

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Letras

**Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social
Programa de Doctorado en Antropología de la Medicina**

Trienio 1998-2001

“SER INMIGRANTE NO ES UNA ENFERMEDAD”

**Inmigración, condiciones de vida y de trabajo.
El proceso de salud/enfermedad/atención
de los migrantes senegaleses en Barcelona.**

Tesis para optar por el título de Doctor en
Antropología Social y Cultural presentada por:

Alejandro Goldberg

Directores:

**Dr. Oriol Romaní Alfonso
Dra. Adriana Kaplan Marcusán**

Tarragona, España, Noviembre de 2003

INDICE

INDICE	1
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	4
INTRODUCCION	5
CAPITULO I. MARCO TEORICO-METODOLOGICO.....	11
1. EL OBJETO DE ESTUDIO	11
2. EL SUJETO QUE INVESTIGA Y LA “MIRADA ANTROPOLÓGICA”: EL ANTROPÓLOGO COMO ACTOR-AUTOR.	18
3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	21
3.1. <i>Cuadro relación de entrevistas realizadas</i>	24
CAPITULO II. EL SIGNIFICADO DE SER INMIGRANTE EN ESPAÑA: ELEMENTOS PARA SU INTERPRETACIÓN.....	26
1. INTRODUCCIÓN. ABORDAJE DE PROCESOS MIGRATORIOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL.....	26
2. APROXIMACIÓN AL CONTEXTO HISTÓRICO MUNDIAL EN EL QUE SE DESARROLLAN LOS PROCESOS MIGRATORIOS ACTUALES.	28
2.1. <i>Algunas variables estructurales del “pull” español</i>	30
3. POLÍTICAS DE EXTRANJERÍA: “REGULAR” O “ILEGAL”	35
3.1. <i>Ley de Extranjería en España</i>	36
3.2. <i>Dos ejemplos de la práctica “ilegal” de la Ley de Extranjería: los Centros de Internamiento para Extranjeros y las expulsiones</i>	39
4. INTEGRACIÓN/EXCLUSIÓN SOCIAL: ALCANCES Y LÍMITES.....	43
5. EN TORNO A LA CONSTRUCCIÓN DE LA FIGURA DEL INMIGRANTE “ILEGAL”. LA CRIMINALIZACIÓN DE LA INMIGRACIÓN.	47
5.1. <i>Hegemonía, censuras sociales y estigmatizaciones</i>	50
5.2. <i>El “problema” en los medios de comunicación</i>	58
6. DISCRIMINACIÓN, RACISMO Y XENOFOBIA: PERCEPCIÓN Y CONDUCTA SOCIAL.....	60
6.1. <i>De los discursos a la acción directa: pura causalidad</i>	62
6.2. <i>Reflexiones parciales</i>	68
CAPITULO III. SIGNOS DE VISIBILIDAD: LOS MIGRANTES SENEGALESES.....	70
1. INTRODUCCIÓN. EN TORNO A LAS ESTRATEGIAS MIGRATORIAS SENEGAMBIANAS	70
2. BREVE RESEÑA SOBRE LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS SENEGALESES A EUROPA DURANTE EL SIGLO XX.....	73
3. ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL PROCESO MIGRATORIO SENEGALÉS: CADENAS Y REDES.	76
3.1. <i>El poder del Marabout en la sociedad de origen: Imam, curandero y principal agente económico</i>	79
4. MIGRACIÓN SENEGALESA A ESPAÑA: ANTECEDENTES, DISTRIBUCIÓN ACTUAL Y RASGOS PRINCIPALES.	85
4.1. <i>Distribución de migrantes senegaleses en Europa/España/Cataluña/Barcelona</i>	87
4.2. <i>Tácticas migratorias: ¿mediante qué procedimientos arriban los migrantes senegaleses?</i>	89
5. TIPOS DE MIGRANTES SENEGALESES EN BARCELONA.....	91
CAPITULO IV. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS MIGRANTES SENEGALESES EN LA SOCIEDAD DE DESTINO: SU VINCULACION CON LA SALUD/ENFERMEDAD.....	103
1. ESPAÑA PERIFERIA DE EUROPA. CONDICIONES GENERALES DEL TRABAJO.	105
1.1. <i>Inmigración y economía sumergida</i>	105
1.2. <i>Precariedad y siniestralidad laboral</i>	107
1.3. <i>Ilegalidad y explotación del trabajo inmigrante en la agricultura</i>	110
2. “ALMERÍA HA FABRICADO MUCHOS ENFERMOS”: LA SALUD LABORAL COMO RELACIÓN SOCIAL.....	111
2.1. <i>“Con papeles abstenerse”. El Poniente almeriense: laboratorio español de explotación ilegal de trabajadores (inmigrantes)</i>	112
2.2. <i>Inhabitabilidad y riesgos para la salud</i>	115

2. 3. <i>Fuerza de trabajo, trabajo de fuerza</i>	118
2. 4. <i>Factores de riesgo en el trabajo y su repercusión en la salud/enfermedad de las personas</i>	122
3. VIVIENDA Y TRABAJO PRECARIOS: LA ADAPTACIÓN AL CONTEXTO DE LOS MODOU-MODOU EN BARCELONA	130
3.1. <i>El problema de la vivienda</i>	132
3. 2. <i>La venta ambulante como actividad de subsistencia y elemento del estilo de vida</i>	136
4. FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA SOCIEDAD DE DESTINO. VALORACIONES, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS.....	143
4.1. <i>Aspectos religiosos y asociativos</i>	143
4. 2. <i>Cultura alimentaria</i>	147
4. 3. <i>En torno a las expectativas de partida y las condiciones en destino</i>	151
4. 4. <i>Reagrupación familiar, aculturación y retorno</i>	154
CAPITULO V. DIMENSIONES DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCION DE LOS MIGRANTES SENEGALESES EN BARCELONA	161
1. ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DE ORIGEN. REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE LOS SENEGALESES ALREDEDOR DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN.....	162
1.1. <i>Principales enfermedades, dolencias y padecimientos</i>	167
2. EL CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIOSANITARIO EN LA SOCIEDAD DE DESTINO: DOMINANCIA DEL MODELO MÉDICO HEGÉMÓNICO, MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD Y CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	169
2.1. <i>El MMH y la mercantilización de la salud en España</i>	173
2.2. <i>Las condiciones de acceso a los servicios sanitarios en Barcelona</i>	177
3. PADECIMIENTOS Y RESPUESTAS DE LOS MIGRANTES SENEGALESES A TRAVÉS DE SUS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN LA SOCIEDAD DE DESTINO.....	183
3. 1. <i>El caso de Lake</i>	187
3. 2. <i>El caso de Mame</i>	191
3. 3. <i>El caso de Bebu</i>	192
3. 4. <i>Del itinerario migratorio al itinerario terapéutico: el caso de Notcher</i>	193
4. EL ROL DEL <i>MARABOUT</i> EN LA SOCIEDAD DE DESTINO: REFERENTE SOCIAL Y RELIGIOSO, “PSIQUIATRA” Y CURANDERO	200
5. INDAGACIONES EN EL ÁMBITO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE INMIGRANTE (RMPI)	203
5. 1. <i>El problema de la desinformación y el desconocimiento</i>	205
5. 2. <i>El problema de la comunicación y el lenguaje</i>	210
5. 3. <i>El problema de los medicamentos, su tratamiento y dosificación</i>	215
A MODO DE CONCLUSION	219
LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LOS MIGRANTES SENEGALESES EN BARCELONA.....	219
LA SALUD LABORAL COMO RELACIÓN SOCIAL.....	225
LA SALUD DE LOS INMIGRANTES DENTRO DE LA SALUD DE LA SOCIEDAD.....	229
BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA POR TEMAS	232
ANTROPOLOGÍA, TEORÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL.....	232
HISTORIA, ETNOGRAFÍA Y PROCESOS MIGRATORIOS DE SENEGAMBIA.....	235
ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA. PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN.....	237
GLOBALIZACIÓN Y MIGRACIONES INTERNACIONALES.....	241
SALUD Y MIGRACIONES.....	246
DISCRIMINACIÓN, RACISMO Y XENOFOBIA.....	249
ECONOMÍA SUMERGIDA E INMIGRACIÓN.....	251
PÁGINAS WEB SOBRE RIESGOS LABORALES Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL TRABAJO.....	253
ANEXO. MATERIAL GRÁFICO RECOPIADO.....	255

*Enfermo está el mundo donde “tener” y “ser”
significan lo mismo*
Ernesto Che Guevara

*“Nuestro grito es un grito contra nuestra propia enfermedad
que es la enfermedad de la sociedad,
es un grito contra la enfermedad de la sociedad
que es nuestra propia enfermedad”.*
Holloway, 2002: 174

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Dedico esta tesis:

A los y las migrantes de ayer, hoy y siempre cuyo andar colorea el arcoiris que es la humanidad.

A los que han entendido por sabiduría el buscar, por detrás del dolor, la esperanza... en el anhelo de construir un mundo mejor, es decir nuevo.

Finalmente y por sobre todo, a mi queridísima familia, viejos y hermanas; abuelos, primos, tíos, amigos; a my biy y my bebot por venir, amores de la vita mía, y my miy.

Agradecimientos:

Muy especialmente a los profes Oriol y Adriana: gracias por todo!!!; a todos y todas los que estuvieron, están y estarán siempre, en cualquier tiempo y lugar.

INTRODUCCION

A partir del Programa Europeo “Proyecto ECOBAZ: Economía de Bazar en las Metrópolis Euromediterráneas”, en el cual me desempeñé durante 1999-2000 como investigador, comencé a realizar el trabajo de campo con inmigrantes senegaleses que se dedican al comercio de venta ambulante, como ámbito de la economía informal o sumergida, en la ciudad de Barcelona. Asimismo, durante 2001 colaboré como investigador en el *Grup de Recerca en Antropologia Orientada* de la Universidad Autónoma de Barcelona, en el proyecto “La venda ambulant a la ciutat de Barcelona”. Por último, durante los fines de semana de 2002 trabajé en la venta ambulante de artesanías en distintas zonas de Barcelona (Villa Olímpica, Port Vell, Parc de la Ciutadella) y durante julio-agosto del mismo año realicé la temporada de verano en Roma y Cerdeña (Italia), vendiendo en calles, mercados y playas. Además de los motivos de tipo azaroso y de supervivencia mencionados, existen otras variables que, entremezcladas, me empujaron a la elección del problema-objeto de estudio de esta investigación.

La relevancia del fenómeno migratorio en el contexto inmediato, los conocimientos adquiridos en mi formación académico-profesional en el campo temático de la Antropología Médica y mi ubicación como sujeto histórico-social en el contexto descrito, constituyen razones a favor de la elección del problema de estudio. Además, paralelamente y de acuerdo a Lacomba (2001: 216), “quizá sea en el terreno de la vivienda, junto con el de la **salud**, donde hallamos un mayor déficit en cuanto a publicaciones (sobre la problemática de los inmigrantes extranjeros en España) (...) Está casi todo por hacer, tanto en la investigación como en la atención a las problemáticas que se plantean (...) La

bibliografía no es sólo escasísima, sino que en ocasiones resulta opaca (...) o fallida”. (el destacado es mío).

Lo anterior ha sido corroborado también por el Colectivo Ioé (1999: 163), subrayando los escasos estudios realizados en España sobre la situación sanitaria de los inmigrantes.

En las páginas que siguen, entonces, se busca que uno de los aportes más significativos de esta investigación llegue a ser el de contribuir al conocimiento de un proceso concreto, el de la salud/enfermedad/atención, en un conjunto social específico, el de los migrantes senegaleses en Barcelona.

El capítulo I está referido al marco teórico-metodológico adoptado en esta investigación. Dentro de la disciplina antropológica, se trata de un estudio realizado desde la Antropología de la Medicina, adscribiendo a un enfoque relacional y basado en una aproximación de corte cualitativo cuyo método fundante es el etnográfico. Partiendo de esto último, en ese primer capítulo se define primeramente el objeto de estudio y se identifica el contexto en el que se encuentran insertos tanto el sujeto que investiga como los sujetos a estudiar. Posteriormente, se presenta la metodología del trabajo de campo a través de la descripción de sus principales técnicas y procedimientos, detallando la relación de entrevistas realizadas como parte del mismo.

El capítulo II constituye un intento de interpretar empírica y conceptualmente el significado de ser inmigrante en España. Para ello, en primer término se describe en qué consiste la propuesta de un abordaje sociocultural de los procesos migratorios, para luego situarlos en el contexto histórico mundial actual en el que se desarrollan. Una vez logrado esto, se focaliza en el caso particular de España, teniendo en cuenta que la inmigración extranjera es un fenómeno relativamente nuevo en su historia si se compara con otros países de la Unión Europea (UE). En función de lo anterior, se analizan los principales

elementos que componen la política de extranjería española, diferenciándola de las políticas de integración y sus repercusiones en la situación de exclusión social en la que se encuentran algunos inmigrados. Más adelante se efectúa una indagación alrededor de una serie de factores que interactúan en el contexto de la sociedad española y que coadyudan a la construcción de la figura del inmigrante “ilegal” y al proceso de criminalización de la inmigración, en el cual determinadas censuras sociales y ciertas estigmatizaciones se producen, se reproducen, circulan y se consumen a través de canales institucionales formales e informales, destacando entre ellos a los medios de comunicación. Seguidamente y como consecuencia de esto último, se ahonda en los problemas de discriminación, racismo y xenofobia surgidos contra inmigrantes en España, reconociendo e intentando dar cuenta de las causas que llevan a que éstos se produzcan en algunos contextos con mayor intensidad y frecuencia que en otros.

En el capítulo III se incorpora al análisis la parte estrictamente etnográfica mediante los testimonios recogidos en las entrevistas y a través de las observaciones de campo realizadas. Previamente, se presenta un repaso de las estrategias migratorias senegambianas y los tipos y características principales de los movimientos migratorios que han generado durante el siglo XX. Se hace referencia también a la organización social del proceso migratorio senegalés, la forma preponderante que adquiere en cadenas y redes, y los principales agentes que intervienen en ellas. Más adelante se aborda en particular la migración senegalesa a España, sus antecedentes, sus principales características, su distribución actual, así como las tácticas migratorias que utilizan los migrantes para arribar al continente. Una vez situados en el marco descrito, se expone una clasificación de los dos tipos principales de migrantes senegaleses que es posible distinguir en Barcelona, analizando algunas variables relevantes al momento de identificar ambos grupos.

Con el propósito de establecer la vinculación entre salud/enfermedad y condiciones de vida/de trabajo, en el capítulo IV se aborda esta problemática a partir de la recolección de información y, sobre todo, del trabajo de campo realizado en la interacción con los sujetos de estudio. En primer término, se describen las condiciones generales de trabajo en España, destacando la correspondencia existente entre el fenómeno de la inmigración extranjera y el ámbito de la economía sumergida. Este ámbito, donde se insertan buena parte de los trabajadores inmigrantes, está caracterizado por la precariedad y la siniestralidad laboral. Sumado a lo anterior, en algunos sectores de la agricultura los inmigrantes trabajan en condiciones de absoluta ilegalidad, sin papeles ni contrato de trabajo, todo lo cual favorece su explotación, como ocurre en el caso del Poniente almeriense. En este punto, y a través del itinerario seguido por un migrante senegalés, se analizan las condiciones de vida y de trabajo en los invernaderos agrícolas, como parte de un intento por mostrar la determinancia que las mismas poseen al momento de abordar la salud laboral como relación social. Posteriormente, se focaliza en las principales características de la vivienda y el trabajo de los migrantes senegaleses entrevistados en Barcelona, quienes en su mayoría se dedican al comercio de venta ambulante. Luego, se da cuenta del estado en el que se manifiestan dos de los principales factores socioculturales de origen en la sociedad de destino: los aspectos religiosos y asociativos y la cultura alimentaria. Por último, se aborda una serie de valoraciones, percepciones y representaciones sobre distintos aspectos de las realidades migratorias y el contexto de vida de los sujetos de estudio, recogidas en el trabajo de campo y constitutivas del punto de vista “emic”; esto es, la perspectiva de los actores.

En el capítulo V se aborda en profundidad el objeto de estudio de esta investigación. Dada la complejidad teórico-metodológica que el mismo supone, se trata de un análisis

multidimensional que comienza con una identificación de los aspectos sociosanitarios más relevantes en el contexto de la sociedad de origen, poniendo especial énfasis en el conjunto de representaciones y prácticas que poseen los senegaleses alrededor de la salud/enfermedad/atención. En este marco, se pueden distinguir las principales enfermedades, dolencias y padecimientos que sufren y los mecanismos socioculturales de respuestas que implementan para hacerles frente.

A continuación, el trabajo se centra en algunos de los rasgos que caracterizan el contexto sociosanitario de la sociedad de destino de los migrantes senegaleses, reconociendo la dominancia del modelo biomédico en las concepciones y prácticas del sistema sanitario español; el proceso de mercantilización de la salud y su impacto en la atención y las condiciones de acceso a los servicios sanitarios existentes para los inmigrantes en Barcelona.

Una vez situados en el contexto de observación y análisis del objeto-campo de la salud/enfermedad/atención, se presentan cuatro casos que permiten abordar los itinerarios terapéuticos desarrollados por los migrantes senegaleses ante los distintos padecimientos sufridos en la sociedad de destino. Debido al importante rol sociocultural, político y religioso que posee, tanto en origen como en destino, se incorpora al análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio la figura del *marabout*, a través de las entrevistas realizadas en Girona con uno de ellos.

Para finalizar este apartado, se efectúa una primera indagación en torno al ámbito de la relación médico-paciente inmigrante (RMPI), en la cual se puntualizan algunas de las dimensiones relativas al problema de la desinformación y el desconocimiento; el problema de la comunicación y el lenguaje; y el problema de los medicamentos, su tratamiento y dosificación.

Por último, y a modo de conclusión, se presentan una serie de formulaciones, interrogantes y reflexiones surgidas durante el transcurso y al final de este trabajo.

Se adjunta la bibliografía específica por temas, tanto la referida como la de consulta, y el anexo gráfico.

CAPITULO I. MARCO TEORICO-METODOLOGICO.

El título de este capítulo refiere a un aspecto introductorio, a la vez que distintivo, del tipo de investigación que se trata, pudiéndose simplificar con las siguientes preguntas: ¿Qué se estudia? (el objeto de estudio); ¿quién lo estudia? (la perspectiva del investigador); y ¿cómo lo estudia? (desde qué marco teórico-conceptual dentro de la disciplina, y qué métodos, técnicas y procedimientos se utilizan).

De acuerdo a la forma en que se la ha tratado en esta investigación y se la presenta en este apartado, puede decirse que la metodología supone tanto la perspectiva teórica de abordaje del objeto de estudio, el conjunto de técnicas y procedimientos de aprehensión de la realidad en la que se manifiesta, como el potencial analítico del sujeto que investiga.

1. El objeto de estudio

Ya mencionado en la Introducción, el objeto de estudio de esta investigación ha sido *el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona* como campo temático determinado, como problema específico.

Sin embargo, la salud/enfermedad/atención no existe en abstracto, sino como “ocurrencias” o “eventos” particulares o grupales específicos (Menéndez, 1990). Existen los sujetos que sufren determinados padecimientos, que tienen una forma de concebirlos en términos socioculturales, que poseen un conjunto de prácticas terapéuticas alrededor de los mismos.

Si bien en diversos autores encontramos planteada la relación salud/enfermedad/condiciones de vida/reproducción social (Laurell, 1986; Franco Agudelo, 1986 y otros), E. Menéndez (1992; 1994) es quien aporta la definición de un concepto que se ajusta mejor al análisis que se propone. Para este autor, el **proceso de salud/enfermedad/ atención** constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. Esto es, el sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso.

Padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

Como señala Menéndez (1994: 71):

“(...) Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones o instituciones dadas (...) sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente...”

Vale mencionar que en esta investigación resulta más adecuado referirse en términos de Antropología de la Medicina, más que “de la Salud” o “Médica”, ya que se trata de un concepto que permite analizar los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio desde el conjunto de saberes y prácticas alrededor de la salud que poseen desde su cultura de origen, con un particular sistema médico de atención, abordando la relación de éste con el sistema biomédico dominante en la sociedad receptora.

Respecto a lo anterior, es preciso tener en cuenta que la conceptualización alrededor de la salud/enfermedad/atención forma parte del campo temático abordado por diversos autores de la Antropología de la Medicina, sobre todo desde 1960 en adelante, momento en el cual se produce una relativa delimitación del objeto de estudio propio de la disciplina. Uno de los puntos de partida que se asumirán es el de reconocer distintos sistemas médicos que suponen saberes y prácticas específicas y diversas en torno a la salud/enfermedad/atención. De esta manera, la biomedicina aparecerá como un sistema médico más de la civilización occidental, rompiéndose así con la división existente hasta ese entonces entre el trabajo de la biomedicina y el de la Antropología, al igual que entre cuerpo/mente, orgánico/folk, etc., todas dicotomías influenciadas por el positivismo científico. A partir de entonces, y en términos generales, los fenómenos podían analizarse tanto desde adentro (perspectiva emic) como desde afuera (perspectiva etic) como algo distinto y relativo a cada cultura.

En el denominado “enfoque antropológico” de los procesos de salud/enfermedad/atención existirían dos ejes de interés principales o, dicho de otra manera, el énfasis estaría puesto en dos aspectos fundamentales. El primero de ellos se refiere a la relación de la cultura con la salud/enfermedad, relación paradójica y ambigua, ya que los procesos de salud/enfermedad/atención tienden a confundirse con otros procesos sociales que aparecen como dados, como naturalizados (Uribe Oyarbide, 1996). El segundo de los aspectos está dado por la renovación epistemológica que supone su estudio (el de los procesos de salud/enfermedad/atención). Esto es, integrar lo biológico y lo cultural superando el gastado debate entre naturaleza y cultura; saldar el problema entre lo objetivo y lo subjetivo; correlacionar la comprensión/explicación en el análisis; y otras cuestiones en torno a la pregunta de “¿qué es conocer la realidad?”.

A este tema se refiere Menéndez (1998) cuando compara encuentros y desencuentros entre las Ciencias de la Salud y la Antropología de la Medicina.

Para mencionar algunos de ellos, puede decirse que si bien es cierto que ambas abordan a grupos y no a un individuo (es decir, parten de la misma unidad de análisis), mientras que la Epidemiología no tiene en cuenta las relaciones y aborda a los conjuntos sociales como sumatorias de individuos (o sea, en forma desagregada, atomizada y desarticulada), la Antropología sí tiene en cuenta estas relaciones que constituyen a los conjuntos sociales, a saber: grupo doméstico; de pares; ocupacional; etc.

Podría decirse que la perspectiva de la Antropología de la Medicina aplicada a los procesos migratorios “(...) permite una cierta capacidad explicativa, al detectar una lógica que permite relacionar dichos procesos con las manifestaciones de morbilidad que presentan estas poblaciones”. (Romaní, 2002: 501)

En el caso de este trabajo de investigación en salud, se analiza un conjunto social específico (los inmigrantes senegaleses), sus especificidades como grupo sociocultural humano y las características de sus procesos migratorios, enfatizando en las dimensiones alrededor de la salud/enfermedad/atención. Este énfasis antropológico en las variables socioculturales se relaciona a su vez con el análisis multicausal que determina la situación de salud del grupo referido. ¿De qué serviría sino el intento, por ejemplo, de establecer una causalidad general y diferencial de la incidencia de la tuberculosis en los barrios del distrito barcelonés de Ciutat Vella, donde se concentra la mayor cantidad de población inmigrante, si no se persigue actuar sobre los conjuntos sociales implicados y sus condiciones de vida desde una perspectiva preventivista?

A la metodología epidemiológica positivista, por el contrario, no le interesa en lo más mínimo el punto de vista del actor en sí; sólo la información que precisa, puede extraer y le

es útil dentro de la orientación bacteriológica que marcó su desarrollo como disciplina. Dicha orientación redujo cada vez más sus objetivos a la búsqueda de los factores determinantes y las soluciones dentro del campo biológico. Incluso, en el caso de abordar conjuntos sociales (casi siempre desde una perspectiva ahistórica desprovista de una dimensión diacrónica), termina convirtiéndolos en agregados estadísticos y, consecuentemente, transforma a las enfermedades en sumatoria de signos.

Del lado opuesto, autores que han contribuido al desarrollo de una epidemiología crítica-dialéctica (Almeida Filho, 1989; 1992; Breilh, 2003 y otros) reconocen la importancia de los factores socioculturales en el momento de abordar la salud/enfermedad como objeto-campo:

“(…) La salud y la enfermedad envuelven una compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales de la condición humana y de atribución de significados (…) Salud y enfermedad son fenómenos clínicos y sociológicos vividos culturalmente (...), importan tanto por sus efectos en el cuerpo como por sus repercusiones en el imaginario: ambos son reales en sus consecuencias”. (Souza Minayo, 1997: 12-13)

Por otro lado, los aportes de Kleinman (1980; 1983) y otros autores enmarcados en la denominada “Antropología de la Illness”, ponen el acento en los elementos simbólicos culturales como espacios de significados particulares. Desde esta perspectiva, lo prioritario será recuperar la vivencia del sujeto en una situación de pérdida de salud o aparición de enfermedad a partir de la subjetividad del individuo pero enfatizando en la comprensión del síntoma significativo colectivo. Por otro lado, la llamada “Antropología de la Sickness” se centrará más que nada en los aspectos sociales, puesto que reconoce las limitaciones de las explicaciones de tipo cultural. Desde este enfoque serían las condiciones histórico-sociales

las que condicionan tanto la vivencia del sujeto (su subjetividad) como sus condiciones de salud.

En base a los puntos de partida elementales expuestos más arriba, antropólogos como Scheper-Huges (1990; 1992) conciben la realidad (lo mismo que la enfermedad) como una construcción que se da en la interacción social. De modo que las estrategias de atención a los problemas de salud pueden modificarse, al igual que lo que ocurre con las concepciones alrededor de la salud/enfermedad, en distintas épocas y contextos.

Asimismo, el concepto de “estilo de vida” resulta estratégico para el análisis sociocultural que se propone. El concepto de estilo de vida es holístico, coherente con la práctica etnográfica y con modelos de análisis derivados de ella, basado en elaboraciones sociológicas y antropológicas que, según recuerdan Coreil et al. (1985), provienen del marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense. Como instrumento metodológico, el concepto de estilo de vida permite enmarcar y comprender tipos de conductas basadas en los valores y actitudes definidos en dicho estilo, conductas que pueden ser reproducidas en el comportamiento cotidiano, pues se basan en los saberes del grupo (Cornier, 1984). A partir de él, se puede comprender la articulación de la estructura social general con los grupos intermedios, expresada en sujetos caracterizados por un cierto “estilo” en su vida cotidiana, tanto personal como colectiva (Menéndez, 1998). El referido concepto será de utilidad en esta investigación, tanto para analizar representaciones, actitudes, comportamientos y prácticas socioculturales de los senegaleses, reconociéndolas como específicas y diferentes a las dominantes en la sociedad receptora, como para sus nociones y respuestas particulares alrededor de la salud/enfermedad/atención.

La Antropología de la Medicina aborda el proceso de salud/enfermedad/atención predominantemente en el nivel microsociológico. Pero el **enfoque relacional** adoptado en este trabajo implica abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales, más allá de la valoración de las mismas:

“(…) colocar a los conjuntos sociales, a los sujetos sociales enfermos (y no enfermos: a la epidemiología sociocultural le interesa también la salud) dentro de la estructura social, económico-política y cultural en la cual contraen las enfermedades, padecimientos y desgracias, los tratan, se curan, mueren…” (Menéndez, 1990b: 34)

A esta dialéctica entre lo micro y lo macro se refiere Breilh (2003: 61) cuando afirma que “el conocimiento en salud que anhela ser relacional y transdisciplinario, y que busca descubrir la lógica de dominación subyacente, requiere trabajar la dimensión de la totalidad”.

En función de la perspectiva planteada y a partir de un abordaje histórico-estructural que permita relacionar variables materiales contextuales con las experiencias, percepciones y representaciones de los propios sujetos, resulta idóneo asimismo centrarse en el ámbito específico de la salud laboral, reconociendo las condiciones de vida y las características del proceso de trabajo como determinantes en el desgaste de la salud, como fuentes de enfermedades y como agentes importantes de influencia en el cuadro de morbilidad de los trabajadores (Laurell, 1987, 1993, coord.)

Puede decirse que, de acuerdo a la clasificación propuesta por Souza Minayo (1997: 23), sería ésta una *investigación estratégica* porque “(…) se orienta a problemas que surgen

en la sociedad, aun cuando no prevea soluciones prácticas para estos problemas. Ella tiene la finalidad de lanzar luz sobre determinados aspectos de la realidad”.

Desde el enfoque teórico-metodológico adoptado, entonces, lo que se ha estudiado es un “proceso” que opera en la salud/enfermedad/atención de unas personas pertenecientes a un conjunto social específico, en un tiempo histórico y un lugar geográfico determinado: los migrantes senegaleses observados-entrevistados, con quienes he interactuado, principalmente en la ciudad de Barcelona (como unidad de observación amplia) y fundamentalmente en el distrito de Ciutat Vella (como unidad de observación específica), durante el periodo junio de 2000-enero de 2003. Sobre ellos, interesa subrayar por el momento que como en cualquier otra investigación social, representan sólo una muestra del universo o conjunto poblacional del que se trata.

2. El sujeto que investiga y la “mirada antropológica”: el antropólogo como actor-autor.

“En la idea burguesa de ciencia (...) el distanciamiento del individuo respecto de la comunidad se considera una virtud (...) El científico ideal sería un observador ubicado en la luna, desde donde sería capaz de analizar la sociedad con verdadera objetividad (...) Según esta manera de pensar, ciencia y objetividad se consideran sinónimos (...) La objetividad significa suprimir todo lo posible nuestra subjetividad”. (Holloway, 2002: 98)

Uno de los supuestos centrales de este paradigma, también conocido como “newtoniano”, es que existe una realidad objetiva “externa”, que a su vez es independiente de la percepción humana y puede ser aprehendida por medio de la aplicación correcta (léase además “rigurosa”) del método científico (entiéndase el hipotético-deductivo). Desde esta

visión, por lo tanto, la ciencia consiste, de hecho, en un conjunto de métodos que, rigurosamente aplicados, proveen una visión “objetiva” de la “realidad”. Y así, en consonancia con una “realidad objetiva universal”, la práctica científica se concibe como neutral y exenta de valoraciones, juicios y prejuicios.

En oposición, Gould (1994) recuerda que todo saber científico se construye sobre el mundo de significados y representaciones que produce la práctica originada por la vida sociocultural humana. La ciencia, como producto social, no es una máquina objetiva dirigida hacia la verdad, sino una actividad quintaesencialmente humana que se ve asediada por las presiones, las esperanzas y los prejuicios culturales. Por ende, el conocimiento científico no es más que un tipo de conocimiento, una forma específica entre las tantas que existen en la humanidad. La memoria colectiva de un pueblo es fuente de conocimiento. Viajar también es conocer, las experiencias otorgan conocimiento, vivir es conocer y aprender.

Parto del reconocimiento de que uno, como sujeto, es un ser común y corriente, con una determinada biografía histórica en la vida antes de ser observador/indagador/investigador/científico. No persigo ser un científico “positivo”. No creo que para intentar “comprender” se deba perseguir la “objetividad” si eso implica dejar de lado los sentimientos y “purgar” las percepciones. “Interpretar” supone que no exista una sola “verdad”.

Mi posición en el marco de esta investigación estuvo marcada por una particularidad: aunque me encuentro inserto en esta sociedad/cultura (catalana-española-europea) no pertenezco a la misma sino que provengo de otra distinta. En esto, para buena parte de los autóctonos (y teniendo en cuenta las leyes migratorias vigentes) soy “extranjero” al igual que otras personas inmigrantes; puntualmente “sudaca” y no “moro”, por ejemplo. Pero por

otro lado, muchos de los inmigrantes senegaleses con los cuales interactué durante los cuatro años de vivir en Barcelona, al menos en una primera instancia de reconocimiento fenotípico, me ubicaban como “uno de aquí”.

Vivir cuatro años en un mismo distrito (Ciutat Vella), compartir espacios de actividad laboral (venta ambulante), coincidir en ámbitos de reivindicación de derechos (manifestaciones de inmigrantes)... todo ello supuso desde un comienzo asumir la necesidad del ejercicio metodológico del distanciamiento del problema estudiado, así como el aprovechamiento de una probable empatía respecto a algunas problemáticas, un acercamiento de tipo más simétrico con los sujetos de estudio, como efectivamente sucedió.

En general, se concibe a la **etnografía** como “el método antropológico por excelencia”, el cual reúne una serie de técnicas de aproximación, aprehensión y descripción de una realidad y un fenómeno/problema particulares, fundamentalmente en términos cualitativos-holísticos-socioculturales, donde el investigador es en sí mismo el principal instrumento de observación/participación. La metodología de trabajo del antropólogo es personalizada, puesto que los datos, la información básica y estratégica, la debe obtener el propio investigador en la relación de interacción que construye con el/los informante/s, con el/los otro/s, con el/los sujeto/s. Todo ello le permite al antropólogo obtener información de “calidad” respecto de problemas donde, por ejemplo, las técnicas epidemiológicas fracasan u obtienen sólo información limitada.

Desde el punto de vista metodológico, entonces, la situación descrita me ha posicionado de alguna manera como “etnógrafo total”: hubo momentos en los que “hacer Antropología” resultó prácticamente algo así como vivir las 24 horas.

Digamos que, mediante el método etnográfico, he perseguido el objetivo de interpretar (observar, escuchar, confrontar e intentar comprender) y (d)escribir; para difundir y

socializar el saber, actuando así como vehículo, puente, engranaje de comunicación y conocimiento de otras realidades distintas. Todo lo cual dará la imagen (el producto) que devuelve el trabajo científico crítico: como negación de las apariencias fetichizadas, con perspectivas de diálogo, de un ida y vuelta, de un permanente intercambio.

Dar cuenta de la problemática alrededor de la realidad sociosanitaria de los inmigrantes en España desde la perspectiva adoptada en esta investigación, supone abarcar dos niveles interrelacionados en los estudios humanos: la descripción de “lo que es” a la luz del planteamiento de “lo que debiera ser”. Tal como sostiene Romaní (1999: 173): “Un trabajo riguroso, en cualquier campo de la actividad antropológica, pero quizás más especialmente en aquellos que conciernen a clases subalternas, poblaciones estigmatizadas y similares, creo que puede tener un gran valor ético y político por sí mismo, pues un trabajo de estas características implicará siempre, entre otros aspectos, “valorizar” dichas poblaciones, sus conocimientos, develar sus lógicas de representación y actuación, más allá de las etiquetas enmascaradoras que les impone la hegemonía ideológica de los grupos dominantes”.

3. Técnicas y procedimientos del trabajo de campo.

La información obtenida en este trabajo se realizó a partir de diferentes técnicas y procedimientos, entre los cuales se encuentran la observación participante, la participación con observación, las entrevistas en profundidad y semi estructuradas, las entrevistas en grupo y la recopilación de documentos y material bibliográfico. Como queda de manifiesto, se trata de un estudio de corte cualitativo focalizado en las entrevistas en profundidad. Estas resultaron una herramienta metodológica clave en la reconstrucción de las trayectorias

migratorias, en el análisis de la perspectiva emic de los actores acerca de sus condiciones de vida en la sociedad de destino y respecto a los itinerarios terapéuticos desarrollados. Las entrevistas en profundidad resultaron fundamentales cuando me propuse aproximarme a la percepción que tiene sobre el fenómeno migratorio el personal sanitario español, tanto en su ámbito particular de interacción como en el contexto social más amplio.

Martínez Veiga (1997: 12) sostiene que en el caso del estudio de la inmigración es fundamental escuchar la diversidad de interpretaciones que, tanto los inmigrantes como los autóctonos o nativos, llevan a cabo. En opinión del autor, esto permite confrontarlas con las prácticas de los actores sociales en un contexto determinado, otorgando así a la observación participante, una seguridad y anclaje particulares en el abordaje de los fenómenos empíricos. En este marco, se tuvo en cuenta la relevancia del discurso y el significado, como en cualquier aproximación cualitativa. Introducirme en pequeños relatos y enfatizar al mismo tiempo en las prácticas cotidianas de los sujetos inmigrantes, dio como resultado la necesidad (profesional y humana) de rescatar ambos niveles como formas de resistencia a los procesos de homogeneización que incentiva, estimula e impone la globalización capitalista neoliberal.

Asimismo, autores provenientes de la geografía social y humana como A. Sayer y K. Morgan (1985) coinciden en que, si bien las entrevistas cualitativas pueden ser solamente un accesorio desde el punto de vista del empirismo en las ciencias sociales, son en cambio absolutamente esenciales desde la óptica del realismo crítico, teniendo en cuenta que esta postura reconoce a las estructuras subordinadas como complejas y posiblemente distintas de los hechos observados y de los discursos de los cuales emergen.

Por su parte, Miles and Crush (1993) sostienen que las narrativas personales deberían ser vistas e interpretadas como textos interactivos, ya que constituyen un producto de series

complejas de interacciones entre ellos (como investigadores) y entre los investigadores y la población estudiada y entrevistada. El texto interactivo se crea mediante el diálogo entre el entrevistador y el entrevistado. Sin embargo, el investigador, en su tarea de ordenar y darle una coherencia a la narración, construye en cierto modo “su” interpretación de la entrevista.

