural	43
• Determinantes Sociales De La Salud	44
• Interseccionalidad	46
• Sobrecarga Alostática:	47
• Etnicidad / Grupo Étnico:	47
• Migrante En Situación Administrativa Irregular	47
• Extranjero/A:	47
• Racismo / Xenofobia	48
ANEXO 2: Contactos y recursos de interés	50
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN

Las migraciones son procesos intrínsecos a la naturaleza humana y una constante a lo largo de la historia de la humanidad. Son varios los factores que las motivan y en función de la situación geopolítica, económica y social que se vive en cada momento, la trayectoria de los flujos migratorios varía

A largo de la historia han existido grandes movimientos migratorios. No es hasta finales de los 90 cuando España se convierte en un país de destino para muchas personas procedentes de otros países más empobrecidos, en respuesta a la imperiosa necesidad de mano de obra en sectores como la agricultura, la construcción, la hostelería y el servicio doméstico principalmente, que garantizase el ritmo de crecimiento económico que se había alcanzado. Esta tendencia creció hasta la crisis económica que se inició a finales de 2007, momento en el que, si bien no cesa totalmente, si que queda frenada. La misma crisis económica provocó la intensificación de los ya existentes flujos de jóvenes españoles/as que emigraban en busca de mejores oportunidades laborales hacia el norte de Europa, Norte de América, China, Australia...

El perfil de las personas que llegaron y se establecieron en España desde principios del siglo XX hasta la actualidad responde a una población joven, en buenas condiciones de salud y con alto grado de capacidad productiva, debido a que se trata como hemos dicho de una migración originada fundamentalmente por razones económica. Este hecho ha ayudado a frenar el proceso de envejecimiento demográfico que sufría el país, así como la despoblación del medio rural.

Podemos decir que nuestra sociedad hoy es más rica y plural gracias a la diversidad humana y cultural que han supuesto estos flujos. El intercambio cultural y el enriquecimiento mutuo es una oportunidad que debemos saber utilizar en beneficio de la comunidad.

El perfil del colectivo de las personas migrantes o de las personas cuyos padres o madres proceden de otros países es muy heterogéneo y nos podemos encontrar todo tipo de situaciones, pero como vamos a ver, existen determinantes sociales, factores de riesgo, tipologías de vulneraciones de derecho o situaciones de exclusión social que afectan a la salud de las personas. A pesar de que en general las personas migrantes suelen caracterizarse por ser personas con una gran capacidad de adaptación y resiliencia, que les permite superar las dificultades con las que se encuentran con sus propios medios, es importante considerar estos factores y tratar de fomentar una intervención integral socio-sanitaria.

Las personas al migrar llevan consigo un proyecto que quieren lograr, expectativas que desean satisfacer y unos conocimientos sesgados sobre el lugar al que se dirigen. Es necesario conocer determinados aspectos que rodean un proceso migratorio y que condicionan en gran medida su estado

de salud: conocer los patrones del duelo migratorio o poder detectar indicios de un posible Síndrome de Ulises o Síndrome del/a Inmigrante con Estrés Crónico es fundamental para detectar, prevenir o tratar la salud emocional que puede acabar somatizándose y provocando otros tipos de patologías en esta población.

Otro aspecto al que hemos querido dar relevancia es a la necesidad de hacer efectiva la integración en la práctica profesional de una mirada intercultural que incorpore los valores culturales que cada persona tiene sobre la salud rompiendo con los prejuicios adquiridos y el etnocentrismo cultural que lamentablemente todavía prevalece entre la población que pertenece a la cultura predominante de nuestra sociedad.

La finalidad de esta guía es reunir un conjunto de conceptos y conocimientos que son imprescindibles considerar para poder atender a las personas que han pasado por un proceso migratorio y a sus descendientes, así como unas recomendaciones basadas en esos mismos conceptos cuya incorporación a nuestra actividad profesional contribuirán a la supresión de determinadas barreras administrativas, legales, psicológicas, sociales y culturales en cuanto al acceso a la asistencia sanitaria de este colectivo. Todo esto redundará en una atención sanitaria de mayor calidad y en un enriquecimiento personal de las/os profesionales sociosanitarias/os

Esta guía recoge la experiencia acumulada por Médicos del Mundo a través de nuestro trabajo con población inmigrante, profesionales y otros agentes clave a través de la realización de talleres, actividades de sensibilización, participación en diversas plataformas de lucha por la población migrante y grupos de debate, junto con los datos obtenidos a través de la encuesta que hemos llevado a cabo sobre las barreras culturales en el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón y un grupo de discusión formado por diferentes referentes comunitarios que se llevó a cabo para recoger sus aportaciones.

1. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y/O DE ORIGEN EXTRANJERO.

Para garantizar una buena atención socio-sanitaria a las personas migrantes es clave **tratar de crear una relación basada en la confianza, el respeto y el dialogo, fomentando la participación de los/as pacientes como protagonistas de sus propios procesos.** Para ello es importante considerar las recomendaciones que vamos a dar a continuación desde el primer contacto con el centro de salud así como a lo largo de toda la intervención que se lleve a cabo.

El papel de cada profesional, es fundamental en esta labor. La labor de acogida que hacen las **personas responsables de Admisión en los Centros de Salud**, es primordial para iniciar una buena relación entre el ciudadano/a y el sistema sanitario. **Médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales**, son profesionales a los que accederán en un segundo momento y por tanto la actitud del/de la paciente estará condicionada por la experiencia de trato que haya tenido a la hora de solicitar la tarjeta sanitaria o solicitar la cita en el mostrador de Admisión.

1.1 Recomendaciones relacionadas con los determinantes sociales.

Como hemos explicado un proceso migratorio suele ir acompañado de **muchas pérdidas que las personas deben procesar.** De no tener capacidad para poder asumirlas, un duelo migratorio puede derivar en un síndrome de la persona migrante con estrés crónico.

Muchas personas migrantes han podido pasar por **experiencias traumáticas** durante su viaje migratorio: haber temido por su vida o integridad física, haber sido víctimas de redes de tráfico o de trata de personas, haber sufrido agresiones físicas, psicológicas o sexuales, etc.

Igualmente su situación social, económica, laboral y familiar en España, determinarán en gran medida su estado de salud física, psicológica y social. Las personas migrantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad social cuando no de exclusión social en una mayor proporción que las personas autóctonas.

Hay determinadas **violencias de género** de las que pueden ser víctimas las mujeres migrantes: la violencia dentro del contexto de la pareja por supuesto, pero además hay que prestar atención a otros tipos de violencia de los que pueden ser víctimas o supervivientes tales como la **mutilación genital femenina, los matrimonios forzosos, la prostitución, la trata con fines de**

explotación sexual... Igualmente se enfrentan a situaciones de **explotación laboral** en sectores como la agricultura o el servicio doméstico.

Las personas migrantes suelen tener una alta capacidad de resiliencia y muchas fortalezas de las que se sirven para buscar soluciones por sus propios medios.

En la gran mayoría de los casos tienen un **trato respetuoso y adecuado** frente a los profesionales sociosanitarios. Pero teniendo en cuenta los aspectos relacionados con su proceso migratorio y los determinantes sociales, **también debemos estar preparados/as para hacer un trabajo de contención emocional y/o lidiar con actitudes y sentimientos que pueden no ser las deseadas**, como por ejemplo:

- Un alto grado de desconfianza inicial.
- Sentimientos de ira enfado y frustración que se manifiestan en una comunicación tanto verbal como no verbal agresiva.
- Confusión y desorientación.
- Escasa capacidad de atención y retención de información
- Alto nivel de ansiedad.
- Exigencia de respuestas inmediatas a las demandas expresadas.
- Etc.

En cualquier caso, y especialmente en estos últimos, debemos **actuar desde la calma y el respeto**, entendiendo que su actitud **no guarda relación con nosotros/as**, sino con las experiencias vividas y/o la situación de vulnerabilidad en la que siente encontrarse. Por ello, aconsejamos tener en cuenta en todo momento las siguientes pautas de atención sanitaria de alta calidad que hay que emplear con cualquier paciente en una situación parecida::

- **Es necesario conocer su percepción**, cuáles son sus miedos y sus preocupaciones. Muchas veces las personas migrantes **no se sienten escuchadas**. Sienten que su opinión no es tenida en cuenta y en ocasiones es minusvalorada.
- **Pregunta el motivo de porque se siente o reacciona de una determinada manera**. La biografía del paciente te puede dar claves muy importantes para comprender sus reacciones y actitudes así como para establecer una relación de ayuda.
- **Tener en cuenta la situación social de la persona**, (si tiene vivienda o no, si es compartida, con cuántas personas, cómo es su alimentación, si tiene red social o familiar apoyo, que condiciones de trabajo tiene...)

- **Ante una situación de ansiedad, mantén la calma**, solo así podrás transmitirle tranquilidad.
- Ten en cuenta el **estigma social que pueden ocasionar el aislamiento, la inseguridad o abuso** hacia grupos específicos y las situaciones de extrema vulnerabilidad: personas sin hogar, mujeres en situación de prostitución, personas con enfermedades mentales...
- Explica al o a la paciente que el **centro de salud es un espacio seguro donde se garantiza la discrecionalidad, la confianza entre los/as profesionales y el/la paciente**.
- **Pon en su conocimiento** la figura del o la **trabajador/a social sanitario** tanto en los centros de salud como en los hospitales. **Muchas personas migrantes desconocen su existencia y sus funciones**.
- Fomenta una **intervención interdisciplinar y en coordinación entre los/as profesionales sanitarios/as, el personal administrativo y el o la trabajadora social**. Como hemos comentado, la salud está muy determinada por los **factores sociales** que rodean a cada persona y por tanto **es preciso intervenir de manera integral**. El **personal administrativo y sanitario es el que en muchas ocasiones tiene un primer contacto con los/as pacientes** y por tanto quienes pueden preguntar por estos aspectos y detectar indicios de situaciones de vulnerabilidad o de violación de derechos sobre las que se precise una intervención social y/o psicológica. Igualmente los/as **profesionales sanitarios/as pueden ser referentes de apoyo** importante durante la intervención.
- Ten en cuenta que la **Mutilación Genital Femenina, la prostitución y la explotación sexual o laboral, la trata de personas con diferentes fines** (explotación sexual, laboral, servidumbre, matrimonio servil, mendicidad...), **los matrimonios forzosos**, son prácticas que violan los derechos fundamentales de las personas. **Si detectas indicios** de algún tipo de violencia de género, violencia intrafamiliar, o vulneración de sus derechos como las mencionadas, **sigue los protocolos existentes para dichas situaciones, comunícalo al trabajador/a social del centro de salud y considera pedir asesoramiento si lo necesitas a entidades especializadas**.
- Muéstrate **disponible para seguir hablando siempre que lo necesite**. Sentirse **escuchado/a y acompañado/a es un apoyo muy valioso**.
- **Recuerda indicar cuándo y de qué manera te puede localizar**.
- Trata de **comprender las diferentes posiciones de poder y/o desigualdad** de la que parte cada persona y considerarlo a la hora de atenderlas. Atiende a las posibles barreras o resistencias (administrativas, políticas y económicas, formativas) que pueden surgir y que generen desigualdad social y de acceso al sistema sanitario o a los recursos sociales.
- **Se consciente de tu propia posición social**.

1.2 Recomendaciones relacionadas con la Interculturalidad y las Competencias Culturales

Actualmente, para poder desarrollar nuestro trabajo adecuadamente, es necesario basar la atención a la salud en dos principios estratégicos fundamentales que atienden a la diversidad cultural: la interculturalidad y la competencia cultural (ver anexo I).

Para ello os sugerimos varias **recomendaciones**:

- **Se consciente del grupo étnico y cultural al que tú mismo/a perteneces**, así como los valores, creencias, significados, modos de ver las cosas y vivirlas en los que se sustenta. **Relativízalos y considéralos no como los “normales”, “correctos” o “superiores a otros”, sino como una construcción social dinámica y en constante evolución que convive y se enriquece recíprocamente de muchas otras.**
- **Es necesario partir del concepto cultural de salud y enfermedad que tiene cada persona.** Una enfermedad lo es en tanto en cuanto una sociedad así lo define, es una construcción social.
- **Preguntar a las personas por las prácticas culturales de cada lugar**, lo cual nos permitirá identificar maneras de comportarse de cara a **negociarlas y dialogarlas**, ayudando a **borrar la barrera de lo “extraño” y “diferente”**. **No temas preguntar, siempre que sea necesario y lo hagas desde el respeto.**
- **Posibilitar la participación de las personas migrantes en la toma de decisiones relacionadas con su salud.** Asumir que lo que es importante para ellas lo es para nosotros/as también. Contar con la opinión, valores, preferencias de las personas para buscar soluciones teniendo en cuenta su contexto cultural.
- **No obviar el papel de la medicina tradicional y/o chamánica**, sino más bien explorarla previamente, y solo en caso de que pueda ser perjudicial para la salud, tratar de reorientarla a través del diálogo y la negociación. Debemos evitar imponer nuestro criterio valiéndonos de nuestro rol como profesionales.
- **Preguntar por aquellos medicamentos que suelen utilizar y que provengan de su país.** Es común, especialmente entre personas que hayan tenido un tratamiento farmacológico de larga duración o crónico en su país, continuar con su uso. En ocasiones pueden tener una mejor adherencia y resultado que otros, por lo que hay que estar abierto a conocerlos y estudiarlos.

- **Ante prácticas culturales que puedan afectar a su salud, evita los juicios morales y las muestras faciales de rechazo y desaprobación.** Trata de entender las razones que las motivan, e intervenir desde el **respeto y el diálogo**. Para ello se requiere haber creado un **clima de confianza** previamente.
- **Asegurar que entiende y acepta el diagnóstico** de su situación de salud y las **pautas de tratamiento**.
- **Tratar de adquirir competencias culturales y comunitarias**, para garantizar un tratamiento diferenciado en función de las creencias, tabúes, visiones y tradiciones: **Empatía, respeto, comprensión, escucha activa, confianza, convencimiento de la riqueza y el aprendizaje basado en la diversidad cultural.**
- **No utilizar a los hijos/as menores de edad como traductores/as**, especialmente si es información confidencial o que pueda afectar a cualquiera de las partes de manera no previsible.
- **En caso de utilizar traductores/as o mediadores/as interculturales ajenos/as al contexto social de la persona, solicitar su consentimiento con anterioridad y asegurar la confidencialidad de la información.**
- **Normalizar el uso del sistema de traducción telefónico existente y disponible para los/as profesionales del Sistema Aragonés de Salud.** En caso de no ser posible, utiliza herramientas de traducción como **APP's o Web's**.
- **Buscar el apoyo en caso necesario de mediadores/as interculturales ajenos/as al contexto social al que pertenece la persona atendida, y ofrecerles esta posibilidad. , especialmente en los casos en los que detectemos indicios de alguna de las formas de violencia de género descritas en la guía: MGF, trata con fines de explotación sexual, matrimonios forzados, violencia de género en el contexto de la pareja...**
- **Atender a las barreras culturales y religiosas. Buscar ayuda en asociaciones o entidades sociales especializadas que puedan ofreceros orientación o apoyo.**
- Atender a las **barreras digitales** que tienen muchas personas migrantes.
- Tratar de **utilizar materiales traducidos y adaptados a su cultura.**
- **Despojarnos de estereotipos y prejuicios** adquiridos hacia diferentes grupos étnicos o culturales. **Reflexiona y toma consciencia de tus propias conductas racistas y/o xenófobas. Incluso las personas que se consideran antirracistas las tienen, ya que las tenemos tan internalizadas y normalizadas que las llevamos a cabo sin muchas veces conscientes de ello.**

- **Contribuye a la eliminación del estigma social** que muchas personas todavía sufren por ser migrantes o por encontrarse en determinadas situaciones sociales. **Ten en cuenta el estigma social que arrastran las personas migrantes desde sus países de origen por diferentes motivos** (orientación sexual, identidad de género, personas con VIH, víctimas de violencia de género o de cualquier otro tipo de violencia...) Ya sea directamente o a través de otras asociaciones o entidades especializadas, **garantiza que reciben la información necesaria sobre dichos temas y acceden a espacios seguros donde poder hablar libremente y recibir una atención especializada.** Para ello es preciso conocer estas situaciones y coordinarnos con las Unidades de Trabajo Social.
- **Salud sexual y reproductiva:** El abordaje de este tema conlleva el conocimiento y respeto de las distintas culturas. Cada cultura incluye una serie de tradiciones y pautas diferentes según el país o etnia de origen y que en la salud sexual y reproductiva originan comportamientos muy diferenciados.

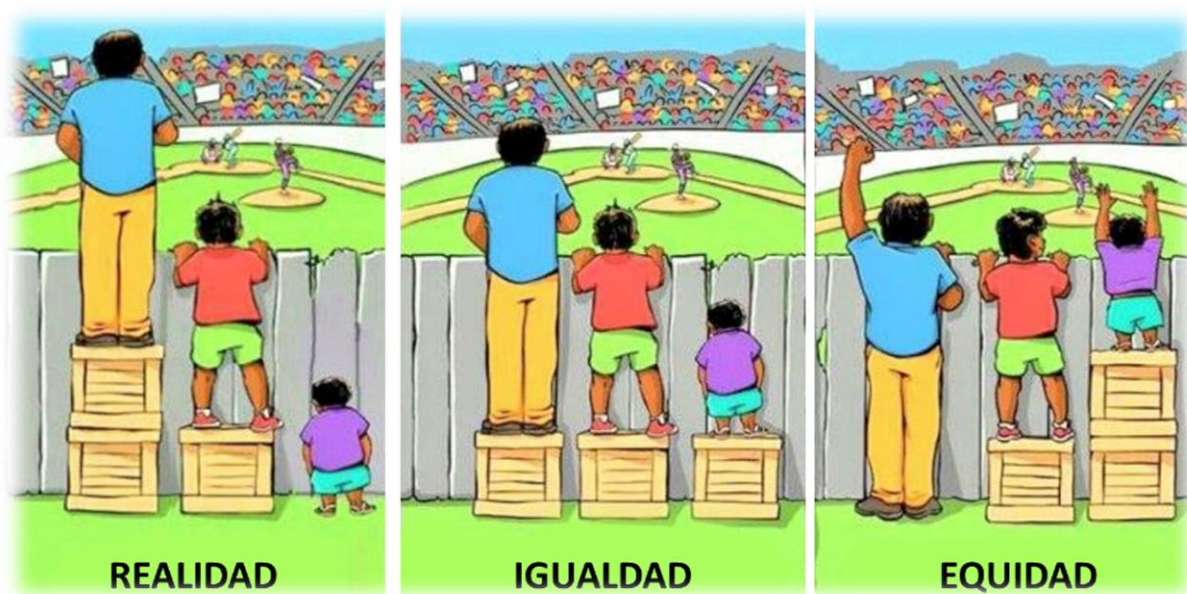
Y no olvidar que todo es un proceso. No es preciso conseguir la “perfección” en el primer encuentro pero sí lo es caminar en la dirección adecuada.

1.3 Recomendaciones relacionadas con la comunicación verbal

En primer lugar es imprescindible lograr un entendimiento mutuo, para ello...

- Trata de utilizar un **lenguaje cercano y sencillo, sin tecnicismos**. La diferencia cultural y la dificultad idiomática son barreras importantes a tener en cuenta. **Utiliza frases cortas y sencillas**.
- **Comprueba que los términos que utilizas** tienen el mismo significado para el/la paciente. **El significado de las palabras varía mucho incluso dentro del mismo idioma**, y el español que se habla en Centroamérica o Sudamérica tiene importantes diferencias con las variantes del idioma que se hablan en España. Además las personas que han aprendido el idioma en otra comunidad autónoma, también tendrá usos diferentes de algunos términos y expresiones.
- Mantente en **escucha activa**, trata de **no desconectar de la conversación o dejar a la espera en silencio durante largo tiempo**, esto pasa en ocasiones cuando hay dificultad idiomática. **No interrumpas** si no es necesario. **Asiente con la voz y con un gesto de cabeza, reformula las preguntas** para garantizar una buena retroalimentación. Asegúrate de que el mensaje ha sido recibido correctamente. Para ello puedes **preguntar cada cierto tiempo si ha entendido lo que le has explicado y/o hacerle resumir o repetir lo que has dicho**.
- **Vocaliza y habla más despacio de lo habitual**. Eso ayudará mucho a la persona a entenderte.
- **No grites**, no son personas con problemas de audición, sino personas con problemas de comprensión idiomática.
- Si la persona no habla o no entiende el castellano, **ofrécele el servicio de traducción telefónica del que dispone el Gobierno de Aragón. (ver anexo 2)**. Implementa y normaliza la utilización de este recurso en tu práctica diaria, y en caso de que haya incidencias comunícalas para que se pueda mejorar dicho servicio. Apóyate en la mediación intercultural que te pueden proporcionar asociaciones especializadas en caso necesario.
- Cuando atiendas a una persona con problemas de comprensión idiomática, o con quien sientas ciertas barreras culturales, **entiende que va a ser necesario dedicarle un mayor tiempo**. Si en el espacio y tiempo que dispones no puedes atenderle de manera

adecuada, no culpabilices al paciente, dale una nueva cita. Os podéis apoyar de la mediación intercultural, agentes de salud o de cambio, asociaciones. (ver anexos contactos de interés). Recuerda que equidad no es tratar a todos/as por igual sino a cada persona según sus necesidades concretas.



- Muchas veces aunque asientan y nos den un “SI”, en realidad es un “NO”. Esto es debido a que o bien **no han entendido y les avergüenza admitirlo** o bien **porque decir “NO” de manera directa** o mostrar discrepancia de opinión abiertamente, es algo que **no se suele hacer en muchas culturas**. Menos todavía cuando se dirigen a un profesional sanitario por el respeto social que tradicionalmente ostenta en España y que en ocasiones ha propiciado una **relación vertical y unidireccional**. Algunas personas vienen de **contextos donde la relación médico/a-paciente no es tan vertical y en la que la comunicación es más cercana y afectuosa**, lo que les invita a manifestar abiertamente y sin miedo su opinión.

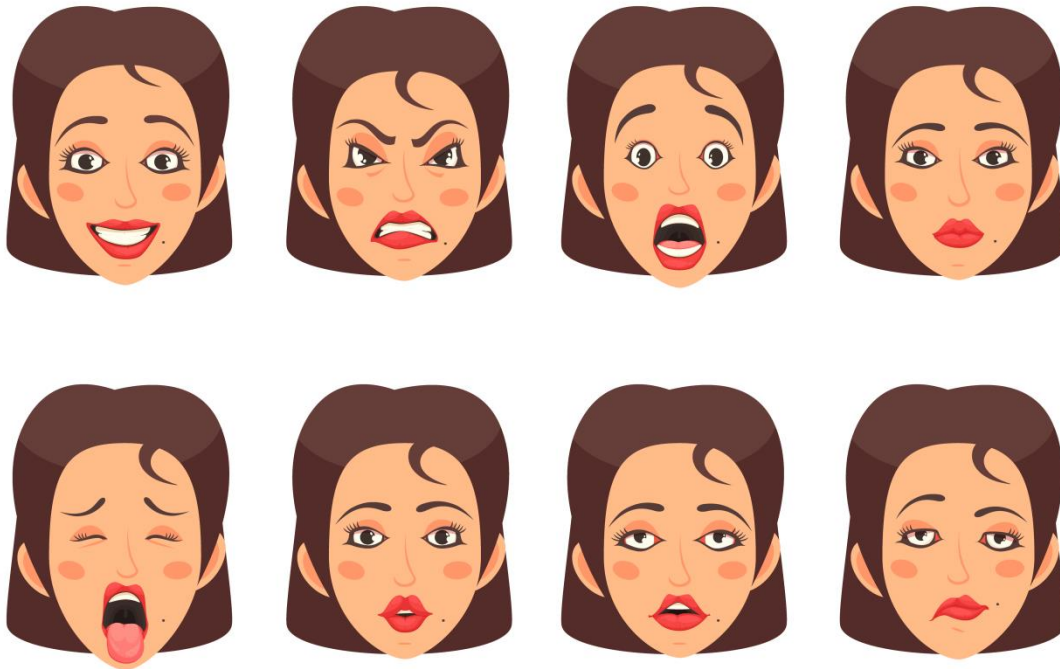
1.4 Recomendaciones relacionadas con la comunicación No verbal

La voz, las expresiones faciales así como nuestro cuerpo hablan por sí mismos, aunque no seamos conscientes de ello.