Por otro lado, al utilizar historias o trayectorias de vida como estrategias de investigación, uno de los objetivos que perseguí fue el de analizar la manera en que un sujeto mantiene y/o modifica su identidad en el proceso de migración, abordando la relación entre sujeto e identidad, la cual incluye la esfera del espacio privado. Paralelamente, reconstruir las historias individuales y familiares de los migrantes me permitió desentrañar las fases de un proceso que en el marco de la globalización adquiere nuevas características, pero que perpetúa, por otro lado, otras tantas heredadas de estructuras políticas y socioculturales tradicionales.

En cuanto a la situación de los migrantes en su lugar de origen, no he tenido la oportunidad de realizar trabajo de campo en Senegal. Por lo tanto, la información y el análisis de la misma se ha efectuado casi en su totalidad en base a una selección de bibliografía de carácter histórico y etnográfico¹, a lo que se le sumaron los datos proporcionados por los sujetos entrevistados.

¹ Entre los textos consultados, la principal referencia ha sido Kaplan (1998), en su Capítulo I “Los pueblos de Senegal y Gambia: notas de campo sobre el entorno cultural y situación de origen de los migrantes”. Algunos objetivos que se planteó la autora fueron los siguientes: recoger impresiones sobre las expectativas que se crean tanto en el seno familiar como en la aldea en torno al emigrante; conocer qué noticias envían los que están afuera; qué cambios, si los hay, se producen en la organización del grupo doméstico por el hecho de marchar alguno de sus miembros; y quiénes son los que emigran y los motivos que los han llevado a hacerlo. A los objetivos iniciales sobre el conocimiento del entorno cultural de la población, la organización del grupo doméstico, las relaciones de parentesco, etc. dentro de la propia sociedad de origen, luego fue profundizando en diferentes cuestiones de salud, la concepción, percepción y vivencia de la enfermedad, así como la relación entre ésta y los distintos recursos de curación disponibles. Además, la posibilidad de permanecer algún tiempo con distintas familias en Gambia y Senegal, le permitió contrastar las diferencias que pudieran existir entre los migrantes provenientes de zonas rurales y urbanas, así como tener un conocimiento global de la distribución étnica y de las relaciones interétnicas, resultado de un largo proceso histórico.

Por el lado de las fuentes directas de información, además de las entrevistas ya señaladas que se efectuaron a los sujetos de estudio y a sujetos pertenecientes a otros colectivos de inmigrantes residentes en Barcelona (que trabajan principalmente en el ámbito de la economía sumergida, en especial en la venta ambulante), fueron relevantes también las aportaciones, puntos de vista, charlas, intercambios de opiniones, valoraciones, sensaciones, percepciones, intuiciones, análisis, etc. con jóvenes migrantes de origen marroquí, subsahariano, de distintos países de Latinoamérica (Argentina, México, Venezuela, Colombia, Chile, etc.), catalanes y de otras regiones de España.

Por último, vale destacar la recopilación sistemática de información en distintos entes municipales, autonómicos y estatales, así como los medios de difusión españoles: periódicos, revistas, televisión, todas fuentes citadas sobre el “problema” de la inmigración en España y sus dimensiones. Realicé esta tarea de septiembre de 2000 hasta enero de 2003 en distintas bibliotecas, así como a través de los diferentes eventos asistidos.

3. 1. Cuadro relación de entrevistas realizadas

Nombre	País de origen	Sexo	Edad	Ocupación	Lugar entrevista	Fecha entrevista
<i>Sut</i>	Senegal	Masculino	36 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio-Julio de 2000
<i>Bele</i>	Senegal	Masculino	29 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2000
<i>Mame</i>	Senegal	Masculino	27 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Diciembre de 2000
<i>Kai</i>	Senegal	Masculino	40 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Mayo de 2001
<i>Lake</i>	Senegal	Masculino	28 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Mayo-Junio de 2001
<i>Wama</i>	Senegal	Masculino	28 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2001
<i>Namse</i>	Senegal	Masculino	28 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2001
<i>Notcher</i>	Senegal	Masculino	32 años	Trabajador invernadero - empleado en una tienda	Barcelona	Setiembre-Noviembre de 2001
<i>Lafe</i>	Senegal	Masculino	33 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Abril de 2002
<i>Bebu</i>	Senegal	Masculino	36 años	Sastre	Barcelona	Abril-Mayo de 2002
<i>Teko</i>	Senegal	Masculino	32 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Mayo-Junio de 2002
<i>Jud</i>	Senegal	Masculino	29 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2002
<i>Rafaz</i>	Paquistán	Masculino	33 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2000
<i>Sharmub</i>	Paquistán	Masculino	32 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Junio de 2000
<i>Muham</i>	Paquistán	Masculino	36 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Octubre de 2000
<i>Sam Amadu</i>	Senegal	Masculino	35 años	Secretario Gral. Asociación Residentes Senegaleses Catalunya - Tienda de artesanías africanas	Barcelona	Octubre de 2000
<i>Marta</i>	España	Femenino	27 años	Médica	Barcelona	Diciembre de 2000
<i>Marco A.</i>	España	Masculino	29 años	Abogado	Barcelona	Marzo de 2001
<i>Afsal</i>	Paquistán	Masculino	46 años	Empresario-Presidente de la Asociación de cultura Hispano-Paquistaní	Barcelona	Marzo de 2001
<i>Amodou</i>	Senegal	Masculino	55 años	Profesor de Geografía Humana Universidad Cheikh Anta Diop	Barcelona	Abri de 2001
<i>Mawa</i>	Senegal	Masculino	28 años	Agente de Salud Centro de Medicina Tropical de Drassens	Barcelona	Mayo-Junio 2001
<i>Saoka</i>	República del Congo	Masculino	36 años	Miembro de AMIC-UGT	Barcelona	Julio de 2001
<i>Oriol V.</i>	España	Masculino	58 años	Jefe servicio de Pediatría Hospital del Mar - Director de Master Medicina Tropical (UAB)	Barcelona	Julio de 2001
<i>Saima</i>	Gambia	Femenino	29 años	Vendedora ambulante	Roses	Agosto de 2001
<i>Sebas</i>	Argentino	Masculino	28 años	Vendedor ambulante	Barcelona	Sept. de 2001
<i>Yaz</i>	Marruecos	Masculino	27 años	Desocupado	Barcelona	Octubre de 2001
<i>Mom</i>	Argelia	Masculino	36 años	Propietario de Bar	Barcelona	Enero de 2002
<i>Cherif</i>	Senegal	Masculino	47 años	Marabout	Arbucies	Febrero de 2002
<i>Meire</i>	España	Femenino	32 años	Enfermera	Barceona	Abril de 2002
<i>Tchebo</i>	Senegal	Masculino	29 años	Trabajador sector hostelería	Barcelona	Mayo de 2002
<i>Mustafá</i>	Senegal	Masculino	33 años	Vendedor ambulante	Roma	Julio de 2002
<i>El negro</i>	Senegal	Masculino	32 años	Vendedor ambulante	Roma	Julio de 2002
<i>Alí</i>	Senegal	Masculino	38 años	Vendedor ambulante	Cerdeña	Agosto de 2002
<i>Montse Salgado</i>	España	Femenino	32 años	Dra. Especialista en Med. Fliar y comunitaria	Barcelona	Sept. de 2003
<i>Soledad Nadal</i>	España	Femenino	32 años	Dra. Especialista en Med. Fliar y comunitaria	Barcelona	Sept. de 2003

CAPITULO II. EL SIGNIFICADO DE SER INMIGRANTE EN ESPAÑA: ELEMENTOS PARA SU INTERPRETACIÓN

Emigración: “Conjunto de habitantes de un país que trasladan su domicilio a otro debido principalmente a motivos económicos, políticos y religiosos”.

Emigrar: “1. Abandonar su propio país con ánimo de establecerse en otro extranjero. 2. Ausentarse temporalmente del propio país para hacer en otro determinadas faenas”.

Emigrante: “El que se traslada de su propio país a otro, generalmente con el fin de trabajar en él”.
(*Diccionario Enciclopédico Planeta*, 1999)

1. Introducción. Abordaje de procesos migratorios desde una perspectiva sociocultural.

Para abordar el proceso migratorio del que se trata he partido de dos premisas fundamentales: 1) los movimientos migratorios no responden a una realidad lógico-empírica, y por lo tanto son difícilmente predecibles y prevenibles -mucho menos cuantificables- (Kaplan, 1996); y 2) la complejidad de las migraciones actuales ha sido significativa en “la carencia de una teoría general de las migraciones capaz de abarcar las múltiples facetas que presentan” (Recolons, 2001: 681).

En el capítulo anterior se explicitaba la perspectiva etnográfica-antropológica adoptada en esta investigación. Según Kaplan (1996), ésta puede dar cuenta de las relaciones y estrategias que se generan en el proceso migratorio, tanto en la sociedad de origen como en la de destino, incorporando enfoques que incluyen variables demográficas, espaciales, culturales, sociales, económicas, políticas e ideológicas.

En este apartado, más que analizar un fenómeno sociocultural humano -las migraciones internacionales-, se describirán algunas de las características que tienen los procesos migratorios actuales, como marco necesario para abordar a los migrantes provenientes de Senegal (sus historias de vida, sus trayectorias migratorias, sus realidades sociosanitarias en

esta sociedad). Acerca de esto último y en base al rol dinámico que juegan en el proceso migratorio senegalés, se enfatizará en las cadenas y redes migratorias.

Enfocar el estudio en las cadenas y redes supone analizar, diacrónicamente, un proceso colectivo: la familia, las cadenas migratorias de amistades, los lazos comunitarios previos, la existencia de redes, etc. Todos estos elementos están de una u otra forma en la base de muchos de los movimientos migratorios históricos y actuales, constituyendo lo que Martínez Veiga (1997) identifica como la organización social del proceso migratorio.

Se entiende por “cadena migratoria” a la transferencia de información y apoyos materiales que familiares, amigos o paisanos ofrecen a los potenciales migrantes para decidir, o eventualmente, concretar su viaje. Las cadenas facilitan el proceso de salida y llegada, pueden financiar en parte el viaje, gestionar documentación, empleo y conseguir vivienda. También son fuente de comunicación de los cambios económicos, sociales y políticos que se producen en la sociedad receptora, que pueden afectar a los potenciales migrantes. Como generalmente tienden a atenuar el aterrizaje en la sociedad de recepción, las cadenas migratorias se estructuran en base a una fuerte presencia del grupo étnico-cultural en el lugar de llegada, lo que puede en ocasiones limitar el proceso de movilidad social ascendente, o simplemente ofrecer menores oportunidades de empleo para los recién llegados. Las cadenas migratorias, a su vez, generalmente forman parte de una estructura mayor: las “redes migratorias”. Estas son más extendidas y relativamente afianzadas, desarrollan una dinámica propia, pudiendo incluso desprenderse de los estímulos y desestímulos de la sociedad receptora. Estudiando las redes utilizadas por los migrantes, tanto las que actúan en la salida del país de origen como las que funcionan para insertarse en el lugar de llegada, se puede reconstruir, por ejemplo, la manera en que los migrantes “burlan” o sortean los obstáculos que

interponen las políticas estatales que pretenden moldear y controlar los procesos migratorios.
(Goldberg y Pedone, 2000)

Por medio de este tipo de aproximaciones, se intenta, por un lado, superar las aproximaciones estáticas, abstractas y simplificadoras que sólo consideran variables macroestructurales; y por otro lado, refutar la teoría neoclásica de la inmigración que contempla al proceso migratorio desde la perspectiva exclusivamente individual (Malgesini, 1998).

Los movimientos poblacionales presentes en los procesos migratorios actuales se conciben dentro de una estructura dinámica conformadora de un “espacio migratorio”. Se trata de un espacio “extenso, continuo y complejo, que trasciende fronteras formales, sean éstas políticas, geográficas, lingüísticas, coloniales, religiosas o residenciales” (Kaplan, 1996: 1). Siguiendo a Parramón (1996: 19), el término de “campo migratorio” refiere a esta estructuración del espacio, concebido como un “sistema espacial organizado en torno a los flujos migratorios, y en el que se establecen vínculos complejos entre los polos”, configurándose de esta manera una forma de espacio relacional. En este sentido, coincido con Kaplan (1998) para quien resulta imprescindible un enfoque circular y transnacional que recupere el concepto de campo migratorio, que conciba los cambios como procesos continuos, que no reduzca el análisis de las readaptaciones culturales como simples intercambios.

2. Aproximación al contexto histórico mundial en el que se desarrollan los procesos migratorios actuales.

Teniendo en cuenta tanto la multiplicidad como la complejidad de factores que intenten explicar ¿por qué la gente migra? (para el caso: ¿por qué migran los senegaleses?), de modo

general se puede ver cómo en todo proceso migratorio se dio siempre, en mayor o menor medida, un movimiento centrípeto o de atracción (el *pull*) y otro centrífugo o de expulsión (el *push*), de un sitio a otro. El modelo del *push and pull* ha sido planteado por Ravenstein (1885) y aún tiene vigencia en un mundo globalizado, quizá más como factor interactuante que como modelo en sí. En general, en la historia de los movimientos migratorios humanos, fundamentalmente desde los inicios del capitalismo en adelante, los países receptores desde los cuales proviene el movimiento centrípeto o de atracción (el *pull*) que de alguna manera “llama” a la inmigración necesitan, en mayor o menor medida, de mano de obra o fuerza de trabajo para algunas de las ramas productivas de sus economías. De ahí que las políticas de control/integración (leyes de extranjería y residencia, planes de integración, etc.) se confeccionen en cada caso a la medida de los requerimientos específicos de cada sociedad, en contextos históricos-sociopolíticos particulares.

Sassen (1996) sostiene que cuando se aborda la cuestión de las migraciones internacionales es fundamental tener en cuenta sus causas estructurales, vinculando los fenómenos migratorios con las políticas que los provocan. Respecto de lo anterior, y como consecuencia de las políticas neoliberales implementadas sobre todo desde la década de 1990 en adelante, se constata globalmente un aumento de los movimientos migratorios, fundamentalmente desde los países periféricos hacia los países capitalistas centrales (García Canclini, 1999). Entre los elementos estructurales que alimentan el factor “*push*” de muchos países periféricos pueden mencionarse: la desigualdad en la distribución de la renta; un alto porcentaje de la población con las necesidades básicas insatisfechas, que incluye a una mayoría de la población joven y a buena parte de la población económicamente activa sin empleo o subempleada, entre otros. Favorecen también estos movimientos la proximidad geográfica y las relaciones coloniales o lazos históricos previos; los contactos frecuentes; el

conocimiento del idioma, etc. Adicionalmente, dimensiones que han sido evidentes desde siempre en los movimientos de población, en el contexto de la globalización se han incrementado debido a la información constante por parte de los medios de difusión, el abaratamiento de los medios de transporte y el funcionamiento cada vez más dinámico de las mafias de tráfico ilegal de inmigrantes.

Es así que desde el punto de vista estrictamente económico, el fenómeno de la inmigración nos remite al proceso de reacomodo de la fuerza de trabajo en el nuevo mercado mundial del trabajo globalizado. Para algunos autores (Arestis, 1999; Rifkin, 2000), estamos ante una nueva forma de acumulación flexible del capital, en un contexto post-fordista. En el marco de la dialéctica “*push* and *pull*”, los mercados de empleo estarían cada vez más determinados por los flujos migratorios y éstos, a su vez, estarían determinados por la demanda de mano de obra de los países receptores.

2. 1. Algunas variables estructurales del “*pull*” español

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, que ha vivido en los últimos veinte años el progresivo cambio de status de “país de emigración” a “país de tránsito”, y luego, a “país de asentamiento”. De esta manera, desde mediados de los años ochenta, pero sobre todo a partir de la década de los noventa, la situación ha cambiado: España se ha convertido en un país de inmigración².

Entre los factores que explican la transformación de España en un país de inmigración, además de la importancia que actualmente adquiere su ubicación geopolítica, se encuentra

² No obstante, resulta indispensable aclarar que aún hoy, el saldo migratorio sigue siendo favorable a España con alrededor de dos millones de emigrantes españoles en el extranjero, frente a casi el millón y medio de inmigrantes contabilizados por el Ministerio del Interior español en enero de 2003.

el proceso de internacionalización de la economía y de crecimiento económico experimentado a partir de su incorporación a la Unión Europea (1986). Esto ha situado a España -en base a determinados indicadores macroestructurales- como uno de los países hispano-parlantes de mayor nivel de consumo del mundo, y al mismo tiempo dentro de procesos de migraciones internacionales, aunque éstos se produzcan en menor medida en comparación con otros países europeos más industrializados (Pumares, 1998)³.

Algunas consideraciones demográficas sugieren que a los países europeos les resulta imprescindible, no sólo mantener, sino aumentar considerablemente los flujos de las migraciones extranjeras (el “*pull*”). Esto para mantener los niveles actuales de prestaciones sociales básicas ligadas a la existencia del Estado del Bienestar (en proceso de retracción), y teniendo en cuenta sobre todo el envejecimiento de la población europea.

En este sentido, en un informe de la división de población de la ONU (United Nations, 2000), se advertía a los países miembros de la UE que necesitaban unos 70 millones de trabajadores inmigrantes durante los próximos cincuenta años para mantener su crecimiento demográfico; y 44 millones hasta el 2050 para mantener el crecimiento económico y proteger las pensiones.

Para tener una aproximación empírica de lo anterior, y en base a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2003 España poseía la tasa de natalidad más baja de la UE, después de Italia: 1,26 hijos por mujer en edad fértil, siendo la media de la UE de 1,53. Un dato por demás significativo, si se tienen en cuenta dos factores. Primeramente, el hecho de que sólo 20 años antes, cuando aún recibía ayuda económica de los organismos financieros internacionales por su categoría de país “en vías de desarrollo”, España era el

³ Vale recordar el hecho de que hasta 1982, España todavía recibe ayuda de los organismos financieros

segundo país con mayor tasa de natalidad en Europa: 2,2 frente al 1,8 de Europa. En segundo lugar, que en 2003 esta tasa aumentó debido al nacimiento de niños de madres extranjeras, los cuales constituyeron el 10% del total. Es importante así remarcar el hecho de que actualmente España cumple con el perfil que caracteriza a las dinámicas demográficas actuales de la población europea occidental: aumento de la esperanza de vida al nacer; recepción de movimientos migratorios internacionales; descenso de la natalidad y envejecimiento de la población nativa. Una situación diferente a la de países de emigración como Senegal, tal como se muestra en el cuadro siguiente.

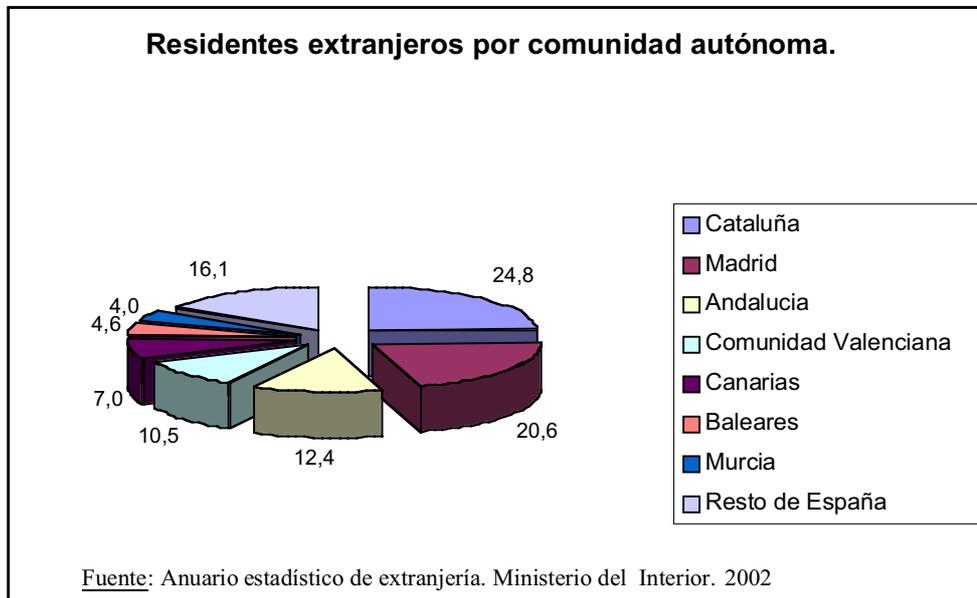
Selección de Indicadores Sociosanitarios		
	España	Senegal
Población Total en miles	40.847	9.661
% población mayor 60 años	22,0	4,2
Esperanza de vida al nacer	78,9	55,8
hombres	75,3	54,4
mujeres	82,3	57,2
Mortalidad infantil (por mil)		
niños	5	139
niñas	4	131

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2001.

Por otro lado, el Colectivo Ioé (2002) ha señalado que de 1.200.000 extranjeros regularizados en España, 700.000 se encontraban dados de alta y cotizando en la Seguridad Social (174.562 en Cataluña). Estos mismos datos fueron contemplados también en un informe de la OCDE (2002) en el que se afirmaba que el gobierno español consiguió lograr el déficit cero gracias al trabajo y la aportación de 675.000 inmigrantes “regulares”. Según dicho organismo, entre los últimos meses de 2001 y hasta marzo de 2002, uno de cada dos nuevos afiliados a la Seguridad Social fue extranjero.

internacionales en su carácter de “país en vías de desarrollo”.

Vale señalar que las estadísticas mostraban que Cataluña era, hasta 2002, la comunidad autónoma del Estado español donde se concentraba la mayor cantidad de residentes extranjeros regularizados, tal como se observa en el siguiente gráfico.



Hasta aquí, la situación (el problema) podría plantearse de la siguiente manera: de acuerdo a lo expuesto, en España se necesita fuerza de trabajo: productores de mercancías, jornaleros del campo, mercenarios en las fuerzas armadas profesionales, etc.

Se produce una demanda importante de trabajadores, cuya oferta en otros países es igual o más grande. ¿Cómo atraer y simultáneamente controlar, cuantitativa y cualitativamente, la necesaria proletarización de los inmigrantes extranjeros? ¿Cómo convertirlos en una mercancía -la mercancía fuerza de trabajo-, en meros productores de mercancías y además en consumidores, reduciéndolos a una función estrictamente económica?

Una vez más en la historia, el capital necesitará de la mano visible del Estado para controlar la oferta/demanda del mercado laboral. En términos de los intereses de los grupos

de poder hegemónico, un Estado eficiente (o lo que queda de él tras el huracán neoliberal) debería racionalizar equilibradamente estos flujos de mano de obra.

Se pueden distinguir, entonces, al menos dos tipos de mecanismos de respuestas políticas formales promovidas desde el Estado, enfocadas en los aspectos cuantitativos y cualitativos del “problema” migratorio en cuestión. Mientras que las políticas de extranjería atenderían más al primer aspecto (disposiciones sobre requerimientos: cuántos extranjeros se necesitan para cada ámbito, cuántos dejar entrar de forma regular, etc.), las políticas de integración constituirían esfuerzos de la administración en lo cualitativo (qué tipo de proletarios extranjeros se pretende incorporar a la sociedad receptora y con qué status sociopolítico, valores, derechos, obligaciones, etc.).

Atravesando estas políticas, se encuentran aquellas prácticas de control social que denominaré “informales”, ejecutadas a través de los medios de comunicación españoles o mediante determinadas posturas y acciones de corte racista-xenófobo.

La inclusión de este tercer tipo de prácticas tiene que ver con un supuesto fundamental: las políticas migratorias se conciben, se construyen y se sostienen o modifican, entre otros factores, de acuerdo a la percepción social y al grado de influencia que los diferentes sectores ejercen sobre el Estado.

En este sentido, una primera observación a tener en cuenta es que todo inmigrante es concebido y tratado como extranjero; pero no todo extranjero es tratado como inmigrante (imagen 1^a, Anexo).

3. Políticas de extranjería: “Regular” o “Ilegal”

“Una cosa es una cosa y otra cosa es otra cosa”

Varios son los factores institucionales que subyacen a las políticas migratorias europeas. En primer término, vale destacar que el Tratado de Maastricht (1992) define los tres pilares de la construcción de la UE: a) el mercado interior, la unión económica y las políticas comunitarias (primer pilar), están bajo control del Parlamento y el Tribunal de Justicia europeos; b) la política exterior y de seguridad común (segundo pilar) y Justicia e Interior (tercer pilar), se desarrollan sobre la base de acuerdos entre los gobiernos de turno, tomados por unanimidad y en ausencia de cualquier control parlamentario o jurisdiccional.

En diez años de construcción, de modo general, a nivel de la UE los factores de tipo político que han interactuado en el control de las migraciones -a través del tratado de Schengen- corresponden a una perspectiva de contención de cariz represivo, como queda en evidencia, entre otras cosas, a partir del fortalecimiento del accionar y la autoridad policial en la regulación migratoria de los países europeos. Se trata de “una política coherente con toda una línea de orientaciones, reglamentaciones y acciones que se han ido desarrollando en las democracias europeas desde mediados de los setenta y que, planteadas en la disyuntiva libertad-seguridad, han optado por hacer primar a la última en detrimento de la primera” (Romaní, 1999: 126), de la misma manera que en la pugna “trabajador extracomunitario como productor de mercancías-sujeto de derecho” prima la primera (Martínez Veiga, 1997: 236).

El gobierno español, lo mismo que el resto de los gobiernos europeos, ha intervenido activamente para preservar tanto intereses nacionales como privados, mediante un

proteccionismo que lejos está de las metáforas instauradas desde el discurso hegemónico como las “leyes del libre mercado”. Lo mismo ocurre con la “libertad de circulación”, que se limita a los capitales y bienes, y de la que quedan excluidas las personas. Legislaciones y normas quedan plasmadas en leyes de extranjería con el objeto de regular los desplazamientos de población en función de las necesidades de los mercados de trabajo. Precisamente, respecto de lo anterior, el gobierno español ha impulsado bajo su presidencia en la UE (enero-junio de 2002) la adopción de medidas en común destinadas a endurecer la concesión de visados y reducir al máximo la entrada de inmigrantes “extracomunitarios”. Asimismo, durante el referido período, los gobiernos de Italia, Austria e Inglaterra se sumaron a la ofensiva “anti-inmigración” mediante reformas a sus respectivas leyes de extranjería.

Al margen de esta realidad, vale mencionar, no obstante, que los tratados de Amsterdam (mayo de 1999) y Tampere (Portugal, octubre de 1999) constituyen un intento (sólo un intento) de modificar las posturas restrictivas vigentes; un avance en la materia, en la medida en que se resolvió que los países de la UE cedan sus políticas de interior y justicia a las instancias europeas. De esta forma, las competencias sobre inmigración y asilo se tendrían que trasladar progresivamente al Parlamento Europeo, al igual que las acciones conjuntas contra la creciente discriminación en el continente.

3.1. Ley de Extranjería en España

En base a las entrevistas en profundidad realizadas en sesiones múltiples con el Dr. Marco Aparicio Wilhelmi, profesor de Derecho Constitucional en las universidades de Barcelona y Girona (marzo de 2001), conjuntamente con la recopilación bibliográfica y el seguimiento de la información mediática efectuadas, desde una perspectiva de análisis

histórica-comparativa puede plantearse una especie de “involución” de las leyes de Extranjería en España: ley 7/1985; ley 4/2000; y reforma de la ley 4/2000 (ley 8/2000), la actual Ley de Extranjería, que entró en vigor el 23 de enero de 2001, y que al momento de escribir estas líneas estaba vigente en todo el territorio español.

En 1985, siete años después de la entrada en vigor de la nueva constitución, España era, mucho más que actualmente, un país de emigración que de inmigración⁴. Sin embargo, desde diferentes puntos de vista el poder político no consideraba a la ley orgánica de 1985 como un instrumento adecuado para conseguir la entrada de inmigrantes, otorgar estabilidad a mayor número de personas, ni frenar la entrada de más inmigrantes de los deseados; era una ley desfasada, hecho que se había evidenciado pocos años después de su implantación, a la par de la acelerada transformación socio-económica del país que deja los principios y la aplicabilidad de la ley perimidos⁵.

Así, la aprobación de una nueva Ley de Extranjería, tras quince años de vigencia de la ley de 1985, era una necesidad de Estado. En este sentido, la **Ley Orgánica 4/2000, del 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**, aprobada en el parlamento, fue rechazada por el gobierno español desde un principio. Este rechazo se debió, por una parte, al hecho de que la ley trataba de avanzar en el respeto de la seguridad jurídica de los extranjeros que pretendían establecerse en España; por otra parte, y como consecuencia de ello, no otorgaba el suficiente margen de decisión a

⁴ En este sentido, destaca el hecho de que en la Constitución de 1978 se consagrara en el art. 48 la obligación del Estado de velar “especialmente por la salvaguarda de los derechos económicos y sociales de los trabajadores españoles en el extranjero y orientará su política hacia su retorno”.

⁵ Es oportuno aclarar que existe un reglamento de 1996, donde se introdujeron bastantes modificaciones. Aunque en teoría el reglamento no podía modificar algunas cosas, puesto que la ley es superior, eran tales los inconvenientes que imponía la ley que el propio reglamento regulaba situaciones nuevas que ésta no contemplaba.

la administración para seguir decidiendo con absoluta libertad en materia de extranjería, aspecto que había consolidado la práctica anterior.

Para ejemplificarlo, tenemos que en el capítulo I de derechos y libertades de la Ley Orgánica 4/2000, capítulo no sólo declarativo sino con contenido jurídico, se reconocían uno por uno, de manera expresa, para todos los extranjeros que se hallen en España, independientemente de su situación administrativa (incluso en situación “irregular”), un conjunto de derechos que ya en el plano jurisprudencial se venían reconociendo, pero cuya efectiva aplicación requería su plasmación legal. Son los derechos de asociación, de reunión, de libre sindicación, de educación, a la seguridad social, a la asistencia sanitaria, a la tutela judicial efectiva con asistencia jurídica gratuita. Se trata de un conjunto de derechos, que pese a su carácter de derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente, el gobierno limita específicamente, conforme a la reforma de la Ley de Extranjería, sólo a los extranjeros que están legalmente en el país⁶.

Por medio de la misma, “el gobierno español declara fuera de la ley a todas las personas que no obtengan previamente los correspondientes permisos de entrada y de trabajo. De esta situación de ilegalidad se deriva la negación de toda una serie de derechos fundamentales de la persona (reunión, manifestación, asociación, sindicación, huelga), además del acceso a una gran parte de los servicios asistenciales del Estado. Esta privación de derechos, unida a la amenaza de expulsión fulminante del territorio español, comportan

⁶ Vale mencionar que durante todo el mes de enero y parte del de febrero de 2001, se producen principalmente en Barcelona, aunque también en otras ciudades del Estado español, una serie de movilizaciones sin precedentes encabezadas por inmigrantes de distintas nacionalidades y orígenes, apoyadas por distintos sectores de la sociedad civil local, contra la imposición de la Ley de Extranjería del gobierno español que vulnera los derechos humanos (civiles, políticos, sociales y laborales) de las personas inmigradas. Las medidas de lucha incluyeron encierros en iglesias (11) y huelgas de hambre, que poco a poco fueron extendiéndose por otras ciudades (Málaga, Almería, Madrid, Murcia, Valencia, Huelva, Palma de Mallorca),

un panorama de futuro para la inmigración clandestina que la aproxima bastante a las condiciones de esclavitud (...) creándose bolsas de población completamente marginal que para sobrevivir tendrá que padecer las peores condiciones”. (Martínez Fresneda, 2001: 25)

En suma, la situación actual, tras la reforma, es muy semejante a la de la ley de 1985, tan criticada por los abusos a los que condujo.

Por el momento, vale señalar que esta ley es violatoria de los artículos 22, 23, 24 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, además de la misma Constitución española. Y si se me permitiese ir un poco más allá, diría que la negación de derechos y muchas de las prerrogativas explicitadas en ella recuerdan un tanto a las leyes de Núremberg (16 de marzo de 1935) por las cuales quedaban suspendidos los derechos civiles para todos los judíos en territorio alemán.

3.2. Dos ejemplos de la práctica “ilegal” de la Ley de Extranjería: los Centros de Internamiento para Extranjeros y las expulsiones

En el marco de esa contradicción permanente que existe entre lo vago y ambiguo de tecnicismos como “legalidad”/“ilegalidad”, el *Informe Anual del Defensor del Pueblo* (2001) ha denunciado que el gobierno español no garantiza los derechos jurídicos que la propia Ley de Extranjería del 23/01/01 reconoce a los inmigrantes, advirtiendo en particular respecto de la “ilegalidad” que impera en los Centros de Internamiento para Extranjeros (de ahora en adelante CIE).

Vale recordar que los CIE fueron creados por la Ley Orgánica 7/1985 y con posterioridad no fue aprobada ninguna disposición normativa concreta que los regulase.

protagonizadas por alrededor de 2000 inmigrantes que exigían “papeles para todos”, reclamando que “ningún

Debido al incumplimiento del mandato reglamentario, no existen criterios homogéneos de funcionamiento de estos centros, sino que quedan librados al arbitrio de cada director. Su distribución geográfica es totalmente aleatoria, existiendo actualmente en España seis centros, al menos en lo que a conocimiento público respecta: Madrid, Málaga, Barcelona, Valencia, Murcia y Las Palmas de Canaria. En ellos, el desplazamiento de los internos se hace independientemente de los lugares donde han sido detenidos y donde tienen su red de allegados. La visita del abogado a su cliente, en horarios más limitados que una cárcel, se hace siempre bajo el control visual de la policía. Sólo se admiten visitas de unos minutos y los *vis a vis* no existen.

Respecto a las condiciones de los CIE, ya en su *Informe 2000* el Defensor del Pueblo afirmaba que los mismos no reunían las condiciones exigidas de habitabilidad, calificando de “grave” la situación de los centros ubicados en Madrid y Barcelona. De extremadamente grave -desde todo punto de vista- podría calificarse entonces la situación que se está produciendo en la antigua terminal del aeropuerto de Fuerteventura, Canarias. Allí, aparentemente ha nacido en el transcurso de 2001 un nuevo “centro de internamiento” no oficializado por el gobierno español pero que, como el resto de los centros, comparte el hecho de no reunir las mínimas condiciones de habitabilidad, higiene, seguridad y legalidad, lo que sumado a las denuncias sobre torturas, comporta graves violaciones a los derechos humanos de las personas detenidas (Amnistía Internacional, 2002)⁷.

ser humano es ilegal” y “No a la Ley de Extranjería”.

⁷ Al respecto, *El País* (17/12/01, p. 23) informaba que medio millar de inmigrantes africanos llegados en pateras permanecían desde hacía 30 días encerrados en la sala de llegadas de dicha terminal sin ventilación, agua caliente, ni luz natural, a la vez que advertía del riesgo de un foco epidémico debido a las condiciones de hacinamiento. A causa de la deficiente alimentación y las condiciones inhumanas de existencia, buena parte de los aproximadamente 500 inmigrantes que se encontraban en el recinto cerrado padecían distintos problemas de salud (migrañas, trastornos digestivos, tuberculosis, HIV-Sida, sarna, enfermedades venéreas,

En cuanto a la medida de expulsión contemplada en la Ley de Extranjería, tiene carácter administrativo (no judicial) mediante el ingreso en centros de internamiento que sí debe ser autorizado por un juez, quienes en general no se oponen. El plazo máximo de 40 días que establece la ley para tramitar la expulsión se agota con frecuencia y hay inmigrantes de quienes no se ha podido determinar la nacionalidad o cuyo país de origen no lo reconoce como ciudadano (tal el caso de muchos ciudadanos de países del Africa Subsahariana) y que han sufrido internamientos sucesivos, situación que está legalmente prohibida.

Según la ley, si la expulsión no se ha hecho efectiva en el plazo marcado por el juez, se deberá poner en libertad al detenido y no se puede volver a internarlo por las mismas causas. La decisión del juez sobre el internamiento normalmente dependerá de que la persona tenga domicilio y esté localizable, aunque hay que tener en cuenta que según la ley, la medida de expulsión, cuando es posible, no es la única medida que la administración puede decidir, sino que puede optar por la multa. De modo que esa posibilidad puede ser también tenida en cuenta por el juez a la hora de decidir o no el internamiento, especialmente si comprueba que, como sucede hasta ahora, los centros no reúnen las mínimas condiciones exigidas legalmente.

Entre las faltas graves que la ley de Extranjería incluye para expulsar, se encuentra la de “Encontrarse trabajando en España sin haber solicitado permiso de trabajo o autorización administrativa para trabajar, cuando no cuente con autorización de residencia válida” (Artículo 49, b). Lo mismo sucede con la causa de “Encontrarse irregularmente en territorio español, por no haber obtenido o tener caducada más de tres meses la prórroga de

etc.). Para ampliar sobre los CIE en España, puede consultarse S.O.S. Racismo (1998) y Stoop (1999), entre

estancia, la autorización de residencia o documentos análogos, cuando fueren exigibles, y siempre que el interesado no hubiere solicitado la renovación de los mismos en dicho plazo” (Artículo 49, a). De esta manera, se retrocede en parte al esquema ya aplicado con la ley de 1985. No obstante, dentro de la expulsión hay ciertos supuestos, antes no contemplados, en los que en ningún caso se puede expulsar a no ser que existan reincidencias muy graves. Ejemplos: “Los nacidos en España que hayan residido legalmente en los últimos cinco años” (Artículo 53, 1 a); o los hijos de inmigrantes que no son españoles pero que poseen la residencia desde hace muchos años a través del vínculo familiar. Tampoco se puede expulsar a los residentes permanentes, a no ser que incurran en infracciones muy graves, y en las graves sólo se reserva a las actividades ilegales.