Además, en el caso de las **personas migrantes con dificultades idiomáticas**, la **comunicación no verbal es clave y una herramienta muy potente que, bien utilizada, puede posibilitarnos una buena relación profesional o llevarnos a todo lo contrario**. La dificultad o **incapacidad para poder expresarse o entender** correctamente la información recibida, genera un alto grado de **frustración y vergüenza, y afecta negativamente a la autoestima**, dado que en muchas ocasiones provoca reacciones negativas del o la interlocutor/a que son percibidas a través de la comunicación no verbal. Pero si somos conscientes, **podemos utilizarla como una herramienta facilitadora de la comunicación que nos permite hacer sentir a la persona tranquila, comprendida y en un espacio seguro**.

Por ello debemos cuidar los mensajes que transmitimos a través de la comunicación no verbal en nuestro beneficio para **ofrecer un mensaje de cercanía, confianza, calma, comprensión, empatía, apoyo y respeto**. Para ello:

- **Cuida tu actitud y predisposición personal antes de atender o llamar a un/a paciente. Si estas ansioso/a, malhumorado/a o preocupado/a, la atención puede verse afectada negativamente. En esos casos trata de tomarte un respiro y calmarte antes de continuar con tu trabajo.**
- **Se consciente de lo que transmites: empatía, apoyo, tranquilidad, comprensión...**



- Referencia imagen: <https://www.freepik.es/vectores/dibujos-animados>>Vector de Dibujos animados creado por macrovector - www.freepik.es
- **Cuida lo que expresa tu rostro. La amabilidad comienza con una sonrisa, y esta puede sentirse incluso a través del teléfono.** Una cara amable facilitará que la persona se sienta **segura y confíe** en el/la profesional. Normalmente tenemos capacidad para no verbalizar sentimientos como la **apatía, el hartazgo, la desgana, la incredulidad o el desprecio...** sin embargo en ocasiones, no somos capaces de controlar nuestra comunicación no verbal y **transmitimos (voluntaria o involuntariamente) este tipo de sentimientos** hacia la persona que estamos atendiendo. El **daño y el distanciamiento** que causamos de ese modo es similar al provocado con las palabras, daño **especialmente doloso en personas con dificultades idiomáticas, personas en situación de vulnerabilidad social y con una baja autoestima.**
- **Mira a la cara a la persona mientras le atiendes, toma contacto visual** con ella, especialmente cuando uno/a de los/as dos está hablando. Ten en cuenta que **en muchas culturas**, sobre todo africanas y algunas asiáticas, el **bajar la mirada es una muestra de respeto**, y suele ser común que les cueste mirar a los ojos directamente mientras mantienen una conversación.

- Es recomendable utilizar un **tono suave de voz y un ritmo de conversación relajado**. Intenta **evitar una entonación monocorde, o que denote enfado o impaciencia**. Un tono de voz suave se identifica como un símbolo de respeto.
- **Respetar los silencios y las pausas** de la conversación. Da tiempo a la otra persona para que **ordene sus ideas**.
- **Utiliza tus brazos y tus manos para comunicarte**.
- Trata de utilizar **materiales visuales y/o táctiles para explicarte**. Las **imágenes, vídeos o maquetas** pueden ser de mucha utilidad en casos de personas analfabetas o que **no dominan el idioma**.

En este enlace del Gobierno de Aragón podrás encontrar materiales relacionados con la Covid-19 traducidos a varios idiomas:

<https://www.aragon.es/-/procedimiento-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus-en-aragon>

- Detectar los **determinantes socioculturales que puedan contribuir a la propagación de la epidemia** si los hay, como ceremonias tradicionales y entierros o velatorios (en casa) sin tratar de eliminarlas bruscamente, sino tratar de buscar el cambio de la práctica pero manteniendo el sentido.
- Presta atención a los **ritos y rumores que rodean a la Covid19** debido a una fuerte creencia cultural o a mensajes contradictorios y poco fiables que está recibiendo la comunidad, lo que hace que aumente el miedo.
- Comprobar que tiene **acceso a material preventivo** y si no comunicarlo al/la trabajador/a social.
- Asegurarte que tiene **posibilidad de aislamiento** en condiciones adecuadas si es necesario y si no comunicarlo al/la trabajador/a social.
- Recordar que **todas las personas tienen derecho a la atención sanitaria cuando la esta viene motivada por la Covid19.**
- Las consecuencias psicosociales de la pandemia se están haciendo notar antes y más fuerte en la población cuya situación socioeconómica era ya más vulnerable, entre la que se encuentra un alto porcentaje de la población migrante. Es por ello que tenemos que **atender no solo a las consecuencias sanitarias, sino también a las necesidades psicológicas y sociales a corto, medio y largo plazo** que esta situación está provocando.

2. DIFERENTES VIAS DE ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ARAGÓN

El derecho a la asistencia sanitaria es un derecho humano universal que debe garantizar el Estado a través de un sistema público de salud y como tal está recogido en múltiples marcos legislativos:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (art.25)
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (objetivo 3). España es uno de los 193 países que se sumó al compromiso de alcanzarlos.
- Orientaciones de la OMS sobre planificación operacional para mantener los servicios de salud y equilibrar las exigencias de la respuesta directa a la COVID19.
- Constitución española en su artículo 43.
- Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al sistema nacional de salud.
- Estatuto de Autonomía de Aragón en su artículo 14.
- Estrategia Aragonesa para la recuperación social y económica firmada en junio de 2020 en respuesta a la crisis provocada por la pandemia de Covid19.

Todas las personas extranjeras que necesiten realizar algún trámite de acceso a la asistencia sanitaria deben dirigirse al Servicio de Admisión del Centro de Salud que le corresponde por su domicilio, donde le informarán y tramitarán la vía de acceso a la asistencia que corresponda.

A continuación, se detallan las diferentes vías de acceso a la asistencia sanitaria pública para la población de nacionalidad extranjera.

1. Personas extranjeras con residencia legal, asegurados y beneficiarios
2. Personas extranjeras con residencia legal, no asegurados ni beneficiarios
3. Reagrupación familiar de cónyuge e hijos menores de 26 años
4. Protección internacional
5. Víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión
6. Instrucción 1/2018 de la Consejera de Sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España
 - 6.1. Personas extranjeras sin permiso de residencia y con una estancia superior a 90 días
 - 6.2. Personas extranjeras sin permiso de residencia y con una estancia inferior a 90 días
7. Motivos de Salud Pública
8. Ayuda humanitaria
9. Convenio especial
10. Atención urgente para extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España

1. Personas extranjeras con residencia legal, asegurados y beneficiarios

Se reconoce el derecho a recibir asistencia sanitaria a través del INSS a todos los **asegurados y beneficiarios**. Se considera asegurado a los trabajadores, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social o las personas que agotan dicha prestación. Se considera beneficiario a los cónyuges, así como a los descendientes menores de 26 años o mayores con una discapacidad.

Para más información sobre aseguramiento:

<http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/45195>

2. Personas extranjeras con residencia legal, no asegurados ni beneficiarios

En este grupo estarían incluidas aquellas personas autorizadas a residir en nuestro país pero que **dicha autorización no implica la asistencia sanitaria**, como, por ejemplo:

- Ascendientes (padres o madres) reagrupados por sus hijos/as
- Estudiantes
- Autorizaciones de residencia no lucrativos expedidos a partir del 20 de abril de 2012 a quienes se exige acreditar la cobertura sanitaria por otra vía.

En estos supuestos la vía de acceso a la asistencia sanitaria pública será a través del Convenio especial (Apartado 9).

3. Reagrupación familiar de cónyuge e hijos menores de 26 años

En estos casos, la reagrupación familiar conlleva el derecho a la asistencia sanitaria como beneficiario del asegurado, siempre y cuando disponga de la Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE)

En el caso que se encuentre en trámite de obtenerla, y mientras se resuelve este trámite, accederá a la asistencia sanitaria a través de la Instrucción 1/2018 de la Consejera de Sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

4. Protección internacional

Es necesario presentar uno de estos tres documentos:

- Manifestación de voluntad de presentar solicitud de Protección Internacional
- Resguardo de solicitud de Protección internacional (Tarjeta blanca)
- Tarjeta roja

5. Víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión

Es suficiente con presentar el documento emitido por la Administración correspondiente que acredite dicha circunstancia y este supuesto está establecido en Disposición Adicional Quinta del Real Decreto 1192/ 20012, de 3 de agosto.

6. Instrucción 1/2018 de la Consejera de Sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España

En todos los supuestos, es necesario acreditar la identidad de la persona solicitante. Para más información sobre la Instrucción y acceso a los distintos anexos, clic en el siguiente enlace:

[Instrucción 1/2018](#)

Procedimiento general para todas las situaciones de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España:

- A) Si el usuario presenta toda la documentación necesaria** para acceder a la Asistencia sanitaria, se le entregará el “Documento provisional” y se remitirá la documentación a la Unidad Provincial de Tramitación de Tarjeta Sanitaria.
- B) En el caso de no cumplir con alguno de los requisitos o no disponga de la documentación necesaria** (identidad, residencia de más de tres meses a través del empadronamiento, no llevar más de tres meses de estancia y tener graves problemas de salud, no poder aportar el certificado de no exportación...), el Servicio de Admisión derivará a la persona solicitante a la Unidad de Trabajo Social e incluirá en BDU a la persona interesada, en la modalidad de “alta sin aseguramiento” para que sea posible la cita con la Trabajadora social.

6.1 Personas extranjeras sin permiso de residencia y con una estancia superior a 90 días

DOCUMENTACIÓN	OBSERVACIONES
Solicitud con declaración jurada	La solicitud incluirá declaración jurada (Anexo I)
Documento acreditativo de identidad en vigor con fotografía	<p>En caso de no disponer de documento de identidad, original y en vigor, será necesario adjuntar a la solicitud:</p> <p>a) Informe social favorable de la trabajadora social del centro de salud.</p> <p>b) <u>Cualquier documento identificativo con fotografía aunque no esté en vigor, o incluso fotocopia del mismo</u>, emitido por la administración española o de Estado Extranjero: DNI, NIE, pasaporte, documento de identidad de país de origen, cédula de inscripción en caso de personas indocumentadas...</p>
Certificado de empadronamiento en Aragón. La antigüedad de tres meses también se podrá acreditar con certificado histórico de empadronamiento de algún municipio de España.	<p>En caso de no disponer de certificado de empadronamiento será necesario adjuntar a la solicitud:</p> <p>c) Informe social favorable de la trabajadora social del centro de salud.</p> <p>d) Documentos que prueben la estancia superior a 90 día en España, siendo válidos cualquiera de estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartas de viaje expedidas por consulado. ✓ Inscripción en colegios de hijos menores. ✓ Registro de visitas a servicios sociales. ✓ Pasaporte en que consten fecha de entrada en territorio nacional. ✓ Haber estado de alta en Base de Datos de Usuarios en alguna de las tipologías de la misma, tales como, a título no limitativo, «Orden de la Consejera». ✓ Certificado emitido, sellado y firmado por una ONG, indicando la atención a una determinada persona desde un periodo anterior a tres meses, aportando cuantas pruebas adicionales de ello dispongan. ✓ Otros similares.
<p>En caso de personas nacionales de países de la Unión Europea, Chile y Andorra: certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde su país de origen o <u>justificante de haberlo solicitado hace más de dos meses desde la fecha de solicitud con modelo anexo III de resolución de 18 de noviembre de 2020</u> (ESTÁ EN DIFERENTES IDIOMAS, PINCHA AQUÍ PARA ACCEDER A ELLOS.)</p>	

6.2 Personas extranjeras sin permiso de residencia y con una estancia inferior a 90 días

▪ Extranjeros menores de dieciocho años que no cumplen requisitos

Es imprescindible, en estos casos, que el menor esté identificado y los progenitores presenten el documento que acredite el parentesco. En estos supuestos, accederán a través de la Instrucción 1/2018 de la Consejera de Sanidad

▪ Mujeres extranjeras embarazadas

En estos supuestos se exige informe médico, prueba o evidencia de estar embarazada y no se exige a las ciudadanas de la Unión Europea el documento de no exportación al derecho a la cobertura sanitaria.

▪ Extranjeros con problemas graves de salud

Para personas que padezcan un problema grave de salud, que suponga consecuencias graves para la persona y siempre que se descarte que dicha estancia sea exclusivamente sanitaria.

Documentación necesaria:

- **Informe médico** que acredite el problema grave de salud que podrá ser emitido por un profesional médico del sistema público o privado, o de una ONGs. Cuando la persona interesada no disponga de un informe médico que acredite tal enfermedad, el/la trabajador/a social, puede derivarlo a la consulta médica oportuna de su centro de salud.
- **Informe social** de la trabajadora social del centro de salud
- **En caso de personas nacionales de países de la Unión Europea, Chile y Andorra: certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde su país de origen o justificante de haberlo solicitado (Anexo III) hace más de dos meses desde la fecha de solicitud.**

7 Motivos de Salud Pública

Orden de 1 de julio de 2020, de la Consejera de Sanidad, por la que se incluye temporalmente, y por motivos de Salud pública en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema de Salud a aquellas personas excluidas del mismo.

El acceso a la asistencia sanitaria es a efectos del control epidemiológico y es requisito imprescindible que puedan acreditar su identidad. Si no pueden acreditar empadronamiento, excepcionalmente, se les incluirá para el proceso asistencial del control de la epidemia.

Los correspondientes Servicios de Admisión procederán al alta en BDU como «Orden de la Consejera», al objeto de la realización de las oportunas pruebas diagnósticas y la constancia de las mismas en Historia clínica.

8 Ayuda humanitaria

Personas acogidas por entidades que colaboran con los Ministerios de Interior, Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La entidad acogedora presentará la “Ficha de derivación” para solicitar la asistencia sanitaria por ayuda humanitaria firmada y sellada por la entidad que tramita la solicitud de asistencia y por la persona interesada. Una vez dada la persona de alta en la BDU se le entregará “Documento acreditativo de ayuda humanitaria” La validez máxima de este documento que le da cobertura sanitaria dentro de la CA de Aragón **es de tres meses**, renovable si mantiene su estancia en Aragón.

9 Convenio especial

Requisitos:

- **No tener la condición de aseguradas ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud por ningún título.**
- Acreditar la **residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año inmediatamente anterior** a la fecha de la solicitud del convenio especial.
- **Estar empadronadas, en el momento de presentar la solicitud, en algún municipio de Aragón.**

Cuota mensual

La suscripción del convenio conlleva abonar una cuota mensual a la administración pública con la que se suscriba el convenio:

- Si el suscriptor es menor de 65 años: cuota mensual 60 euros.
- Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual 157 euros.

La suscripción del convenio no exime de tener que abonar el 100% del importe de los medicamentos.

El interesado/a presentará la solicitud en un registro oficial junto con los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos. **Más información en:**

<https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/servicios-prestaciones/convenio-especial-prestacion-asistencia-sanitaria>

10 Atención urgente para personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España

Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, cuando no puedan incluirse en ninguno de los supuestos anteriores, recibirán asistencia sanitaria en casos de urgencia, por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

Si a pesar de todo lo anterior, se detectan dudas o dificultades para acceder al Sistema sanitario, puede contactar con:

- **Unidades de Tramitación de Tarjeta Sanitaria:**
Zaragoza 976 715 690
Huesca 974 247 226
Teruel 978 654 107
- **Médicos del Mundo:** aragon@medicosdelmundo.org
Calle Calatorao, 8 (50003) ZARAGOZA
976 404 940 // 608 218 170

Plaza San Pedro, 5 1ºC (22001) HUESCA
974 229 210 // 639 55 69 62

3. PROCESOS MIGRATORIOS Y SALUD MENTAL

Como hemos explicado, son muchas y muy graves las situaciones de violencia, desamparo y vulnerabilidad a las que las personas que migran a otro país se pueden haber visto expuestas antes, durante o tras su viaje migratorio. La salud mental así como su bienestar emocional y psicológico es uno de los aspectos que más gravemente se ve afectado por todo ello. Los motivos que hay tras la decisión de migrar, las circunstancias en las que se lleva a cabo el proyecto migratorio y el nivel de cumplimiento de las expectativas determinarán en gran medida las consecuencias positivas y negativas que tendrá para la salud emocional.

La salud mental y emocional con personas migrantes **no sólo debe centrarse en los problemas vividos y sus consecuencias negativas. Elaborar el proceso migratorio como un proceso resiliente y rescatar las fortalezas individuales** y factores de protección social y cultural, puede ayudarnos en el acompañamiento emocional.

Es importante acompañar a las personas migrantes desde esta perspectiva, **visibilizando y reforzando sus propias fortalezas y estrategias** que seguro han tenido que poner en marcha a lo largo de todo su proyecto migratorio.

3.1 DUELO MIGRATORIO / DUELO MIGRATORIO EXTREMO: El Síndrome de las personas migrantes con Estrés Crónico ó Síndrome de Ulises.

El duelo migratorio no es una patología, sino un proceso de elaboración de las pérdidas asociadas a la experiencia migratoria. Las **principales pérdidas** asociadas a la migración son las siguientes:

- **La lengua**, lo que implica sentimientos de frustración, inseguridad y vergüenza al no poder expresarse, hacerse entender o comprender lo que le indican.
- **La familia y las amistades**, lo que implica un dolor en sí mismo y nos acerca a riesgos como puede ser la soledad y la falta de red social.
- **Perder el grupo de pertenencia/referencia o grupo étnico.** La sensación de ser diferentes al resto, de sentirse y ser siempre visto/a como extranjero/a.
- **Perder la cultura, los referentes culturales:** normas de conducta, sonidos, olores, sabores, formas de pensar y sentir colectivas. **Perder la tierra, los paisajes y el clima.**

- **Pérdida de estatus social:** ser migrante y pobre son factores de discriminación social. **Muchas personas migrantes sufren una desvalorización social** que se traduce en actitudes despectivas, poco respetuosas y/o con falta de atención a su discurso o demandas. También sufren actitudes **racistas y/o xenófobas**. **El racismo aversivo y los microracismos** se dan de manera constante en nuestra sociedad y su repercusión es igual de dañina para las personas que los sufren. Sufrir este tipo de actitudes de manera continuada puede afectar gravemente a su salud emocional.

El duelo migratorio, a diferencia de otros duelos, se diferencia por tener los siguientes rasgos:

- **Parcial:** porque lo que perdemos no se hace de manera definitiva, sino que está ahí y no desaparece, siempre tenemos la posibilidad de volver y reencontrarlo.
- **Recurrente:** se reactiva una y otra vez tras un viaje, una llamada de teléfono, o una conversación.
- **Múltiple:** porque son muchas las cosas que perdemos cuando emigramos.
- **Afecta a la identidad de la persona:** da lugar a profundos cambios en la personalidad del emigrante.
- **Conlleva una regresión psicológica:** Al tener que afrontar tantos cambios a la vez, e/lal inmigrante tiende con frecuencia a sentirse **abrumado/a e inseguro/a**, adoptando **actitudes menos autónomas:** Las tres expresiones más básicas de esta regresión infantil en la migración, serían: a) **Las conductas de dependencia**, b) **La queja infantil**, la «pataleta»: **otra actitud típicamente regresiva ante la frustración y el dolor**. c) **La sobrevaloración de los líderes**.
- **Se vive en la ambivalencia:** El/la inmigrante tiene sentimientos de **amor y rabia al mismo tiempo tanto hacia su país de origen como hacia su país de acogida**.
- **Afecta también quienes se quedan:** tanto a nivel familiar como social la migración afecta a las personas que se quedan allí así como a las sociedades de origen.
- **Es transgeneracional:** **continúa también en sus hijos/as y podría continuar en las siguientes generaciones, si no llegan a ser ciudadanos/as de pleno derecho en la sociedad de acogida**.

Signos del duelo migratorio:

- **Pensar mucho sobre la vida allí, tener nostalgia sobre aspectos de tu vida, tu entorno y tu país.**
- **Sentimientos de ansiedad, miedo hacia el futuro, irritabilidad o tristeza.**

- **Sentirse inseguro para resolver problemas** cotidianos y tomar **decisiones** que antes no tenían o bien no le sucedían.
- Tener la **sensación de que han desarrollado dos identidades**: quien eran allí y quien son aquí, y que a veces experimentan conflicto.
- **Sentimientos contradictorios** hacia el país de acogida y al país de origen: amor/agradecimiento – odio/rabia
- **Somatizaciones**: sensación de tener algo atascado en la garganta, dolores de estómago, espalda o de cabeza, opresión en el pecho...
- **Sentimientos de culpa** por las personas que han dejado atrás.

El duelo migratorio es un proceso adaptativo que la mayoría de las personas migrantes superan haciendo uso de sus propias fortalezas, capacidades y red social.

El síndrome de Ulises o duelo migratorio extremo: es un cuadro reactivo de **estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas.**

Como señala Joseba Achotegui (2012) **Los estresores más importantes en un proceso migratorio son:**

- La **separación forzada** de los seres queridos y la **soledad**.
- El **sentimiento de desesperanza** por el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades.
- La **lucha por la supervivencia** (alimentación y alojamiento)
- El **miedo, el terror** vivido en los viajes migratorios, las amenazas de las mafias o a ser detenidos/as y expulsados/as, la indefensión al carecer de derechos...
- El **sistema sanitario y asistencial se puede convertir en otro factor estresor** si no atiende adecuadamente este síndrome debido a que se banalice este problema (por desconocimiento, por insensibilidad o incluso por reacciones racistas o xenófobas) o porque no se diagnostique adecuadamente este cuadro como un reactivo de estrés y se trate como personas enfermas depresivas, psicóticas o somáticas.

El autor señala una serie de factores que potenciar estos estresores:

- La **multiplicidad** (a más estresores, mayor riesgo, los estresores se potencian entre ellos);
- La **cronicidad**, ya que estas situaciones límite pueden afectar al/a la inmigrante durante meses o incluso años;

- El sentimiento de que la persona haga lo que haga no puede modificar su situación – **indefensión aprendida** (Seligman, 1975)–;
- **Ausencia de autoeficacia** (Bandura, 1984);
- Los fuertes **déficits en sus redes de apoyo social** (el capital social de Coleman, 1984).

La vivencia prolongada de situaciones de estrés tan intensas afecta **profundamente a la personalidad del sujeto y da lugar a una amplia sintomatología:**

Síntomas área depresiva	Síntomas área de la ansiedad	Síntomas área de somatización,	Síntomas del área confusional
<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza y llanto - Culpa (menos frecuente en culturas orientales) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión - Insomnio - Pensamientos recurrentes e intrusivos - Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga - Molestias osteoarticulares - Cefalea - Migraña 	<ul style="list-style-type: none"> - Fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal.

El síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la **intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe no tan sólo a psicólogos/as, médicos/as o psiquiatras, sino a trabajadores/as sociales, enfermería, educadores/as sociales y demás profesionales asistenciales.** ((Achotegui, J., 2012)

3.2 TRANSTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

A pesar de que la mayoría de personas se recuperan poniendo en práctica sus propias estrategias tras haber sufrido un evento traumático, algunas pueden desarrollar problemas que dificulten su recuperación.

El TEPT es un trastorno mental originado por la exposición a **una situación de muerte o amenaza grave, así como a otros eventos traumáticos**. También puede originarse debido a que ese evento **lo hayan sufrido familiares o personas cercanas, o por el hecho de estar presente en una situación violenta**.

Puede aparecer semanas después de haber vivido un evento posiblemente traumático o incluso años después.