Repasando algunos hechos sucedidos, el 16 de mayo de 2001, de madrugada, 40 inmigrantes nigerianos que estuvieron durante un año en el centro de internamiento de Ceuta fueron devueltos a su país a través de un vuelo especial de *Iberia* (imagen 1b, Anexo). Dos días más tarde, cinco aviones de la compañía *Naisa* transportaron a 60 senegaleses que se encontraban a bordo del barco *Ashva*, en grave estado de salud, sin permitírseles ningún tipo de asistencia sanitaria, escoltados por efectivos de la Brigada Provincial de Extranjería y Documentación. Hasta agosto de 2001, se había expulsado a 75 personas del centro de internamiento de La Verneda, en Barcelona, mientras que durante todo 2001 los senegaleses expulsados de España alcanzaron las 483 personas, constituyéndose -detrás de los marroquíes- en el segundo colectivo de inmigrantes con más expulsiones “dictadas” en el año (Fuente: Ministerio del Interior, 2002).

otros.

4. Integración/exclusión social: alcances y límites.

“Integración no significa solamente hacer un curso de español o catalán. Integración es sobre todo el respeto a las diferencias y la igualdad de derechos laborales, de vivienda, a la salud...” (Namse)

El proceso migratorio internacional analizado se ha venido desarrollando en un contexto sociopolítico adverso para la integración de inmigrantes extranjeros (léase “extra europeos/estadounidenses”), en el marco de una Europa que refuerza día a día sus alambradas jurídicas y reales. (de Lucas, 1996; Stoop, 1999)

Desde el punto de vista de la composición de la población, la sociedad española que se estudia es diversa o heterogénea en lo cultural, en lo religioso, en lo ideológico, en lo sexual, etc., más allá de que en cada ámbito exista una forma hegemónica, dominante sobre las demás, que en general es la de los grupos de poder y el Estado y sus instituciones. La política de estos últimos agentes, entonces, estará destinada a homogeneizar a las personas y sus diferencias, uniformarlas bajo su hegemonía y su modelo.

Asimismo, como toda sociedad capitalista de mercado, la sociedad española es dual en lo sociopolítico: está formada por **excluidos** e integrados al sistema:

“Cuando se habla de exclusión, el referente no es sólo la falta de acceso a bienes y servicios que sirven para satisfacer las necesidades básicas y que sería la base que subyace al concepto de pobreza, sino que también se trata de la justicia, de los derechos sociales y todos los derechos de la ciudadanía. Por lo tanto, hablar de exclusión implica referirse a aquellos que están fuera del mercado de trabajo, de los derechos sociales e incluso de la cultura”. (Martínez Veiga, 1997: 281)

Lo anterior implica que en la sociedad de la que se trata existen personas nativas que sufren la explotación, la opresión, las desigualdades y la exclusión. Pero sin lugar a dudas, los

que constituyen el grupo subalterno con más grado de marginación y de exclusión sociopolítica y cultural son los inmigrantes “extracomunitarios”.

Con el foco puesto en el análisis de la situación particular de los migrantes africanos en la sociedad receptora, Kaplan (2002: 4) sostiene que éstos se insertan en contextos de crisis económica y recortes sociales generalizados, ocupando los puestos de trabajo más precarizados en la agricultura o en la construcción, generalmente dentro de la economía sumergida. La migración se convierte así en una empresa de supervivencia contra los obstáculos administrativos. Por ello, apunta la autora, “los conceptos de integración social/exclusión social resultan claves dentro del marco teórico para el estudio de las migraciones, ya que las consecuencias y procesos que éstos acarrearán, se relacionan expresamente con una dicotomía que define condiciones desiguales en contextos desiguales, lo que a su vez generará el grado desigual de acceso y disfrute de los bienes y recursos”.

Planteando la necesidad de diferenciar las políticas de extranjería de las políticas de integración, puesto que éstas últimas implicarían un proceso continuo de “cohesión social” en el seno de la sociedad receptora, Masllorens (1995) afirma que la integración debería basarse en el principio fundamental de ciudadanía para los residentes de la UE, en el que todas las personas son iguales ante la ley. Dicha normalización posibilitaría, entre otras cosas, que los inmigrados estén habilitados para votar en las elecciones municipales; o que los inmigrantes y los autóctonos no sólo estén igualados en cuanto a deberes u obligaciones, sino también en cuanto a derechos: de ahí el temor a caer en una especie de “apartheid jurídico”.

El *Plan para la Integración Social de los Inmigrantes* (Ministerio de Asuntos Sociales, 1995: 20) destaca: “la integración representa un largo proceso dirigido a conseguir la gradual incorporación y participación de los inmigrantes en la vida económica y social del

país de acogida, en un clima de respeto y aceptación recíprocas (...) la integración exige la consideración del inmigrante en su globalidad, no sólo como trabajador, sino como ciudadano, con necesidades y requerimientos en los ámbitos educativos, cultural, sanitario, de convivencia territorial y de participación social”.

Si se tuviera en cuenta sólo el discurso y la explicitación de las intenciones, habría más encuentros que desencuentros entre las distintas posturas acerca de lo que significa la integración. El problema es que la posición oficial se contradice con las políticas implementadas hasta el momento y éstas repercuten negativamente sobre la situación de buena parte de los sujetos inmigrados en España. La realidad es que al inmigrante se lo considera sólo como trabajador, esto es, en su dimensión estrictamente económica, como una mercancía: la mercancía fuerza de trabajo. Las mismas características que los hacen deseables como trabajadores, los vuelven indeseables como parte de la sociedad receptora. Este es el sesgo que domina las políticas migratorias españolas desde 1985 hasta la actualidad, tanto en lo que respecta a leyes de extranjería como a planes de integración. Y, en parte, ha sido el marco en el que se ha desarrollado el proceso de inclusión/exclusión social de los colectivos migrantes en su heterogeneidad, pero sobre todo en el caso particular de los africanos. ¿Es posible acaso imaginar -como sucede por ejemplo en Francia- a un africano como agente de la Guardia Civil o presentando el telediario de Televisión española? ¿Cuánto tiene que ver esto con lo relativamente nuevo del fenómeno inmigratorio y cuánto con una política específica de integración?

Considero el planteamiento de más arriba como un punto de partida fundamental al momento de abordar la cuestión alrededor de la ciudadanía (y los derechos que supone) y la inmigración.

En contraposición a lo que cierto pensamiento eurocéntrico-paternalista sostiene, los inmigrantes extranjeros no se convierten en “ciudadanos” al pisar Europa. Los migrantes senegaleses entrevistados en Barcelona se consideran -y exigen ser considerados- “ciudadanos”, comenzando por el hecho de que lo son en su país de origen:

“(…) la importancia de pasar, de ser considerados como inmigrantes asistidos y ciudadanos de segunda, a la de cooperantes activos y ciudadanos de pleno derecho (...) Es importante también conocer y comprender bien el país de acogida, su lengua, sus formas de organización y funcionamiento, sus valores culturales, etc”. (Federación de Asociaciones de Inmigrantes Senegaleses del estado Español, 2000: 1, 5 y 6)

Atxotegui (2000: 96) opina que “(...) tenemos tendencia a una visión exotizante y prejuiciada del mundo de los inmigrantes, prejuicios que sirven como coartada social a la explotación del que es considerado inferior”. Esta lógica de “ciudadanizar” al “buen salvaje” consiste fundamentalmente en su incorporación al sistema como fuerza de trabajo (antes que como sujeto de derecho) y en su capacidad de introyección obediente de los valores y normas dominantes en esta sociedad, proceso que frecuentemente se equipara con la “integración”⁸, destinada a homogeneizar a las personas y sus diferencias, uniformarlas bajo su hegemonía y su modelo. De eso dependerá que se le concedan o no los derechos de ciudadanía que se requieren para integrar una sociedad distinta, como sucede en Francia, coherentemente con el modelo republicano de ciudadanía devenido de la Revolución Francesa (asimilación de ciudadanos a la cultura política y civilización francesa). En el caso de España, desde el punto de vista histórico-político, la perspectiva inicial es diferente si se

⁸ El antropólogo Mikel Azurmendi es uno de los principales ideólogos oficialistas de esta postura. Fundador de la plataforma antiterrorista “Basta Ya” y ex presidente del Foro de la Inmigración, órgano de consulta del Ejecutivo, ha confesado públicamente ser enemigo del multiculturalismo por considerarlo “gangrena de la sociedad”. (*El País*, 26/2/02, edición digital).

tiene en cuenta que, según la Constitución Española, el sistema político vigente en todo el estado es la Monarquía Parlamentaria (art. 1), garantizado por las Fuerzas Armadas (art. 8), cuyo mando supremo corresponde al Rey (art. 62). Por lo tanto, la sustancia del poder reside no en la lógica del derecho de los ciudadanos, sino en la de la institución imperante que los convierte automáticamente en súbditos.

Lo importante de todo lo expuesto radica en la complejidad que supone analizar el problema de estudio en el conflictivo contexto en el que se insertan los inmigrantes y donde se desarrollan las relaciones interculturales.

5. En torno a la construcción de la figura del inmigrante “ilegal”. La criminalización de la inmigración.

“Empezó una discusión general. Lo extraño es que la posibilidad de que yo fuese un Dinosaurio no se tenía en cuenta; la culpa que se me achacaba era la de ser Diferente, un Extranjero y por lo tanto Sospechoso; y el punto debatido era en qué medida mi presencia aumentaba el peligro de una vuelta eventual de los Dinosaurios”. (Italo Calvino, 1994: *Memoria del mundo y otras cósmicas*. Madrid: Siruela. p. 76)

“La identificación, la definición, la clasificación es la base de la organización física, espacial y temporal de los ejércitos, de los hospitales, de las escuelas y de otras instituciones, el núcleo de aquello a lo que Foucault se refiere como disciplina, la microfísica del poder, la economía política del detalle”. (Holloway, 2002: 115). La obra de Foucault, particularmente en *Vigilar y Castigar* (1986), centra la atención en el aspecto proactivo del poder, es decir, tanto en la capacidad de inhibir las conductas y los comportamientos, como sobre todo, en la de generar motivaciones para la identidad y la acción. La realidad se define y los valores básicos que la sustentan se interpretan en base a los intereses y concepciones de los grupos que detentan el poder.

De acuerdo con Melossi (1992), desde el Estado se va impulsando un sistema normativo a partir del cual los sujetos actúan según pautas, normas y valores, adquiriendo, de esta forma, el status jurídico-social de *ciudadanos*. Del otro lado, quienes trasgreden la normativa, son sancionados moral y “civilmente”, resultando por ello marginados o excluidos del sistema. Cabe señalar aquí que, en las raíces de esta moralidad de culpa y responsabilidad -valores internalizados a través de la educación y la socialización- se hallan la violencia y el castigo (éste último, como técnica más eficaz para lograr que las personas recuerden sus “obligaciones” y “deberes”).

Partiendo del mismo enfoque, Terrades (1999) propone distinguir entre *identificación* e *identidad*. En la formación de los Estados modernos, y en todos sus desarrollos político-administrativos ulteriores, la identificación de los individuos como ciudadanos ha sido siempre un eje central: sin un lugar fijo de residencia, un carnet de identidad, un número de la Seguridad Social, etc. no hay ciudadanía que valga. Como elemento para tener en cuenta, nótese que en el plano material y simbólico se va conformando una dicotomía sustancial en el abordaje de la situación de las personas inmigradas en España: ciudadanos integrados vs. “ilegales” excluidos: “El Estado identifica a las personas, las define, las clasifica. Un Estado es inconcebible sin la definición de ciudadanos y la simultánea exclusión de los no-ciudadanos”. (Holloway, *ibid*). En este movimiento de definición y exclusión, los definidos como “ciudadanos” quedan incluidos; una parte de los inmigrantes extranjeros, clasificados como “ilegales”, son excluidos.

En cuanto a la identidad, ésta se refiere mucho más a la experiencia y la voluntad de los actores sociales que no tiene porqué coincidir, aunque pueda hacerlo, con la cultura estatal hegemónica ofrecida como modelo de identificación a los ciudadanos. En alguna medida, esto se ha venido produciendo al interior de la España monárquica: “La historia de

los dos últimos siglos podría abordarse como resultado de la tensión existente entre los esfuerzos desarrollados por uniformar el mundo normativo y de valores de la población, y las resistencias a esa homogeneización”. (Colectivo Ioé-UGT, 2001: 149)

Dejemos como interrogante para la historia el que, más allá de las particularidades culturales, que perfectamente pueden llegar a constituirse con el tiempo en rasgos folclóricos pintorescos (“exóticos” para los “guiris”), la Europa Mediterránea va camino a uniformarse a todos los niveles, si se tiene en cuenta que la versión regional de la globalización homogeneizadora -el “euromodelo”- se viene imponiendo a todos los países. ¿O será que determinadas diferencias históricas, culturales y también regionales particulares pueden llegar a actuar como fuerzas de resistencia a ese proceso, resignificándose, transformándose, manteniéndose?

Situados específicamente en España, Romaní (1999: 93) distingue como una de las caras del “proceso de modernización” (que ubica a partir de los años sesenta) lo que denomina como procesos de “normalización” de la vida social, “algunos de cuyos elementos básicos serán, a nivel económico, el del consumo; y a nivel ideológico, el preconizar la existencia de un consenso generalizado en torno a ciertos valores básicos de la sociedad. Todo ello a través de unos mecanismos de control social entre los cuales cabe señalar la importancia adquirida por los medios de comunicación social, como elementos de socialización permanente”.

Tenemos entonces que, así como podría considerarse a Cataluña como una de las minorías culturales dentro de España, los distintos colectivos de inmigrantes extranjeros constituirían minorías culturales dentro de Cataluña (imagen 2, Anexo). Sobre lo anterior se manifestó el secretario general de ERC, Josep Ll. Carod-Rovira, quien reclamó más competencias para evitar la “españolización” de los inmigrantes (*El Mundo*, 5/6/02, edición

digital). Sin embargo, el catalanismo oficial⁹, en boca de Pujol, aborda la inmigración como “problema”: “un problema de extrema importancia para Cataluña porque puede afectar a la identidad” (*El País*, 2/10/02, “Cataluña”, p. 4).

En la nueva sociedad de recepción los migrantes se insertan en un espacio relacional compuesto no sólo por aquellos que provienen de su mismo lugar de origen, sino que en ese ámbito se redefinen los contenidos de “nosotros” y los términos con los “otros”. La identidad no es solamente una invención simbólica dada, inamovible, estática, sino, sobre todo, una relación social concreta construida en un proceso (Atxotegui, 2000: 98). En este sentido, el espacio relacional de interacciones y la identidad intentan reproducirse en el nuevo tejido social, pero en ese proceso pueden redefinirse ambos.

5. 1. Hegemonía, censuras sociales y estigmatizaciones

Valdría la pena detenerse en uno de los conceptos expuestos más arriba, el de hegemonía, debido a la relevancia que tiene, además, en el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio de esta investigación.

El concepto de hegemonía resulta fundamental para el abordaje de los distintos procesos ya que remite a mecanismos ideológico-culturales por los cuales se genera y se mantiene la adhesión. La dominación económica requiere de relaciones culturales y de una estructura simbólica adecuadas. Partiendo de ello, la hegemonía cultural supone la

⁹ Los sectores hegemónicos de la burguesía catalana tradicional y cristiana muchas veces equiparan identidad con la lengua. En estos cuatro años, varios fueron los momentos en los que me ha dado la sensación de que se utiliza como elemento diferenciador-segregador, llegando a ser un obstáculo retrógrado, y no un canal de comunicación humana, un puente, “un instrumento al servicio del intercambio de conocimientos, sentimientos, ideas, etc”., como la designa Atxotegui (2000: 91). Desde el poder, ciertos discursos nacionalistas sostienen que Cataluña no puede seguir manteniendo con “su” trabajo y la riqueza que genera al resto de España, es decir, a regiones más pobres como Andalucía, por ejemplo. Argumento en parte falso

capacidad de direccionar sociopolítica y culturalmente a una sociedad por medio de la “organización del consenso”, a través de las instituciones y aparatos del Estado. De ahí la importancia que le asignó Gramsci (1984) a este concepto, en el sentido de que permite recuperar el análisis sobre los procesos ideológicos poniendo el énfasis en el consenso como construido a partir de complejos mecanismos mentales (conscientes y no conscientes), relacionados interdependientemente con los procesos socioeconómicos y políticos.

La hegemonía, al contrario de la simple coerción de arriba hacia abajo, busca legitimar la explotación, las desigualdades, las injusticias. Partiendo de esta premisa, es posible reconocer una lógica de las estrategias dirigidas a hegemonizar las condiciones de percepción social sobre determinados fenómenos sociales. Por un lado, nuestros deseos, nuestras elecciones morales, la identificación con ciertas imágenes, son formas mediante las cuales se nos intenta controlar. Por otro lado, y para asegurar la obediencia y la subordinación, es necesario introducir en el tejido social un conjunto de dependencias, contradicciones y alarmas que provoquen el deseo de las leyes, la justicia y la presencia de la autoridad (Trinidad, 1993). La hegemonía no es sólo que unos manden, sino, además, que todos los otros se esfuercen por obedecerlo. De esta manera, el éxito del sistema normativo será alcanzado cuando la opinión pública resulte lo suficientemente fuerte como para condenar y castigar moralmente (o, como se mostrará a partir de ciertas agresiones racistas-xenófobas: también físicamente) por sí misma.

No obstante, vale destacar que, si bien en el marco de un proceso constante, mientras haya “consenso” habrá hegemonía, ésta, a su vez, deberá combatir permanentemente el

porque, como se abordará en esta investigación, la riqueza la genera en buena medida el trabajo que realizan

“disenso” que, en mayor o menor medida, existe en toda sociedad, por medio de instrumentos como las censuras sociales, por ejemplo. Según Sumner (1994), las censuras tienen un carácter claramente moral y político, y puesto que simbólicamente representan la corrección y el mérito frente a la equivocación y el peligro, son a la vez una justificación para las actuaciones represivas contra el infractor y un intento de educarlo en los hábitos o formas de vidas deseadas (podría decirse también: en un determinado “estilo de vida”). El hecho de estar frecuentemente vinculadas a principios morales les concede un potencial político en relación a la lucha por la hegemonía: el deseo de permanencia, la seguridad, el miedo a lo cambiante, la búsqueda de fijezas y absolutos, el consumismo, el individualismo, la competencia, entre otros elementos, forman parte de un estilo de vida podría decirse dominante entre buena parte de los ciudadanos europeos, en este caso, españoles. El estilo de vida de los gitanos, los musulmanes, los africanos, pero también del vagabundo, la prostituta, el bohemio, etc., son mal vistos por distintas causas, motivos y razones, pero todas ellas por tratarse de estilos de vida diferentes. “Gitano”, “moro”, “sudaca”, “negro”, etc. en el contexto español actual, representan censuras sociales que tienen el potencial de movilizar a las fuerzas del orden; orden y moral contra determinados sectores de la población. Para este autor, si bien a menudo las censuras son presentadas en términos legales, técnicos o universales como meras descripciones, constituyen en realidad calificaciones valorativas sobre lo que esencialmente es un conflicto político-moral. La función general de la censura, de esta forma, es dotar de significado, denunciar y regular: se

los inmigrantes, sean éstos internos o extranjeros.

distingue lo desviado, lo patológico, lo peligroso y lo delictivo de “lo normal y lo bueno” (lo hegemónico). De esta manera, se etiqueta y se estigmatiza¹⁰.

Asimismo, para comprender las censuras sociales es necesario hacer referencia a las formaciones ideológicas, relaciones sociales y medios humanos que las apoyan y constituyen; los fenómenos que interpretan y dotan de significados; y la coyuntura histórica en la que son aplicadas.

En la coyuntura histórica mundial actual -la globalización-, el Estado de Bienestar viene siendo transformado por las políticas neoliberales en una suerte de “Estado de Malestar”:

“La tendencia del capital a subordinar cada aspecto de la vida con creciente intensidad es la esencia del **neoliberalismo**. El neoliberalismo es el intento de resolver la crisis a partir de la acentuación y el reordenamiento de la subordinación. La separación de sujeto y objeto (la deshumanización del sujeto) se lleva hacia nuevos extremos (...) La mercantilización de las tierras, **la mercantilización creciente del cuidado de la salud** y la educación, la extensión del concepto de propiedad hasta incluir el software y los genes, la reducción de asistencia social en aquellos países donde existía, el incremento del estrés en el trabajo: todas estas son medidas que intentan extender y potenciar la subordinación (...) por medio del dinero”. (Holloway, 2002: 290) (el destacado es mío)

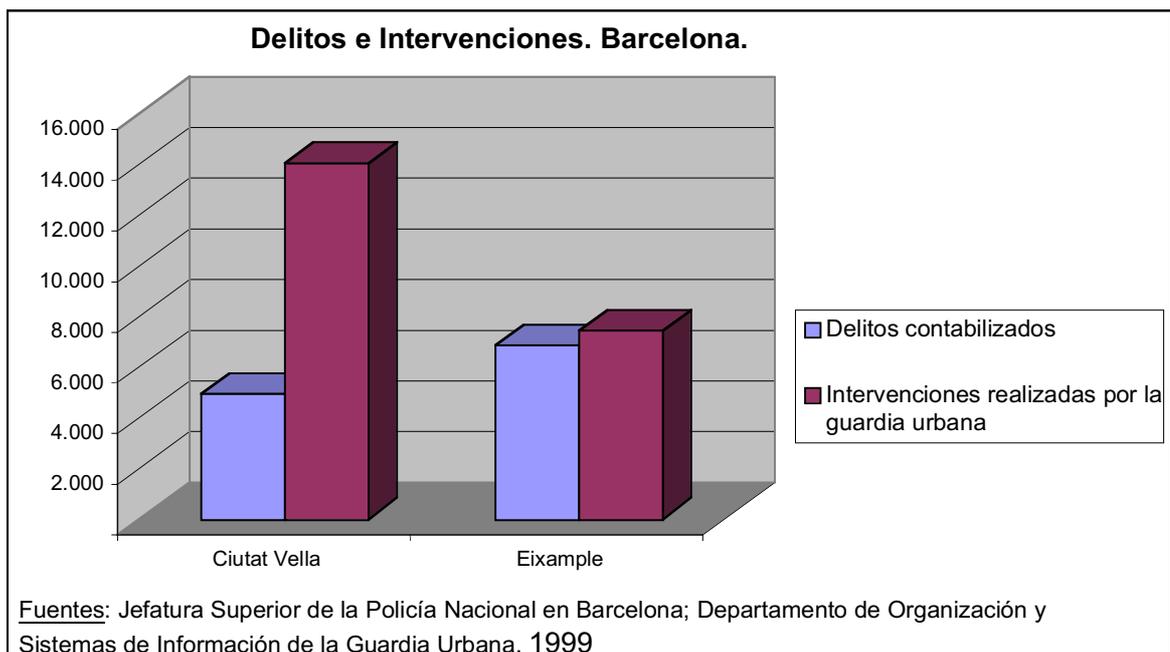
¹⁰ Entre los instrumentos que la tecnología digital ha incorporado a las técnicas de control social en las sociedades “desarrolladas” se encuentran las cámaras de video, cada vez más presentes en el paisaje urbano de las ciudades. Las mismas tienen una utilidad que va desde la vigilancia del tránsito hasta la vigilancia de espacios públicos donde interactúan personas consideradas potencialmente “conflictivas”. Para ejemplificarlo, tenemos el caso de la propuesta hecha por la Asociación de Vecinos del barrio Gótico de Barcelona que sugirió al Ayuntamiento “la instalación de videocámaras de seguridad en 26 calles del barrio”, siguiendo el ejemplo de las ya instaladas desde hace un año en la calle Escudellers y en la plaza George Orwell (¡paradojas de la vida!: el futuro llegó hace rato...), con el objetivo de “prevenir robos y actos de vandalismo” (*Barcelona y m@s*, 14/01/02, p. 8). Nótese que la propuesta proviene directamente de una entidad vecinal-ciudadana, por lo que éstos asumen así, de alguna manera, el papel de policía.

El proceso de retracción del Estado de Bienestar genera, además, una crisis de legitimidad que conduce al poder político a buscar una nueva fuente de legitimación que justifique su existencia ante la comunidad: “la seguridad ciudadana”. Al interior de los Estados, la seguridad se presenta como un tema bélico en el combate a una “criminalidad” reducida a los delitos callejeros y contra la propiedad. En el plano externo, sobre todo después del 11 de septiembre de 2001, desde Estados Unidos se ha pretendido instalar en los Estados de occidente un discurso maniqueo que pretende estigmatizar toda expresión de inconformidad interna y externa como una forma de terrorismo¹¹. En suma, “(...) el sistema ha demolido los derechos principales y se sostiene fundamentalmente a base del miedo, el terrorismo institucionalizado en la guerra, y la expansión de los mecanismos de control cultural y hegemonía; fenómenos que pasan a constituirse en procesos rectores de la vida y su reproducción y que por tanto adquieren un estatuto epidemiológico”. (Breilh, 2003: 28)

En el contexto español actual, la construcción de la figura del “inmigrante ilegal” como estereotipo de “delincuente”, tiene por objeto situarlo en el centro de las preocupaciones y el temor ciudadano, criminalizarlo como forma dominante de percepción social del fenómeno. De esta manera, la inmigración plantea determinados conflictos sociopolíticos, laborales, culturales, morales, religiosos, etc. en la sociedad receptora, que pueden ser interpretados por algunos sectores como una especie de “ataque al cuerpo social, al equilibrio y al orden de la sociedad”. Lo diferente, lo extraño, se presenta así como lo inesperado, y a lo inesperado se le opone el miedo.

¹¹ “El proyecto de la globalización neoliberal es hacer del planeta una nueva torre de Babel. Homogéneo en su forma de pensar, en su cultura, en su patrón. Hegemonizada por quien tiene no la razón sino la fuerza. En la moderna torre de Babel una sociedad se dice superior si conquista a otras, no si tiene más adelantos científicos, culturales, artísticos, mejores condiciones de vida, mejor convivencia. Miles de años después del surgimiento de la palabra, y con ella, de la razón argumentada, la fuerza vuelve a ocupar el lugar decisivo y

Ciutat Vella, distrito donde se concentra la mayoría de la población inmigrante de la ciudad, tenía en 1999 el “índice de victimización” más alto de Barcelona (19,3%). Sin embargo, esta percepción social estuvo determinada más por una manipulación informativa para relacionar inmigrantes con delincuencia, y aumentar así la cantidad de efectivos policiales, que por los datos de la realidad, tal como aparece reflejado en el gráfico de más abajo.



En ese marco se expresaba Pep García, presidente de la Asociación de Vecinos del Raval (Ciutat Vella, Barcelona), alertando que “la inmigración masiva amenaza la paz del barrio (donde casi el 40% de la población es extranjera), por lo que vecinos del Raval planean acciones contra el fuerte aumento de inmigrantes” (Fuente: *El País*, 15/11/01, edición digital). Tiempo después, en marzo de 2002, la “inseguridad ciudadana” aparecía

decisorio. En la historia de la consolidación del poder, la convivencia humana se convirtió en coexistencia. Y ésta en guerra”. (Subcomandante insurgente Marcos, 2003: 4-5)

como “el problema que más preocupaba a los catalanes” (14%), seguida de la “inmigración” (12,2%)¹².

Para Martínez Veiga (2001: 137), esta ideología no responde a la realidad, sino que contribuye a la reacción defensiva (con todas las fuerzas) a fin de preservar la identidad.

Según Wagman (2002), se está produciendo “una utilización irresponsable y demagógica de los datos, llegando incluso a la pura falsificación de los mismos para sus propios fines”. Lo anterior incluye tanto a las distintas administraciones como a los cuerpos de seguridad del Estado, los políticos, los medios de comunicación y la opinión pública en general¹³. Wagman se pregunta si una de las mayores fuentes de inseguridad pudiera ser no tanto la existencia de delito, sino la extendida alarma creada en torno a ella debido al interés o a la ignorancia. Y concluye: “se trata de que vengan inmigrantes que trabajen barato y duro, pero hay que tenerlos achantados y temerosos. Y para que no se les vea como víctimas de la explotación, los prejuicios y la discriminación, qué mejor que crear la percepción social de que son conflictivos, irrespetuosos y peligrosos...”

De esta forma, puede verse cómo se va operacionalizando el miedo “simbólico” (la “inseguridad” ciudadana), fenómeno que está relacionado a su vez con otro factor: la “seguridad” también es un “negocio”¹⁴.

¹² A tono con el pulso electoral, desde el poder se insiste con la misma línea de criminalización. En Cataluña, el Conseller de Justicia del Govern de la Generalitat pronosticó un aumento global de la población reclusa por efecto de la inmigración “ilegal”, mientras que el candidato de CIU a la presidencia de la Generalitat, Artur Mas, hizo lo propio demostrando su preocupación por el hecho de que “el 90% de los nuevos presos de las cárceles de Cataluña sean inmigrantes”. (*El Periódico*, 23/3/02, “Catalunya”, p. 44)

¹³ Una de las pocas voces institucionales que se mostraron contrarias a la ideología que equipara inmigración/inseguridad y extranjero/delincuente, ha sido el Defensor del Pueblo Catalán (Síndic de Greuges), Anton Cañellas. En su informe anual al parlamento autónomo, criticó a todas las administraciones (Gobierno central, Generalitat y Ayuntamiento de Barcelona) por la forma en que están abordando “el reto de la integración de los nuevos llegados” y les recuerda sus obligaciones en materia de asistencia social y defensa de los derechos humanos. (Fuente: Síndic de Greuges. Informe Anual al Parlament, 2002)

¹⁴ Acerca del crecimiento de las empresas privadas de seguridad en España, éstas aumentaron su facturación en un 45% en los últimos cinco años. Según Tijeras (2000), tres de las más importantes de estas empresas

En el caso de los procesos migratorios, “ciertas estigmatizaciones se desencadenan a partir de aquellas situaciones que permiten presentar al otro como un rival peligroso en la lucha por los recursos básicos limitados de los que dispone el grupo (a nivel económico, de administración pública, etc.) y para la preservación de la propia identidad; en definitiva, como una cortina de humo (o “chivo expiatorio”) para desviar las responsabilidades de muchos de los males de una sociedad hacia el exterior”. (Romaní, 1999: 120)

Vale aclarar no obstante que, tratándose -como se apuntó- de una sociedad diversa y no homogénea en cuanto a concepciones y prácticas, lo probable es que tanto la percepción social como la conducta alrededor de un fenómeno específico (la inmigración extranjera) y unas personas determinadas (los inmigrantes), tengan manifestaciones diferentes: al igual que lo que sucede en cualquier sociedad, las hay hostiles, más positivas, más negativas, paternalistas, idealizadas, etc. Por eso resulta importante tener en cuenta cada una de ellas y a qué tipo de sectores e intereses responden.

A partir del enfoque planteado sobre las censuras sociales, una de las hipótesis surgidas en el transcurso de esta investigación es que los inmigrantes extranjeros, preferentemente africanos, como grupo específico, son concebidos (por ende, tratados) por una parte de la sociedad española como seres humanos “etiquetados”, “estereotipados” o “estigmatizados”, y que esto puede conducir a una criminalización de los mismos. Este hecho, de una u otra forma, marca su existencia cotidiana en la sociedad de destino en sus múltiples dimensiones y determinaciones: como pasajeros, inquilinos, vecinos,

(Prosegur, Protecsa y Prosesa) tendrían entre sus principales accionistas a destacados miembros del PP; entre ellos el ex ministro del Interior del gobierno de Aznar, Jaime Mayor Oreja y Rodolfo Martín Villa, presidente de Endesa y ex ministro del Interior de la dictadura franquista. Ojalá nunca se instaure socialmente aquello de “ajusticiar” a un “ilegal” sin documentos y “perdonar” a aquel que tiene “licencia” para matar.

trabajadores, pacientes, alumnos, pareja, hombre/mujer... Y, por supuesto, también como informantes.

En este sentido, un fenómeno como la inmigración, relativamente nuevo y todavía numéricamente minoritario en España, puede ir construyéndose (política, social y culturalmente) hasta convertirlo en “problema”.

5. 2. El “problema” en los medios de comunicación

El *Control Social Activo*, característico de las democracias burguesas europeas post-segunda guerra mundial, está basado en un mayor desarrollo de la “comunicación”, elemento intrínseco y necesario de un sistema democrático (Melossi, 1992). En este marco, los medios de comunicación masiva cumplirían el papel de “fabricar consenso” a través de modernas técnicas de propaganda. Como señala Chomsky (2000: 15): “La propaganda es a una democracia lo que la porra es a un Estado totalitario”. Además, en la era de la globalización, las sociedades son fundamentalmente sociedades mediáticas. Los media son el gran espejo, no de lo que una sociedad es, sino de lo que se quiere hacer creer que es.

El centro de gravedad de las informaciones se ha desplazado de lo escrito a lo visual, de lo diferido a lo directo, del signo a la imagen. En la “era visual”, las informaciones se nos presentan en la evidencia de su inmediatez. Por lo tanto, es “real” lo que se nos muestra y “verdadero” lo que vemos (Castells, 1997). Lo visual no está hecho para ser visto, sino para dar “conocimiento”. Un “mar de conocimientos” de un centímetro de profundidad. El mundo ha devenido en una mera representación multimedia que suprime al mundo exterior, sólo posible de conocerse si es vista. En España, de forma notoria durante el período 2000-2001 y aumentando considerablemente en 2002, se ha presentado en los distintos medios de comunicación masiva una avalancha de información relativa al “incremento de la

inmigración” y al “aumento de la delincuencia” de manera relacionada, como parte de la referida construcción de la percepción social del fenómeno.

Entre los aspectos de la representación de la inmigración en la T.V. española, puede considerarse el hecho de que se suelen presentar estereotipos negativos, paternalistas y discriminatorios basados en descripciones rápidas y eficaces que responden a un determinado mito de la “identidad europea” (cristiana, democrática, etc.) para definir lo desconocido, extraño, ajeno de “los otros”, cuya identidad es generalmente desconocida y por ello temida. Desde una perspectiva de análisis sociocultural, lo anterior se plasma en una forma que presenta al “otro” como enemigo económico, político, social y cultural, particularmente a los musulmanes. En este caso, más que una discriminación basada en la raza, el acento estaría puesto en una especie de irreductibilidad de las diferencias socioculturales de origen y, sobre todo, en las condiciones de vida de los colectivos de inmigrantes en España. Todo ello enfatizando en la variable “ilegal” hasta llegar casi a normalizarla ante la opinión pública.

Sobre la prensa escrita, Wagman (2002) señala que delito-inmigración (delincuente-inmigrante “ilegal”) constituyen motivo de gran preocupación social, por lo que un tratamiento de tipo alarmista, simplista o superficial como el que realizan los medios españoles, puede tener efectos muy negativos para el conjunto de la sociedad. Uno de ellos es el aumento de las medidas de control social de corte represivo; el otro, la criminalización de la inmigración:

“Más de la mitad de los delincuentes detenidos en España son extranjeros” (imagen 3, Anexo), tituló *La Razón* (15/2/02, p. 24). En el artículo se afirmaba que estos detenidos “aumentaron su número en un 53% respecto del año 2000, mientras que la inmigración en general aumentó cerca del 24% en ese periodo: dos cifras que ponen de relieve que muchos

de los inmigrantes que llegan a nuestro país no lo hacen con buenas intenciones”. Este tipo de discursos que relacionan inmigración con delincuencia, en algunos casos se apoyan en una especie de lógica mecanicista que cala en el sentido común español, y que podría resumirse de la siguiente manera: si hay más inmigrantes que trabajos, quiere decir que hay inmigrantes que no pueden tener uno; y por lo tanto, para sobrevivir tienen que delinquir.

Hay que despertar el miedo a los “enemigos”. Que el miedo “simbólico” se convierta en miedo “real”. En tal sentido, muchas de las prácticas de los medios de difusión alimentan miedos y odios entre los ciudadanos, contribuyendo a la lógica del control social. (Imbert, 1992)

6. Discriminación, racismo y xenofobia: percepción y conducta social.

Puede decirse que el racismo cumple la función de categorizar, colocar y discriminar a ciertos grupos religiosos, étnicos o sociales. Y, al mismo tiempo, constituye un discurso que justifica, sostiene y legitima ciertas prácticas orientadas a mantener una forma preponderante de poder político, económico y social. (Baker, 1981; Balibar y Wallerstein, 1991; Foucault, 1992; Weviorka, 1990)

Además de brindar un detallado panorama acerca de las vinculaciones entre grupos skinheads-neonazis y partidos de la extrema derecha europea en general, y española en particular, Sánchez Soler (1998: 12) identifica tres condiciones centrales que, en su opinión, resultan favorables en el contexto europeo actual para la irrupción de un racismo neofascista. En primer lugar, el alejamiento de la experiencia histórica del fascismo y el nazismo difumina sus contornos; los testigos mueren y el rostro criminal se pierde en la memoria mientras surgen “historiadores revisionistas” que niegan el holocausto nazi.

Segundo, el pesimismo de la clase media y obrera urbanas sometidas a una crisis económica y de valores que les hace renegar de la sociedad democrática. En tercer lugar, el fascismo puede ser un reclamo para los excluidos nativos de esta sociedad, cada vez más numerosos, mientras se deterioran las instituciones democráticas con problemas de mal funcionamiento y corrupción. Estas tres condiciones darían pie al surgimiento de un nacionalismo xenófobo y racista que culpa a “los otros” (inmigrantes extranjeros, miembros de otras culturas, etnias o nacionalidades) de sus propios problemas.

Es preciso recordar el hecho de que, a lo largo de la historia, movimientos migratorios y minorías étnicas en Europa han sido objeto del racismo y la discriminación, de los mismos estereotipos de criminales, así como fuentes de problemas de higiene, salud, contagio y contaminación cultural, como lo demuestra el caso de los gitanos en España, desde su asentamiento en la península (siglo XV) en adelante¹⁵, para mencionar uno de los ejemplos existentes.

En los últimos diez años, la derecha fascista europea, en teoría derrotada tras la Segunda Guerra Mundial, se ha apropiado de la teología neoliberal (resultado: el fascismo neoliberal), insistiendo en sus campañas electorales alrededor de temas de seguridad pública y empleo, alertando contra la “amenaza” de los inmigrantes, convirtiendo de esta manera lo que para ellos empezó siendo un problema estrictamente económico y técnico, en objeto fundamental de la política. El resultado obtenido por Le Pen en las presidenciales francesas de abril 2002 es tan solo una de las muestras del fenómeno referido, que también se manifiesta en la Italia de Berlusconi-Fini-Bossi, en Dinamarca, en Holanda, en Suiza y, cómo no, en la España neofranquista de Aznar, para nombrar sólo algunos casos. Todos

¹⁵ Véase San Román (1984; 1986) y Calvo Buezas (1990b).

ellos han insistido una y otra vez en clasificar, de cara a la sociedad, las respectivas migraciones que se dan en los distintos países como un “problema social”, categorizando a los inmigrantes a partir de su diferencia y defendiendo una especie de “paneuropeísmo etnicista”.

Incluso hay políticos en España que van más allá y se apoyan en la ciencia. Tal es el caso del falangista Juan Antonio Aguilar, quien sigue una línea de argumentación de tipo genetista para referirse al “problema” de la inmigración, por culpa de la cual “los países europeos ven en peligro su identidad cultural y étnica”. Para este individuo, “la presión migratoria se hace ya insoportable y no hay posibilidades de detenerla. La selección natural se ha detenido: el probable incremento de los defectos y deficiencias genéticos plantea una seria amenaza para el futuro”. (citado en Sánchez Soler, 1998: 154)

6.1. De los discursos a la acción directa: pura causalidad.

Desde el punto de vista de la legalidad vigente en España según la L.O 4/2000, manteniéndose en esencia tras la reforma de la ley, existe un apartado que hace referencia a las medidas antidiscriminatorias, con dos artículos que contienen varios supuestos que representan discriminación, esto es, vulneración de un precepto constitucional del artículo 14:

“A los efectos de esta ley, representa discriminación todo acto que, directa o indirectamente, conlleve una distinción, exclusión, restricción o preferencia contra un extranjero basada en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico, las convicciones y prácticas religiosas y que tenga como fin o efecto destruir o limitar el reconocimiento o el ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en el campo político, económico, social o cultural” (Artículo 21,

1). El artículo se complementa con el subsiguiente, el cual ejemplifica puntualmente cuáles serían los actos de discriminación. Por ejemplo, los efectuadas por la autoridad o funcionario, por acción u omisión, que realice cualquier acto discriminatorio o que imponga ilegítimamente condiciones que restrinjan el derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, o que impidan el ejercicio de la actividad económica. Estos derechos adquieren importancia frente a las actuaciones básicamente de particulares, como alquileres de vivienda, acceso a bares, restaurantes, etc.

En nombre de “la cultura nacional española”, contrarios al mestizaje, y para resolver el “problema” de la inmigración, *Democracia Nacional*, un partido inscrito con el número 593 en el Ministerio del Interior el 25 de mayo de 1995, proponía en su programa, textualmente: “la aplicación rigurosa de la Ley de Extranjería, la persecución legal de quienes empleen mano de obra extranjera en condiciones de ilegalidad, el fortalecimiento del *ius sanguinis* como criterio de nacionalidad, prohibir los derechos políticos a residentes de nacionalidad extranjera, facilitar las repatriaciones colaborando con los países de origen...” (citado en Sánchez Soler, 1998: 202). ¿Cualquier semejanza con la actual Ley de Extranjería es pura casualidad?

Bajo el lema “Los españoles primero ¡Alto a la invasión!”, el 2 de agosto de 2001 *Democracia Nacional* organizó una concentración “antiinmigrante” en Las Pedroñeras (Cuenca, Castilla La Mancha), un pueblo con una importante presencia de inmigrantes extranjeros que trabajan en la recogida del ajo¹⁶. Consultados sobre los fines de la

¹⁶ De los 2000 inmigrantes que según cálculos del ayuntamiento local residían en el pueblo, 700 trabajaban en la cosecha del ajo. De esos 700, aproximadamente unos 200 magrebíes -muchos de ellos sin papeles- vivían en un campamento improvisado formado por 30 chabolas hechas de palos de madera y bolsas de plástico. El jornal pactado entre empresarios y trabajadores era de 34 euros por cada 20 cajas de ajos recogidos pero, como aseveraba Ahmed, un trabajador marroquí, lo que les pagaban no llegaba a los 24 euros (*El País*, 3/8/01, p.14).

convocatoria, los dirigentes del partido sostuvieron que la “invasión de inmigrantes aumenta la delincuencia y amenaza con terminar con los derechos de los trabajadores españoles”. Ocho días más tarde, y después de caminar 100 km. bajo el tremendo sol de agosto, 110 trabajadores magrebíes de Las Pedroñeras se presentaron en la subdelegación del gobierno en Cuenca para pedir que se regularice su situación migratoria a fin de poder desarrollar “legalmente” su trabajo en la cosecha del ajo. Instalados en la plaza de España y amenazando con iniciar una huelga de hambre hasta que sus demandas fueran atendidas y resueltas, portaban pancartas con las siguientes consignas: “Huelga de hambre. Vida digna o muerte con Honor”; “Explotación no, legalización sí”; “Somos trabajadores, no delincuentes. ¡Papeles ya!”. (*El País*, edición digital, 12/8/01)

Otra manifestación de naturaleza racista ocurrió a principios de 1999 en Premiá de Mar, una ciudad al norte de Barcelona (Maresme). Acudieron a una marcha contra inmigrantes cerca de 100 skinheads provenientes de varias ciudades españolas y alemanas, convocados desde páginas neonazis de Internet¹⁷. Pero el episodio racista más sonado de España fue el de El Ejido, provincia de Almería, en febrero del mismo año. Allí, como consecuencia del presunto asesinato de una mujer a manos de un “marroquí bajo tratamiento psiquiátrico”, se desató una ola de violencia xenófoba descontrolada, aunque al

¹⁷ Entre las numerosas webs nazis que navegan por el ciberespacio, *Nuevo Orden* es la primera revista española de Internet, disparada hace dos años desde Stormfront White Nationalist (Frente de Tormenta Nacionalista Blanco), servidor no casualmente situado en Florida, Estados Unidos. Desde allí, los ciberfascistas españoles profetizan: “Es hora de que los neofascistas españoles reclamemos nuestro lugar en la Net, y en la Historia. (...) Es hora de devolver su grandeza a España y de reintegrarla a su lugar dentro de la Europa Blanca”. Asimismo se encargan de realizar acciones de sabotaje en la red contra las webs gays, anarquistas, antirracistas, etc., y conectan su página con varios links de otras organizaciones nazi fascistas del mundo. Según Sánchez Soler (1998: 100), existen grupos neonazis organizados en el 37% de las ciudades españolas de más de 25.000 habitantes, concentrándose principalmente en Madrid, Barcelona y Valencia. Pero para la Policía Nacional española, se trata sólo de “tribus urbanas” (idéntica denominación que utilizan para los okupas). Los dirigentes de estos grupos de rapados neonazis y sus miembros más activos pertenecen a las clases media y alta, es decir que provienen de familias perfectamente integradas en las sociedades

parecer, no absolutamente espontánea, contra los inmigrantes en su mayoría originarios de Marruecos. El resultado: 58 heridos; tiendas de inmigrantes incineradas; barrios de chabolas enteros destruidos; persecuciones y linchamientos a inmigrantes y otras acciones de corte racista, como pintadas en las que se podía leer: “Frente a la invasión: deportación”, o “Inmigrante, ayúdanos a luchar contra el racismo. Vuelve a tu país”.

Uno de los actos más simbólicos que se cometieron en el marco de este ataque fue el saqueo de la mezquita situada en las Lomas de la Mezquita, momento en el cual un grupo de jóvenes ingresó violentamente al lugar de culto destrozando todo lo que había en su interior, profanando el Corán y posteriormente orinando sobre él. Todo ello al grito de “vamos a hacer la revolución contra los moros”. (Martínez Veiga, 2001: 199)

En medio de semejante panorama, buena parte de los inmigrantes marroquíes de la región huyeron atemorizados ante las amenazas y ataques al mejor estilo *ku-kux-klan* de que fueron objeto: “(...) un grupo de unos veinte jóvenes armados con bates de béisbol, barras de hierro y palos persiguió a los inmigrantes corriendo por el centro de las calles en medio de los aplausos y ovaciones de miles de personas” (*La Voz de Almería*, 7/2/2000, citado en Martínez Veiga, 2001: 114). Las autoridades locales, los empleadores de los invernaderos donde trabajan los inmigrantes y los propios vecinos de El Ejido confluyeron en relacionar en todo momento “inmigrante ilegal” con “delincuente” (Martínez Veiga, 2001: 139).

“Algunos se adentran en las montañas, donde mantienen guardias toda la noche por temor a que lleguen los grupos ultranacionalistas que van con escopetas y palos”, explicaba Mohamed Beyuki, de la Asociación de Trabajadores e Inmigrantes Marroquíes en España

europas. Sin embargo, en su acción de captación se han extendidos a barrios periféricos y a sectores

(ATIME), refiriéndose a la verdadera caza de brujas contra “el moro” iniciada aquel domingo de febrero.

Según se supo con posterioridad, la policía actuó de manera tardía y pasiva, práctica inversamente proporcional a las reiteradas cargas policiales que se dan contra inmigrantes marroquíes en Almería (imagen 4, Anexo)¹⁸.

Si de algo vale, al menos en un sentido interpretativo de la historia, es preciso recordar que en España el desprecio y los prejuicios contra los “moros” adquiere dimensiones particulares que hay que tener en cuenta, sobre todo porque algunas siguen vigentes entre grupos de la población española. Al respecto, Colectivo Ioé-UGT (2001: 159) afirma que “en España el fenómeno racista tiene raíces históricas profundas ya que desde la antigüedad la península ibérica fue lugar de cruce, de confrontación y también de convivencia entre el sur de Europa y el norte de Africa”.

Un último elemento que se puede apreciar actualmente alrededor del racismo, encubriendo ciertos discursos, es el apuntado por Pincus y Ehrlich (1999: 3-4) cuando afirman que mucha gente piensa que la discriminación contra las minorías ya no constituye ningún problema, lo cual forma parte de la cultura de la negación: el 27 de enero de 2002 los matones que ofician de porteros en una discoteca del Maremagnum, situada en el Port Vell de Barcelona, impidieron de madrugada la entrada al recinto a Wilson Pacheco, inmigrante ecuatoriano de 26 años de edad. Ante la demanda de explicación por parte de

golpeados por la crisis económica y la precarización laboral.

¹⁸ Cabe recordar que ya en 1997, para ser más preciso, el 11 de diciembre de ese año, se produjo un grave ataque racista en El Ejido contra dos inmigrantes marroquíes: Bou Baker Garami, de 28 años, y Brahim Hicham, de 27, fueron secuestrados, golpeados y torturados durante dos días por tres habitantes del pueblo. Hubo muchos testigos del hecho, también vecinos del pueblo, pero ninguno reaccionó para ayudarlos o dar el aviso a la policía (Sánchez Soler, 1998: 238). Por lo tanto, los sucesos posteriores de El Ejido, en 1999, tenían antecedentes como para que las autoridades tomaran medidas preventivas, pero no sucedió tal cosa, más bien, se dejó hacer.

éste último, lo apalearon duramente y acto seguido lo arrojaron al mar. El asesinato del ecuatoriano demuestra que la discriminación y el racismo forman parte de la realidad cotidiana de una ciudad tan promocionadamente “multicultural” y “tolerante” (sobre todo en términos oficiales de mercado) como Barcelona. En la manifestación de homenaje al asesinado, la Asociación de Ecuatorianos de Cataluña señaló en un manifiesto: “La muerte de Wilson es fruto de muchas cobardías. De la cobardía de los que lo mataron. De la cobardía de los que vieron cómo lo mataban. De la cobardía de toda la sociedad”. (Fuente: *El País*, 3/2/02, “Cataluña”, p. 1)

El silencio (verdadero crimen de lesa humanidad), la vista corta, esconder la cabeza como el avestruz, el consentimiento, la indiferencia, no saber, saber y callar, no querer saber, y, por ende, cierta complicidad de una buena parte de la población europea (en este caso de la española) en torno a la situación de los inmigrantes, constituyen factores codeterminantes de la realidad a la que me refiero, misma que a su vez se refleja en los datos que arrojan, por ejemplo, los siguientes estudios:

- Según el *Informe Anual del Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia* (2000), entidad que, paradójicamente, tiene su sede en el Austria de Haider, un 33% de los europeos se consideraba “muy” o “más bien” racistas.
- El barómetro realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en diciembre de 2000, revelaba que el 38,5% de los españoles era “poco tolerante” con los extranjeros no comunitarios, lo que, sumado al 10,1% “nada tolerante”, representaba una muestra de lo potencialmente racista y xenófoba que puede ser la población española.
- Según datos del *Informe de Juventud en España 2000*, elaborado por el Instituto de la Juventud, el 30% de los jóvenes españoles considera que la inmigración, a la larga,

“perjudica a la raza”, mientras que otro 24% cree que tiene efectos negativos en “la moral y las costumbres españolas”.

- Un estudio elaborado por el CIS en febrero de 2001, mostraba que el 44% de los españoles encuestados reconoció no haber tenido nunca trato con inmigrantes. El estudio arrojaba también los siguientes datos: el 42% de los españoles creía que había demasiados extranjeros, mientras que el 27% confesó que le preocuparía que su hija se casara con un marroquí. Cuando se cumplía un año de la aplicación de la Ley de Extranjería, el CIS revelaba que la intolerancia de los españoles había crecido contra las costumbres de los extranjeros inmigrados. Según este mismo sondeo, el 53,5% era “poco” o “nada” tolerante, lo cual supuso un preocupante aumento de cinco puntos respecto a la encuesta llevada a cabo en diciembre de 2000.

6.2. Reflexiones parciales

Tras un año de aplicada, en términos generales, la Ley de Extranjería había favorecido la inmigración clandestina (imagen 5, Anexo).

Según Colectivo Ioé-UGT (2001: 59), las políticas basadas en la restricción de la inmigración y el endurecimiento de las medidas de entrada y requisitos de regularización, se traduce en un aumento de los inmigrantes clandestinos que tiende a provocar segmentos diferenciados del mercado de trabajo español determinados por la precariedad.

¿El problema, entonces, es que los inmigrantes sean pobres e “ilegales”? ¿O que los pobres e “ilegales” sean los inmigrantes?

Ante el riesgo de ser expulsados por encontrarse en situación “irregular”, los inmigrantes no tienen en general otra opción real e inmediata que renunciar a dar a conocer sus condiciones de vida, la explotación a la que los someten los empleadores y, como se ha

descrito, los actos discriminatorios y en muchos casos de corte racista-xenófobo de los que son objeto.

De “intrusos” pasan a ser “delincuentes” debido a que, además de colarse “ilegalmente” en el territorio nacional, se los presenta como que vienen a “usurpar” los bienes escasos de la sociedad (trabajo, sanidad, educación, etc.); y al mismo tiempo constituyen “factores de riesgo” que pueden llegar a trastocar los valores, tradiciones y moral dominantes (democracia, cristianismo, etc.).

Una vez colocada en la agenda de “seguridad”, la inmigración se ha presentado en España inevitablemente ligada al terrorismo, la delincuencia, el crimen organizado, las mafias o el tráfico de drogas. De esta manera, la inmigración como fenómeno histórico-social, se encuentra íntimamente relacionada con el proceso y las situaciones descritas, por medio de las cuales, en las diferentes esferas de la sociedad, se ponen en práctica una infinidad de mecanismos de exclusión, estigmatización, marginación de individuos que por causa de su “otredad” se transforman en “chivos expiatorios”.

En esta investigación, se considera a los sujetos inmigrantes como “agentes de cambio”: de su propia identidad, de su entorno inmediato (país de origen), y del contexto de la sociedad receptora. Y, al mismo tiempo, se reconoce que ser inmigrante hoy en España es ser un extranjero, un extraño, un elemento que dificulta la integración y el ejercicio de la ciudadanía.

CAPITULO III. SIGNOS DE VISIBILIDAD: LOS MIGRANTES SENEGALESES

1. Introducción. En torno a las estrategias migratorias senegambianas

En primer lugar, es necesario recordar el hecho de que, a pesar de que Gambia y Senegal sean países diferentes, puede considerarse a Senegambia como una unidad de análisis. La delimitación del área de Senegambia como región geográfica (como “unidad geográfica”), puede sostenerse en factores tales como el espacio, la población y las condiciones medioambientales, entre otras. Esta región natural coincide también con un área etnolingüística, en la que comparten orígenes históricos y culturales los pueblos nómadas *peul*, *fula* y *tukolor*, así como los antiguos imperios “medievales” de Malí (los *mandingas*) y de Ghana (los *saraholes*). Conviven además *wolof* (la etnia mayoritaria de Senegal), *djolas*, *akus*, *manjakos*, *bambaras*, y pueblos pescadores *serer*. (Kaplan, 1998)

La mayor parte de los habitantes de la región de Senegambia son de origen rural y viven de una economía de subsistencia, de base esencialmente agrícola y ganadera. Principalmente trabajan en el campo, cultivando cacahuete, mijo, arroz y mandioca. La pesca y el turismo también constituyen fuentes de ingreso. A partir de los testimonios recogidos en el trabajo de campo, los sujetos de estudio han tenido como actividad laboral en Africa la agricultura y fundamentalmente el comercio. Puede decirse que, cada vez en mayor medida, la economía de Senegambia se nutre de la aportación considerable de ingresos (remesas) procedentes de la emigración.

Respecto a esta región, y siguiendo a Kaplan (ibid), se trata de un espacio tradicionalmente de migración, en el que las personas se han desplazado históricamente, moviéndose siempre de un sitio a otro. La autora cita a Findley y Ouedraogo (1993), quienes en términos generales afirman que la emigración senegambiana es percibida como una estrategia familiar que se manifiesta en dos grandes patrones migratorios, que suponen estrategias específicas, diferenciadas entre sí: 1) las estrategias de supervivencia: desplazamientos mixtos del campo a la ciudad, de carácter generalmente temporal; y 2) las estrategias de movilidad, dentro de las cuales se encuentran insertos los sujetos de estudio de esta investigación.

Las **estrategias de movilidad**, los llamados flujos sur-norte, se basan en una migración de carácter fundamentalmente masculino e implican un desplazamiento transcontinental (a Europa y USA, preferentemente). Suponen una inversión económica familiar de envergadura para la unidad doméstica que suele incluir a la familia extensa, como parte del proyecto migratorio. Este último persigue en lo inmediato la diversificación económica y la mejora del status socioeconómico local del grupo. A largo plazo, se busca el desarrollo de la comunidad en términos de infraestructura y servicios, hecho que se relaciona con las acciones y proyectos de cooperación que puedan poner en práctica personas emigradas originarias de un mismo pueblo que residen en un sitio común¹⁹.

Para Kaplan (2002), es imprescindible destacar dos cuestiones alrededor de este tipo de migración fundamentalmente económica basada en una estrategia de movilidad. En

¹⁹ Esto queda reflejado entre los objetivos perseguidos por algunas asociaciones senegalesas en el extranjero: “(...) la capacitación de los inmigrantes en la dinámica de la cooperación al desarrollo sostenible en el país de origen”. (Fuente: Documento final de las *Jornadas Estatales de Asociaciones Senegalesas del estado Español*. Palma de Mallorca, 26, 27 y 28 de mayo de 2000. Federación de Asociaciones de Inmigrantes Senegaleses del estado Español).

primer término, la migración senegambiana hacia el extranjero es en su mayoría masculina, ya que el rol del emigrante en la sociedad de origen ha correspondido tradicionalmente al hombre. De acuerdo a la autora citada, a escala familiar existen diferentes expectativas y presiones en origen según se trate de hombres o de mujeres, en la medida en que la emigración de estas últimas es inducida por la reagrupación familiar: mientras que la de los hombres tiene un carácter básicamente económico (productores) las mujeres definen su rango a partir de su capacidad reproductora. De esta manera, la migración se concibe dentro de una estrategia de movilidad socioeconómica y es percibida como una inversión que realiza todo el grupo doméstico con un claro efecto multiplicador, en la que se favorece la migración de nuevos parientes y se van fortaleciendo las redes en destino.

En segundo lugar, el hecho de que la familia “selecciona” a los varones que potencialmente pueden ofrecer mayores posibilidades de garantizar el éxito del proyecto migratorio. Por último, que se trata de los hijos de una autoridad política, religiosa, económica o sanitaria del pueblo. Kaplan señala que los enfermos no están en condiciones físicas para realizar un desplazamiento (y las travesías en tiempo y distancia que muchas de ellas suponen) largo, complejo, solitario e incierto. Por ende, aquellos que marchan son jóvenes, fuertes, sanos, valientes, más hábiles, con mejor preparación y más desenvueltos. Atxotegui (2000: 99) concuerda con lo anterior cuando destaca que debido al conjunto de dificultades y riesgos que supone el emigrar, tienden a efectivizarlo las personas más fuertes y capaces. Fortaleza y capacidad no sólo físicas, sino sobre todo psicológicas, son las que se requieren para resistir y abrirse paso por sobre condiciones extremadamente difíciles. Sumado a esto, como se mencionó más arriba, en el caso de los hombres senegaleses se trata de aquellos nacidos en un sustrato de cierto poder en el seno de su

comunidad. En la misma línea de análisis se ubica Reolons (2001: 685), al resaltar no solamente la selección por factores económicos, sino las condiciones de fortaleza relacionadas con la edad y “las condiciones anímicas de empuje y aguante para soportar la dureza de las dificultades inherentes al hecho de migrar”.

En suma, no son los más pobres los que emigran; y sólo emigran los que pueden.

2. Breve reseña sobre los movimientos migratorios senegaleses a Europa durante el siglo XX.

En el transcurso del siglo XX la emigración senegalesa ha sido estimulada y forzada fundamentalmente por la acción colonizadora francesa, que culmina con la independencia del país africano en 1960. Durante este período coexisten dos tipos principales de movimientos migratorios: por un lado, la administración colonial enviaba a la metrópoli a “civilizar” a las elites senegalesas colaboracionistas, hecho que, de alguna manera, creaba en la población la imagen de que la riqueza, la formación, la prosperidad y el poder había que buscarlos fuera de Senegal. Vale subrayar que, de alguna manera, actualmente ocurre algo similar: el contexto neocolonial actual empuja a muchos hombres a emigrar, creándose entre la población el mito del migrante exitoso que mantiene con dinero a los suyos, los reagrupa con él en el exterior y aumenta su prestigio y poder local. Volveré sobre esto más adelante a partir de los testimonios recogidos en las entrevistas a migrantes senegaleses en Barcelona.

Por otro lado, sobre todo tras la independencia de Senegal, se produce un éxodo rural masivo a las ciudades, debido principalmente a los cambios en la producción agrícola. Dicho proceso contribuyó al aumento de la miseria urbana, más que nada en el caso de Dakar, y a la continua y creciente emigración de mano de obra hacia Europa: no ya en condición de esclavos, como ocurrió con los pueblos negroafricanos desde el siglo XV al XVIII, sino como asalariados para trabajar en la reconstrucción “Marshall” post-Segunda Guerra Mundial hasta la crisis del petróleo, en 1973 (Seck, 1997). A partir de ese momento, a la par de las transformaciones en los modelos productivos europeos, y coincidiendo con el deterioro ecológico, económico y social que sufre el país, se van conformando las formas actuales y las características básicas que asumen los procesos migratorios de las personas de origen senegalés.

En relación a esto último, hay que señalar que entre los grupos étnicos que pueblan Senegal, los llamados *haalpulars* (grupo mixto formado por los *tukolor* y los *peul*), provenientes de Tambacounda y los *soninkés*, originarios de St. Louis, han dirigido al menos la tercera parte de su destino migratorio a Francia, fenómeno por el cual se los designa como los “*Francenaabé*” (“gentes de Francia”). Según Timera (1996), las personas pertenecientes a estos grupos étnicos en general han trabajado como asalariados, persiguiendo la reagrupación familiar una vez instalados en aquel país de acogida. Características que difieren de las de los *wolof* “*Modou-Modou*”, los sujetos de estudio más representativos en esta investigación: migrantes senegaleses que se dedican al comercio informal, que emigraron más tarde a Europa hasta convertirse actualmente en el grupo étnico más numeroso. Salem (1984) ha documentado la llegada de un flujo importante de *wolof* senegaleses a Francia sobre todo a partir de 1974, desde donde fueron ampliando sus

redes de comercio hasta la por entonces Alemania Federal, enlazando con Bélgica, Holanda y la Costa Azul. Pero es recién a mediados de la década de 1980 que se constata la geodinámica de la migración senegalesa al sur del continente europeo. (Robin, 1996; Simon, 1995)

La abreviación *Modou* proviene del nombre *Mamadou*, muy frecuente entre los *wolof*:

“Se dice “Modou-Modou” lo mismo que a los catalanes cuando van a Senegal, que se les llama “Jordi-Jordi”, porque muchos se llaman así. El fenómeno de la emigración en Senegal se correspondió con el fenómeno Modou-Modou, término que significa “la persona del comercio” y a otro fenómeno que se designa como “walafendo” y que significa “cuando se hace noche, se congela”. Se trata de una imagen de Europa, con la nieve, el hielo. Entonces se dice: “tal es de walafendo” para decir, por ejemplo, que “tal viene de Francia”, de Europa en general. La imagen se refiere al clima que encontramos aquí. A la persona que se instala aquí, se le dice: “ese es un walafendo”. (Mame)

Los occidentales (blancos de Europa y América) son llamados “*toubab*”, “*xonxa nopp*”, “*toubako*”, “*neddo ranedio*” (en Senegal); y “*toubabou*” (en Gambia).

Del otro lado, en Francia se utiliza la expresión peyorativa de “*bougnoules*” para designar a los negros africanos, incluidos los senegaleses (Diop, 1990). Mientras que en Italia y en España se usan directamente las expresiones de “*nero*” y “*negro*”, respectivamente. En este último país, la expresión “*trabajar como un negro*” proviene del contacto que se produce a través de la presencia de esclavos negroafricanos desde el siglo XV al XVIII (Cortés López, 1989), y que hace referencia a las características y las condiciones del trabajo que los mismos realizaban: fastidioso, duro y difícil. En este sentido, en el capítulo que sigue se hará referencia a las características del trabajo que realizan en España los senegaleses de fines del siglo XX y principios del XXI: es decir, qué significa “*trabajar como un negro*” y en qué condiciones para sus descendientes actuales.

3. Organización social del proceso migratorio senegalés: cadenas y redes.

En el capítulo anterior he desarrollado la perspectiva sociocultural que se tomaba como base para el abordaje de las migraciones actuales. Por un lado, la propuesta de Kaplan (1996:1) sobre la existencia de un “espacio migratorio”, que Parramón (1996: 19) denomina “campo migratorio”; y, por otro lado, el análisis de las cadenas y redes migratorias (Malgesini, 1998), ambos interrelacionados a su vez con la perspectiva transnacionalista de las migraciones sostenida por autores como Giménez (1996) y Suárez Navaz (1996).

Este tipo de aproximaciones, de alguna manera, sugieren que la migración transcontinental o transnacional se ha constituido en una institución en sí misma, donde los determinantes individuales y los factores de tipo estructural se entremezclan con elementos de orden económico-familiar-comunitario.

En términos generales, las redes y cadenas migratorias de los senegaleses se organizan, estructuran y funcionan de acuerdo a un proceso ascendente que va de la familia nuclear a la familia extensa, y de ahí a la comunidad. Es decir, las redes son de base parental, étnica y geográfica. Se trata de un proyecto en el que se produce una inversión de parte de la economía familiar/comunal, ya que los que logren instalarse en destino asumen la responsabilidad para con su gente de origen: enviar remesas, buscarle trabajo a los que vendrán, proporcionarles a su llegada una cama, dinero y, en el caso de los senegaleses en Barcelona, también la mercadería necesaria para que empiecen a trabajar en la venta ambulante.

De modo general, puede decirse que el proceso migratorio de los senegaleses constituye, por un lado, un recurso para generar ingresos (propios pero fundamentalmente dirigidos a la familia/pueblo); y por otro lado, es percibido como una vía eficaz para lograr una legitimidad y un status social determinado, tanto en la sociedad de origen como en la de destino. El emigrado se percibe en origen como un exitoso, un referente social: hacerse hombre, tener dinero, mujer e hijos...

“En Africa, venir a Europa significa un suceso. Volver a Africa, hacer una casa muy grande y bonita, casarse con una chica guapa... entonces piensan que has triunfado. Una madre africana que ve todo eso le dice a su hijo: mira, has visto al tío, viene de España y tiene mucho dinero. Hay que ir a España... El chico dice que no tiene dinero para irse y la madre le dice: mira, yo voy a vender la casa para que te vayas. Hay muchas familias que lo han hecho: venden sus casas o un terreno o algo importante para que el hijo pueda emigrar”. (Kai)

A partir de la segunda mitad de la década de 1990, Italia y España han sido los destinos europeos preferenciales de los migrantes senegaleses; además de Dakar, provenientes fundamentalmente de las ciudades de Touba y Djourbel (región de Baol) y de Louga (región de Djambour), y también de Siné (región de Kaolack). En la ciudad de Touba, las casas de filmación son un negocio activo. En ellas, mujeres senegalesas se hacen filmar en cintas de video que llegarán hasta las manos de jóvenes migrantes *modou-modou* en estos países europeos. Estos tal vez se casen con una o más de ellas cuando vuelvan “de visita” a Senegal:

“Se suele decir que si te nace una hija, ojalá se case con un modou-modou. Y si te nace un hijo, ojalá que termine hablando italiano...” (Namse)

El prestigio se manifiesta no sólo en terminos materiales, sino sobre todo sociales y simbólicos, ya que un emigrante exitoso es aquel que mantiene la responsabilidad moral de

redistribuir su riqueza, manteniendo financieramente a su familia, su comunidad y sus redes de amigos:

“Como nosotros tenemos un sentido de la familia que es muy amplio, siempre tenemos que hacer algo para la familia. Siempre. Y tienes miedo de no poder hacerlo, porque sabes lo que ganas y que no alcanza. Pero lo poco que ganamos lo compartimos con la familia”. (Kai)

Dentro de estas sociedades africanas existen sistemas de valores y códigos de comportamiento “tradicionales” que, unidos a la antigua estructura social, se mantuvieron a pesar de las presiones políticas (locales, regionales y coloniales), económicas y religiosas, tanto en áreas rurales como urbanas. Los *kafos*, asociaciones o grupos de edad, son definidos como segmentos sociales operativos a los que se adjudican funciones sociales específicas, que incluyen a la totalidad de los individuos que componen la sociedad. (Kaplan, 1998)

En base a lo anterior, es importante destacar el protagonismo que adquiere el *marabout*, figura que cumple un rol fundamental en la estructura social, política y religiosa de las sociedades senegambianas. Vale recordar que el Islam penetró tardíamente en la región de Senegambia, hacia 1855, cuando los *marabouts* buscaron la dominación política, social y religiosa; y que dentro de la interpretación *Sunnita* del Islam, las cofradías musulmanas más extendidas entre la población senegambiana, que en un 90% es musulmana, son de inspiración *Sufi* (Copans, 1988). En ellas, la parte tradicional y animista se acepta en términos de prácticas y creencias que conviven con el Islam, generándose así una especie de sincretismo simbiótico.

3.1. El poder del Marabout en la sociedad de origen: Imam, curandero y principal agente económico

Desde el punto de vista sociocultural (político, ideológico, religioso) el sustrato más importante del poder del *marabout* radica en dos aspectos interrelacionados: por un lado, es el jefe religioso islámico (Imam); y, por otro lado, el curandero especialista en medicina tradicional africana:

“Frecuentemente, no siempre, los imams son también marabouts, personajes que gozan de un gran prestigio y respeto dentro de la comunidad. Además de sus funciones ceremoniales y religiosas diarias, de la atención a los bautizos y funerales, de ejercer de maestros en las escuelas tradicionales coránicas y ser los líderes religiosos, también practican curaciones y algunos son adivinos”. (Kaplan, 1998: 138)

El *marabout* es el maestro de la escuela coránica y es también el curandero, se refiere tanto a las oraciones coránicas como a los espíritus de los ancestros. Su poder está determinado no sólo en términos de status social y religioso, sino que emana de, y se legitima, a través de sus conocimientos culturales, saberes y prácticas en medicina tradicional africana, la naturaleza y el mundo “supranatural” pero en el marco del Islam. Consecuentemente con el tipo de sociedad del que se trata, el conjunto de saberes orales y prácticas del *marabout* se transmiten de forma patrilineal, de padre a hijo por medio del aprendizaje. Por lo tanto, se está haciendo referencia a la sabiduría, la información y los conocimientos relativos al orden sociocultural de las sociedades negroafricanas.

Un ejemplo de las prácticas y creencias mencionadas más arriba, factor relevante a su vez al momento de analizar las dimensiones de la salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en la sociedad de destino, lo constituye el sistema de protección con amuletos

mágicos, los *gri-gri* (en *wolof*). En términos generales, están basados en “versos coránicos, hierbas, raíces, cortezas y otros elementos, que son envueltos en trozos de cuero y cosidos. Se confeccionan a petición del cliente y según el fin al que se quieren destinar. Pueden servir para dar buena suerte, prevenir accidentes, evitar embarazos, alejar a las brujas, evitar la penetración de cuchillos, la impotencia, la esterilidad, los terrores nocturnos, el mal de ojo, etc.”. (Kaplan, 1998: 139). El *gri-gri* (*juju* en *mandinga*) es un elemento sincrético:

“Por un lado, toma versos del Corán que varían de acuerdo con la función a la que van destinados y por otro incluye elementos mágicos provenientes de los antiguos cultos tradicionales africanos (...) está hecho en nombre de Dios porque dentro hay un trozo de Corán y por ello no puede entrar en contacto con determinados elementos que son considerados sucios, contaminantes y ofenden a Dios (...) Se coloca en distintas partes del cuerpo en los que no exista peligro de contaminación, y es confeccionado en forma de collar para el cuello, la cintura o el brazo...” (Kaplan, *ibid*)

“Hay gri-gri hecho de piel de un gato negro pequeñito que [todavía] no abrió los ojos, que está ciego porque tiene pocos días de vida. Entonces se mata. Con ese se hace gri-gri para encantar, para que te obedezcan. La gente que tú quieres queda hipnotizada y hacen lo que tú les digas. No sé, puedes llevarte todo el dinero del banco (las personas de allí te lo dan si se lo pides), o que los clientes vengan directamente a ti a comprarte tu mercadería”. (Jud)

El *gri-gri* de Jud, un *wolof* senegalés vendedor ambulante de CD’s “pirateados”, consistía en un brazalete de cuero marrón que llevaba en la mitad de su brazo derecho, concretamente en el ante-brazo, a la altura del codo. Se lo envió su madre desde Senegal a través de un amigo que viajaba a Europa, para “suerte y protección” (Jud). Según me explicó Jud, el *marabout* de su pueblo escribió en un papel su nombre y en otro papel el nombre de su madre. Y me aclaró que si se hace para una mujer, en el otro papel debe escribirse el nombre del padre. Acto

seguido, el *marabout* juntó ambos papeles e hizo un bollito que apretó fuertemente en una de sus manos, mientras recitaba versos del Corán y les echaba unas hierbas mágicas encima. Todo eso luego fue envuelto dentro de un trozo de cuero y cocido en forma de brazalete. Jud se mostraba feliz con su amuleto de protección y buena suerte, convencido de que lo ayudaba en las ventas y lo protegía de la policía en Barcelona. Cosa que no le sucedía al pobre Mustafá, otro senegalés vendedor de CD's pero en Roma, a quien la policía le había secuestrado su mercadería cinco veces en los últimos diez días. Al preguntarle si su *gri-gri* no lo estaba ayudando, él respondió que no, porque se le había roto; y a ello adjudicaba su mala suerte con la policía, pero estaba esperanzado porque un amigo suyo le traería en pocos días uno nuevo de Senegal.

Retomaré el análisis de los aspectos relacionados con las dimensiones sociosanitarias más adelante, en el capítulo V, a partir del trabajo de campo realizado con Cherif, *marabout* de origen senegalés, perteneciente a la cofradía *Tidjane*, quien al momento de realizar las entrevistas (febrero 2002) vivía en la provincia de Girona, focalizando principalmente en sus concepciones y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses.

Lo que interesa poner de relieve aquí es el rol trascendental que ocupa el *marabout* en la estructura social de origen y, por lo tanto, el papel que juega en el proceso migratorio de los senegaleses y en su adaptación a las condiciones de vida en la sociedad de destino.

En términos socioeconómicos, los *marabouts* adquirieron gran importancia en las sociedades de Senegal a partir de la estructura colonial instalada por los franceses, quienes impusieron el monocultivo del cacahuete en la agricultura local de las poblaciones,

fundamentalmente *wolof*. Dentro de la misma, los *marabouts* fueron convirtiéndose en agentes intermediarios que vendían el producto a los colonizadores.