La **sintomatología y expresión del TEPT puede variar** según el contexto personal y cultural, **pero suele incluir:**

- **Síntomas intrusivos:** recuerdos recurrentes perturbadores, revivir lo que ocurrido, pesadillas, flashbacks, angustia al recordar lo ocurrido...
- **Evitación o evasión:** de lugares, personas, conversaciones, olores, música, ciudades, etc. que puedan recordar lo vivido...
- **Hipervigilancia y reactividad:** tensión, ira, hiperalerta, sobresaltos, dificultad para dormir...
- **Cambios emocionales y en el estado de ánimo:** tristeza, ira, irritabilidad, angustia, desesperanza, apatía, distanciamiento social, insensibilidad emocional, agresividad, culpa, remordimiento, pérdida de intereses, vergüenza constante, cambios de humor, incapacidad para sentir emociones positivas...
- **Cambios cognitivos:** problemas de memoria en relación al evento, dificultades de concentración, pensamientos negativos recurrentes, distorsión...

El TEPT no es un trastorno específico de personas migrantes, pero sí es común en personas que han sufrido migración forzada, son víctimas de explotación sexual, prostitución o de algún otro tipo de violencia, como abusos en la infancia.

Es importante **realizar un proceso de acompañamiento psicosocial** para la prevención de este trastorno si trabajamos con personas que hayan estado expuestas o estén expuestas actualmente a un entorno traumatizante, reforzando sus estrategias de afrontamiento. Si se diagnostica, es fundamental la **intervención psicológica y, posiblemente, farmacológica para tratar determinados síntomas**.

3.3 BARRERAS DE ACCESO A LA ASISTENCIA EN LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

La salud mental sigue siendo una asignatura pendiente dentro del propio sistema público de salud. Se debería evitar medicalizar los malestares sociales y de la vida diaria, psicologizando ó psiquiatrizando los mismos, favoreciendo su atención por los profesionales de Atención Primaria, dotándoles de mayores y mejores recursos, que a día de hoy, son claramente insuficientes.

La situación económica de las personas migrantes generalmente no les permite poder sufragar los gastos de profesionales de la salud mental por otra vía ni acceder a actividades deportivas o de ocio que favorezcan una buena salud física y mental.

A ello debemos sumar **el estigma social que supone acudir a un especialista de la salud mental** o tomar cualquier tratamiento farmacológico en beneficio de ella. **Buscar ayuda psicológica** sigue siendo un **tabú** en España, y lo mismo se puede decir que ocurre en los países y culturas de origen de las personas migrantes. Ideas como que la atención psicológica o psiquiátrica es para personas que **están “locas” o son “débiles”, o que es un “desperdicio de dinero” o una “tomadura de pelo”** siguen siendo lo primero que se pasa por la mente de muchas personas migrantes, y que provoca que en un primer ofrecimiento rechacen este tipo de ayuda aunque se les brinde.

Además en **muchos países la salud mental no está incorporada al concepto de salud** ni mucho menos a los **sistemas públicos de salud** y por tanto el conocimiento de la figura y las funciones de los/as psicólogos/as o los/as psiquiatras son totalmente desconocidas. En muchas **culturas la enfermedad mental se relaciona con aspectos culturales tales como la magia negra, espíritus malignos, o cuestiones espirituales.** Estas percepciones **no deben ser negadas drásticamente, sino que es recomendable conocerlas, comprenderlas y considerarlas como un factor a tener en cuenta durante el proceso de curación o tratamiento que se requiere.** Prácticas religiosas, chamánicas o animistas pueden suponer un alivio para el malestar emocional, no teniendo por qué ser incompatibles con nuestra percepción como profesionales de la salud siempre que no supongan un riesgo para la salud de la persona o la violación de sus derechos fundamentales. El vudú es una práctica que es utilizada de manera muy eficaz para someter psicológicamente a mujeres africanas víctimas de trata con fines de explotación sexual. Para su recuperación tras haber pasado por

ello, es necesario poder estar abiertos/as a incorporar prácticas espirituales o religiosas que contribuyan a su sanación.

Por ello es necesario trabajar para **romper los prejuicios de ambas partes**, tanto los nuestros propios hacia tales prácticas como las de las personas migrantes hacia la atención psicológica o psiquiátrica.

Por nuestra parte debemos **intentar dar a conocer paulatinamente el papel de los/as profesionales de la salud mental, facilitar su derivación a los mismos/as** y explicar los beneficios que supone poder contar con el apoyo profesional adecuado para prevenir, tratar y superar aquellos problemas y situaciones que nos afectan o nos han afectado psicológicamente. Hacer entender que al igual que buscamos ayuda en un médico/a cuando nuestro cuerpo siente malestar, también debemos buscar ayuda profesional que nos ayude a superar situaciones que nos provoquen malestar emocional o psicológico. Y que al igual que existen enfermedades que afectan al cuerpo que requieren de un tratamiento para sanarlas o tratar de manera crónica sus síntomas al menos, existen afecciones o enfermedades de nuestra mente y espíritu que requieren de una atención médica especializada.

Si es necesario debemos **buscar el apoyo de mediadores/as interculturales** que nos ayuden a tender puentes entre percepciones y conceptos culturalmente diferentes.

Se requiere un alto nivel de **idioma para poder explicar el malestar emocional o poder recibir atención psicológica**, y por tanto en aquellos casos en los que no se disponga de una capacidad idiomática suficiente se hará imprescindible **el contar con un sistema de traducción de fácil acceso y de calidad**.

Señalar que las consecuencias para la salud emocional y psicológica ocasionadas por el sufrimiento constante de actitudes microracistas y/o xenófobas todavía son sistemáticamente minimizadas cuando no invisibilizadas por la sociedad. Es hora de incorporar estas realidades sentidas a nuestra práctica.

Tradicionalmente la práctica sanitaria occidental se ha centrado en la persona y la terapia individual, olvidando la intervención grupal y comunitaria. Las poblaciones migrantes sin embargo tienen un concepto de vida mucho más comunitario. **Deberíamos romper esta tendencia histórica incorporando metodologías grupales o comunitarias ya que el origen y solución no siempre se encuentra en la persona sino en la sociedad**.

Las actividades comunitarias están orientadas a mejorar la salud y el bienestar de las personas, promover la autonomía y las competencias para la gestión de la propia salud, reduciendo la

medicalización de los problemas personales y sociales, visibilizando y potenciando los recursos y activos comunitarios, tratando de incidir en los determinantes sociales de la salud y así reducir las inequidades en la salud.

4. MIGRACIÓN Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Especial mención merecen algunas formas de violencia de género que afectan mayoritariamente a mujeres migrantes. El conocimiento y sensibilización de los/as profesionales del sistema sanitario sobre este tipo de violencias es preciso para poder detectar, atender y derivar a entidades especializadas a las mujeres víctimas de las mismas. El sistema sanitario suele participar por ello de los protocolos existentes en Aragón en la prevención y atención de las mujeres víctimas de estos otros tipos de violencia de género. A continuación vamos a nombrarlas y a indicar guías y protocolos que deben ser del conocimiento de todos/as los/as profesionales del sistema sanitario.

4.1 LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Las Mutilaciones Genitales Femeninas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son aquellas **prácticas que comprenden todos los procedimientos que involucran la escisión parcial o total de los órganos genitales externos de las mujeres o cualquier daño a los genitales femeninos, sin que haya motivos médicos o de salud.**

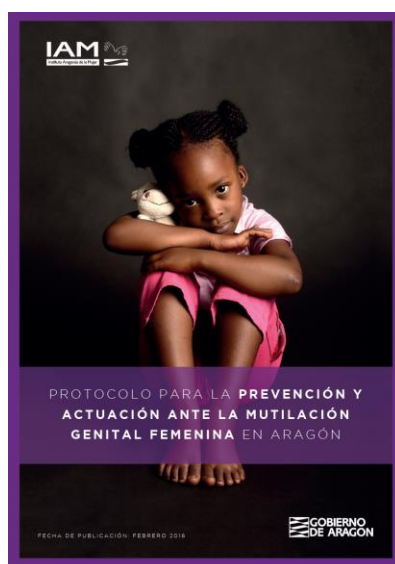
Como todas las formas de violencia de género, las Mutilaciones Genitales Femeninas se inscriben en el orden mundial tradicionalmente patriarcal y machista, siendo uno de los ejemplos más extremos de violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer. Su práctica persigue el control y dominio sobre el cuerpo y la sexualidad femenina (promoción de la castidad, la virginidad, la fidelidad, reducir el placer...). **Pero su práctica está tan interiorizada culturalmente, que son muchos los argumentos que se emplean para su justificación.** Esta práctica de origen milenario es un paso previo al matrimonio y requisito imprescindible para poder ser aceptadas por la familia de su futuro marido y su entorno. Su práctica es por tanto vista como algo necesario para el progreso social de las mujeres, cuya integración social pasa obligatoriamente por contraer matrimonio y el desempeño de su rol de esposa y madre.

Todas las prácticas culturales perjudiciales deben ser revisadas desde la perspectiva de los derechos humanos y de los derechos colectivos de los pueblos, con el fin de garantizar el bienestar integral de las personas que integran las diferentes culturas. Es una práctica que aunque en

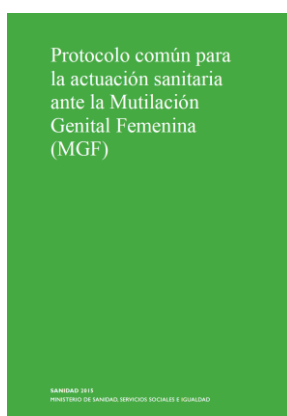
ocasiones se justifica a través de la religión, tiene una base cultural. Por ello para su erradicación es necesaria la implementación de una intervención educativa y sensibilizadora que facilite un cambio cultural a largo plazo. **Para ello es imprescindible el trabajo realizado por los profesionales sociosanitarios de los sistemas públicos de salud, de la educación y de los servicios sociales, como establece el Protocolo de Prevención de la MGF en Aragón.** Pero dicha labor no se puede llevar a cabo sin entender desde un enfoque antropológico los motivos y argumentos sobre los que se basa esta práctica y si no se hace desde el respeto a la diversidad cultural alejados/as de los prejuicios etnocentristas.

Para ello aconsejamos la lectura de al menos las siguientes guías y protocolos de actuación.

- [Protocolo para la prevención y actuación frente a la Mutilación Genital Femenina en Aragón](#)



- [Protocolo de acción común frente a la MGF en el ámbito sanitario](#)



- [Guía para la prevención e intervención ante la MGF \(UNAF\)](#)



4.2 LOS MATRIMONIOS FORZOSOS:

A diferencia de otros países europeos, donde se han realizado investigaciones sobre la existencia de los matrimonios forzados en sus sociedades, en España se sigue percibiendo como un fenómeno muy aislado que sólo tiene lugar de manera esporádica en algunas comunidades. Sin embargo, si analizamos la población que hay en España según datos del INE 2018, vemos que se trata de una realidad que no es lejana. Los datos nos dicen que en España hay importantes comunidades que proceden de países en donde los matrimonios forzados se llevan a cabo. "Fuente: Guía Yo no acepto"

Nacionalidad	Número de mujeres entre 15 y 44 años
Marruecos	186.316
China	53.376
Pakistán	10.175
Senegal	7.658
Nigeria	13.426
India	7.297
Mali	1.644
Gambia	2.735
Bangladesh	1.838

Datos INE 2018

El matrimonio forzado es una forma de violencia de género contra la mujeres, cuya raíz está en una sociedades patriarcales y machistas, empobrecidas y con falta de oportunidades formativas y laborales para las mujeres, siendo el matrimonio su única vía de desarrollo vital y su rol de esposa y madre los elementos sociales básicos a partir de los cuales una mujer será más o menos valorada en su comunidad. Las consecuencias no son solo sociales o económicas, sino también físicas, psicológicas y emocionales e impactan de manera directa en el desarrollo personal y profesional de las mujeres que lo sufren. Es necesario diferenciar varios conceptos:

- **Matrimonio libre:** todo aquel matrimonio donde el consentimiento de ambos contrayentes es libre.
- **Matrimonio pactado o concertado:** es aquel matrimonio que ha sido pactado por terceros, generalmente familiares u otros miembros de la comunidad, y donde los cónyuges aceptan

contraer matrimonio libremente, manteniendo aquellos la capacidad para aceptar o rechazar la propuesta familiar.

- **Matrimonio simulado:** acuerdo que se utiliza como medio para obtener algún tipo de beneficio.
- **Matrimonio forzado:** es todo aquel que se celebra sin el consentimiento pleno y libre de, al menos, uno de los contrayentes.

Aunque en la teoría puede apreciarse la diferencia entre los diferentes tipos de matrimonio, en la práctica la capacidad de decisión que puede reconocerse a los contrayentes en las diversas modalidades de matrimonio así como la dificultad para determinar el alcance de la coerción en el ámbito de las relaciones familiares, dificultan enormemente la distinción entre los tipos de matrimonio descritos.”

”Fuente: Guía Yo no acepto”

Igualmente se consideraría matrimonio cuando al menos uno de los miembros de la pareja/matrimonio no tiene libertad plena para separarse/divorciarse.

Para un mayor conocimiento de esta forma de violencia contra las mujeres desde un enfoque antropológico se recomienda el [ESTUDIO ELABORADO POR LA FEDERACIÓN DE MUJERES PROGRESISTAS “NO ACEPTO:](#)



4.3 LA PROSTITUCIÓN Y LA TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

La trata de seres humanos es un grave delito que atenta contra los derechos humanos, vulnera la dignidad de las personas, su libertad y su integridad física y emocional. Es la esclavitud del siglo XXI, una realidad en Europa y en nuestro país, que es uno de los principales destinos del tráfico de seres humanos.

La trata de personas significa el reclutamiento, transporte, transferencia, albergue o recepción de personas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder o de una posición de vulnerabilidad o de dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que tiene control sobre otra persona, con fines de explotación. La explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución de otros u otras formas de explotación sexual, trabajo o servicios forzados, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos humanos

La trata de personas es un crimen que **no es neutral en términos de género**: la trata de seres humanos afecta a las mujeres de manera desproporcionada, no sólo por registrar la mayor parte de las víctimas, sino porque las formas de explotación a las que son sometidas suelen ser más severas, especialmente la trata con fines de explotación sexual. La explotación sexual es un delito, que supone una de las formas más graves de vulneración de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos de sus víctimas. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) ha contabilizado a 2,5 millones de víctimas, aunque la propia organización reconoce que esta cifra no refleja fielmente la realidad, pues se calcula que por cada persona tratada identificada existen veinte más sin identificar.

El perfil de las víctimas de la trata de personas con fines de explotación sexual en España es el de mujeres y niñas procedentes de países de Europa Central (Rumanía y Bulgaria), África (Nigeria, Ghana o Guinea Ecuatorial), América Central (República Dominicana, Guatemala, Honduras) o América del Sur (Brasil, República Dominicana, Colombia, Ecuador). **España es uno de los principales países de destino para la explotación sexual y está considerado como un 'paraíso del turismo sexual' dados sus altos índices de consumo de prostitución.**

Con ausencia de datos oficiales, el Estado Español estima que, de una manera u otra, entre el 90 al 95% de las mujeres en situación de prostitución son víctimas de trata con fines de explotación sexual.

En un porcentaje elevado de los casos la imagen colectiva que tenemos de la trata de personas no se corresponde con la realidad de España: no se trata de grandes redes internacionales de trata, no siempre **se utiliza la violencia o el engaño como medio de**

sometimiento, sino el abuso de poder o la situación de vulnerabilidad en las que se encuentran las mujeres. Esto dificulta que ellas mismas se identifiquen como víctimas, sintiéndose cómplices, cuando no culpables, de su situación. La vergüenza y el estigma social que sufren las mujeres en situación de prostitución así como la gran desconfianza y miedo que desarrollan las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual son barreras que dificultan en gran medida el acceso a la asistencia sanitaria.

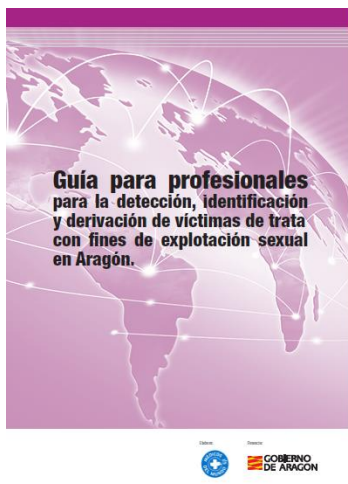
Es importante que los y las profesionales que intervenimos con mujeres en contextos de prostitución y/o explotación sexual **comprendamos algunas de las causas que las llevan a encontrarse en estas situaciones y a tener desconfianza con los y las profesionales:**

- **Ser o haber sido víctima de trata con fines de explotación.**
- Haber tenido un **proyecto migratorio fallido o que se haya visto truncado:** en muchos casos las mujeres vienen a España a realizar trabajos de limpieza, cuidado a personas mayores o a estudiar y formarse. Desgraciadamente, **se encuentran con que el "trabajo prometido" es en realidad la prostitución y la explotación sexual**, bien usando la **fuerza, el engaño o la vulnerabilidad** de la mujer o bien porque no tienen otras alternativas laborales.
- Se encuentran en **situación administrativa irregular.** Esta irregularidad administrativa **limita sus movimientos y por supuesto el reconocimiento de sus derechos humanos y sociales, y en muchas ocasiones influye en generar desconfianza ante profesionales y/o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.**
- Haber sido víctimas de diferentes violencias en el viaje migratorio. Es habitual que las mujeres que proceden de países africanos y realizan el viaje migratorio cruzando el continente, **sufran agresiones y abusos sexuales por los traficantes o tratantes de personas o simplemente por otros hombres que viajen con ellas.**
- **Sufrir violencias durante la prostitución y/o la explotación sexual.** Las mujeres en prostitución se enfrentan a diversas violencias. Distinguiendo en violencia **física** (golpes, quemaduras de cigarrillos, obligar a consumir drogas...), violencia **psicológica** (amenazas, chantaje, humillaciones, manipulación) ejercida por explotadores, puteros, maridos--novios, dueños de clubes o pisos, violencia **sexual** (relaciones sexuales sin preservativo, relaciones sexuales de riesgo, no consentidas, violaciones ...) y **violencia social** que es ejercida **por una sociedad que las estigmatiza y las etiqueta**, de una manera concreta. Esa **etiqueta habitualmente negativa, las invisibiliza y genera baja auto-estima, desconfianza, miedos, y percepción de no tener los mismos derechos que otras mujeres.**

- Es muy posible que la autoestima de una mujer quede mermada a partir de la prostitución, lo que favorece niveles de ansiedad, soledad, culpabilidad y frustración entre otras.

Es imprescindible conocer los **indicadores que pueden facilitar la detección de indicios y conocer los protocolos de actuación** a seguir en estos casos, siendo el sistema sanitario uno de los escenarios principales donde poder tener conocimiento e intervenir en estas situaciones.

Con ese objetivo se elaboró la [GUÍA PARA PROFESIONALES PARA LA DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE VÍCTIMAS DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL EN ARAGÓN.](#)



ANEXO 1: Conceptos teóricos relacionados con los procesos migratorios y la salud

En este apartado recogemos una serie de definiciones y conceptos necesarios para contextualizar y comprender los siguientes apartados de la guía.

- **ASIMILACIÓN CULTURAL / MULTICULTURALIDAD / INTERCULTURALIDAD**

La asimilación cultural consiste en un modelo social en el que un grupo étnico, normalmente mayoritario **o que ostenta el poder, presiona u obliga a otro grupo étnico minoritario a adoptar su cultura** (ideas, valores, idioma, formas de vestir, gastronomía, etc) abandonando su propia identidad grupal y cultural. Este modelo conlleva una **pérdida de riqueza** para el conjunto de la sociedad a medio y largo plazo, como nos muestran los ejemplos que se han dado a lo largo de la historia.

La multiculturalidad hace referencia a una sociedad **donde varios grupos étnicos conviven en un mismo territorio, manteniendo su propio sentido de identidad cultural** (hablan su propia lengua, practican su propia religión y viven según sus propios valores y costumbres...) pero sin **apenas intercambio ni relación entre sí**. Se basa en los siguientes principios:

- **La defensa de la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades** de todas las personas ante la Ley.

- **La igualdad entre las culturas**, en el sentido de que todas son expresiones creativas y genuinas de la humanidad y presentan bagajes complejos y valiosos de conductas y formas de significación e interpretación de la realidad natural y social.

La interculturalidad consiste en un **proceso de permanente relación, reconocimiento y negociación entre la diversidad, en condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad e igualdad**. Implica la **transformación estructural y de relaciones sociales que continúan manteniendo un carácter asimétrico y no equitativo a día de hoy, herencia todavía de los modelos de sociedad y relaciones humanas basadas en la cultura y la época Colonial**.

Lo anterior implica asumir un **posicionamiento político, social, ético y epistémico - de saberes y conocimientos-**, en el que se pone en evidencia la necesidad de cambiar no sólo las relaciones de poder y dominación, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos que mantienen la desigualdad, la "inferiorización", la racialización y la discriminación.

La interculturalidad supone ir más allá del reconocimiento de la existencia de varias culturas: busca generar intercambios y reciprocidades entre los diferentes grupos respecto a las formas de entender y asumir la vida. La interculturalidad es la vía hacia una integración social real.

La nueva atención primaria tiene que ser intercultural, interdisciplinar, antirracista, antixenofobo, vinculada a la comunidad y que promueva un nuevo vínculo con la naturaleza. En un mundo global, implica establecer un diálogo de saberes intercultural entre las experiencias del norte global y del sur global que están comenzando a producir estas transformaciones significativas.

• COMPETENCIA CULTURAL

La competencia cultural supone tener la capacidad de identificar, comprender y respetar los valores y las creencias de los demás (Davis-Murdoch, 2005; Perng y Watson, 2012).. Para ello debemos tener una **actitud abierta** y dispuesta a conocer los valores y creencias de las personas que tratamos sin caer en el error de menospreciarlas, ridiculizarlas o ignorarlas.

Igualmente supone tener conciencia de las propias actitudes y creencias, conocimiento acerca de las diferencias culturales entre los diversos grupos humanos, habilidades para trabajar con esos grupos, deseo cultural para comprometerse en el proceso de adquisición de conciencia, conocimientos y habilidades culturalmente adecuadas (Campinha-Bacote J. y Campinha- Bacote D., 1999; Campinha-Bacote J., 2002)

La interculturalidad y la adquisición de competencias culturales **permiten:**

- **Explorar y comprender los factores socioculturales que influyen en los valores, las creencias y los comportamientos de las personas relacionados con la salud y la asistencia sanitaria;**
- **El desarrollo de estrategias intersectoriales en el diseño y la prestación de la asistencia sanitaria en un esfuerzo por reducir las brechas en la calidad que resultan de las barreras lingüísticas y socioculturales.**
- **Que los sistemas sanitarios incorporen nuevos enfoques en el proceso de atención a la salud a la ciudadanía.**

Tal y como explica Luis Gimeno Feliu *“El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, función de la cultura. No se considera la misma enfermedad ni se tiene la misma visión de ella en todas las comunidades, ya sea entre distintos grupos de una sociedad o entre dos momentos históricos de un mismo*