Progresivamente, la agricultura va dejando de ser aquello que Meillasoux (1977) había clasificado como la forma histórica predominante que moviliza la mayor parte de la energía de los productores y que determina la organización social general a la que están subordinadas las restantes actividades económicas, sociales y políticas. Su lugar pasará a ocuparlo la emigración. En buena parte de Senegal, donde el fenómeno que se denomina economía informal se encuentra ampliamente extendido, los *marabouts* controlan los mercados y el comercio. Como parte de un proceso, sobre todo a partir de la década de 1990, los *marabouts* “del cacahuete” pasan a ser los *marabouts* “de la emigración”. Según Coulon (1981), este proceso puede explicarse como consecuencia de dos factores: por un lado, la necesidad de encontrar nuevas tierras para el cultivo del cacahuete, principal producto de exportación senegalesa; por otro lado, debido al clima social y político post-independencia que generó una situación de desmovilización social, acompañada de un éxodo que se transformaría posteriormente en un proceso migratorio dinámico.

Vale mencionar el hecho de que los *marabouts* pertenecen a distintas cofradías musulmanas, la más importante e influyente de las cuales en Senegal es la *Murid*. Otra importante cofradía es la *Tidjane*, la cual a diferencia de la cofradía *Murid* (de origen puramente senegalés) fue fundada en el Magreb en el siglo XVIII y difundida por Senegal durante el siglo XIX (Suárez Navaz, 1996: 33).

Fundada a principios del siglo pasado por el cheick Ahmadou Bamba (1852-1927), se estima que la cofradía *Murid* actualmente agrupa a un millón de senegaleses. Sobre el fundador de esta cofradía existen muchas historias y relatos. Además de los estrictamente

místico-religiosos, hay otros ligados a la historia política y social de Senegal; concretamente, dentro de ésta, al papel que se le asigna durante la resistencia anticolonial posterior a la Independencia del país, describiéndolo en ciertos aspectos como una especie de “Ghandi local”:

“Una vez los franceses lo tenían prisionero en un barco en altamar. El rezaba y todos los fieles rezaban en tierra de Senegal. Los franceses no querían que el rezaba porque todos los senegaleses sólo rezaban y desobedecían. Lo arrojaron al mar y él seguía rezando sobre un pedazo de mar que se había transformado en arena. Después, lo echaron en un cuarto cerrado con un león que se quedó sin comer por tres meses... El es grande!!!” (Mustafá)

Ahmadou Bamba murió joven, antes de los 50 años, *“porque Dios así lo dispuso. El estuvo aquí en la tierra para una misión: hacer el bien y liberarnos”*. (Alí). Lo sucedió su hijo, quien hasta nuestros días preside la cofradía.

Por otra parte, la cofradía *Murid* constituye un sector muy fuerte en el ámbito del comercio en todo el país (fundamentalmente en Touba, la ciudad “santa” de los murids) y a nivel transnacional, siendo importante el dinamismo que posee en el ámbito de la economía sumergida en algunos de los países donde los senegaleses emigran. En este sentido, es preciso señalar que una buena parte de las redes y cadenas migratorias de los migrantes senegaleses se organizan en torno a las *Dahiras*, células *modou-modou* relacionadas con el comercio, muy presentes en los procesos migratorios de los *wolof modou-modou*.

Varios son los estudios realizados en torno a la correlación entre religión y migración senegalesa. Vale destacar el trabajo pionero de Copans (1988), quien siguiendo la propuesta analítica de Coulon (1981), sostiene que la estructura y dinámica interna de la cofradía *Murid* ofrece un marco sociocultural homogéneo y coherente para los procesos migratorios

senegaleses, en algunos casos incluso más práctico y viable que los proporcionados por los lazos de parentesco. Por su parte, Diop (1990) ha estudiado la migración *Murid* senegalesa a Europa, principalmente a Francia, centrándose en los aspectos económicos y religioso-iniciáticos de sus adeptos. Estos discípulos (llamados *talibés*) se ponen a disposición de su maestro *Murid* (*marabout*) para que los guíe espiritualmente y los proteja en su proyecto migratorio, y a quien retribuyen recíprocamente con dinero o regalos (*haddiya*).

En España, dos son los autores que han investigado sobre el fenómeno referido. Por un lado, Suárez Navaz (1995, 1996, 1998) analiza las redes transnacionales de los *Murids* a través del estudio de una asociación senegalesa en Granada. Por otro lado, Lacomba Vázquez (1998) aborda la vinculación entre islamismo-Murids-migración senegalesa en Valencia.

Sobre el papel de las *dahiras*, Suárez Navaz (1996: 28) opina: “su importancia y eficacia están fuera de duda, representando un modelo que inspira a toda la comunidad senegalesa en general”. En este sentido, la cofradía musulmana *Murid*, adaptada a la globalización, estaría ocupando al mismo tiempo el rol de un Estado en permanente extinción, a la vez que se apropia de, y redistribuye, las ganancias generadas por el trabajo de los emigrantes *modou-modou* en el extranjero, como antes en el seno de las unidades domésticas de producción.

Asimismo, “la eficacia de la estructura socioeconómica *Murid* se basa en una ideología que enaltece el trabajo duro, los sacrificios cotidianos y las privaciones de la vida en el extranjero como actividades santificantes”. (Suárez Navaz, 1996: 29). La hermandad *Murid* descansa en un sentido de la responsabilidad asumida por los *wolofs murids* senegaleses bajo la máxima de su líder espiritual que profesa: “Trabaja como si nunca fueras a morir. Reza como si fueras a morir mañana”. Este es el sentido de la responsabilidad laboral/religiosa entre los migrantes *wolofs Murids* senegaleses, los llamados *modou-modou*.

Por su parte, Schmidt (1994) calculaba que el 75% de los migrantes senegaleses en Italia pertenecían a la etnia *wolof*, de los cuales un 80% eran adeptos a la cofradía *Murid*. Tuve la oportunidad de verificar, al menos de forma parcial, estos datos durante mi estancia en Roma y Cerdeña (julio-agosto de 2002), trabajando en el comercio de venta ambulante con migrantes senegaleses, en su mayoría jóvenes de entre 24 y 35 años que vendían CD's, provenientes de Dakar y casi en su totalidad *Murids*. Uno de ellos, Mustafá, vendedor de CD's en el barrio de Trastevere (Roma-Italia), con quien me encontraba a diario en la actividad de venta ambulante, insistía en convencerme de que viajara a Senegal, visitara Touba y me convirtiera yo también en adepto a la cofradía. El me enseñó el saludo *Murid*:

-“Salam malecum”- (en árabe; “*nangadaf*” en *wolof*), tomando la mano del otro y apoyándola en la frente de uno;

-“Malecum salam”- (en árabe; “*manguifi*” en *wolof*), responde el otro, tomando la mano de uno y apoyándola en su frente.

4. Migración senegalesa a España: antecedentes, distribución actual y rasgos principales.

Fue durante la baja Edad Media (siglos XI y XII) que se produjo el primer contacto documentado entre “migrantes senegaleses” y habitantes de la península Ibérica, cuando los reinos cristianos de la península fueron invadidos por los almorávides. Uno de los grupos que los constituían era la tribu negroafricana musulmana de los *Lamtuna*, perteneciente a la etnia bereber de los *sanhaga*, antecesores de los tuaregs del Sahara. Los *sanhaga* se

asentaban principalmente en las orillas del curso medio del río Senegal, que en la actualidad comprende una región territorial correspondiente a Senegal y Mauritania (Sepa Bonaba, 1993). Posteriormente, como he mencionado antes, el contacto se da a través de la presencia de esclavos negroafricanos desde el siglo XV al XVIII (Cortés López, 1989).

A partir de 1990 comienza a constatarse nuevamente la presencia de senegaleses en España, fenómeno que se refleja asimismo, por ejemplo, en el cine. La primera película del cine español referida al nuevo fenómeno de la inmigración africana ha sido “Las cartas de Alou”, de Montxo Armendáriz. La obra relata la historia de Alou, un joven senegalés que llega a España de tránsito hacia Europa del Norte, y en el interregno trabaja en el ámbito de la economía sumergida, combinando la recogida de fruta con la venta ambulante para sobrevivir. Una española se enamora de él y están un tiempo juntos, pero el protagonista debe continuar inexorablemente con su trayecto.

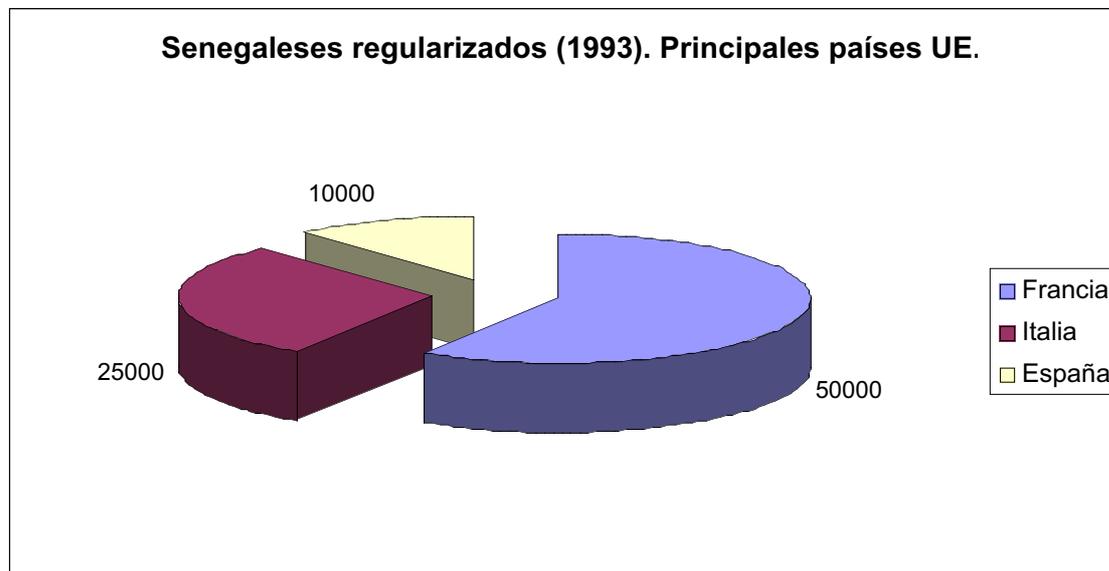
Del contenido de esta película vale destacar dos aspectos significativos: 1) si bien puede ubicarse a los primeros migrantes senegaleses que llegan a territorio español a mediados de la década de 1980 (la mayoría en tránsito), es fundamentalmente a partir de 1990 que progresivamente comienzan a instalarse en algunas regiones de España; y 2) casi siempre dentro del ámbito de la economía sumergida, los migrantes senegaleses han combinado el comercio de venta ambulante urbano en los períodos de mayor venta con el trabajo en la agricultura en los períodos de recolección, como medios principales de subsistencia.

Según Kaplan (2002), el proceso migratorio aquí analizado constituye un fenómeno reciente en cuanto a tiempo y “singular” en cuanto a la carencia de lazos históricos. Tomando como unidad a Senegambia, por ejemplo, comparativamente la inmigración

senegalesa a España es más reciente que la gambiana. Además, los primeros utilizan otras redes y recorren otros itinerarios. En cuanto a sus características, una parte importante del contingente de migrantes senegaleses desarrolla una migración de carácter temporal, flotante y multiresidencial, cuya finalidad es trabajar en la venta ambulante durante el período de más ventas, esto es en la temporada veraniega de turismo, para luego regresar a Senegal por otros seis meses. Esto, sumado a la poca presencia de mujeres migrantes y de niños, demostraría que en la mayoría de sus proyectos migratorios no se contempla, a priori, una futura reagrupación familiar.

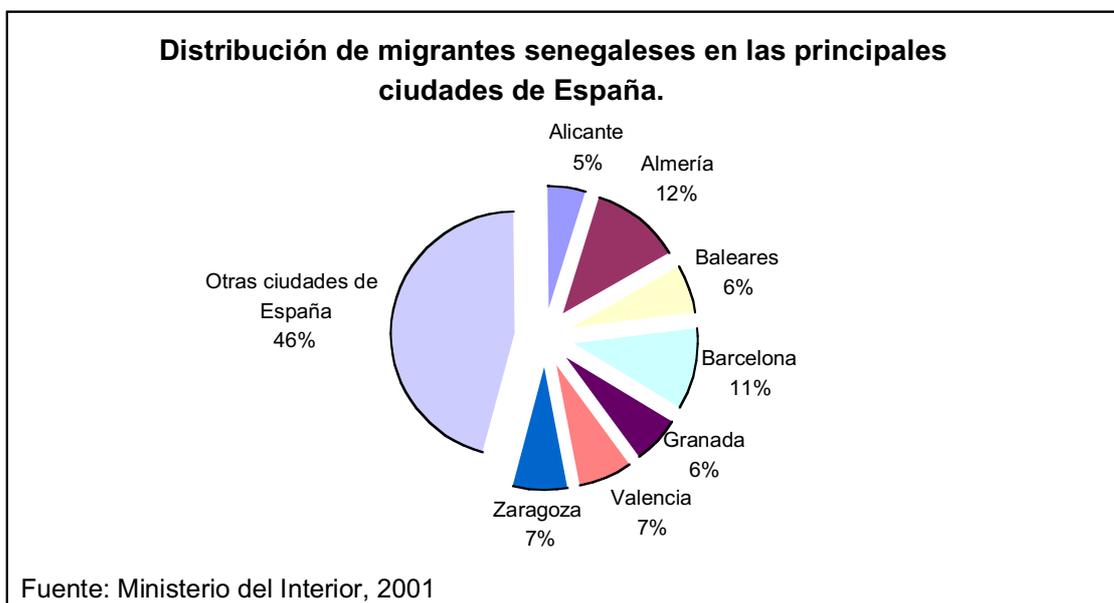
4. 1. Distribución de migrantes senegaleses en Europa/España/Cataluña/Barcelona

- Según datos del Eurostat de 1993, Francia es el país con más migrantes de origen senegalés (50.000), seguido de Italia (25.000) y España (10.000).

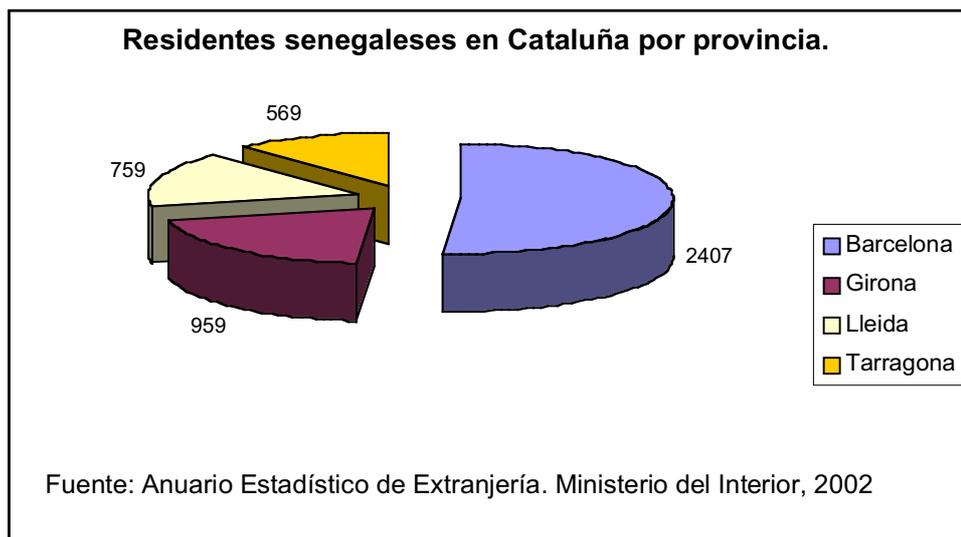


Fuente: Eurostat, 1993

- No habiendo datos más actualizados sobre esta variable, tal como puede observarse en el gráfico siguiente, a nivel estatal Colectivo Ioé-UGT (2001: 26) estimaba que más de la mitad de los migrantes senegaleses se concentran en ocho de las principales ciudades españolas (faltan datos sobre Canarias). La ciudad con mayor número de migrantes senegaleses es Almería, donde buena parte de los mismos trabaja en condiciones de absoluta ilegalidad en los invernaderos agrícolas, seguida de Barcelona donde se dedican fundamentalmente a trabajar en el comercio de venta ambulante.



- En base al Ministerio del Interior español, hasta enero de 2003 los residentes senegaleses en España sumaban 14.765 personas, de las cuales 4.694 se encontraban en Cataluña donde constituían el segundo colectivo inmigrante más numeroso del Africa subsahariana, detrás del gambiano. Como puede verse en el gráfico que sigue, al interior de Cataluña más de la mitad de los senegaleses se concentraba en la provincia de Barcelona.



- Por último, Colectivo Ioé (1999: 77) destacaba el predominio masculino entre la totalidad de la población migrante senegalesa en España (80%), el mismo porcentaje que entre los migrantes provenientes de Argelia, seguidos de los de Pakistán (79%).

4.2. Tácticas migratorias: ¿mediante qué procedimientos arriban los migrantes senegaleses?

En base a las entrevistas realizadas, los senegaleses conciben la emigración como un proyecto que a partir del momento en que se inicia supone estudiar, planificar y evaluar los objetivos, las ventajas, las probabilidades y las factibilidades que la decisión acarrea. Lo anterior, supone, entre otras cosas, una relación dinámica de contacto e información con familiares/amigos en destino. Antes de iniciar sus desplazamientos, contactan con anticipación a algún familiar instalado en el país receptor, que tendrá el conocimiento previo de la llegada del otro. Consideran un elemento indispensable de la cadena migratoria el hecho de llegar a un lugar y conocer a alguien de confianza, cercano, que los entienda, que asuma como un deber, un compromiso, orientarlos, ayudarlos, asesorarlos, guiarlos en los primeros momentos.

Una vez definido esto, lo principal para ellos es llegar al continente europeo; y casi mayoritariamente, el medio para hacerlo es por avión. Por lo tanto, organizan la movilidad en función de las condiciones que se presentan en cada momento, en cada país. Estas condiciones van desde la posibilidad de otorgamiento de la visa en origen, pasando por las de control fronterizo en el continente europeo y las oportunidades de venta, hasta la concesión de permisos de trabajo y/o residencia.

Sobre lo expuesto vale destacar, además, dos elementos: en primer lugar, el papel que cumplen las redes de información para dar pistas y señales sobre los lugares de entrada más o menos accesibles en los aeropuertos de las ciudades europeas; y, en segundo lugar, que en algunos casos ese tipo de información está vinculada a una red de gente organizada, que en ocasiones se confunde en Europa con una “mafia de tráfico ilegal”. Notcher lo explica de la siguiente manera:

“Hay gente en Senegal que puede decirte en qué momento conviene y es posible pasar por este o aquel aeropuerto. Y a mi un tío me dijo que con un pasaporte francés falso, si conseguía llegar a Alemania, podía de ahí cruzar a Estados Unidos. Y me dijo que sólo disponía de un tiempo de cuatro meses; y que más de cuatro meses iban a apretar un poquito a Alemania para dejar un poquito libre otro aeropuerto europeo. Yo no sé cómo lo saben todo eso...hay gente muy organizada que se dedica a conseguirte un pasaporte falso o compras un pasaporte francés...” (Notcher)

Resumidamente, el procedimiento es el siguiente: obtener un visado en origen, aunque sea uno turístico o adquirir un pasaporte europeo falso que les permita ingresar a Europa; y una vez dentro, dirigirse a un destino en concreto, en función de la información que tengan sobre las condiciones del momento en los distintos puntos de entrada:

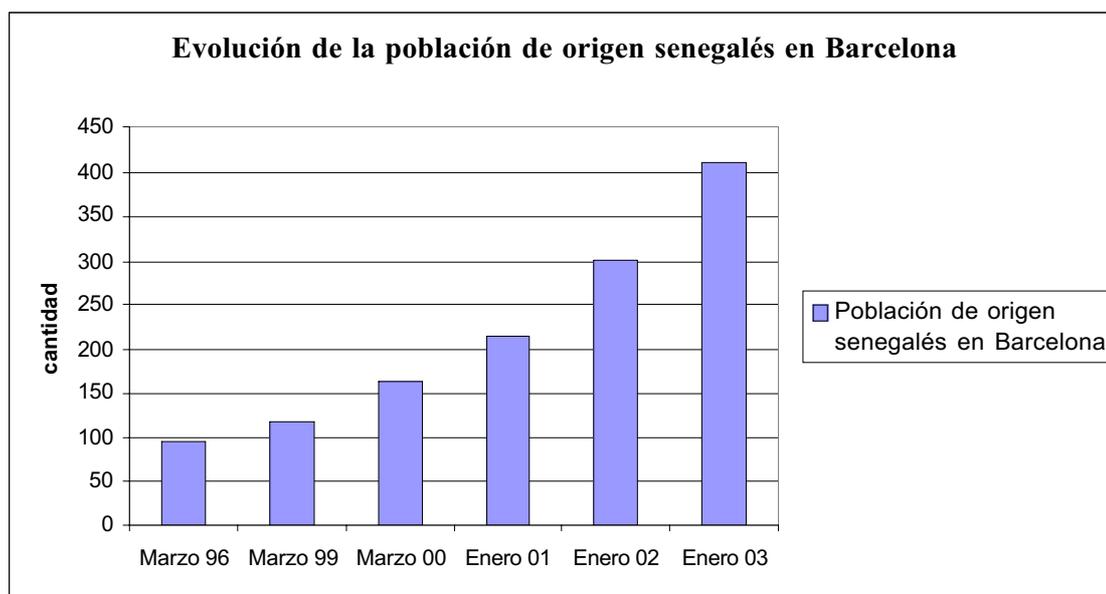
“En un momento era Portugal. Se conseguía el visado en la embajada, entrabas a Europa por Lisboa y de allí pasabas a España”. (Kai)

Si los controles se profundizan para salir, en el aeropuerto de Dakar, la táctica se modifica para adaptarse a la situación:

“Tomas un vuelo a Singapur (donde no hay vuelos directos) vía París, y una vez en París, en condición de tránsito (para lo cual no se necesita visa), haces el cambio de pasaporte falso para salir del aeropuerto e ingresar a Europa”. (Kai)

Por último, vale mencionar, por ejemplo respecto de los migrantes senegaleses que arriban a Almería a trabajar en los invernaderos del Poniente, que se dan casos (los menos) en los que algunos desembarcan en las costas de Andalucía a bordo de una patera, después de haber cruzado el estrecho de Gibraltar, y posteriormente se dirigen al destino. Pero en su mayoría llegan en avión y se trasladan luego en tren o en autobús hasta Roquetas de Mar en busca de algún pariente, amigo o conocido que los ubique en una casa compartida y los recomiende para un trabajo en el invernadero.

5. Tipos de migrantes senegaleses en Barcelona



Fuente: Ayuntamiento de Barcelona. Depto. de Estadísticas, 2003

Como ha sucedido en casi todos los países donde han emigrado, en su mayoría, los migrantes senegaleses en Barcelona se dedican a trabajar en actividades relacionadas con el comercio: venta ambulante, pequeñas tiendas de bazar con productos africanos y restaurantes típicos, siempre en la zona del centro histórico de la ciudad (fundamentalmente en el distrito de Ciutat Vella), espacio donde conviven un gran número de colectivos de inmigrantes, principalmente africanos y latinoamericanos. Los que se dedican a la venta ambulante y poseen su situación migratoria regularizada, suelen estar una temporada en Barcelona y otra en la costa, preferentemente de verano hasta Navidades (el período de más ventas), para luego marcharse nuevamente a Senegal por un tiempo no menor a cuatro meses a estar con sus familias y después regresar. También se dan casos en los que algunos hombres se instalan con sus familias pero no se trata de un tipo de inmigración frecuente hasta el momento.

Los *wolof modou-modou* se concentran sobre todo en las ciudades con más movimiento comercial: además de Barcelona, en Salou, Figueres, Terrasa, Girona, etc. En Terrasa, por ejemplo, existe actualmente una gran presencia de migrantes senegaleses, muchos de los cuales trasladaron su residencia desde el distrito de Ciutat Vella (Barcelona) hasta allí debido a dos motivos principales: el abaratamiento del alquiler de los pisos para compartir; y la posibilidad de combinar el trabajo con un contrato fijo en una fábrica de la zona con la actividad de venta ambulante en mercadillos durante el fin de semana. En este sentido, algunos de ellos, cuya trayectoria migratoria supera los diez años y consiguen un trabajo seguro y permanente, comienzan el proceso de reagrupación familiar.

A partir del trabajo de campo y la recopilación de datos realizados en el transcurso de esta investigación, se ha podido identificar, al menos, dos tipos de migrantes senegaleses en Barcelona (ver cuadro de abajo). Al primer grupo lo he designado *modou-modou* “tradicionales” (“históricos”, “clásicos”, “conservadores”); el segundo grupo corresponde a los *modou-modou* “modernos” (“de izquierdas”, “liberales”):

“Los modou-modou tradicionales los llaman “de la izquierda” porque en una época se los relacionaba con los que vendían drogas, se iban mucho de fiesta y su atracción por todo lo occidental”. (Namse)

Como variables compartidas por ambos grupos, tres son las que sobresalen: en ambos casos se trata de hombres, en su mayoría pertenecen a la etnia *wolof* y todos se confiesan de religión musulmana.

1) Los *modou-modou* “tradicionales” son hombres *wolof* que llegaron al continente europeo desde finales de los setenta en adelante. Antes de instalarse en España/Cataluña/Barcelona a partir de mediados de la década de 1980, practicaron el comercio de venta ambulante en otros países del continente europeo de manera itinerante. Sus edades medias oscilan entre los 35 y los 50 años. Muchos viven compartiendo un piso entre varios (de 4 a 10 aproximadamente) y su principal preocupación es “*gastar lo menos posible*” (Kai).

Se levantan a las 5 de la mañana para tener puesto o parada en los mercadillos y “*no hay día de descanso*” (Sut), excepto el domingo a la tarde (momento en que los comercios están cerrados), cuando en general llaman por teléfono a sus familias. En su mayoría, no realizan otra actividad que vender, cosa que siempre hicieron, aunque algunos complementan la venta ambulante con trabajos asalariados en fábricas y almacenes. En estos

pocos casos, la venta se realiza durante los fines de semana o en eventos como ferias, festivales y mercados. Aprovechan los periodos de más ventas (Navidades y verano) y tras ello marchan a Senegal a visitar a sus familias. Se consideran especialistas en “el arte” de vender artesanías africanas de madera: figuras humanas y animales; jembees (tambores africanos); máscaras, etc. Traen la mercadería cuando viajan a Senegal o la hacen traer. No suelen comprarle a los mayoristas, salvo en el caso de que complementen la especificidad de lo que venden con otros productos, principalmente relojes pulsera u otros productos de temporada: gafas de sol, camisetas de marca, gorras de marca, bolsos de cuero, etc. En este caso, les compran a mayoristas chinos y van siguiendo “rutas” de mayor venta. La modalidad de venta principal que realizan es la directa, preferentemente en mercados y ferias, y no tanto el parcheo²⁰. Muchos de ellos cuentan con furgonetas o autos, en algunos casos compartidos, para trasladarse y transportar la mercadería. No tienen un nivel educativo alto, tampoco demasiado tiempo para “ir de fiesta”. En su mayoría cuentan con permiso de residencia y cotizan como autónomos en la seguridad social.

2) Los *modou-modou* “modernos” comenzaron a arribar a Europa sobre todo después de la segunda mitad de la década de 1990. Se trata de hombres jóvenes, *wolof* o *tukolor*, de 25 a 35 años de edad, que forman parte de un nuevo tipo de migración, una modalidad más reciente y distinta. Jóvenes urbanos que provienen fundamentalmente de Dakar y que poseen un nivel cultural-educativo más alto que el de los *modou-modou* tradicionales. Constituyen agentes de cambio en las relaciones con el *tubaab*, a la vez que generan

²⁰ Martínez Veiga (1997: 199) distingue entre los lugares de venta ambulante más o menos estables y la venta estrictamente callejera (el parcheo). La primera, que se realiza dentro de mercados y ferias, implica un compromiso más duradero con la actividad que la segunda, a la vez que supone un pago de impuestos al Ayuntamiento, que como toda inversión de capital da una continuidad a la actividad. Por el lado de la venta callejera, se trata de una actividad que no dura mucho en el tiempo, inestable y con ganancias mínimas para

rupturas y continuidades con las normas y valores tradicionales dominantes en la sociedad de origen. Visten y se sienten más atraídos por “lo occidental”: crecieron bajo la influencia de la globalización hegemónica por la cultura estadounidense, cuya estética reproducen en la exageración de la vestimenta tipo “raper” negro de Brooklyn que muchos de ellos utilizan -gorra de beisbol, camiseta de la NBA, jeans amplios caídos, zapatillas Nike, etc.- (imágenes 17^a y 17b, Anexo). Algunos fuman y beben alcohol casi compulsivamente, y muchos se dedican a “cazar” muchachas blancas.

El objetivo inmediato que persiguen al inicio del proyecto migratorio es el de enviar dinero a sus familias; a medio plazo buscan también reunir el dinero y lograr el permiso para abrir una tienda de artesanías africanas, ya que conciben el retorno a muy largo plazo. Venden los productos que consiguen con mayor facilidad a través de las redes de parientes o amigos, aunque en ciudades como Barcelona o Roma, por ejemplo, se dedican casi exclusivamente a vender CD's pirateados en las calles. Algunos, en la medida de las posibilidades, van directamente a trabajar en el sector de la hostelería.

No subsumen toda su existencia al trabajo como los migrantes tradicionales; no van detrás del dinero si eso les impide “vivir” (concepto que para los *modou-modou* tradicionales implicaría “la vida fácil”). Tampoco constituye una prioridad mayor para ellos conseguir el dinero para construir una casa en Senegal, aunque algunos se preocupen más de la antena parabólica que puedan exhibir en el techo como símbolo de riqueza que en la casa en sí misma y otros prefieran importar un auto último modelo, adquirido en Europa.

sobrevivir. Con frecuencia podemos encontrar vendedores ambulantes que en otros períodos trabajan en la agricultura, en la construcción, u otro tipo de trabajo remunerado.

A diferencia de los migrantes tradicionales de regiones como Casamance, Fouta o Tambacounda, muchos de los cuales financian proyectos de desarrollo comunitario en sus pueblos de origen, estos nuevos jóvenes migrantes optan por proyectos de corte más individual. A lo sumo invierten para sus hermanos y familiares o intentan reagruparlos en Europa. Sobre estas nuevas tendencias, algunas de las cuales pueden generar importantes transformaciones en el ámbito sociocultural, esto es, en el estilo de vida, se ha referido Mboup (2000), centrándose en el caso de los migrantes senegaleses en Italia, popularmente conocidos como los “vu compra”²¹. Del mismo modo, Schmidt y Blion (2000) subrayan la expansión comercial de los *Murids* senegaleses como producto de una adaptación socioeconómica abierta y permanente, pero planteando al mismo tiempo ciertas contradicciones alrededor de esta relativa flexibilidad. Esto último tendría consecuencias fundamentalmente en las actitudes y los patrones de comportamiento presentes entre los nuevos jóvenes migrantes.

A diferencia de los *modou-modou* “tradicionales”, los “modernos” prefieren vivir no más de tres en un piso, cada uno con su habitación; tener su espacio íntimo e individual porque buscan la máxima comodidad posible: “(...) *vivir bien, aquí y ahora la buena vida*” (Mame), lo cual en ciudades con alquileres tan altos como Barcelona o Roma resulta extremadamente difícil de realizar.

²¹ Este apodo proviene del término “vuoi comprare” (“¿quieres comprar?”) que frecuentemente utilizan los migrantes senegaleses, quienes al igual que en Barcelona, en las principales ciudades italianas trabajan en el ámbito de la economía sumergida, practicando la venta ambulante callejera. Al respecto, tuve la oportunidad de compartir el espacio de interacción de la venta ambulante en Roma durante julio de 2002 con jóvenes migrantes senegaleses provenientes de Dakar, mayoritariamente fieles de la cofradía *Murid*. Casi en su totalidad, compraban al mayor CD's pirateados en Napoli a 1 euro la unidad para venderlos (por las mañanas caminando la playa y por la noche en las calles de Roma) a 5 euros cada uno.

En cuanto a la situación administrativa de estos nuevos migrantes, en su mayoría son víctimas directas o indirectas de la Ley de Extranjería vigente en territorio español desde enero de 2001: los casos más favorecidos poseen sus solicitudes de regularización en trámite. A una buena parte les ha sido denegada, y en la mayoría de los casos ni siquiera han realizado una presentación debido a los impedimentos económicos y a los inalcanzables requisitos exigidos.

Por lo tanto, buena parte de ellos está “sin papeles” y no ha regresado a Senegal desde su llegada a estas tierras. Todo lo cual influye notoriamente en el proceso de “duelo migratorio” (Atxotegui, 2000) manifestándose, sobre todo, en la salud afectiva y psíquica de algunos migrantes. Particularmente relevante en este aspecto es el caso de aquellos que han dejado mujer e hijos pequeños y que no pueden regresar a verlos, quedando atrapados en un sitio, con miedo a circular libremente y ser “cazados” por las autoridades, a riesgo de ser detenidos y expulsados. He aquí una muestra en la que se puede ver cómo la metáfora de la “Europa fortaleza” tiene su correlación empírica con la realidad.

Cuadro Tipos de migrantes senegaleses en BCN

	“Tradicionales”	“Modernos”
Período de llegada	1985 en adelante.	1997 en adelante.
Edades medias	35 - 50 años.	25 - 35 años.
Situación jurídico-migratoria	Permiso de residencia. Cotizan como autónomos para la seguridad social ²² .	En su mayoría “sin papales”, víctimas de la Ley de Extranjería.
Ocupación principal	Venta ambulante, en casos complementada con trabajos asalariados.	Venta ambulante, y en pocos casos trabajos en sector hostelería.
Especialización en la venta ambulante	Artesanías africanas en madera. Modalidad de venta en mercados y ferias, principalmente.	Compact Disc pirateados, ropa de marca falsificada y artesanías.
Objetivo migratorio	Persiguen vender, ganar dinero y volver, es decir, retornar.	Para ellos no está tan clara la idea del regreso, ni muy presente el mito del eterno retorno, al menos, en el corto y medio plazo.

Las formas en los que los diferentes colectivos de inmigrantes perciben su propia realidad en el contexto de la sociedad receptora varía, tanto de un grupo a otro como a nivel intragrupal. Respecto a las percepciones generales que poseen los senegaleses pertenecientes a ambos grupos/tipos de migrantes, existen valoraciones compartidas como

²² Hasta diciembre de 2002, había en Cataluña un total de 2.055 senegaleses afiliados a la seguridad social. (Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

sucede con el tratamiento administrativo-policial del que son objeto, por ejemplo, o al momento de caracterizar ciertas actitudes de los autóctonos hacia ellos:

“En Francia hay más mezcla de gente, hay más tolerancia de la gente de allí, la policía no para tanto a los negros y a los magrebíes. Ya no te hacen sentir, como pasaba antes, que eres un extranjero en los lugares públicos, como aquí en España. Es como que en Francia, tal vez por la antigüedad del fenómeno, está bajando y aquí está subiendo. Te tratan como persona, extranjero o no extranjero... no te hacen sentir que estás en su casa como aquí”. (Teko, grupo 2)

“(...) es cierto que antes a los negros nos observaban todo el tiempo, como si nunca nos hubieran visto, no nos hablaban, ni se metían con nosotros... pero ahora la situación no ha cambiado mucho”. (Sut, grupo 1)

La Diputació de Barcelona (1992: 110) recogía, entre otros, los siguientes comentarios de catalanes sobre africanos: “fan mala olor, és una qüestió racial” o “son vagos, no les gusta trabajar”. Al ser consultado sobre estas valoraciones en una de las entrevistas, Wama (grupo 2) manifestó:

“Los catalanes creen y dicen que los africanos somos gandules, que no nos gusta trabajar o que creamos trampas para no trabajar. Pero si tu ves, aquí en España, se hace eso mismo. La gente intenta buscarse bajas y ganar más dinero, no hay esa puntualidad en el trabajo que dicen”. (Wama)

Más allá de determinados clichés que puedan ir instalándose en el sentido común de los distintos actores, el campo de las percepciones sobre los autóctonos (su sociedad, sus valores, sus códigos, etc.) forman parte de la perspectiva “emic” de los sujetos, el punto de vista de los actores (de ser inmigrantes en la sociedad española).

Sobre todo en cuanto a valoraciones que refieren a los jóvenes autóctonos, existen aspectos contenidos en algunos testimonios provenientes de jóvenes migrantes senegaleses (grupo 2) que valdría la pena reproducir y comentar.