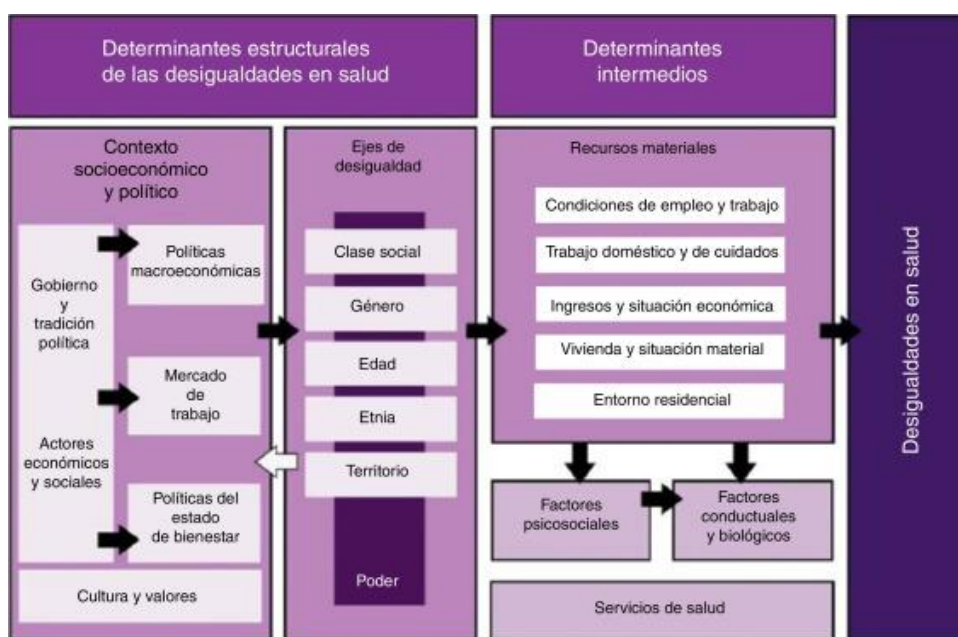
grupo. Los estados de salud y enfermedad no se deciden únicamente por la presencia de un cambio biológico. Es cierto que éste puede existir, pero **para que se considere enfermedad es necesario que la sociedad lo estime como tal.**

Será útil conocer los aspectos más relevantes que tengan relación con la salud y la cultura de nuestros pacientes (dietas, costumbres, roles...) pero no podemos conocer todas las culturas, ni las culturas son estáticas y homogéneas. Es importante no caer en generalizaciones erróneas y estereotipos. Además, vamos a encontrarnos con una gran heterogeneidad en relación a la posición económica, lengua, salud, edad, cultura, tiempo de estancia, etc. Al final son personas. Inmigrante es un concepto útil para hablar genéricamente pero no para definir a la persona concreta a la que estamos atendiendo. En estos casos lo fundamental es nuestra actitud en la relación médico-paciente. Todas las habilidades y competencias relacionadas con la entrevista clínica van a ayudarnos a realizar una atención sanitaria culturalmente competente: escucha, empatía, asertividad, retroalimentación, red de seguridad, exploración de creencias y expectativas...

Un servicio sanitario es culturalmente competente cuando es percibido por los usuarios pertenecientes a las minorías étnicas en armonía con sus creencias culturales y religiosas”

• DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen –definición de la OMS-. Esas circunstancias son el resultado de las interacciones entre la persona, la comunidad y el sistema socioeconómico.



Fuente: Marco conceptual de las desigualdades sociales en la Salud. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en la Salud en España (2009)

La salud de la población está directamente relacionada con las realidades que la circunscriben.

Generalmente la salud tanto física como mental de la población migrante suele ser buena, especialmente en el caso de aquella que migra por razones económicas y que suelen representar los principales “activos” laborales de su país. Su morbilidad y mortalidad general suele ser menor que la de la población de acogida. Con los años de estancia, su salud se va deteriorando con mayor rapidez de la que sería de esperar. Los determinantes sociales que comparten con los grupos de la sociedad más desfavorecidos en un porcentaje demasiado elevado son unas de las causas principales de que esto ocurra:

- **Dificultades de acceso al empleo** (especialmente aquellas personas en situación administrativa irregular).
- **Condiciones laborales precarias:** carencia de derechos laborales (bajos salarios, jornadas laborales por encima del límite legal, ausencia de descansos ni días festivos, falta de medidas de prevención de riesgos laborales), situaciones de explotación laboral o de trata con fines de explotación laboral o servidumbre.
- **Falta de acceso o discriminación en el acceso a la vivienda. Problemas de infravivienda o hacinamiento. Personas sin hogar o acogidas por instituciones sociales. Formación de guetos en aquellos barrios donde la vivienda es más barata.**
- **Carencias de salud o sanidad:** no tener derecho a la asistencia sanitaria pública, no disponer de recursos para poder hacer frente a tratamientos médicos o farmacológicos.
- **Falta de acceso a la educación y a la homologación** de sus títulos académicos.
- **Carencia de redes sociales de apoyo reducidas o inexistentes en el país de acogida..**
- **Dificultad para poder regularizar su situación y acceder a derechos sociales.**
- **Pobreza alimentaria.**
- **Formas de violencia de género** que afectan principalmente a mujeres migrantes o de origen extranjero, tales como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzosos, la prostitución, o la trata con fines de explotación sexual.

Sin embargo, los datos indican que la población migrante sólo es responsable de un 5,6% del uso de servicios, como sanidad y educación. **En Aragón este colectivo va un 20% menos que las personas autóctonas al médico de familia y un 35% menos al especialista hospitalario.**

La Covid19 ha visibilizado como los y las trabajadores/as de sectores precarizados como el campo o los mataderos y aquellas personas que cohabitaban en espacios o viviendas con falta de espacio y de unas condiciones dignas, han sido más vulnerables al contagio.

La salud, entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social no puede ser estudiada sin preguntarnos por los condicionantes sociales que rodean a las personas que atendemos, que han pasado por un proceso migratorio y cuya condición de migrante les sigue situando en una posición social de mayor vulnerabilidad.

La mejora en las condiciones de salud de las personas en situación de más vulnerabilidad y mayor exclusión implica intervenir sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Este enfoque beneficiará a toda la población evitando el riesgo de estigmatizar a la población migrante.

• INTERSECCIONALIDAD

La interseccionalidad es el fenómeno por el cual cada persona sufre opresión u ostenta un privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales. La nacionalidad, el origen étnico, la raza, el sexo, la clase social, el nivel de estudios, la identidad de género, la orientación sexual, son categorías sociales inseparables que condicionan el nivel de integración y la posición social que cada persona ocupa en la sociedad.

La salud y el acceso a la asistencia sanitaria y farmacológica será más limitada en tanto en cuanto pertenezcamos a un mayor número de categorías sociales que van vinculadas al estigma y la discriminación social.

Por poner un ejemplo, no es lo mismo ser migrante, europeo, blanco, hombre, con un medio-alto poder adquisitivo, con estudios universitarios, que ser una mujer migrante, africana, negra, sin ingresos ni estudios primarios. En el segundo caso serán muchos más los determinantes sociales que afectarán a su salud y que deberemos tener en cuenta.

Es importante tener en cuenta la interrelación que existe entre las categorías sociales en las que cada persona es situada socialmente para comprender las relaciones de poder y dominación que subyacen a las desigualdades en salud y transformar así los mecanismos que configuran las desigualdades e inequidades en salud.

- **SOBRECARGA ALOSTÁTICA:**

Es el precio que debe pagar el cuerpo para mantener la estabilidad en un ambiente cambiante. La alostasis es el proceso neuroendocrino por el que nuestro cuerpo se adapta a los cambios. **Si estas exigencias de adaptación son múltiples, intensas o duraderas, como en el caso de los migrantes, se produce una alteración del hipocampo y la amígdala, lo que produciría cambios en el nivel de factores neuroendocrinos, que desencadenarían importantes problemas de salud.** A este proceso se le denomina sobrecarga alostática.

- **ETNICIDAD / GRUPO ÉTNICO:**

Grupo social al que una persona pertenece o con el que se identifica como resultado de una mezcla de características como cultura, lengua, dieta, religión, antepasados y características físicas. **Tradicionalmente se usaba erróneamente el término raza, ya que sólo existe una raza humana. Todas las personas pertenecen a algún grupo étnico, no sólo las minorías.** El término etnicidad es cambiante y dinámico.

- **MIGRANTE EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR**

Persona que carece de un permiso para residir en el país. Puede deberse a haber entrado de manera irregular en el país, a que le haya sido denegada la solicitud de asilo o a que le haya caducado su permiso de residencia legal sin haber conseguido una renovación (“situación de irregularidad sobrevenida”). **Es erróneo denominarles “inmigrante ilegal o ilegales” ya que ninguna persona es ilegal.**

- **EXTRANJERO/A:**

Persona que tiene una nacionalidad distinta al país en el que reside. No confundir nacionalidad (concepto jurídico y cambiante) con país de nacimiento (concepto geográfico y que no cambiará durante la vida de la persona). **Muchos niños y niñas nacen en España pero siguen siendo extranjeros** dado que en España la nacionalidad que se adquiere es la de los padres/madres, y no en función del lugar de nacimiento.

- **RACISMO / XENOFOBIA**

- **Racismo:** forma de exclusión, segregación, discriminación o agresión a las personas por motivo de su origen étnico o nacional, por el color de la piel, por las creencias religiosas, prácticas culturales o por cualquier otro tipo. No es solo una ideología, es una práctica sistemática y rutinaria necesaria para mantener la estructura de poder basada en la hegemonía cultural occidental.
 - **Racismo social:** Aquel que surge de las personas y colectivos que viven con miedo y desconfianza las diferencias culturales y, por lo tanto, en sus actitudes y expresiones cotidianas discriminan a una parte de la sociedad por el mero hecho de pertenecer a un origen, etnia o religión diferente. Este tipo de racismo se sustenta en el desconocimiento de realidades diferentes a la propia y en la tendencia a generalizar situaciones particulares; se alimenta de discursos políticos xenófobos, de prejuicios y de falsos rumores.
 - **Racismo institucional:** Es aquel que surge de las propias instituciones del Estado cuando crean normativas y políticas que, de manera directa o indirecta, vulneran los derechos fundamentales de las personas a causa de su origen, color de piel o cultura. La propia existencia de una Ley de Extranjería, que concibe a la inmigración desde una perspectiva puramente economista y policial, discrimina y segrega a una parte de la ciudadanía, favoreciendo la exclusión social y el empobrecimiento de la democracia. El racismo institucional es el que alimenta otros tipos de racismo.

ACNUR distingue entre cuatro tipos de racismo.

- a. **Racismo aversivo.** Es un tipo de racismo sutil porque generalmente es empleado por personas que están abiertamente en contra del racismo y de los comportamientos racistas. En el racismo aversivo se pretende la igualdad de derechos y la libertad para que cada grupo viva su propia cultura abiertamente. En cambio, las actitudes racistas se producen mediante la distancia con la otra persona, falta de empatía o mostrando frialdad.
- b. **Racismo etnocentrista.** Este tipo de racismo está basado en la superioridad cultural del propio grupo, por lo que este asume que otros grupos diferentes suponen una amenaza cultural. En este tipo de racismo no hay derecho a la igualdad y se cree que las personas que

son de una raza diferente a la propia deben someterse al grupo predominante. **El rechazo de costumbres, creencias, comportamientos, religiones o lenguas de otros grupos étnicos son actitudes recurrentes en este tipo de racismo.**

- c. **Racismo simbólico.** El racismo simbólico aboga por el derecho a ser iguales, pero con matices: el derecho a ser iguales existe, pero para ámbitos puntuales o ciertas situaciones. Un ejemplo que explica el racismo simbólico es la libertad que tiene cada grupo para vivir como quiera, pero en áreas limitadas para dicho grupo. Estas actitudes provocan una **segregación cultural entre los distintos grupos**, lo que a su vez produce distanciamiento entre sus miembros.

- d. **Racismo biológico.** Es el tipo de racismo menos tolerante. Entiende que una raza es biológicamente superior a las demás, que amenazan con degenerar la raza que es considerada principal. El racismo biológico **no cree que los miembros de otras razas deban tener ningún derecho, piensa que deben ser excluidos totalmente e incluso apuesta por la segregación física.** Un ejemplo de este tipo de racismo fue el llevado a cabo por el régimen nazi en los años 30 y 40: consideraban la raza aria como una raza pura y superior.

- **Microracismos:** son expresiones sutiles de racismo que se manifiestan en la cotidianidad y que perpetúan la discriminación por motivos étnicos de las personas y las culturas. Son formas encubiertas que están presentes en prácticas y comportamientos de la vida diaria. No son cuestionadas ni confrontadas porque están interiorizadas e invisibilizadas. Son igual de dañinas para las personas y comunidades que las sufren.