Un primer aspecto a nivel general que se puede considerar es el de los modelos, valores o referentes sociales de desarrollo e identificación, que algunos jóvenes migrantes senegaleses equipararon con una cierta falta de ambición, una relativa tendencia al conformismo de parte de los jóvenes autóctonos:

“Con todos los medios que tienen [o quizás por eso] para estudiar y las facilidades... les falta ambición”. (Teko)

“Los jóvenes de 20 o 18 años ya no saben nada. Sólo lo que saben ellos es: tengo mi coche, tengo mi casa, tengo mi novia... sólo tienen eso”. (Namse)

“En Senegal para un joven, salir de casa, comprarse un piso, no es una prioridad antes de casarse (además de que resulta materialmente imposible). Vives con tu familia hasta que tienes más dinero y la familia se amplía”. (Lafe)

Vale la mención de que, si bien no se está considerando para el caso una cultura española/catalana homogénea (ninguna lo es), sí se toma en cuenta un tipo “ideal” de personalidad propuesto/impuesto por la cultura dominante, surgido del proceso histórico sociopolítico mundial y particular del estado Español, que implica a su vez un modelo concreto de conducta a seguir entre la población, en este caso lo jóvenes. (Atxotegui, 2000: 93)

Esto es importante porque afecta el ámbito de las relaciones e interacciones entre jóvenes autóctonos entre sí, y entre ellos y los jóvenes migrantes, por ejemplo en el nivel de las relaciones de amistad, donde operan comportamientos, actitudes y conductas particulares. En el caso de los dos tipos de migrantes senegaleses clasificados, los lazos de solidaridad, reciprocidad y ayuda mutua, como valores elementales de su estilo de vida, están permanentemente presentes en sus relaciones, jugando un rol fundamental en la adaptación al nuevo contexto de la sociedad de destino:

“Cuando estaba trabajando en fábrica siempre hay problemas. Aquí hay gente que no te respeta. Tengo muy pocos amigos españoles, que quieran o puedan hacerte un favor, mis amigos realmente son de Senegal y otros países, como de Latinoamérica”. (Kai, grupo 1)

Mi opinión es que existe una situación plenamente perceptible acerca de cierto desconocimiento sobre los “otros” que genera temor en muchos autóctonos. Y se dice que la discriminación y el racismo son hijos del miedo y la ignorancia. El conocimiento del otro es indispensable para que haya respeto mutuo en una sociedad heterogénea, multicultural y que va camino al mestizaje, como esta y las demás de Europa. Aunque, en este caso, el respeto también está relacionado con elementos socioculturales significativos:

“En Senegal los jóvenes respetan mucho a los mayores. Aquí tú ves que los niños tampoco respetan a sus padres; y alguien que no respeta a sus padres no me puede respetar a mí, no va a respetar a nadie. Eso es lo que hay ahora y es de la educación de Europa. Es cosa de ignorancia, de mal educados. Cuando no tienes educación no puedes vivir en ningún sitio. Es muy importante la educación”. (Lake, grupo 2)

Lake se refiere a una educación no formal sino ancestral de su cultura de origen, como en toda sociedad gerontocrática que se recuesta sobre la sabiduría de sus ancianos. El respeto a los mayores no se enseña en una escuela, forma parte de su concepción del mundo: “Nuestros ancianos son nuestros monumentos. ¿Sabes?, respetar a un viejo es respetar la historia, es respetar la vida” (Mamma Cham, Wasulungkunda, Gambia, 1992, citado por Kaplan, 1998).

“Mi madre sabe mucho de plantas y de la naturaleza más que nadie. Los mayores, antiguamente, la gente de antes saben muchas cosas de esas, no como nosotros los más jóvenes que no sabemos mucho”. (Bebu, grupo 1)

En términos de educación formal, muchas veces sucede algo similar: “a nivel de estudios y conocimientos, de información, de cultura, bastantes españoles se quedan muy atrás”, opina Lafe (grupo 2). Atxotegui (2000: 95) corrobora esto al sostener que,

contrariamente a lo que en general se cree, muchos de los inmigrantes que provienen del tercer mundo poseen un alto nivel de estudios y estatus social (por aquello ya mencionado de que no suelen ser los más pobres en origen los que emigran). Lo que ocurre a veces es que, por ejemplo:

“Los modou-modou, saben muchas cosas por experiencia pero nunca las dicen ni hablan de más. Ellos piensan que es mejor hacer el tonto delante de un español, hacerlo sentir que es más fuerte, que controla algunas cosas, porque se siente superior, paternalista. Ellos lo hacen muy bien, sobre todo cuando venden su mercadería”. (Namse, grupo 2)

Para los *modou-modou* “modernos”, los *modou-modou* “tradicionales” suelen tener el rol de consejeros, orientadores, protectores de los recién llegados. Se los respeta por su trayectoria, su conocimiento, no por los bienes que puedan haber acumulado, los que ponen a disposición del colectivo en el caso de que sea necesario. Al respecto, es interesante ver como ciertos *modou-modou* tradicionales “(...) se pasan 15 o 20 años viviendo de la misma manera, sin llegar a realizarse ni disfrutar del dinero que han hecho”. (Mame, grupo 2). Algunos hasta sugieren a los más nuevos y jóvenes migrantes: *“no cometan el mismo error que nosotros. Y nos aconsejan, nos sugieren sobre cosas, aunque ellos sigan haciendo lo mismo”.* (Mame)

CAPITULO IV. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LOS MIGRANTES SENEGALES EN LA SOCIEDAD DE DESTINO: SU VINCULACION CON LA SALUD/ENFERMEDAD.

En el presente capítulo se analizarán las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes senegaleses, concibiéndolas como determinantes objetivos y subjetivos de su situación de salud/enfermedad en la sociedad de destino.

Desde una perspectiva global, esta relación se entiende en la medida en que la polaridad “salud-enfermedad” se desenvuelve dentro de la polaridad más amplia “vida-muerte” (Franco Agudelo, 1986). En el caso de esta investigación, los migrantes senegaleses traspasan la frontera de la polaridad “vida-muerte” y la de “salud-enfermedad” contenida en ella durante, al menos, tres momentos concretos: 1) en el contexto y las condiciones de vida de sus países de origen, y que los llevan a emigrar; 2) en el traumático proceso migratorio que vivencian muchos de ellos; y 3) en el contexto y las condiciones de vida en las que sobreviven en la sociedad de destino. En relación a éstas últimas, los tipos y las condiciones precarias de trabajo de los inmigrantes en el ámbito de la economía sumergida favorecen los accidentes de trabajo, enfermedades y muertes, como se analizará a continuación.

Asimismo, el conocimiento de los aspectos relacionados con el trayecto o itinerario migratorio y sus etapas es importante para analizar las cuestiones sanitarias: “Tengamos en cuenta, por ejemplo, que la población africana residente en la costa del Poniente almeriense (Roquetas de Mar), está compuesta por hombres wolof, jóvenes y solteros procedentes de Senegal. Muchos de ellos han llegado a España a través del desierto de Sahara y han

permanecido durante un tiempo “malviviendo” y a la espera de un visado que les permitiera la entrada a España, en algún lugar de la orilla mediterránea (Ceuta, Melilla o Tánger, tal vez en campos de refugiados o centros de internamiento); finalmente se han visto forzados a cruzar clandestinamente el estrecho de Gibraltar como muchos norteafricanos, en pateras. Las condiciones personales, laborales, económicas, de vivienda y sanitarias en las que han vivido durante su “limbo migratorio”, influyen de forma directa en el estado de salud en que estos migrantes llegan a destino”. (Kaplan, 1998: 92-93)

Por último, vale la pena detenerse en el planteamiento de Atxotegui (2000: 83-84-99), el cual sirve como perfecta introducción al desarrollo del problema que se aborda en este apartado:

“Como todo acontecimiento de la vida (*life event*), la migración es una situación de cambio que no sólo da lugar a ganancias y beneficios, sino que también comporta toda una serie de tensiones y pérdidas a las que se denomina *duelo* (...) Los riesgos para la salud o para la integridad física no tan sólo comportan enfermedades o lesiones, sino también la puesta en marcha de procesos de duelo por lo que se ha perdido (...) prácticamente todo lo que rodea a la persona que emigra cambia: desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus (...) Cuando la vivienda no dispone de las condiciones higiénicas adecuadas (o no hay siquiera vivienda), cuando se pasa frío, o cuando la alimentación es insuficiente o inadecuada, etc., todo ello puede dar lugar a enfermedades (...) A esto se ha de añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan muchos inmigrantes”.

1. España periferia de Europa. Condiciones generales del trabajo.

¿Es lo mismo ser trabajador inmigrante en España que en otros países de la UE? Y dentro de España, ¿son las mismas las condiciones en Barcelona que en Almería? En el ámbito del trabajo: ¿cómo incide lo planteado en la salud de los trabajadores inmigrantes?

Como primera cuestión cabe señalar que de entrada, por disposición legal, los extranjeros no tenemos un acceso directo al trabajo como los españoles, sino que necesitamos un permiso de trabajo otorgado por las autoridades. Por este motivo, es importante tener en cuenta que un alto porcentaje de inmigrantes trabaja sin ese permiso exigido, en “negro”, dentro del ámbito de la economía informal o sumergida, donde predominan la precariedad laboral y una explotación mayor por parte de los empleadores locales. Dichas condiciones de precariedad laboral juegan un papel destacado en las dificultades alrededor del proceso de integración de los inmigrantes en la sociedad española. Es decir que, el acceso de los inmigrantes al mercado de trabajo español no está determinado exclusivamente por factores económicos. A veces, las medidas burocrático-administrativas (como la nueva reforma laboral, las disposiciones de la Ley de Extranjería, los problemas para obtener un contrato de trabajo y su posterior renovación, etc.) son más limitantes que la propia calificación de los trabajadores

1. 1. Inmigración y economía sumergida.

En la UE habría alrededor de 20 millones de trabajadores extranjeros sin contrato, lo que equivale al 13% de la población económicamente activa y representa al 90% de los inmigrantes no regularizados (Eurostat, 2001); es decir, aquellas personas que realizan trabajos no declarados por los empleadores, en condiciones de explotación (en algunos

casos, casi de esclavitud), las mismas que no aceptan los trabajadores nativos de cada país. El fenómeno migratorio en los países del sur europeo está enmarcado en el contexto de un mercado de trabajo segmentado y una economía informal extensa, en cuyo ámbito se inserta la mayor parte de los inmigrantes que llegan al continente.

Al igual que en el resto de estos países, la demanda de trabajadores extranjeros en España comienza a concentrarse hacia puestos de trabajo bastante precarizados, sea porque se trata de sectores tradicionales que requieren de drásticas reducciones de costes para continuar funcionando, o debido a que son sectores productivos que requieren de una amplia demanda de mano de obra.

Solé et al. (1998: 343) señala que, a pesar de que los extranjeros ocupan los trabajos peor remunerados en la escala ocupacional, aún existen sectores productivos donde ambos grupos (extranjeros y autóctonos) compiten por un mismo trabajo, como es el caso de la construcción o agricultura, aunque cada vez en menor medida. Ello produce cierto “malestar” entre los trabajadores locales y puede conducir a una estigmatización de los migrantes, impidiendo su progreso económico en la sociedad de destino y permitiendo su permanente disponibilidad para las referidas ocupaciones. A su vez, la permanencia en esos trabajos refuerza una imagen que los asocia a ellos, de modo que pareciera que no sirven para desempeñar otras actividades, justificando y reforzando la discriminación étnica dentro del mercado laboral (Pumares 1998: 292).

La correlatividad entre economía sumergida e inmigración como elemento distintivo del actual mercado laboral español, ámbito dentro del cual se indagó en este estudio sobre los procesos de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona, ha sido abordada también en estudios elaborados por los dos sindicatos con más poder en España (UGT, 1993; Comisiones Obreras, 1993; 1998), en los que se estimaba en un 40%

los inmigrantes “extracomunitarios” trabajando en el sector sumergido de la economía. Por otro lado, Colectivo IOE (1992) cifraba en un 60% la cantidad de inmigrantes trabajando de manera “irregular” en España, en su mayoría también provenientes de países del Tercer Mundo.

Estos datos son coherentes con el peso que tiene la economía sumergida española: para finales del año 2000, la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea señaló que ésta representaba el 22% del Producto Interno Bruto (PIB) del país, situándose a la cabeza de Europa (cuya media oscila entre el 14 y el 20%) después de Grecia, con el 30%.

Como mencionaba en el capítulo anterior, en su mayoría los migrantes senegaleses entrevistados en Barcelona trabajan en el comercio de venta ambulante. En este sentido, es preciso mencionar la venta ambulante como una de las actividades -junto con la agricultura y la construcción- que más incorpora a los migrantes recién llegados a España dentro de la economía sumergida²³.

1. 2. Precariedad y siniestralidad laboral.

Entre todos los países integrantes de la UE, España es el que registra los índices de paro²⁴, siniestralidad laboral y temporalidad más elevados.

En cuanto al ámbito de la salud laboral, el de más relevancia en esta investigación, vale mencionar que, según Menéndez (1986), los accidentes laborales han constituido desde la

²³ Tomando como fuente al Ministerio del Interior español (2000), el 27% de los inmigrantes “sin papeles” en España se dedica a la venta ambulante y el comercio informal.

²⁴ En agosto de 2001 la Encuesta de Población Activa (EPA) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) español mostraba que la tasa de desempleo (paro) era del 13%, la más alta de la UE.

mecanización del trabajo en fábricas en adelante, los padecimientos que más directamente relacionan los trabajadores con los trabajos que realizan.

Al respecto, la *III Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo* (2000) arrojaba los siguientes datos: los trabajadores españoles, en su mayoría, se quejan de “monotonía y de los riesgos de accidente”, mientras uno de cada tres trabajadores (el 31,8%) sufre “estrés continuo” a causa de su trabajo. La percepción de los trabajadores tiene su correspondencia con la realidad: según la *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* (Fuente: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001), un 10% de los trabajadores afirmaron haber tenido algún accidente de trabajo en los dos últimos años. Por su parte, los datos sobre siniestralidad proporcionadas por el Eurostat (2001), muestran que 5 trabajadores sufren cada día accidentes laborales en España (en el mundo, se calcula que son 2000 cada 5 minutos) lo que ubicaba a España, seguido de Grecia y Portugal, como el país de la UE con mayor tasa de accidentes laborales. Para tener una idea del impacto del fenómeno sobre la salud-enfermedad de las personas que trabajan en España, tenemos que sólo en los últimos 5 años la siniestralidad aumentó un 52%.

En efecto, las estadísticas sobre muertes por accidentes de trabajo en territorio español son escalofrantes: en el transcurso del año 2000 murieron 700 trabajadores en sus puestos de trabajo. Al interior del Estado, Cataluña se ubicaba durante 2002 como la comunidad autónoma con más accidentes laborales mortales, fundamentalmente en el sector de la construcción: de enero a julio de ese año se produjeron 118 accidentes laborales mortales (688 en toda España), cifra que representó 42 muertos por cada 100.000 trabajadores ocupados. (Fuentes: INE, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya)

Tenemos entonces que, en términos generales, las condiciones crecientes de precarización laboral que impone la globalización neoliberal repercuten de forma negativa en la salud de los trabajadores de las distintas ramas productivas. Si a esto le agregamos la variable migratoria, no es difícil imaginar los riesgos y las consecuencias que tiene la situación descrita para la salud de los trabajadores migrantes, quienes en su mayoría trabajan en el ámbito de la economía “informal”, “sumergida” o “irregular” realizando las labores que los trabajadores autóctonos no desean realizar, justamente debido a las condiciones del trabajo y las características (los riesgos) del mismo.

Incluso para el caso de los inmigrantes que trabajan con un contrato, es decir, de manera “regular”, se da una diferenciación en cuanto a condiciones respecto a los trabajadores autóctonos en el campo de la salud laboral. El Colectivo Ioé-UGT (2001: 53) afirma que “los inmigrantes pierden menos jornadas de trabajo con derecho a retribución debido a la siniestralidad laboral y su repercusión en las bajas médicas”. Varios son los interrogantes que se desprenden del mencionado estudio: ¿Esta diferencia puede atribuirse a que los españoles sufren accidentes laborales con consecuencias más graves para su salud? ¿Los médicos están más dispuestos a concederles la baja a los trabajadores autóctonos, practicando una especie de discriminación? ¿Los inmigrantes, por temor a perder sus puestos de trabajo, en muchos casos se abstienen de acudir al médico para solicitar una baja con derecho a retribución? ¿Qué incidencia tienen, en el ámbito referido, las diferentes concepciones y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención que poseen los trabajadores inmigrantes de distintos países y los médicos españoles?

Por último, cabría preguntarse asimismo si el mercado de trabajo español está importando mano de obra inmigrante “disponible para el accidente”; o bien si la Ley de Extranjería vigente fue concebida, entre otras cosas, para que en el caso de que un trabajador inmigrante sin papeles enferme como consecuencia del trabajo que desempeña, el sistema sanitario español no corra con los gastos, evitando de esta forma hacerse cargo de la atención de su salud.

1. 3. Ilegalidad y explotación del trabajo inmigrante en la agricultura

En la agricultura, cada vez en mayor medida, el mercado de trabajo español incorpora mano de obra inmigrante: se calculan en aproximadamente 100.000 los trabajadores necesarios para cubrir la demanda agrícola en toda España (Blanco, 2000). Ante la ascendente negativa de los trabajadores españoles para realizar determinadas tareas agrícolas y la creciente preferencia de los agricultores autóctonos por la mano de obra inmigrante, aquí sí se tolera cierta irregularidad de inmigrantes. ¿Por qué? Porque resulta una manera de que haya siempre una bolsa de mano de obra barata dispuesta a trabajar sin exigir las mínimas condiciones de legalidad y seguridad laboral, más barata y vulnerable desde la perspectiva de los agricultores; en absolutas condiciones de marginación y exclusión social, desde la realidad de los inmigrantes. La situación descrita se da concretamente en una de las zonas productivas más importantes de España, la misma en la que en 1999 se desataron los ataques racistas-xenófobos contra inmigrantes en El Ejido, provincia de Almería.

2. “Almería ha fabricado muchos enfermos”: la salud laboral como relación social.

En el Poniente almeriense casi la totalidad de la población inmigrada extranjera trabaja como peón en los invernaderos de El Ejido, Roquetas de Mar, etc. A las elevadísimas temperaturas que se trabaja en los cultivos intensivos bajo los plásticos de los invernaderos, se le suma la falta de medidas de seguridad en los centros de trabajo y la casi nula formación de los trabajadores en cuestiones de salud laboral. Estas condiciones suponen serios riesgos para la salud de los trabajadores inmigrantes, favoreciendo el desarrollo de determinadas patologías (problemas dermatológicos, respiratorios, digestivos y neurológicos), fundamentalmente relacionadas con la utilización y la elevada exposición a sustancias tóxicas como plaguicidas, herbicidas y fungicidas. Para los fines de las investigaciones que incorporan el análisis alrededor de la salud y el trabajo, resulta fundamental dar cuenta de una serie de materiales, sustancias e instrumentos de trabajo presentes en el proceso productivo que generan condiciones potenciales de morbilidad.

A partir de la trayectoria migratoria de Notcher, un *fula* senegalés que actualmente reside en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona, lugar donde lo entrevisté en sesiones múltiples durante septiembre-noviembre de 2001, se abordarán una serie de aspectos relevantes en torno a dos ejes fundamentales de esta investigación: la relación entre las condiciones de vida y de trabajo y la situación de salud de los inmigrantes extranjeros en España; y las etapas de su itinerario migratorio como parte de la necesidad de movilidad de la fuerza de trabajo (de Almería a Lérida y de Lérida a Barcelona), concebidas como una importante dimensión a tener en cuenta entre los factores que han generado problemas de salud en algunos inmigrantes. En este sentido, sus relatos, sumados a una serie de estudios

realizados sobre esta problemática, posibilitan aproximarse a una indagación en torno al ámbito de la salud laboral de los inmigrantes extranjeros en España como relación social, de acuerdo a la variable de riesgo para la salud desde una perspectiva de totalidad aplicada a los siguientes indicadores generales: el escenario productivo agroindustrial del Poniente almeriense (condiciones de vida insalubres); los factores de riesgo laboral en los invernaderos (condiciones de trabajo); y las condiciones particulares de acceso de los trabajadores inmigrantes a la atención sanitaria. Desde un enfoque holístico-relacional, se analizará cómo, en el contexto histórico-social del que se trata, este conjunto de factores transforman la situación en un proceso destructivo/deteriorante de carácter permanente en la salud/enfermedad de las personas.

2. 1. “Con papeles abstenerse”. El Poniente almeriense: laboratorio español de explotación ilegal de trabajadores (inmigrantes)

Notcher llegó a Barajas en Septiembre de 1998 proveniente de Dakar, con la intención de llegar por tierra a Francia y de allí seguir hasta Alemania con destino final a Canadá. No tenía conocidos en España:

“Salí del aeropuerto sin saber que había salido del aeropuerto (risas). Pensaba que iba a encontrarme con policías pero no había ninguno. Vi a un africano y le pregunté en francés si era posible que me llevara, o sino que me indicara, donde estaba la estación internacional de autobús. Él me preguntó: -¿dónde quieres ir?-. Le expliqué y él me dijo que no iba a ser posible, que no cruzara Francia para llegar hasta Alemania, que no iba a llegar a Canadá. En Francia se coge a mucha gente para devolverlas a Africa y en aquel tiempo estaba difícil para los inmigrantes allí. -Vamos a mi casa y quédate allí a pasar la noche- me propuso. Fuimos a su casa y empezamos a hablar. Me preguntó de dónde venía, le conté y exclamó: -¡Pero si yo soy de allí!-. Él conocía a toda mi familia menos a mí porque es un amigo de mi hermano mayor que se fue a Estados Unidos. Y yo conozco a

todos sus hermanos menos a él porque se fue muy temprano de Senegal, lleva mucho tiempo en España, más de diez años. Este senegalés me dijo: -Mira, te voy a llevar a un lugar que es muy cerca. Te vas a trabajar ahí unos tres o cuatro meses y cuando todo se calme en Francia te llamo para que sigas-. Resulta que este lugar “muy cerca” era Almería. ¿Cómo puede decirme que Almería queda cerca de Madrid? (risas). A las 6 de la mañana ya estaba en el autobús camino de Almería”. (Notcher)

Cuando “Notcher” llegó a Almería no conocía a nadie. Preguntó qué tipo de trabajo se hacía por allí porque tampoco tenía idea. Era la primera vez que salía de Africa. Le sorprendió el hecho de que a todo aquel al que le preguntaba le respondiera con otra pregunta: -¿Eres nuevo? Aquí no hay nada, sólo campos-. Y como los campos están en Roquetas, trepó al bus.

Notcher trabajó durante dos años en los invernaderos de Roquetas de Mar (Almería). Este municipio, junto con El Ejido, Vicar, La Mojonera y Balanegra (Berja) conforman la zona denominada “Campo de Dalías”, cuya longitud aproximada es de 30 Km y de 13 Km de ancho. Respecto al clima, la zona posee los niveles de insolación más altos de la península ibérica, lo que sumado a la irregularidad de las lluvias vuelven el sitio extremadamente seco. (Capel, 1990; Ponce Molina, 1995)

“No sentía diferencias entre este lugar y Africa, para mí era como si estuviera dentro de Africa por el mismo clima. Lo que me resultó diferente fue lo que rodea la ciudad: ¡todo era de plástico!... todo, todo... adonde ibas era plástico”. (Notcher)

En efecto, la primacía de los plásticos no es otra cosa que lo que recubre al pequeño y productivo invernadero. En términos agropecuarios, se trata de un colector solar que supone un aumento de la temperatura del terreno invernado con respecto al exterior. Lo que se produce es un acortamiento del ciclo de la planta que favorece una mayor precocidad y producción. A su vez, se modifica la temperatura, la radiación solar y el contenido de CO₂

del aire (Martínez Veiga, 2001: 22), situación que junto a otros factores, como se verá en el capítulo siguiente, favorece la aparición de problemas de salud entre los trabajadores.

Según el *Anuario Social de España* (Fundacio “La Caixa”, 2000), sólo el 5,7% de los habitantes de El Ejido o Roquetas ha nacido allí. Esto indicaría que, de una manera u otra, el 95 % de la población de estos pueblos está constituida por migrantes internos o externos (Martínez Veiga, ob. cit.: 174).

A mediados de la década de 1980 los inmigrantes de origen marroquí se convirtieron prácticamente en la única mano de obra asalariada que trabajaba en la agricultura del Poniente almeriense, desplazando a la mano de obra familiar, jornalera y gitana de los invernaderos. Los migrantes internos españoles anteriores, provenientes de la provincia de Almería, Andalucía en general y otras regiones del Estado, se transformaron en propietarios de un terreno invernado con asalariados, elemento que para Marx (1978) distinguiría el paso de la pequeña producción familiar a la producción capitalista. Sobre esto, vale subrayar dos elementos importantes que se encuentran interrelacionados: por un lado, el carácter “sumergido” que, sobre todo desde 1984, viene adoptando la creación de nuevos invernaderos. Desde ese momento, prácticamente se ha duplicado la superficie de los invernaderos bajo la total tolerancia de las autoridades locales y regionales competentes (Martínez Veiga, ob. cit.: 28). Por otro lado, el hecho de que la explotación de mano de obra extranjera también se realiza a partir de ese mismo año y en adelante en condiciones “sumergidas”, de absoluta “ilegalidad”.

Para Martínez Veiga (Ibid: 30), esta integración económica a través de la propiedad de la tierra (en el caso sobre todo de El Ejido) ha otorgado a los agricultores locales una cohesión social que contrasta fuertemente con la segregación y exclusión de los inmigrantes extranjeros.

Las superexplotación de la fuerza de trabajo inmigrante en condiciones de ilegalidad, vigente hasta nuestros días, supone, entre otras cosas, que en el 90% de los casos no se cumpla el Convenio Provincial del Campo (30 euros el jornal: el más bajo de Almería que, a su vez, es el más bajo de España) porque no hay contratos ni papeles, sino que la contratación es en un 80% de carácter estrictamente verbal (Martínez Veiga, ob. cit.: 129). En función de lo anterior, entonces, llegado el caso, no se tomaría a trabajadores españoles en los invernaderos, ya que podrían exigir sus derechos (humanos y como trabajadores). Notcher corrobora lo anterior:

“Nunca he visto un español, que no sea el dueño del invernadero, trabajando. No digo que no existan, pero en dos años no he visto ninguno. Los españoles que trabajan ahí son los dueños y sus padres o hijos, pero ningún español va a pedir trabajo ahí porque no les conviene, ni a ellos ni a los jefes. Estamos aquí haciendo un trabajo que no quieren hacer los españoles...” (Notcher)

Aquí aparece claramente refutado uno de los principales argumentos contenidos en ciertos discursos pro-xenófobos sobre la competencia por los puestos de trabajo entre trabajadores nativos y extranjeros. En realidad, la competencia se da más que nada entre los mismos trabajadores inmigrantes, todos los cuales realizan los trabajos con más bajos salarios y peores condiciones como el de los invernaderos del Poniente almeriense.

Según Martínez Veiga (Ibid: 214), de esta manera, dentro de la estructura socioeconómica local se dan relaciones de subordinación (un “cierre social” en términos de Weber, 1970) de los propietarios sobre los inmigrantes.

2. 2. Inhabitabilidad y riesgos para la salud

En Roquetas, como en El Ejido, viven más inmigrantes que almerienses, pero a diferencia de este último municipio, donde la mayoría es de origen norteafricano, en

Roquetas existe una distribución más cosmopolita de la población inmigrante, sobresaliendo los hombres originarios del Africa subsahariana: Senegal, Gambia, Malí, Mauritania, Guinea Bissau, Guinea Conarky, Liberia, Sierra Leona y Ghana. De ahí que haya surgido en el pueblo la Coordinadora de Inmigrantes Subsaharianos de Roquetas de Mar.

Uno de los elementos importantes a remarcar en este apartado radica en la relación de hegemonía y subordinación que supone el hecho de que los dueños de los invernaderos son al mismo tiempo propietarios de las viviendas (los cortijos), en su mayoría cercanos a los campos donde se trabaja, que alquilan a los inmigrantes. Los dueños de los invernaderos alquilan a los trabajadores estas edificaciones precarias, además de, en muchos casos, utilizarlas también como depósitos de abonos, fertilizantes, pesticidas y otros instrumentos del trabajo agrícola, a pesar de que todas las recomendaciones de seguridad en la agricultura apuntan a que los pesticidas, plaguicidas y otros productos fitosanitarios deben almacenarse en recintos con buena ventilación, destinados exclusivamente a ese fin. La Asociación para la Prevención de Accidentes (1999: 29) remarca expresamente que en dichos recintos no deben almacenarse, bajo ningún concepto, ropas ni alimentos, tanto si son para el consumo humano como para el de animales... ¿cabe imaginar que sean personas las que comparten ese mismo recinto, en esas condiciones, con los mencionados productos? Podría decirse que el “patrón” guarda en los cortijos los medios de producción, incluida la fuerza de trabajo inmigrante.

Paralelamente, Martínez Veiga (Ibid: 151) señala que la carencia de facilidades para el baño (desde ya, no existe el agua caliente) representa un grave problema para estos trabajadores en tanto que los efectos nocivos de los insecticidas, pesticidas y herbicidas se producen por su absorción a través de la piel. Dichos efectos se reducen con el lavado y se

acentúan sin él. Por lo tanto, es fácil inferir los probables problemas de salud para los habitantes de los cortijos, derivados de la situación descrita:

“Puedes pasar cerca de una casa y piensas que es una casa abandonada o que son perros los que viven allí por lo sucias... pero está viviendo gente, la mayoría sin agua, sin luz, y pagando el alquiler al patrón cada fin de mes. A veces hay casas que no tienen ni ventanas ni nada por donde entre luz...” (Notcher)

La investigación de Martínez Veiga (Ibid: 152) coincide con la descripción de Notcher cuando comenta que la inmensa mayoría de los cortijos no tienen luz y una importante proporción de los mismos carece de agua. En el estudio de CITE (1992: 7), se evidenciaba que el 75% de estas viviendas carecían de agua corriente; el 70% de servicio higiénico; el 15% de gas; el 79% de electricidad; el 95% de calefacción y refrigeración. Seis años más tarde, en 1998, el “Informe sobre la situación de los/las inmigrantes en Almería” elaborado por la ONG Almería Acoge y los sindicatos CCOO y UGT, ubicaba en un 55% las viviendas sin agua corriente; el 57% sin baño y el 31% sin electricidad. Por su parte, el Defensor del Pueblo Andaluz sostuvo en su informe 2000 que entre el 60 y el 80% de estos alojamientos son “infraviviendas”.

La casa en la que vivió Notcher durante dos años tenía 3 habitaciones. En ella vivían 5 senegaleses, todos trabajadores en los invernaderos. Él compartía una habitación con otro y, según su propio punto de vista, se trataba de *“la mejor casa que había por la zona. En las otras casas podías tener 15 personas en 3 habitaciones”*. Un “lujo”, si se compara con el “Cortijo del Cruce del Solanillo”, el más conocido de los cortijos de Roquetas de Mar, donde vivían 42 personas en no más de 5 habitaciones. (Martínez Veiga, ob. cit.: 148)

2. 3. Fuerza de trabajo, trabajo de fuerza

El análisis del proceso de trabajo supone la consideración de los diversos factores que, desde un enfoque socioepidemiológico, impactan en la salud/enfermedad del trabajador. Aparte de los tratados más arriba, el hecho de que el trabajo esté mal remunerado, supeditado a ritmos productivos intensos, bajo condiciones estresantes, de sobrecarga física y de deshidratación constante, con el agregado de la exposición crónica a sustancias tóxicas, constituyen facetas destructivas/deteriorantes de la salud.

En la plaza de Roquetas de Mar, cada mañana, los inmigrantes se reúnen con la esperanza de ofrecer su fuerza de trabajo a los patrones de los invernaderos. La escena recuerda un tanto a los esclavos que serán escogidos por sus futuros “amos”:

“Estás ahí en la plaza y te quedas como así, esperando a que vengan los jefes, los dueños con sus coches, con sus camiones, a buscar trabajadores para sus invernaderos. Ellos siempre cogen a los que parecen muy fuertes porque saben que se trata de un trabajo de fuerza. O cogen a alguien que es muy alto porque necesitan gente que lleguen a los alambres que están arriba, en los techos de plástico. El primer día que fui a esta plaza llegué a las seis de la mañana y me puse a ver a la gente. Cuando apareció un camión todos corrieron atropellándose, algunos subían, otros entraban por las ventanillas, desesperados por trabajar y había mucha gente. Yo me quedé hasta las nueve, tres horas, y todo el mundo empezó a irse a su casa porque ese día no hubo nada. Tienes que volver al otro día temprano para la misma cosa, y así todos los días hasta que te cojan. El dueño del invernadero dice: -Yo quiero cuatro o yo quiero uno-. Y ya está. No hay contrato, no hay nada. Así se hace hasta ahora. No hay ninguna agencia de trabajo. Tú vas ahí a luchar para que te cojan y para no perder un día. Y hay que adaptarse. Todos los que estábamos allí lo sabíamos. Porque sólo hay plástico allí, sólo hay ese trabajo, no hay otra cosa. Te guste o no tienes que ir a trabajar en los campos. Te guste o no, la gente va a trabajar al tomate como locos...” (Notcher) (el destacado es mío)

El tomate es la hortaliza dominante en los invernaderos del Poniente almeriense, aunque -como apunta Martínez Veiga (Ibid: 191)- desde el año 2000 se ha venido operando

un proceso de reducción de su producción, debido principalmente a la necesidad de los agricultores locales de disminuir los gastos de trabajo, para lo cual, entre otras medidas, han aumentado el uso masivo de herbicidas y otros productos fitosanitarios. Respecto a lo anterior, es interesante apuntar que los fertilizantes, insecticidas y herbicidas comienzan a ser los *inputs* fundamentales en la producción agrícola post-Segunda Guerra Mundial. Los fertilizantes e insecticidas aumentan la seguridad (del producto) en la producción, mientras que los herbicidas sirven para disminuir la cantidad de trabajo y la necesidad de maquinaria (Martínez Veiga, ob. cit.: 45). Esto se hará en detrimento de la seguridad y la prevención de problemas de salud entre los trabajadores que los manipulan, como se verá más adelante.

Notcher realizó su primer trabajo durante dos días, que consistía en levantar piedras pesadas y cargarlas en un camión durante cinco horas seguidas, tras lo cual descansaba y luego retomaba tres horas más para completar las ocho horas de la jornada:

“Era un trabajo duro, las piedras no eran pequeñas, eran pesadas... Al segundo día, cuando me pagaron las 7.000 pesetas [42 euros] por los dos días de trabajo, hice el cálculo del dinero en “seifas” [la moneda senegalesa] y me di cuenta que no era mucho cuando fui a llamar por teléfono a Senegal y dejé todo mi dinero en la llamada. Ahí empecé a pensar que ese no era un trabajo bien pagado. Los chicos senegaleses con quien estaba viviendo me decían: -Todavía te falta mucho para ver. Espera algunos días más...- Siempre me decían: -¿Tu querías salir de Senegal? Pues has salido. Bienvenido, estamos en Europa-. Era una broma que dolía por su verdad”. (Notcher)

El segundo trabajo de Notcher fue durante 15 días en un invernadero de berenjenas. Fue la primera vez que trabajó en un invernadero y con berenjenas:

“Las berenjenas sueltan como un polvo que te hace lagrimar siempre los ojos, tienes todo el tiempo mocos, como resfrío, parecido como con la cebolla. Trabajar con berenjenas es muy duro porque esta especie de polvo que sale del árbol te pica los ojos y molesta mucho. Yo las recogía y las acomodaba en fila en un pasillo. Luego, las ponía en cajas y con un carro las transportaba fuera del invernadero para después cargar las cajas

en un camión. Me pagaban al día, la jornada de 8 horas, 4.000 pesetas [24 euros]. Me despertaba a las cinco cada mañana, hacía mi desayuno que era un café con leche y un pan con mantequilla y me marchaba al trabajo que estaba lejos de la casa. Empezaba a las 8 y hasta la 1 de la tarde, pero me quedaba todo el día. Los dos primeros días no comprendí cómo era, nadie me explicó nada. Cuando se hacía la 1 me quedaba ahí, sin comer, hasta las tres de la tarde que volvían los jefes y empezaba otra vez el trabajo hasta las 6 de la tarde, para completar las 8 horas. Después, el jefe me llevaba a mi casa. Al tercer día comencé a llevarme un bocadillo para comer allí, y así los 15 días que duró el trabajo. En total trabajábamos cuatro personas: el jefe, su hermano menor, su madre y yo. Sus trabajadores estaban en Lérida y todavía no habían regresado, por eso trabajé yo 15 días hasta que él me avisó que sus trabajadores iban a volver y entonces yo tenía que parar, que por el momento no había trabajo para mí. Y estuve parado, sin trabajo, una semana... hasta que un sábado que fui a buscar trabajo a la plaza, me cogió un tío con el que me he quedado todo el resto del tiempo que estuve yo en Almería”. (Notcher)

El nuevo y definitivo patrón de Notcher poseía seis invernaderos de distintos cultivos de hortalizas²⁵, permanentes (tomate) y de temporada (pepinos, melones y sandías). Vale señalar que en el cultivo intensivo de los invernaderos del Poniente almeriense la temporada se divide en dos partes: la primera parte va de septiembre a enero, siendo en octubre cuando se necesita aproximadamente el 90% de la mano de obra disponible; la segunda parte va de enero a junio, decreciendo sólo en marzo y aumentando la tasa de actividad hasta el 100% al llegar a junio. De julio a principios de septiembre la actividad desciende. Por lo tanto, el trabajo no es siempre el mismo, depende de la temporada y las fases del cultivo. Pero al menos durante 9 meses el empleo es prácticamente continuo. Para realizar este trabajo de temporada legalmente, los inmigrantes deberían obtener el Permiso

²⁵ Las hortalizas más cultivadas en los invernaderos del Poniente almeriense son, por orden de mayor a menor, en superficie: pimiento, sandía, habichuela verde, melón, tomate, calabacín, pepino, berenjena, col china y flores; además de las asociaciones de frutos que permiten maximizar el territorio cultivable, como las de pimientos y sandías (Martínez Veiga, ob. cit.: 61)

Tipo T, cuya duración es la del contrato de trabajo con el límite máximo de 9 meses (Observatori DESC, 2003: 14). Sin embargo, la realidad es muy distinta:

*“La primera etapa es la de la siembra, lo más malo del trabajo, sembrar plantas pequeñas y semillas. Echar la arena es durísimo para la espalda. En los campos de los invernaderos hay mucha arena y piedras pequeñas, y hay que limpiar y tirar un poco de arena para plantar la semilla, siempre bajo el techo de plástico. La siembra es estar haciendo ese trabajo duro 8 horas al día. Después, cuando la planta crece, el trabajo es amarrarla, cuidarla, quitar los tallos, quitar hojas de abajo, hasta cosechar. Desde que se siembra hasta que se recoge, por ejemplo, el tomate, puede tardar tres meses. Y si no eres un trabajador fijo, después de sembrar te pagan y te dicen que ya no hay más trabajo, porque no hay mucho que hacer. Yo ahí estaba fijo. La cantidad de trabajadores depende de la extensión del invernadero. En el que yo estaba, por ejemplo para sembrar, éramos 10 trabajadores. Después, el tío echa a 4 o 5 y el resto nos quedamos cuidando y trabajando en lo que te decía. Pero cuando la planta crece empiezan a necesitar de nuevo más gente. **Siempre necesitan gente. Siempre tienen gente a disposición. Y para recoger la fruta, necesitan mucha más gente, sino se les echaría a perder parte de la fruta y pierden dinero. Por eso los que no tienen papeles van a trabajar allí. Tenía compañeros de trabajo todos extranjeros, la mayor parte sin papeles. Al principio yo sólo veía africanos: norteafricanos y negroafricanos. Pero después empecé a ver también gente de Europa del Este, muchos de ellos²⁶. Eran los peores porque, por ejemplo, si se pagaban 4.000 pesetas [24 euros] ellos pedían 3.000 [18 euros], y claro, el jefe se ponía contento por eso porque le permitía ahorrar dinero. Pero resulta que ellos no trabajaban nada, como los árabes. Los árabes que están por allí son muy listos, no aceptan trabajar. Saben que el trabajo es muy malo y además está mal pagado. Mejor, porque es un trabajo que te usa [queriendo decir que te exprime] y a lo largo de los años ya no vas a servir para nada. Gastas ahí toda la energía que tienes... toda. Todo lo que tú haces en el invernadero es muy duro”.** (Notcher) (el destacado es mío)*

²⁶ SOS Racismo (2001) corrobora las afirmaciones de Notcher acerca de la creciente incorporación de trabajadores del este de Europa (rumanos, rusos, ucranianos y lituanos) en los invernaderos del Poniente almeriense, sobre todo con posterioridad a la huelga y persecución de trabajadores marroquíes en El Ejido

2. 4. Factores de riesgo en el trabajo y su repercusión en la salud/enfermedad de las personas

El problema de salud más frecuente que sufren las personas que han trabajado en los invernaderos es la hernia discal. Esta no constituye una enfermedad en sí misma, sino que se trata de una dolencia que se va produciendo en un proceso, pudiendo dar o no dar síntomas. Por este motivo puede permanecer “latente” en el tiempo y se detecta una vez que da los síntomas, los cuales en general aparecen abruptamente luego de un esfuerzo físico importante.