- **Xenofobia:** actitudes, prejuicios o conductas que rechazan, excluyen y, muchas veces, desprecian a otras personas, basados en la condición de extranjero/a o extraño/a a la identidad de la comunidad, de la sociedad o del país. (OIM)

ANEXO 2: Contactos y recursos de interés

SALUD

ENTIDADES PUBLICAS:

Dirección General de Cooperación al Desarrollo e Inmigración.

Plaza de Nuestra Señora del Pilar, 3 50071 Zaragoza

Teléfono: 976 714 000

Servicios Provinciales de Sanidad

Servicio Provincial de Zaragoza Paseo María Agustín, 16 - 50004 Zaragoza. Teléfono: 976 715 279

Servicio Provincial de Huesca. C/ San Jorge, 65 - 22003 Huesca. Teléfono: 974 247 234

Servicio Provincial de Teruel. C/ 3 de abril, 1 - 44002 Teruel. Teléfono 978 641 157

Dirección General de Salud Pública

Vía Universitat, 36 50071 Zaragoza

Teléfono: 976 714 000

Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios

Vía Universitat, 36 50071 Zaragoza

Centro Municipal de Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Zaragoza

Plaza de Añón, 3-5

50002 Zaragoza

976200850

Consulta de Viajeros Internacionales. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón

Ramón y Cajal, 68

50004 Zaragoza

<https://www.aragon.es/-/viajes-internacionales-vacunas-e-informacion->

ENTIDADES SOCIALES:

Médicos del Mundo: Atención médica y social a personas en situación de vulnerabilidad social con barreras de acceso a Sistema Aragonés de Salud. Atención psicológica a personas en proceso de duelo migratorio o con Síndrome de Ulises y víctimas de otras formas de violencia de género: MGF, matrimonios forzados, prostitución y trata con fines de explotación sexual...

Zaragoza

Calle Calatorao, 8 50003

976 404 940 // 608 218 170

Huesca

Plaza San Pedro, 5 1ºC 22001

976 22 82 10 / 639 55 69 62

aragon@medicosdelmundo.org

Centro Alba: proyectos de promoción de la salud

C/ Boggiero, 71 Bajos
50003 Zaragoza
976 432 189 / 976 282 301
centroalbazgz@gmail.com

MATERIALES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

ENTIDADES PÚBLICAS:

Ministerio de Sanidad: materiales en materia Covid19 en varios idiomas
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ciudadania/otrosIdiomas.htm>

Gobierno de Aragón: materiales en materia Covid19 en varios idiomas
<https://www.aragon.es/-/procedimiento-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus-en-aragon>

Centro de Recursos IEC para población inmigrante: Espacio donde disponer de materiales traducidos a diferentes idiomas para el ejercicio de la salud pública y de la atención sanitaria adaptada a la nueva realidad multicultural de nuestra sociedad.
<http://www.riec.es/>

Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES)

Huesca: Avenida del Parque, 30, 22071 Tel: 974 293 236. epsh@aragon.es
Teruel: C/ 3 de abril, 1, 44071 Tel: 978 641 160. epst@aragon.es
Zaragoza: C/ Ramón y Cajal, 68, 50071 Tel: 976 715 267. epsz@aragon.es

SERVICIOS DE MEDIACIÓN, INTERPRETACIÓN Y TRADUCCIÓN

ENTIDADES PÚBLICAS:

Servicio de interpretación y traducción telefónica del Gobierno de Aragón. Disponibles para los diferentes servicios y administraciones dependientes del Gobierno de Aragón (Centros de salud de Atención Primaria y Atención Especializada y Hospitales del Sistema Aragonés de Salud).

Se pueden hacer **llamadas a tres** para comunicar con las personas en sus casas con conocimientos limitados de castellano.

Para solicitar un/una intérprete telefónico/a, llama a INTERPRET SOLUTIONS, SL al 876277153 desde cualquier teléfono. Debes disponer del correspondiente código de acceso con antelación. Ese código te permite utilizar el servicio cada vez que lo necesites. Si no lo conoces puedes solicitarlo escribiendo a inmigración@aragon.es

Casa de las Culturas: Servicio de intérpretes y traducción disponible para Servicios Municipales y Entidades sociales sin ánimo de lucro de la ciudad.

C/ José Palafox, 29 - Zaragoza 50001 Tfno: 976 726045
serviciosinmigrantes@zaragoza.es

Horario: De lunes a viernes de 8 a 21 h.

ENTIDADES SOCIALES:

Asociación de Mediadores de Aragón AMEDIAR: entidad sin ánimo de lucro especializada en mediación intercultural.

Dirección: Calle San Pablo, 75, local, 50003 Zaragoza

Teléfono: 976 97 81 16 / 608 197 481

Traductores: Existen múltiples aplicaciones gratuitas que pueden utilizarse online o ser descargadas en los teléfonos y que facilitan mucho la comunicación. Entre otras:

- APP y Web: Tradukka destaca por la variedad de idiomas que recoge y su opción de voz.
- APP Talk & Translate
- www.linguee.es

SERVICIOS DE ATENCIÓN Y ASESORÍA JURÍDICA EN MATERIA DE EXTRANJERÍA, RACISMO Y XENOFobia

ENTIDADES PÚBLICAS:

Servicio de Asistencia y Orientación Jurídica a Inmigrantes-SAOJI

Cita previa: <https://citaprevia.aragon.es/provincias>. Marcar la provincia y después marcar:



Inmigración - Departamento Ciudadanía y Derechos Sociales

En caso de urgencia por límite de plazos para recursos pedir cita a 976 714 667

Espacio de Atención para la Igualdad y No Discriminación (DGA)

nodiscriminacion@aragon.es

900 104 672

ENTIDADES SOCIALES:

Departamento de Migraciones de UGT Aragón: atención y asesoría socio jurídica para personas migrantes y víctimas de trata de personas con fines de explotación laboral.

Centro de Formación Arsenio Jimeno. Calle Eduardo Jimeno Correas s/n

(al final de la calle Rosalía de castro)

Teléfono 976 700 119

migraciones@aragon.ugt.org

CITE-CCOO Aragón: asesoría socio jurídica para personas migrantes.

Sede CCOO Aragón c/ Belmonte 29-31

Teléfono 976230727 o al 62963186

Sos racismo Aragón: Servicio de atención y asesoramiento jurídico para víctimas o testigos de situaciones de discriminación racista o xenófoba.

Travesía de Funes, número 8, de Zaragoza.

La Oficina de Información y Denuncias

Teléfono: 976290214

denuncias@sosracismoaragon.es

MUJER

ENTIDADES PÚBLICAS:

Casa de la Mujer. Ayuntamiento de Zaragoza

Don Juan de Aragón, 2

976 391 116 50001 Zaragoza

976 391 592

Instituto Aragonés de la Mujer. Gobierno de Aragón.

Zaragoza: P.º M.ª Agustín, 38 50071 Tel: 976 716 720

Huesca: C/ Joaquín Costa, Nº26 (Bajos) 22002 Tel: 974 247 322

Teruel: C/ San Vicente de Paúl, Nº 1, planta 1ª44002 Tel: 978 641 050

ENTIDADES SOCIALES:

Médicos del Mundo: Servicio de acogida, información e intervención individualizada a mujeres víctimas de otras formas de violencia de género: *mutilación genital femenina, matrimonios forzados, prostitución y trata con fines de explotación sexual...*

Zaragoza: Calle Calatorao, 8 50003 Tel: 976 404 940 // 608 218 170

Huesca Plaza San Pedro, 5 1ºC 22001 Tel: 976 22 82 10 / 639 55 69 62

aragon@medicosdelmundo.org

Caritas-Fogaral: Servicio de acogida, información e intervención individualizada a mujeres prostituidas.

Calle de Ramón y Cajal, 19, 50004 Zaragoza

Teléfono: 976 44 02 00

Cruz Blanca: Servicio de acogida, información e intervención individualizada a mujeres prostituidas. y víctimas de trata con fines de explotación sexual y laboral.

Zaragoza: C/ Daroca, 50012 nº 34 Tel:976326329

Huesca: C/Gibraltar 19. 22005 Tel: 974 243 042

Teruel: C/ Yagüe de Salas Nº 16 planta 4ª. Tel: 978702114

Apip-Acam: Servicio de acogida, información e intervención individualizada a mujeres prostituidas y víctimas de trata con fines de explotación sexual.

C/ San Blas, 4 50003 Zaragoza Tel:976 447 590

Bibliografía

Acnur. Qué es el racismo y tipos de racismo. Disponible en: <https://eacnur.org/blog/que-es-el-racismo-y-tipos-de-racismo-tc-alt45664n-o-pstn-o-pst/>

Achotegui, J. (2008) Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) *Psicopatol. salud ment.* 2008, 11, 15-25 15.

Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises *Aloma. Revista de Psicología, Ciènces de l'Educació i de l'Esport.* 79-86 ISSN 1138-3194

Achotegui, J. (2009). Emigrar en el siglo XXI: estrés y duelo migratorio en el mundo de hoy – Síndrome de Ulises. *El Mundo de la Mente*

Bourdin, Marie-Jo. (2013) El enfoque de la antropología médico-clínica en la relación de ayuda en contexto intercultural *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 54, p. 61-67 ISSN 1135-

Doamekpor LA, Dinwiddie GY. Allostatic load in foreign-born and US-born blacks: evidence from the 2001-2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health.* 2015;105(3):591-7.

Johnson MRD, Bhopal RS, Ingleby JD, Gruer L, Petrova-Benedict RS. A glossary for the first World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health. *Public health.* 2019;172:85-8.

Escartin Lasierra, P., Gimeno Feliu, LA. (2017) Inmigración, minorías étnicas y salud *Salubrismo y Bargarie* (pag 149-164). Ed: Atrapasueños

Gimeno Feliu, L.A.; Garcia Camacho A.; López-Vélez, R. (2014) Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores: el ejemplo de España. *Dossier Eu-topias.* Vol-7, 121-130.

Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health.* 2016;16(1):450.

Gobierno de Aragón. Guía Inmigración y Salud. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/GUIA_INMIGRACION_SALUD.pdf/

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Protocolo de acción común frente a la MGF en el ámbito sanitario.

Gobierno de Aragón. (2016). Protocolo para la prevención y actuación frente a la Mutilación Genital Femenina en Aragón.

Gobierno de Aragón. Guía Para Profesionales Para La Detección, Identificación Y Derivación De Víctimas De Trata Con Fines De Explotación Sexual En Aragón.

Macipe Costa, RM. Gimeno Feliu LA. (2013) Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. Revista Pediátrica de Atención Primaria-Vol XIII nº 49. 127-147.

Martinez Soos, P. Rodríguez Meneses, J., Rodríguez Téllez, I., Serrano Garcia A.B. (2018). La invisibilidad de los microracismos. Revista E-Innova. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación en Madrid. Disponible en: <http://webs.ucm.es/BUCM/revcul//e-learning-innova/228/art3438.pdf>

McEwen BS. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004;1032:1-7.

Médicos del Mundo. Enfoque Antropológico en Médicos del Mundo.2018

Mujers progresistas. "NO ACEPTO" Aproximación a los matrimonios forzados en España desde la mirada de las y los profesionales de la Comunidad de Madrid y Cataluña. 2019

Perruchoud R, Redpath-Cross J. Glossary on migration. Second ed. Genova: IOM; 2011.

Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004;1032:1-7.

Santos, F. (2003) Exiliados y emigrados : 1939-1999. 2003. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

OMS. (2015). Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Disponible en: http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdfMcEwen BS

Sos Racismo. NO DISCRIMINACIÓN Y COMBATE DEL RACISMO Y LA XENOFOBIA A PARTES IGUALES. 2015 Encontrado en: <https://www.plataformaong.org/recursos/144/guia-formativa-no-discriminacion-y-combate-del-racismo-y-la-xenofobia>

Tomasdottir MO, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, et al. Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. PLoS One. 2015;10(6):e0130591.

UNAF. (2016). Guía para la la prevención e intervención ante la MGF (UNAF)