En relación al caso tratado, a las condiciones de esfuerzo físico en las que se realiza el trabajo y a las altas temperaturas que se intensifican bajo el plástico que recubre los invernaderos, hay que agregarle un factor que según distintos estudios (Servicio Andaluz de Salud, 1992; CITE, 1992; Parrón et. al., 1992; Asociación para la Prevención de Accidentes, 1999) produce daños, en muchos casos irreparables, en la salud de los trabajadores: el uso de plaguicidas, pesticidas, fertilizantes y otros productos fitosanitarios, sin las medidas adecuadas exigidas por las normas de seguridad. Según las recomendaciones sobre la aplicación de pesticidas, venenos químicos que se utilizan para matar plantas (herbicidas), hongos (funguicidas) e insectos (insecticidas), deben utilizarse los siguientes medios de protección personal: guantes de goma, botas de goma, gorra, gafas de protección, ropa que no deje al descubierto partes del cuerpo y mascarilla respiratoria con filtro químico. (Asociación para la Prevención de Accidentes, ob. cit.: 31)

(febrero de 2000). La mayoría de ellos llega con un visado cerrado y en carácter de temporeros, con lo cual, una vez terminada la tarea, deben regresar a sus respectivos países de origen.

Además del intervalo de reentrada, es decir, el tiempo que debe mediar entre la aplicación del plaguicida al cultivo y el momento en que los trabajadores pueden ingresar al espacio cerrado del invernadero sin que los residuos que quedan en el ambiente les provoquen una intoxicación, se recomiendan distintas medidas tendientes a reducir ese riesgo (Dierksmeier, 2001: 380):

a) Usar ropas protectoras especiales; b) aplicar cremas protectoras sobre la piel expuesta, que reduce la absorción dérmica de plaguicidas; c) aseo personal inmediato después de concluido el trabajo; d) mantener una supervisión médica periódica de todos los trabajadores expuestos a estos productos; e) trabajar en un espacio cerrado de alto riesgo con buena ventilación y preferentemente de noche o al amanecer, pues a estas horas el aire es más fresco y se reduce la potencialidad de la intoxicación al estar cerrados los poros del cuerpo.

Sin embargo, de acuerdo al testimonio de Notcher, la situación en la que se realizaba el trabajo en el invernadero era otra, al igual que las condiciones de habitabilidad, tal como se expuso más arriba, en el punto 2. 2.:

“Tiras fertilizantes y fumigas con insecticidas. Cuando estaba recién sembrada la planta usaba el insecticida cada día, rociando con una pistola, sin guantes. Al principio no usaba ninguna protección. Luego, cuando me quejé, el jefe me dio una mascarilla antipolvo, pero eso no sirve, es de papel... y así todo el año, cada día. Cuando empieza la cosecha, lo haces cada dos días... Casi todos los que lo hacían sabían que hacía mal, algunos no lo sabían, pero tú no puedes hacer nada. Yo lo sabía... pero tenía que hacerlo porque estoy trabajando y es mi trabajo. La solución era no trabajar en Almería, pero... si no trabajaba en Almería, ¿dónde iba a trabajar?”. (Notcher)

Vale subrayar que la exposición a sustancias tóxicas por parte de los trabajadores en los invernaderos, lejos de constituir una relación de externalidad eventual, constituye un elemento inherente a los patrones de exposición permanentes al modo de vida y de trabajo

descritos. Por lo tanto, más que de “exposición” podría hablarse de “imposición”. Lo mismo sucede respecto a la intoxicación: el objeto de estudio “proceso de intoxicación por sustancias tóxicas en los invernaderos del Poniente almeriense”, requiere -como se ha tratado más arriba- de una comprensión integral del conjunto de factores interactuantes en un contexto sociopolítico particular, todo lo cual determina el proceso analizado.

Se destacan las sustancias que constituyen factores de riesgo ligados al proceso de intoxicación en los invernaderos, no porque sean los únicos determinantes de problemas en la salud de los trabajadores, sino porque la explotación agroindustrial intensiva en los invernaderos supone el uso de plaguicidas y la elevada exposición a sustancias altamente tóxicas para un organismo sin protección. Según CITE (1992), esto ha provocado distintos tipos de patologías y un conjunto de padecimientos inespecíficos, muchos de difícil filiación, entre los trabajadores -casi en su totalidad- inmigrantes.

Aquí es preciso tener en cuenta que las rutas de absorción de sustancias potencialmente tóxicas son tres: inhalación, ingestión y penetración dérmica. Al parecer, esta última constituye la vía más frecuente de intoxicación por el uso intensivo de pesticidas, además de provocar un vasto conjunto de dermatosis (Breilh, 2003: 252-257). De cualquier modo, en la práctica hay casos en los cuales la intoxicación por un plaguicida, por ejemplo, se efectúa por dos o más vías simultáneamente, que en general son la dérmica e inhalatoria (Dierksmeier, ob. cit.: 332). En los casos de fumigación de plaguicidas en ambientes cerrados como el de los invernaderos del Poniente almeriense, la exposición inhalatoria puede llegar a ser hasta 65 veces superior a la de campo abierto. Lo mismo sucede con la exposición dérmica. (Ibid: 374)

Al respecto, Martínez Veiga (ob. cit.: 151) cita las declaraciones efectuadas en septiembre de 1999 por el Delegado de Salud en la provincia de Almería sobre el aumento

del número de intoxicados por pesticidas, en su mayoría no por ingestión sino por el contacto directo con la piel de las personas. Adicionalmente, las altas temperaturas dentro de los invernaderos de plástico conllevan a una apertura mayor de los poros de la piel de los trabajadores, por lo que la penetración del producto por vía cutánea se vuelve más fácil y rápida. Vale señalar que entre 1999 y 2001 en el Hospital del Poniente de El Ejido se atendieron más de 250 casos de intoxicación con estos productos, la mayor parte por contacto con la piel.

Por su parte, Parrón et. al. (1992) efectuaron un estudio basado en un seguimiento con encuestas epidemiológicas de series de corta duración, reconocimiento médico y análisis de sangre y orina a 110 fumigadores expuestos sobre todo a plaguicidas, herbicidas y fungicidas en la zona del Poniente almeriense. En él se muestran los riesgos de intoxicación, así como la aparición de síntomas y enfermedades, que pueden producirse con el empleo de productos químicos. Respecto de los primeros, si bien la intoxicación por organofosforados muchas veces no genera síntomas, sí se manifiesta en los dosajes en sangre y orina cuando éstos son muy elevados. Incluso puede haber casos en los que se interna a los pacientes en terapia intensiva con signos no específicos pero graves.

La exposición a dosis bajas de intoxicación por estas sustancias, prolongada en el tiempo, puede no llegar a provocar efectos ostensibles inmediatos en la persona, pero en cambio genera un proceso fisiopatológico que puede ir destruyendo algunos órganos vitales (hígado, riñones, médula ósea, glándulas endocrinas y gonadas, etc.), así como producir una fuerte **neurotoxicidad** que deteriore el sistema nervioso a largo plazo o actuar como promotores o detonantes de Cáncer. (Breilh, ob. cit.: 255) (el destacado es mio)

Por neurotoxicidad se entiende “el efecto tóxico de un plaguicida que aparece retardadamente (varios días después de la aplicación) y se manifiesta, fundamentalmente,

por una parálisis, casi siempre irreversible”. (Dierksmeier, ob. cit.: 351). Entre los plaguicidas, vale destacar la neurotoxicidad del DDT, cuya acción va dirigida directamente al sistema nervioso central causando una subida en el nivel de acetilcolina, como lo demuestran los síntomas de envenenamiento por este producto: temor, hiperexcitabilidad, ataxia (pérdida de movimiento) y parálisis. (Ibid: 330)

En cuanto a los insecticidas organofosforados, considerados también agentes neurotóxicos, actúan en el organismo modificando el nivel de la enzima colinesterasa, lo que provoca una distorsión de la función normal de transmisión del impulso nervioso, trayendo como consecuencia daños en las funciones regidas por éste que pueden provocar la muerte²⁷. Otros factores que influyen en el nivel de la colinesterasa, relevantes para el caso que se trata, son el estado nutricional y la actividad física de una persona. (Ibid: 320-322)

El cuadro que se presenta a continuación, muestra, en base al estudio citado, que la manifestación de síntomas entre los trabajadores con una exposición alta y media a los productos generan distintos tipos de alteraciones, destacándose las del sistema nervioso.

²⁷ El bloqueo enzimático por una gran disminución de la colinesterasa provoca en un individuo los síntomas característicos de intoxicación por compuestos organofosforados. La recuperación de los niveles normales de esta enzima se efectúa con tratamientos a base de oximas y atropina. (Dierksmeier, ob. cit.: 330)

Poniente almeriense: tipo de alteraciones y síntomas observados en trabajadores con grado alto y medio de exposición a productos fitosanitarios en invernaderos.	
Tipos de alteración	Manifestación de síntomas
De tipo psicológico	7,9
depresión	7,9
Del sistema nervioso	63,1
cefaleas	44,7
temblores	10,5
parestesias	7,9
Otras	28,9
mareos	10,5
dolor	7,9
reacciones alérgicas	10,5
Total	100,0

Fuente: Parrón et al. (1992)

Los riesgos de sufrir dichos padecimientos por intoxicación, a través de la vía de la inhalación, la de ingestión o la del contacto dérmico aumentan en el mes de septiembre, momento en el cual los trabajadores preparan las semillas, desinfectan los suelos y realizan los trasplantes, manipulando cada día distintos tipos de productos químicos: en el caso de los fertilizantes, los abonos nitrogenados (amoníaco anhidro, nitrato amónico, cianamida cálcica y sulfato amónico) pueden producir problemas respiratorios si se inhalan, al igual que en la piel si se manipulan sin protección. Lo mismo ocurre con los abonos fosforados (superfosfato, fosfato precipitado bicálcico) y con los potásicos (cloruro y sulfato). Por el lado de los abonos naturales como el estiércol, por ejemplo, durante su utilización se corre el riesgo de contraer enfermedades producidas por agentes parasitarios presentes en él. (Asociación para la Prevención de Accidentes, ob. cit.: 41)

Asimismo, vale destacar la presencia de un malestar denominado “estrés térmico”, provocado por el calor dentro del invernadero, y que puede suponer en algunos casos deshidrataciones y trastornos cardíacos y circulatorios entre los trabajadores. De acuerdo a

distintos estudios, el riesgo para la salud de los trabajadores de deshidratación por el calor puede ser tan elevado como el ocasionado por los plaguicidas; incluso mayor (Dierksmeier, ob. cit.: 374). Estudios efectuados por el Gabinete de Seguridad e Higiene del Sindicato de Trabajadores del Campo de Almería (CCOO) sostienen que resulta prácticamente imposible trabajar en un invernadero a partir de los 26 grados centígrados, debido a que el riesgo de deshidratación es muy alto. Por este motivo se recomienda beber con frecuencia agua u otro líquido no alcohólico, a la vez que ponerle bastante sal a las comidas. Al mismo tiempo, se debe mantener la piel siempre limpia para facilitar la transpiración (Asociación para la Prevención de Accidentes, ob. cit.: 59). Contrariamente a todas las recomendaciones, la temperatura en la que se trabaja en los invernaderos puede alcanzar tranquilamente, sobre todo durante los meses de mayor actividad (mayo, junio y julio), los 50 grados centígrados. A eso hay que añadirle la deficiente alimentación e ingestión de líquidos por parte de los trabajadores y la carencia de agua en muchos cortijos que impide un cotidiano y completo aseo corporal.

Por último, además de los padecimientos descritos que posibilitan establecer una estimación de la prevalencia de intoxicación por plaguicidas y otras sustancias en los trabajadores, existe también una elevada tasa de riesgos de accidentes de trabajo en el montaje y mantenimiento de las estructuras de los invernaderos, como las caídas de escaleras a una altura considerable, el electrocutamiento y las profundas heridas en manos, cara y ojos producto de la manipulación de alambres de púa.

Tras haber trabajado y vivido durante dos años en el Poniente almeriense, en términos generales, Notcher considera que él ha tenido suerte, sobre todo si se compara a sí mismo con otros de sus compañeros:

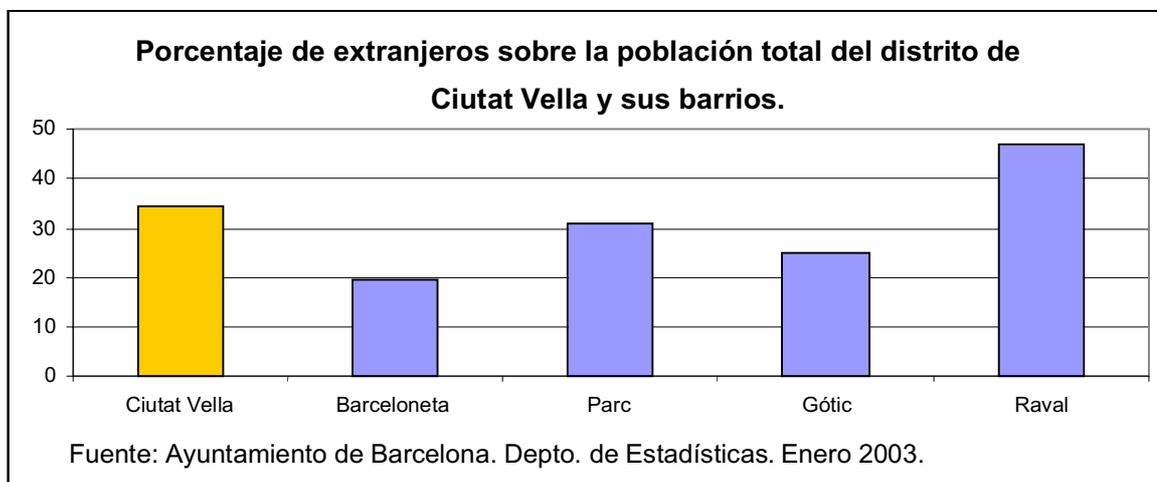
*“Nunca tuve enfermedades o cosas más serias durante esos dos años en Almería pero los otros senegaleses con los que yo vivía siempre, cada día, tenían un mal. Yo conocí mucha gente ahí en Almería que se tuvo que operar de hernia discal. Mucha gente. Y ninguno puede trabajar más. Uno está aquí viviendo conmigo en Barcelona, otro está en Soria, otro en Almería pero no trabaja, vende en la calle. Uno tuvo cáncer de garganta y no fumaba. Al principio él pensaba que era un mal, un dolor que se le pasaría. Fue muchas veces al hospital más grande de Almería para que lo vieran pero nadie nunca lo atendió porque no tenía papeles. Un día, desesperado, pudo hablar con un médico y le explicó sinceramente todo lo que le pasaba y lo que necesitaba. El médico lo revisó y le dijo: -Tú seguro que estás muy enfermo. Voy a mandarte a Almería-. En Almería le dijeron que tenía un cáncer, un cáncer de garganta. Cuando regresó a su casa de vuelta todavía no sabía bien lo que era un cáncer. Fue preguntando poco a poco y le fueron explicando. Y le agarró el pánico. Quería volver a Senegal para morir allí. Los médicos le aconsejaron que se quedara aquí porque se cura mejor que allí. El se fue a Senegal por dos meses y regresó. Un día, mi amigo me explicó lo que hacía en el invernadero. Eran muchos polvos insecticidas que se mezclaban para ponerlos sobre las plantas con las manos, sin guantes ni protección en la boca. Esto es lo peor que había en Almería. Yo lo he hecho sólo dos veces con mi jefe y luego le dije que esto ya no lo tocaba más. Cada vez que lo hice me puse mal de la garganta por lo menos una semana. Estos polvos insecticidas le han hecho el cáncer a este amigo, porque él era el único que lo hacía en el invernadero donde estaba trabajando, y porque se lo dijeron los médicos. Lo que uno pasa ahí, realmente, no es fácil de contar y de que lo entiendas si no lo vives, si no lo sientes. **Almería te deja su firma, una marca para toda la vida**”.* (Notcher) (el destacado es mío)

El proceso de trabajo en el Poniente almeriense, como eje fundamental del modo de vida de los trabajadores inmigrantes en un escenario particular, constituye un proceso destructivo/deteriorante que determina sus procesos de salud/enfermedad/atención en la sociedad de destino. En este sentido, se ha enfatizado en la necesidad de un abordaje integrador, desde una perspectiva holístico-relacional, que tenga en cuenta el análisis de la salud laboral como relación social, y en el que se incluyen también factores históricos,

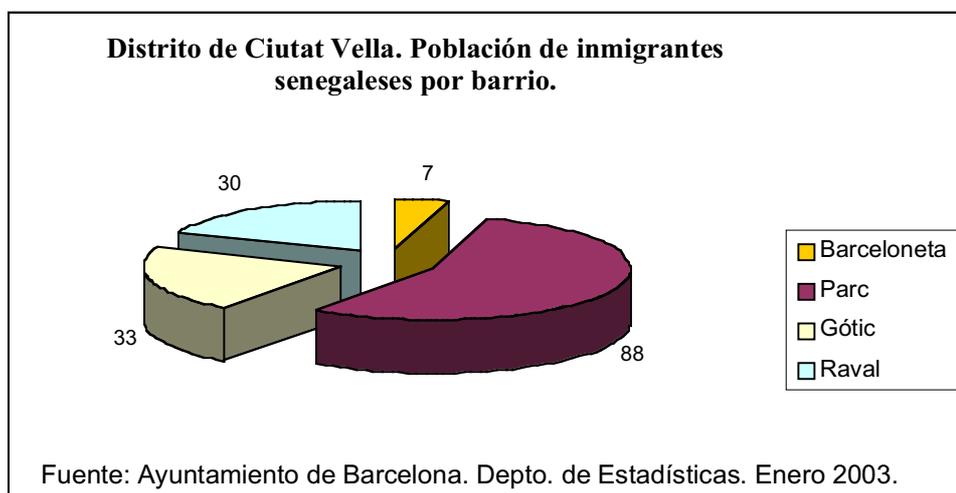
geográficos, ecológicos y culturales como parte del estudio del proceso de salud/enfermedad/atención de los trabajadores.

3. Vivienda y trabajo precarios: la adaptación al contexto de los *modou-modou* en Barcelona

En el capítulo I señalaba que, desde el punto de vista metodológico, se tomaba a Barcelona como unidad de observación amplia y al distrito de Ciutat Vella como unidad de observación específica ¿Esto por qué? En primer término, y tal como permite ver el gráfico detallado a continuación, hasta enero de 2003 la población extranjera contabilizada en Barcelona (163.046 personas)²⁸ representaba el 10, 7% del total de la ciudad, mientras que en el distrito de Ciutat Vella el 34, 7% de la población estaba compuesta por residentes extranjeros.



En segundo lugar, por el hecho de que la mayor parte de los migrantes senegaleses entrevistados viven y trabajan en la venta ambulante en ese distrito, concentrándose principalmente en el barrio del Parc de la Ciutadella (La Ribera), como puede verse en el siguiente gráfico.



Es decir que, en términos de sus espacios de interacción, entre ellos y respecto a personas pertenecientes a otros colectivos de inmigrantes y a los autóctonos, se trata de uno de los principales contextos donde se producen las complejas relaciones interculturales de la ciudad.

En este sentido, quisiera apuntar que considero a Barcelona como una ciudad cosmopolita, sobre todo por la grata -y porqué no esperanzadora- sensación de que la habitan cada vez más gentes de distintas partes del planeta. “Todas las culturas para todos”: he aquí su desafío de futuro, porque soy un convencido de que la riqueza humana está en la variedad, lo cual incluye sobre todo el mestizaje en sus múltiples niveles. Y aunque la influencia de las diferentes culturas, concepciones y formas de ver el mundo se va

²⁸ De ese total de extranjeros contabilizados por la administración, 26.891 eran ecuatorianos; 12.429

impregnando lentamente en algunos sectores de esta sociedad, hay algunos interesantes espacios de fuerte comunión entre todas ellas. Un ritual al que me refiero es el de los domingos en el Parc de la Ciutadella, donde el Caribe, el Río de la Plata, las costas del Pacífico, México y Centroamérica se mezclan con lo norteafricano, lo negroafricano, lo asiático, lo oriental, lo catalán y lo hispano. Músicas, bailes, palabras, movimientos, figuras, sonidos, comidas, gentes, colores, aromas variados, todos medios de entendimiento humano que le dan al sitio un encanto particular, difícil incluso de rastrear de igual manera en algún otro rincón de la geografía europea, salvo quizás en Amsterdam.

3.1. El problema de la vivienda

En primer término, hay que decir que los elementos que caracterizan las condiciones de acceso a la vivienda del colectivo estudiado, se enmarcan dentro del contexto de la problemática general de la vivienda en España, agravado por algunas de las dimensiones tratadas alrededor del fenómeno de la inmigración como “problema” (capítulo II).

La posibilidad de acceder a una vivienda digna a un precio accesible por parte de los grupos no privilegiados de la población en una ciudad como Barcelona, al igual que en Madrid, se vuelve cada vez más difícil. Entre los factores que determinan esta situación se encuentran el fuerte aumento de la demanda y la escasez de la oferta, los altos precios del mercado inmobiliario y la enorme especulación de los propietarios. Como lo demuestra el siguiente cuadro, a partir de 2000 y en adelante los precios de los alquileres comenzaron a aumentar en mayor proporción que en años anteriores. Si a ello se le suma el hecho de que los inmigrantes constituyen el sector subalterno con menor poder adquisitivo, más excluido

colombianos; 11.985 marroquíes; 10.964 peruanos; 9.944 paquistaníes; y 9.516 argentinos. (Fuente:

y marginado socialmente y con una condición laboral y jurídica particular, la situación para ellos empeora.

Estimación de los precios del mercado inmobiliario					
Precios medios de alquiler de las viviendas. 1997-2001					
Distrito	1997	1998	1999	2000	2001
BARCELONA	5.82	5.74	6.41	7.21	8.38
1. Ciutat Vella	5.37	5.63	6.33	6.73	7.99
2. Eixample	5.63	5.58	5.96	6.63	8.21
3. Sants-Montjuic	5.49	5.32	5.54	6.22	7.67
4. Les Corts	6.94	6.60	8.16	9.01	9.27
5. Sarriá -Sant Gervasi	6.65	6.69	7.68	8.52	9.41
6. Gràcia	5.87	5.72	6.06	6.34	7.93
7. Horta-Guinardó	5.36	5.27	5.20	5.83	7.25
8. Nou Barris	5.01	5.00	5.14	5.62	6.32
9. Sant Andreu	4.89	4.84	5.16	5.57	6.57
10. Sant Martí	5.37	5.11	5.11	6.44	8,45

Nota: Datos expresados en €/m².
Fuente: Departament d'Estudis Fiscals. Institut Municipal de Recaptació de Barcelona.
Ajuntament de Barcelona.

Algunas de las variables descritas más arriba han sido analizadas a nivel estatal por Martínez Veiga (1999); mientras que Morera (1998) ha abordado el problema en relación a los colectivos musulmanes (fundamentalmente comerciantes marroquíes y paquistaníes) del distrito de Ciutat Vella. Por su parte, *Cáritas*, a partir del trabajo que desarrolla en España, ha resaltado la transformación sufrida en el perfil de los “sin techo”, el cual no responde ya al estereotipo del hombre solitario mayor de 40 años, sino que cada vez más corresponde a mujeres jóvenes e inmigrantes sin contrato de trabajo. Según esta organización, en España habría en la actualidad unas 48.000 chabolas y otras 37.000 casas en estado ruinoso. Además, dos millones y medio de personas vivirían en hogares con graves humedades que pueden afectar la salud.

Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona).

Un elemento significativo a tener en cuenta en el caso de la vivienda, es el paralelismo existente con las condiciones de trabajo descritas más arriba: los inmigrantes habitan las viviendas en los barrios que la población autóctona ya no utiliza o ha abandonado, como ocurre con los puestos de trabajo precarizados dentro de la economía sumergida. Por lo tanto, al igual que con el trabajo, en general no existe una marcada competencia por la vivienda entre autóctonos e inmigrantes extranjeros. Más bien lo que se produce es un fenómeno de progresiva y relativa “guetización” de algunas comunidades o barrios. Este patrón, cada vez más recurrente en algunas ciudades de España -ya desde hace tiempo instalado en otros países de Europa- se suele presentar al producirse una rebaja de los alquileres en determinados barrios donde se agrupan a vivir los inmigrantes y de donde se marchan los autóctonos. Resultado: las condiciones de vivienda decaen y el barrio queda estigmatizado.

“Las imágenes y estereotipos socioculturales contribuyen a generar espacios sociales diferenciados para los distintos colectivos inmigrantes”. (Colectivo Ioé-UGT, 2001: 56). El fenómeno referido se manifiesta desde los abusos en los precios de alquiler y las insalubres condiciones sanitarias y de habitabilidad de los pisos, hasta la estigmatización ya no sólo de las personas que componen el colectivo inmigrado que se concentra en el barrio, sino de algunos pisos, determinadas calles o del barrio entero. Este es el caso de algunos sectores de los barrios que conforman el distrito de Ciutat Vella, como el Raval y Parc de la Ciutadella, donde habitan mayoritariamente los sujetos de este estudio.

En función de lo expuesto y de acuerdo con Massey y Denton (1993), puede decirse que uno de los indicadores más claros de la situación de los trabajadores inmigrantes quizás sea la vivienda. Asimismo, se trata de uno de los ámbitos en los que se ejerce de manera muy directa la discriminación y opera la segregación residencial. Es usual la práctica

discriminatoria-segregadora de impedir el acceso a una vivienda en determinados distritos por parte del propietario a una familia de inmigrantes, incluso en el caso de que ésta posea el dinero para pagar el alquiler de la misma:

“Las agencias inmobiliarias (e incluso algunos particulares) suelen tener una actitud negativa ante los extranjeros, por lo que se recomienda ir acompañado por un amigo que resida aquí para informarse de las ofertas”. (Observatori DESC, 2003: 36). Ciertamente, no ha resultado difícil constatar los abusos y negativas discriminatorias a las que fueron sometidos muchos inmigrantes en Barcelona. En el caso de los abusos, también existen intermediarios usureros (tanto autóctonos como de los propios colectivos de inmigrantes) que se aprovechan de la desesperación y la urgencia, y el desconocimiento y la falta de información de muchos inmigrantes. En relación a las medidas discriminatorias como las negativas de alquilarles un piso, el hecho de que los senegaleses tengan la piel negra -además de ser extranjeros y tener que aprender a hablar el catalán o el español- influye bastante, ya relatan varios casos en los que el principal problema/obstáculo/impedimento de acceso a la vivienda se produjo “*en el momento del encuentro cara a cara con el propietario*”. (Lafe)

A esto hay que sumarle el hecho de que en ciertos sectores de la sociedad local está instalada la idea de que las condiciones de pobreza y de vivienda son parte intrínseca de la cultura de origen del inmigrante, lo cual es más o menos parecido a decir que “son pobres porque quieren”, o “porque está en su naturaleza”, como escuché en alguna ocasión. Algo parecido sucede con la proyección que muchas veces realizan los autóctonos sobre la higiene/salubridad de los inmigrantes en términos de “peligrosidad social”; o al momento de adjudicarles supuestos problemas de salud por causa de sus modos de vida, de acuerdo al

argumento etnocéntrico por el cual se trata de un problema de “costumbres” (esto es, de “diferencias culturales irreductibles”).

En cuanto a las viviendas particulares de los sujetos de estudio en Barcelona, éstas son más bien pequeñas y generalmente compartidas con otros miembros varones, lo que les permite repartir y reducir gastos de alquiler, servicios y mantenimiento. Los pisos -dadas sus dimensiones y la cantidad de hombres que pueden llegar a habitarlos- son exclusivamente para dormir (en la mayoría de los casos, en literas), cocinar y usar el baño. Pero, en general, no hay en ellos un salón para uso común, un ámbito espacial compartido, por razones de espacio físico.

Una metáfora constructiva, relacional e integradora parafraseada por Teko, vendedor ambulante senegalés residente en Ciutat Vella, sobre “la buena salud de un piso”:

“Si vivimos 15 en un piso en malas condiciones para 3 [muchos de ellos sin papeles, escondidos por sus familiares o amigos], por falta de trabajo y las dificultades que existen para acceder a una vivienda digna, seguro que aparecerán problemas de salud” [y, encima de todo, serán señalados, mal vistos, estigmatizados]. (Teko)

3. 2. La venta ambulante como actividad de subsistencia y elemento del estilo de vida

La experiencia personal de haber ejercido la venta ambulante durante 2002-2003, tanto en Barcelona como en Roma y Cerdeña (Italia), me ha permitido -además de subsistir- realizar registros de campo in situ, desde “adentro” y siendo “uno más”, aspectos todos enriquecedores para esta investigación al momento de describir determinados hábitos, actitudes y comportamientos específicos del colectivo de migrantes del que se trata; a la vez que distintivos respecto a los otros colectivos.

Siempre en función de mi experiencia en la venta ambulante, referida más arriba, me gustaría resaltar algunos aspectos sobre los *modou-modou* en este apartado. Ante todo, para

saber dónde vender y cuándo montar, si los comerciantes han dado el aviso a la policía y ésta se encuentra rondando por el lugar -de uniforme o de paisano-, basta con preguntarle a un vendedor senegalés. O, simplemente y con seguridad, seguir su conducta. Esto porque desde el primer día comprendí que tienen mucho “oficio” en la venta. Un ejemplo de ello es el manejo del “regateo”, código tan usual en las prácticas comerciales de mercados situados en ciudades de países tan diversos y distantes como Turquía, Marruecos o Guatemala. Varios fueron los momentos en los que tuve la sensación de que a los senegaleses les gusta que el cliente-comprador les “regatee”, que sin ese condimento no hay buena venta, que los satisface en un punto, que les hace recordar un poco a su añorada tierra. Y, sobre todo, que constituye una eficaz estrategia de venta. Jud, *wolof* de 29 años, me explicó el funcionamiento del mecanismo de esta manera:

“Tu vas vendiendo por playa con toda la mercadería encima, vas ofreciendo a la gente, hay otros vendedores, la gente se fastidia porque quiere estar tranquila disfrutando y a cada momento le molestan. A una persona le gustó una máscara, pregunta precio y le dices siempre más de lo que cuesta...le digo 30 euros y me dice no, es muy caro. ¿Cuánto ofreces?- le pregunto. -20 euros- responde. -20 es muy poco, no sale a cuenta. Ofreceme precio mejor que puedas pagar, si te gusta, ¿cuánto crees que vale?-. Y así vas negociando precio entre 20 y 30 euros, nunca menos de eso. Vender en playa no hay precio. Se hace con el cliente”. (Jud)

Un segundo elemento a resaltar es que los *modou-modou* van siguiendo, y escogen, rutas y lugares de más venta en función de, al menos, dos factores: 1) la relación entre la oferta de productos que posean en cada momento y la demanda de la clientela; y 2) las condiciones de seguridad para desarrollar la venta (principalmente, presencia de policía y accionar de esta: si solo echa, si además multa y confisca o si detiene y se corre el riesgo de expulsión). Como mecanismo de funcionamiento para dar respuestas a estas dos cuestiones, los senegaleses

ponen en práctica las mismas redes de socialización y circulación de la información que utilizan para los puntos de entrada al continente europeo, ya descrito en el capítulo III.

En el mercado compartido de la calle, donde nadie tiene puestos fijos, el respeto mutuo y los códigos de convivencia son valores significativos en las relaciones humanas, al momento de obtener los espacios de venta, mantener los precios de productos en común y practicar la solidaridad ante un enemigo en común: los comerciantes y la policía. Solo en una ocasión (julio 2002) tuve la oportunidad de registrar una pelea entre cuatro jóvenes senegaleses, vendedores de CD's, y cuatro vendedores ambulantes peruanos de artesanías (collares, pulseras, pendientes, etc.) que se disputaban el espacio de venta -cuyo código consensuado es el del “primero que llega”- en una esquina del barrio de Trastevere, Roma, Italia. Antes de que la gresca pasara a mayores (por fortuna para los peruanos, como buenos andinos, mucho más pequeñitos en contextura física que los senegaleses) un comerciante del lugar dio el aviso a la policía que intervino y, de paso, ya que estaba, nos intervino a todos los vendedores que estábamos trabajando en los alrededores.

Tanto en Roma/Cerdeña, como en Barcelona, la “participación con observación” que realicé me ha permitido comprobar que, las lenguas utilizadas por los vendedores ambulantes de los distintos países para comunicarse en cada caso, es el italiano en el primero; y el español en el segundo caso. Asimismo, vale mencionar que el origen de los vendedores ambulantes varía en cada contexto: mientras que en Barcelona sobresalen los senegaleses, los paquistaníes, los chinos y los latinoamericanos (argentinos, mexicanos, colombianos, peruanos, etc.), y, salvo en mercadillos, no se da la presencia de autóctonos, en Roma/Cerdeña comprobé la presencia mayoritaria de vendedores de distintos países de América del Sur (Colombia, Ecuador, Perú, Argentina, Chile, Brasil); del continente asiático (Bangladesh, Paquistán, China); de Senegal e italianos.

En lo que se refiere a la división étnica del trabajo entre los distintos colectivos de migrantes, en general, ésta se define por la especialización. Los senegaleses se caracterizan por su relativo nomadismo y la permanente movilidad en su actividad respecto de otros inmigrantes que trabajan en el comercio ambulante; a la vez que se consideran “expertos en la venta de artesanías de madera”, aunque se los puede ver vendiendo distintos artículos. Cuentan con la facilidad de conseguir la mercadería de una forma más o menos directa a través de mayoristas por medio de las mencionadas redes de carácter transnacional, evitando así posibles intermediarios. Además, poseen una gran habilidad en el arte de vender; su “repertorio de recursos de venta” puede incluir hasta un relativo manejo de la lengua local en el habla. Es oportuno destacar ese conjunto de técnicas de convencimiento para vender el producto y el manejo de una amplia gama de discursos en función del interés del comprador, no sólo como fuente de ingresos, sino también como canal de comunicación.

De todos los vendedores ambulantes senegaleses que conocí y/o entrevisté, que compartí espacios de venta, que pude comunicar y realizar un intercambio humano, tal vez haya sido Alí quien más me impresionó. Oriundo de St. Louis, de etnia *tukulor*, *murid*, con 38 años, 2 esposas y 9 hijos en Senegal, desde 1988 vende exclusivamente artesanías africanas de madera en una playa de la isla de Cerdeña, Italia.

A Alí lo respetan todos. Es, sin dudas, un personaje del lugar. Por donde camina lo van saludando a su paso. Lógico, si se tiene en cuenta que desde hace 13 años y de manera ininterrumpida, trabaja en el mismo sitio y con la misma gente. Pero en mi opinión, además del oficio y la experiencia, tiene un carisma especial que sobresale entre los otros vendedores ambulantes senegaleses. Y sobre todo una especie de magnetismo que atrae a las personas hacia él, entre las cuales me incluyo.

El primer día que lo conocí, y después de presentarnos, me invitó a sentarme a su lado, sobre la arena, junto a las hermosísimas figuras africanas, humanas y de animales hechas en madera que integraban su chiringo playero de venta (imagen 6, Anexo). En un cierto tramo de la conversación le comenté acerca de lo pobre que andaba mi venta en ese momento, no en tono desesperado pero sí con preocupación. Allí me dijo “*quédate tranquilo que tengo gri-gri*” y me sugirió que pusiera desde la mañana la mesa con mercadería a la entrada del camping y que de noche intentara vender en el pueblo, incluso sin el permiso correspondiente y a riesgo de que la policía me secuestrara las cosas. Al otro día hice caso a sus indicaciones y las ventas anduvieron muy bien y no hubo problemas con la policía. Volví al día siguiente a saludarlo y a agradecerle por sus eficaces consejos y me invitó a fumar una *yamba*²⁹. Habremos estado sentados en la arena charlando cerca de dos horas, y durante todo ese tiempo la gente de alrededor, la que pasaba caminando, la que él saludaba permanentemente, no cesó de acercarse a mi pequeño canasto para comprar las diademas o fajas para el cabello que yo vendía. Debo confesar que creo que sí, que “tenía *gri-gri*”. Más tarde, antes de que atardeciera a orillas del mar, me ofrecí a ayudarlo a transportar las artesanías en madera hasta su auto, muchas de ellas grandes y pesadas. Mientras realizábamos juntos la tarea, le hice el chiste de que probablemente fuese la primera vez que los italianos veían a un negro haciendo trabajar para él a un blanco. El rió y respondió que no, que era así todos los días.

Por otra parte, vale señalar que, el hecho de que los senegaleses se consideren especialistas en la venta de artesanías africanas de madera, no quita que algunos se dediquen a la venta de otro tipo de productos no artesanales. Por el contrario, carteras de

²⁹ Palabra que utilizan los senegaleses para designar al porro, sea este de marihuana o de hachís.

cuero, relojes, gorras, CD's y demás manufacturas “de marca”, en la mayoría de los casos “pirateadas”, “falsificadas”, constituyen parte de la mercadería que cualquier peatón, comprador o etnógrafo puede observar en el chiringuito improvisado que montan en las calles comerciales más estratégicas de venta de las ciudades europeas.

Centrándonos concretamente en Barcelona, los vendedores ambulantes despliegan sus mercaderías de venta fundamentalmente de mayo a septiembre, y luego en Navidades, siendo los sitios principales donde se distribuyen los siguientes: Villa Olímpica, Port Vell, Passeig Joan de Borbó (Barceloneta), La Rambla, Plaza Catalunya (sobre la entrada principal de El Corte Inglés, por un lado, y sobre el lateral del centro comercial El Triangle, por otro) y la c/Portaferrisa.

De los colectivos de migrantes que comparten el espacio y la actividad de venta ambulante con los senegaleses puede destacarse, en primer término, a los paquistaníes, algunos de los cuales entrevisté para esta investigación. Los vendedores ambulantes paquistaníes trabajan con productos de temporada y otros (bufandas y chalinas en invierno; gafas de sol en verano; juguetes; rosas de noche; butano de día, etc.). Otro colectivo muy presente en el ámbito del que se trata es el de los chinos, quienes fundamentalmente se dedican a la venta de ropa (para adultos, niños y bebés), aunque también realizan *tatoos* de henna temporales en verano y venden productos de bijoutería durante el resto del año. Cabe señalar que, a diferencia de los senegaleses, tanto paquistaníes como chinos poseen tiendas mayoristas de productos para proveer a los vendedores ambulantes, concentradas sobre todo en la calle Princesa (barrio Parc de la Ciutadella, distrito de Ciutat Vella).

En relación a lo anterior, y siguiendo una de las hipótesis de esta investigación, la venta ambulante puede llegar a constituir una alternativa más o menos permanente de subsistencia para los migrantes de determinados colectivos en situación no regularizada,

esto es, sin permisos de residencia o trabajo. Sin embargo, mientras que para los inmigrantes paquistaníes, por ejemplo, generalmente constituye un “enganche”, la puerta de entrada al sistema, la primera inserción al mercado de trabajo local que mantienen hasta regularizar su situación o conseguir un trabajo más estable; en el caso de los senegaleses, por el contrario, el comercio de venta ambulante es una actividad tradicional de subsistencia, formando parte de su estilo de vida. Además, buena parte de ellos ya ha trabajado anteriormente en el campo que se concibe como el del “comercio informal-sumergido-paralelo” antes de emigrar; les resulta parte habitual del comercio, siendo el contexto sociopolítico, cultural y territorial el que cambia: en la ciudad de Barcelona, por ejemplo, la venta callejera está prohibida por normativa, aunque no constituya un delito en sí. Es decir, no está penalizada como actividad pero sí algunos de los productos de carácter “ilícito/ilegal” que puede implicar (drogas, CD’s piratas, etc.). En este sentido, están expuestos a una doble acción represiva que incide en sus estrategias de adaptación en Barcelona: por un lado, la falta de papeles; por otro lado, en muchos casos, aún con permisos de residencia en regla y cotizando para la seguridad social, igualmente son perseguidos por la policía. El hecho de ser detenidos puede provocar en su perjuicio desde multas de 150 euros y la incautación de la mercadería, hasta órdenes de expulsión del país.

A Jud dos policías de paisano le secuestraron su bolso lleno de CD’s un sábado por la tarde en la Villa Olímpica. Cuando lo encontré estaba desesperado, más que por la mercadería perdida por el hecho de que dentro del bolso había quedado su *gri-gri*:

“No tenía puesto gri-gri en ese momento, yo no estaba protegido, por eso la policía me secuestró...” (Jud). Por suerte para él, unas semanas después le llegaría un nuevo amuleto desde Senegal, hecho por el *marabout* de su pueblo, enviado por su madre y traído por un amigo que viajaba al continente europeo.

En cuanto al accionar policial que año tras año va en aumento, la Guardia Urbana de Barcelona había realizado en julio de 2001, mes que junto con agosto son los de más presencia de vendedores ambulantes debido a la temporada estival, un total de 2.309 multas (imagen 7, Anexo), lo que constituye un 52% más que las realizadas en el mismo mes de 1999 (1.517). (Fuente: Departamento de Organización y Sistemas de Información de la Guardia Urbana de Barcelona)

4. Factores socioculturales en la sociedad de destino. Valoraciones, representaciones y prácticas.

“El pueblo catalán proclama como valores superiores de su vida colectiva la libertad, la justicia y la igualdad, y manifiesta su voluntad de avanzar por una vía de progreso que asegure una calidad de vida digna para quienes viven, residen y trabajan en Cataluña”. (Estatuto de Autonomía de Cataluña, Preámbulo)

Al marcharse de su país, el emigrante deja atrás (aunque las lleve consigo en todo momento y a todo lugar) una serie de concepciones y actitudes sobre el mundo y acerca de cómo una persona debe comportarse ante él y los demás; en la sociedad receptora bastantes de esas concepciones y prácticas pueden resultar diferentes. (Atxotegui, 2000: 92)

A continuación se propone una breve comparación de algunos de los aspectos referidos, tomando en consideración tanto el punto de vista de los actores (perspectiva “emic”) como la percepción social de los autóctonos y la interpretación realizada por el sujeto investigador.

4.1. Aspectos religiosos y asociativos

¿Qué papel tiene la religión entre los migrantes senegaleses en la sociedad de destino?
¿Se practica de la misma forma que en origen o de manera diferente? ¿Qué influencia tiene

en ello, no sólo el estar en una sociedad con otra religión dominante, sino que la propia se encuentre estigmatizada y sea rechazada por el imaginario social?

Como se ha mencionado, entre los *modou-modou*, en su mayoría adeptos a la cofradía *Murid*, el culto al trabajo y el ganar dinero con el comercio es muy significativo. A nivel de las prácticas religiosas no se concibe como obligación estricta ir a la mezquita a rezar todos los días:

“Rezamos cuando hace falta las cinco oraciones sin la obligación de tener que ir a la mezquita”. (Lafe)

En general, los *modou-modou* leen y rezan el Corán y los escritos de su guía espiritual en las paradas de venta o en sus casas (imagen 8, Anexo). Incluso, como tuve la oportunidad de registrar, también en la playa. Fue en julio de 2002, momento en el que he interactuado con jóvenes senegaleses *Murids* que trabajan durante la temporada de verano en las playas turísticas de Italia, en su mayoría vendiendo CD's. Concretamente aquellos que viven en Roma, compartiendo un piso de alquiler, toman todos los días del verano un tren hasta Ostia y de allí caminan la playa vendiendo bajo el sol, una distancia de 10 km. He podido observar cómo muchos de ellos, en algunos tramos, se toman un descanso y, arrodillados de cara a la Meca, rezan en voz baja. Luego continúan su recorrido.

En cuanto a las concepciones y prácticas religiosas, los jóvenes migrantes reproducen los mismos “pecados” que en origen, pero el nuevo contexto puede marcar diferencias:

“(…) está la misma prohibición de beber alcohol, pero bebes alcohol con tu amigo si te vas de fiesta un sábado de la misma forma, y después vas a rezar; o tener relaciones sexuales sin casarte...igual. Las normas y prácticas que se respetan siempre son las del Ramadán, momento en que se intenta hacer la menor cantidad de pecados posibles”. (Teko)

“En Senegal, generalmente, si alcanzas los 35 años empiezas a bajar el nivel de pecados (beber menos alcohol, fumar menos). Tiene que ver con pensar, bueno, ya no soy

yo solo, está la familia, hay que dar el ejemplo... Ya se empieza a acabar la juventud para ser más adulto. Lo que ocurre aquí, en otro país, es que se alarga la juventud: puedes llegar a los 60 y sigues en lo mismo”. (Wama)

Los testimonios permiten dar cuenta de un elemento importante en el momento de analizar las transformaciones socioculturales que se producen a partir del proceso migratorio y la adaptación al contexto de la sociedad de destino. Sobre todo en términos de la variable edad y en base a las características descritas en torno a las representaciones y prácticas de los nuevos migrantes senegaleses (los *modou-modou* “modernos”), se valora cierta invisibilidad intracolectivo de la que gozan, traducida en una mayor libertad que está dada por la posibilidad de evadirse de los agentes de control social y religioso, tan presentes en la sociedad de origen:

“(...) la diferencia es que aquí lo haces con más libertad a nivel del comportamiento individual: si bebes alcohol allá en un bar te cuidas de que la gente no se entere, lo mismo si estás con otra mujer”. (Bebu)

El aspecto de lo privado al que me refiero lo he podido corroborar asimismo con inmigrantes magrebíes, de origen marroquí y argelino. En este sentido, vale señalar que, además de los senegaleses, dos de los colectivos inmigrantes más numerosos y con mayor presencia en la ciudad de Barcelona (paquistaníes y magrebíes) también son de religión musulmana. Al respecto, en Ciutat Vella, distrito en el que se concentra la mayor parte de la población proveniente de estos tres colectivos, existen dos mezquitas: una paquistaní, en la c/Hospital del Raval, y otra magrebí, la “Mezquita Alí”, en la c/Basses de St. Pere, barrio Parc de la Ciutadella. Es interesante ver cómo, más allá del origen o una distinta interpretación del Islam, los tres colectivos (senegambianos, magrebíes y paquistaníes) comparten, en horarios distintos, los mismos espacios de práctica religiosa, no exentos de conflictos y negociaciones, claro está. (Morera, 1999)

Acerca del asociacionismo, las creencias y las prácticas religiosas en la sociedad receptora, Kaplan (1998: 127) sostiene: “(...) parece que se produce una redefinición de la estructura social a partir de aspectos formales, que tienen su origen en la organización ceremonial (...) La tendencia, aunque no generalizable, es a constituir asociaciones donde los aspectos territoriales y étnicos substituyan la disponibilidad de una amplia red de parentesco en origen. Las asociaciones no son de carácter religioso, pero ofrecen un marco cultural específico que contribuye a conformar una cierta estructura social propia en destino”.

Las asociaciones senegalesas sirven de apoyo sobre cuestiones burocrático-administrativas a quienes han llegado recientemente, intentando ofrecer información sobre temas relacionados con permisos de residencia y de trabajo, contratos laborales, reagrupación familiar, y facilitando en la medida de lo posible la tramitación de distintas solicitudes, particularmente entre aquellos que no saben leer ni escribir. Un ejemplo de ello lo constituye la Asociación Catalana de Residentes Senegaleses de Barcelona, situada en el corazón del distrito de Ciutat Vella. Algunos de los migrantes entrevistados en este trabajo pertenecían a la misma, la cual además de trabajar en el asesoramiento alrededor de cuestiones administrativas (papeles, reagrupación familiar, etc.) y ayudar a la formación en alfabetización del catalán y el castellano, organiza charlas, conferencias, debates, talleres, fiestas (imágenes 9 y 10, Anexo) y proyectos de cooperación y desarrollo³⁰.

Además de la nombrada asociación, entre las más activas pueden enumerarse las siguientes: Asociación Catalana de Residentes Senegaleses del Vallés, Unión de la

³⁰ Un emprendimiento al respecto lo constituyó la “Caravana Solidaria al Senegal 2001”, en la cual participaron diversas ONG’s locales. La misma partió desde Barcelona en noviembre de 2001 y, además del transporte de donaciones en material sanitario, escolar, higiénico e infantil, incluyó el inicio de distintos

Comunidad de Senegaleses de las comarcas de Segarra y Urgell, Comunidad Casamance, Asociación Ressortissants Casamance, ACSAO (Subsaharianos de Osona), etc. Algunas de estas asociaciones componen la Federació de Col·lectius d’Immigrants de Catalunya, un espacio que aglutina la diversidad de colectivos de inmigrantes organizados existentes en Cataluña. Y, a su vez, integran la Federación de Asociaciones de Inmigrantes Senegaleses del Estado español, que agrupa a las asociaciones de todo el Estado.

Por último, entre los obstáculos existentes en torno al asociacionismo para los migrantes en la sociedad receptora, sobresale la normativa de la actual Ley de Extranjería que no reconoce el derecho de asociación a los “sin papeles”, limitándose sólo a los extranjeros que se encuentren “regularizados”.

4. 2. Cultura alimentaria

Qué y cuánto se come constituye un fenómeno en el que entran en juego factores de orden ecológico, histórico, social, cultural, económico y político, ligado a su vez a un conjunto de representaciones, simbolismos y rituales que lo convierten en un hecho social complejo para el análisis. De modo que, lo que las personas comen, está determinado -además de las necesidades biológicas- por múltiples factores. (Gracia, 2000)

En términos socioculturales se trata de un aspecto importante, ya que supone indagar acerca de las características y las condiciones del proceso de inserción de un grupo específico en la sociedad más amplia. Además, en esta investigación resulta fundamental debido a la vinculación que posee con las dimensiones de la salud/enfermedad de las personas; específicamente aquí, de los migrantes senegaleses.

proyectos de desarrollo (sanitario, cultural, educativo, profesional, etc.) en algunos pueblos rurales del país

La adaptación de la dieta y los comportamientos alimentarios en la sociedad receptora tiene que ver con “uno de los ámbitos privilegiados de la cultura por su sensibilidad a la incidencia de factores de cambio sociocultural, de integración social y aculturación”. (Kaplan y Carrasco, 2001: 97). De esta manera, la alimentación como objeto de estudio “pertenece, por una parte, a un ámbito privado y cotidiano de todos los seres humanos; y, por la otra, traduce rasgos inconfundibles en lo que se refiere también a la posición social de los grupos en relación a la estructura social de la que forman parte”. (Ibid: 98)

Respecto de esto último, al considerar la salud laboral como relación social, la cuestión de la alimentación adquiere un papel significativo en los procesos de salud/enfermedad/atención:

“Hace mal trabajar duro y no comer bien. La comida de los inmigrantes en Almería no es buena. Con esa comida, haciendo este trabajo, nunca vas a estar sano. Además, bajo el plástico sudas mucho y haces esfuerzos muy grandes. Llegas a tu casa, comes un poquito de arroz (a nosotros los senegaleses nos gusta mucho el arroz), casi no hay carne y no está bien preparada, ¡y hacer eso por años!”. (Notcher)

“Comen mucho pero mal, por eso hay tantos gordos...” (Kai); *“Aquí no hay un culto por la comida, hay un culto por el comer...”* (Teko), constituyen algunos puntos de vista de los sujetos de estudio sobre la cultura alimentaria de esta sociedad.

Más allá de opiniones y gustos particulares, en términos generales los migrantes senegaleses en Barcelona consideran que aquí, los alimentos, no están suficientemente cocidos, tanto el arroz como la carne, en comparación a la forma que se acostumbra en su país de origen. Al mismo tiempo, el sabor de la comida de aquí les resulta en muchos casos un poco “sosa”, con poco condimentos. De ahí que utilicen mucho aceite (de cacahuete y palma en la sociedad de origen; de girasol en la de destino) y reproduzcan como en origen

africano (imagen 11, Anexo).

el uso de pastillas o cubitos de caldo concentrado para intensificar el sabor de los platos (Kaplan y Carrasco, 2001: 110). Otro aspecto destacado alrededor del tema por los sujetos entrevistados fue lo distinta que les resulta la mezcla que se produce aquí, por ejemplo, en una ensalada, entre lo dulce y lo salado, ya que en Senegal se comen siempre por separado. O -como apuntan N'Doye y N'Dao³¹ (1996)- la sopa, por ejemplo, que en Senegal se toma más completa, con muchos ingredientes (huesos, carne, verduras, etc.), tipo “potaje” o “puchero”, y aquí en Barcelona generalmente se toma sola, como entrada.

Según Kaplan y Carrasco (2001), en general los hombres senegambianos no tienen la costumbre de cocinar en la sociedad de origen, porque la cocina es un espacio reservado a las mujeres:

“Vivo en casa con mis dos esposas. Durante una semana cocina una y yo duermo con ella; la otra semana lo mismo con la otra, y así...” (Mustafá)

En el caso de los senegaleses entrevistados en Barcelona, sucede lo mismo en origen pero la cosa cambia en destino, aún frente a la falta de tiempo y espacio y al hecho de que sus mujeres permanezcan en Senegal. Lo cierto es que como se gasta menos comiendo en casa y se comparte, es lo que generalmente hacen. El plato que cocinan radica principalmente en la combinación de arroz y carne. Los horarios de comida están determinados por el trabajo que en su mayoría realizan, esto es, el comercio de venta ambulante. El desayuno que se preparan es del tipo continental que se toma en las ciudades de Senegal como Dakar, a diferencia del ámbito rural donde se acostumbra a tomar leche y mijo. El mismo consiste en un café con leche y pan o tostadas con mantequilla, mermelada o chocolate. Cuando vuelven de vender, aproximadamente a partir de las 17 hs., preparan la

³¹ N'Dao es coautora del libro *Cocina Senegalesa*, el cual constituye una buena aproximación a la cultura alimentaria de ese país. Además, atiende el restaurant “Dam Salam” de comida senegalesa, ubicado en el

comida correspondiente al almuerzo/merienda a base de arroz hervido y carne o pescado (que les resulta muy caro) con alguna salsa y tomates. Muchas veces no tienen tiempo para cenar, aunque en el caso de hacerlo es recién a las 12 o 1 de la madrugada, momento en el que ingieren nuevamente el arroz (reemplazante del cuscus de mijo que se acostumbra a cenar en Senegal) sobrante del almuerzo/merienda combinándolo con algún plato más europeo-francés acompañado de pan.

“Los senegaleses nunca comemos solos, siempre comemos juntos. Si vivimos juntos, comemos juntos. Siempre es así. A cada uno le toca hacer la comida, nos vamos turnando, igual que para lavar la vajilla. La primera vez que cociné fue aquí, no en Africa. En Africa siempre cocinaba mi madre o una hermana. Yo ni siquiera sabía qué hacer pero sabía que lo tenía que hacer. Ni sabía cómo empezar pero otro senegalés de la casa me ayudó al principio y después me dejó solo diciéndome: -Haz lo que quieras. Nosotros lo que queremos es comer-. Hice toguyin, que es nuestra comida principal en Senegal: arroz con pescado. Y resultó que al final se podía comer y yo fui aprendiendo un poco cada día”.
(Bebu)

En efecto, eso fue lo que comimos una tarde en casa de Bebu, luego de la entrevista realizada, sentados a la mesa cubierta con un mantel de plástico comprado en una tienda de 100 pesetas (0,60 euros), probablemente propiedad de un migrante de origen chino o paquistaní. Además del dueño de casa y quien escribe, estaban otros tres migrantes senegaleses: Tchebo, Teko y Lafe. Se cocinó y se compartió lo que había, mientras charlábamos de Africa y América, de alegrías y penas compartidas por nuestros pueblos, por nuestras gentes que, cada vez en mayor medida, arribaban al continente europeo. Estábamos lo suficientemente relajados, el diálogo fluía y la interacción se daba de igual a igual. La grabadora de antropólogo permaneció apagada y fue reemplazada por un registro

barrio Parc de la Ciutadella, distrito de Ciutat Vella, Barcelona.

más dominado por los sentidos (olores, miradas, sensaciones...), sumado a la siempre traicionera memoria para intentar sistematizar la recopilación de información de campo.

En relación a la alimentación vinculada con las normas islámicas, por ejemplo para el *Tabaski* (sacrificio del cordero, *khar* en *wolof*) de mediados del mes de febrero, los senegaleses acuden a las carnicerías *Halal*, en su mayoría marroquíes, que existen en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona. Es poco probable imaginar a alguno de los colectivos musulmanes presentes en Barcelona (paquistaníes, argelinos, marroquíes, senegaleses, etc.) sacrificando al cordero de cara a La Meca (hacia el este) en los pisos que habitan o en las calles, degollado en nombre de Dios y dejado desangrar. Al respecto, algunos miembros de colectivos musulmanes han remarcado los obstáculos que se han presentado para efectivizar el ritual religioso en algunos mataderos: Mom, un argelino propietario de un bar en Ciutat Vella, relata que en febrero de 2001 concurrieron a uno de ellos para realizar el sacrificio y el encargado les dijo que sería imposible porque la policía había estado antes para prohibirlo expresamente.

Para finalizar y en base a Kaplan y Carrasco (2001: 119), podría decirse que se produce entre los migrantes senegaleses una tendencia hacia un progresivo estilo alimentario dual, esto es, la combinación de elementos de origen y de destino en la alimentación. Algo similar a lo que sucede en términos de la atención de sus procesos de salud/enfermedad, como se abordará en el capítulo siguiente.

4. 3. En torno a las expectativas de partida y las condiciones en destino

“El inmigrante que llega a Almería tiene muchas esperanzas de hacer un trabajo para ganarse la vida, para ganar un poco de dinero y enviarlo a su familia. Pero te das cuenta de que esto no vale. Todos los nuevos que he visto llegar a Almería al principio te dicen:

pero esto no es nada, y después de un año llaman a su familia y amigos y les dicen: oye, que nadie venga aquí, que es un infierno. Cuando recién llegué y vi a la gente trabajar también parecía muy fácil. Pero si empiezas a hacerlo te das cuenta, empiezas a sentir lo duro que es. Recuerdo que nos decían que los mexicanos hacían lo mismo en Estados Unidos, o te dicen: en vuestros países no hay trabajo. Aquí, por lo menos, ganáis mucho dinero para mandar, así que... no os quejéis”. (Notcher)

Para Notcher, en Almería alguien que reflexione, que sea consciente de su situación, de las condiciones en las que sobrevive, de los riesgos del trabajo que realiza, tendrá más problemas que un “tonto”³²:

“Almería está hecha para los tontos, para los fuertes tontos que no se hacen ninguna pregunta, que no tienen tiempo para pensar en otras cosas, que cogen la vida así como viene. Pero alguien que sea consciente de su situación, que sabe que no puede ir a Barcelona o a Madrid porque no tiene ni puede conseguir los papeles, sólo puede quedarse ahí en Almería y es consciente de eso, seguro va a tener más problemas que los demás. Porque hacer algo que no te gusta y en esas condiciones es algo muy duro”. (Notcher)

Notcher es de los migrantes que, en función de su propia experiencia, se arrepiente de haberse ido de su tierra, de su cultura, de su sociedad, de su gente. Pero al mismo tiempo es consciente de que se trató de un viaje de ida, en el sentido de que para él no hay posibilidad por el momento de salirse del círculo hasta no cerrarlo y concretar el retorno que implica, ante todo, no volver igual que como salió. Esto se relaciona con la desilusión que experimentan muchos migrantes cuando se sumergen en la realidad que les toca en el “paraíso” donde vive el *tubaab*, tan soñado, añorado, mitificado:

“Como inmigrante, Almería te hace daño y luego te hace arrepentirte de salir de tu país. Somos muchos los que nos hemos arrepentido. Almería es una trampa. Es como una droga. Sabes que no es buena pero cuando te metes no puedes dejarla. Sabes que la

³² Concepto para el cual Martínez Veiga (2001: 134) utiliza las categorías de “sumisos” y “obedientes”, refiriéndose a aquellos inmigrantes preferidos por los patrones a la hora de la contratación, debido a sus aspectos actitudinales y comportamentales que les permite una mayor explotación de la fuerza de trabajo.

inmigración no fue buena para ti pero estás dentro, y no es fácil ahora salir de ella, dejar todo y volver a tu país... en realidad, yo pienso que la mejor solución era no venir aquí en Europa. Me arrepiento mucho de haber venido. Desde que estoy aquí que yo no tengo mi vida. Estoy casado desde antes de salir de Senegal. Tengo un niño de 4 años y una niña de 1 año. Y no puedo vivir con mi mujer y mis niños. Si... me arrepiento mucho pero... ¿qué voy a hacer? Ese es el problema de todos los que viven aquí. Conozco gente que son senegaleses y viven muy cerca de aquí [aludiendo al barrio de Parc de la Ciutadella, distrito de Ciutat Vella]. Si les escuchas hablar de cómo se arrepienten, pensarás que esta gente está loca o qué. A veces, hasta se insultan a sí mismos por haber venido aquí. ¿Qué tiene Europa más que nuestro país? Yo pienso que se vive mejor en mi país. Estoy convencido de eso, porque socialmente [a nivel social], que mi país no hay mejor. Económicamente no va, ese es el único problema que tenemos nosotros. Me arrepiento mucho, eh... mucho, mucho, mucho, mucho. Y no soy el único. Pienso que el 99% de los inmigrantes africanos que vienen aquí se arrepienten: en España, en Europa en general, porque todo es igual...” (Notcher) (el destacado es mío)

A partir de la observación participante y de las entrevistas realizadas como parte del trabajo de campo, he podido identificar un mecanismo que podría definirse como estructural en la dinámica cotidiana de los senegaleses. Forma parte de su estilo de vida en origen e impregna la organización social del proceso migratorio basado en cadenas y redes, hasta llegar a operar en la coyuntura de la sociedad de destino, facilitando la adaptación al nuevo contexto. Me refiero a los lazos de solidaridad, cooperación y ayuda mutua, presentes de manera recurrente en las representaciones y prácticas de los sujetos de estudio para con sus compatriotas:

“Los senegaleses cuando están fuera de Senegal se ayudan mucho... se ayudan mucho, y esto es un punto muy positivo, muy importante. Yo creo que hay una diferencia que existe entre los inmigrantes senegaleses y los demás. He encontrado otros inmigrantes, de otras nacionalidades, ¡que cuando te explican los problemas que han tenido entre ellos en sus casas! Nosotros tenemos suerte porque un senegalés siempre, siempre, quiere hacerte un favor, quiere ayudarte, alojarte, lo que necesites y puede hacer, para que te sientas mejor.

Sobre todo si eres un senegalés. Un senegalés nunca deja dormir en la calle a otro compatriota suyo; sin saber de dónde viene, sólo sabiendo que es un senegalés. Fijate sino aquí en Barcelona: hay muchos inmigrantes que duermen en la calle. No verás ningún senegalés entre ellos. Este es un punto muy positivo en la migración. Los inmigrantes senegaleses se ayudan mucho. Cuando alguien tiene un problema, los demás lo ayudan mucho”. (Lake)

Esta clase de comportamientos entre los senegaleses, enmarcados en las redes familiares y sociales de apoyo que poseen, amortigua las consecuencias de lo que Atxotegui (2000: 88) designa como “duelo migratorio”, especialmente cuando alguno atraviesa situaciones de necesidad o enfermedad.

4. 4. Reagrupación familiar, aculturación y retorno

Como ha quedado de manifiesto en este y otros estudios, los migrantes *wolof* y *tukulor modou-modou*, provenientes fundamentalmente del norte de Senegal, son casi en su totalidad varones que trabajan en el comercio de venta ambulante. Residen en los países de Europa durante el periodo de más ventas, entre los meses de abril y septiembre o Navidades, para posteriormente, en la medida de lo posible, regresar a Senegal con sus familias. Esto quiere decir que, para el caso particular del que se trata, de una dinámica migratoria del tipo “golondrina”, resulta más adecuado referirse en términos de “adaptación”, en vez de utilizar el concepto de “integración” a la sociedad de destino. Adaptación al reglamento migratorio español o italiano, a las condiciones de venta, de circulación, de vivienda, etc.

En el caso de aquellos migrantes senegaleses que por problemas de papeles u otros permanecen por más tiempo en la sociedad de destino, en muchos casos sin poder regresar a Senegal o por decisión propia, en la mayoría de los casos tampoco se ha dado hasta el

momento una actitud proclive a traer a sus mujeres e hijos. En este sentido, además de lo planteado más arriba, entre las razones que podrían explicar este comportamiento se encuentran las siguientes: 1) son una carga para la actividad que desarrollan en la sociedad de destino, siendo su principal preocupación y objetivo ahorrar dinero para invertir en sus pueblos: mejorar sus paradas en los mercados de Senegal o construir casas; 2) creen que es difícil educar en la nueva sociedad a sus mujeres y niños: el cambio de actitudes y prácticas de las primeras, su posible “occidentalización”; la educación de los segundos en términos de religión, constituyen elementos que ellos conciben como problemáticos:

“Yo estoy aquí, tengo mis papeles; puedo vivir aquí, trabajar aquí. Y, si Dios quiere, voy a traer a mi familia aquí conmigo. Y luego... ¿cómo serán mis niños? ¿Cómo van a vivir mis hijos aquí? Ya no van a ser senegaleses, no van a ser africanos porque culturalmente van a ser muy diferentes. Y eso es lo que yo no quiero. Desearía que mis hijos puedan vivir allí, conocer bien su cultura...” (Sut)

¿Qué ocurriría en el caso de que, como parte de una modificación en sus estrategias migratorias, los migrantes senegaleses optaran por reagrupar a su familia nuclear en la sociedad de destino? Ante todo, tropezarían con los obstáculos que impone actualmente al respecto la Ley de Extranjería.

El segundo capítulo de la Ley Orgánica 4/2000 regulaba el tema de la reagrupación familiar, situación no contemplada anteriormente (ley de 1985). Si bien este derecho fundamental está ligado, en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, al derecho de intimidad de la persona y su vida familiar, con la Ley Orgánica 4/2000 se intentaba cambiar la perspectiva en el sentido de establecer la reagrupación familiar como un derecho directo de los familiares a venir a España y obtener el permiso de residencia.

Con la reforma de la ley, se establece sólo como derecho de la persona que reside aquí a reagrupar. Constituyen matices que en su conjunto son importantes, porque al tratarse de

un derecho de los que reagrupan, y no de los reagrupados, los permisos de residencia de éstos se convierten en permisos subordinados, no como antes de la reforma en que eran autónomos, no ligados a la situación del reagrupante (situación especialmente determinante de la situación de subordinación de la mujer respecto al hombre que reagrupa, pues en general se fuerza a dicha vinculación entre sus permisos a un mínimo de dos años). Además, antes de la reforma, la persona podía generar una reagrupación en cadena; es decir, el que viene ya residente, puede a su vez reagrupar. Con la ley, dentro de los familiares que pueden ser reagrupables se amplía, relativamente, el espectro con respecto a la situación anterior. Todavía existe la discusión en relación con la edad requerida de los hijos para ser reagrupados; por el momento, la ley contempla la edad tope de los 18 años. No obstante, algunas asociaciones exigieron que fuera hasta los 21 años, teniendo en cuenta que el núcleo familiar pudiera tener hijos de más de 18 años (caso contrario sería bastante restrictivo, sobre todo si lo comparamos con el caso de los extranjeros “comunitarios” cuyo límite está establecido en los 21 años). Hay que tener en cuenta que, el menor reagrupado, una vez llegado a la mayoría de edad, deberá obtener un permiso de residencia y trabajo autónomo, sin que la ley contemple ninguna preferencia que le asegure su obtención.

Por otra parte, focalizando en el caso de los hijos de los inmigrantes, éstos se desenvolverán en un contexto social adverso: “(...) si estos nuevos ciudadanos no entran en el mercado laboral y en la dinámica social en igualdad de condiciones que los hijos de los autóctonos, se estará estructurando una sociedad fraccionada”. (Atxotegui, 2000: 90)

Respecto a lo anterior, vale señalar el hecho de que uno de los indicadores claves en la percepción del éxito en los proyectos migratorios es el de la movilidad social de los hijos y nietos de los inmigrados respecto a sus antecesores. Es decir, “si los hijos pueden gozar de un status digno y superior al que ocuparon sus padres en la sociedad a la que emigraron”

(Recolons, 2001: 686), como sucedió con los hijos y los nietos de los inmigrantes españoles que llegaron a la Argentina entre 1870 y 1914 (imagen 13, Anexo)³³.

En cuanto al retorno, desde un principio para los migrantes senegaleses forma parte del proyecto migratorio del individuo en su última fase. Entre la mayoría de los entrevistados en este trabajo, la finalidad, el objetivo final del proyecto de emigrar ha sido venir, juntar dinero, realizarse, invertir y volver algún día a sus países de origen. Aún cuando el momento de regresar resulte relativo y variable, como en el caso de Bebu:

*“Hace tres meses estuve en Senegal y me casé allí. Tal vez regrese en un tiempo para quedarme o tal vez traiga a mi mujer aquí. Me gustaría volver. Gracias a Dios no tengo problemas aquí, no tengo que robar, no duermo en la calle... siempre estuve bien. Pero **tu casa es tu casa**. Cuando llegue el día lo voy a hacer. Hace un año estábamos diciendo: Senegal va a jugar contra Francia; y ya está, ya ha pasado y hemos ganado (imagen 12, Anexo). Entonces, sólo hay que esperar que llegue el día”.* (Bebu) (el destacado es mío)

En otros casos el tiempo y la distancia pueden volverse obstáculos importantes:

“Es difícil volver a Africa por la diferencia de mentalidad con los africanos que nunca salieron de Africa. Cuesta mucho; es otra cabeza”. (Mame)

El proceso de adaptación al contexto de la sociedad receptora/desadaptación al contexto de la sociedad de origen (que simplifícadamente podría denominarse aculturación) se manifiesta tanto en el campo psíquico como físico de la salud/enfermedad/atención, como se abordará en el capítulo siguiente. Desde padecimientos contraídos como consecuencia del trabajo y las condiciones de habitabilidad en la sociedad de destino hasta el caso de los senegaleses que regresan a su país tras un largo período de tiempo o para

³³ Gerchunoff y Llach (1998: 20) apuntan que bajo el axioma “gobernar es poblar”, los sucesivos gobiernos argentinos entre 1870 y 1914 cumplieron la meta de una “Argentina para los europeos”. A partir de los dos millones de inmigrantes europeos que llegaron al país durante el período referido, principalmente españoles (32%) e italianos (47%), sumado a la de otros países europeos y algunos asiáticos, es que se dice que los argentinos “descendemos de los barcos”. Pero la historia es un boomerang, el mundo yira y yira... y tras dos o

cumplir con el retorno y necesitan tomar las pastillas para el tratamiento de la malaria al igual que los *tubaab*; porque sus cuerpos ya no son los mismos para los mismos agentes de enfermedad.

Un elemento central a destacar por sus connotaciones en el campo psíquico-físico-espiritual de los procesos de salud/enfermedad/atención de los migrantes es el miedo a fracasar, la angustia de pensar en volver con las manos y los bolsillos vacíos, el temor a la frustración de no conseguir lo deseado y, de alguna manera, sentir que uno le ha fallado a los suyos (familia, parientes, amigos, etc.). Las expectativas depositadas en la persona que emigra se convierten en fuente de constantes presiones “donde la idea del retorno resulta impracticable porque no se han cumplido los objetivos iniciales, donde el volver resulta difícilmente elaborable, pero a la vez, cuenta con el soporte afectivo de la familia”. (Kaplan, 1996: 10)

“Después de dos años de trabajar en Almería no tengo dinero (y yo estaba aquí para eso). He perdido peso: 5 kilos; y todavía no he logrado recuperarlos. Moralmente yo no estoy bien. Siempre pienso que he dejado a mi familia y todo lo que tenía para venir a buscarme la vida aquí; y no he encontrado lo que estaba buscando. Esos dos años me afectaron mucho moralmente. Mucho... yo he estado muy enfadado conmigo mismo por hacer eso. Un médico de aquí [de Barcelona] me ha dicho que él piensa que estoy muy angustiado. Y es verdad que desde que estoy aquí, en Europa, en España, tengo algunos miedos dentro de mí: miedo de fallar. Y todavía en estos tres años no conseguí nada que me pueda hacer sentirme muy orgulloso de mí. Esto también aumenta mi angustia. Y en Almería a veces llovía y no trabajaba; si el jefe tenía que ir a un bautismo o a algún lugar no trabajaba; cuando había fiesta no trabajaba... y si no trabajaba no cobraba. Y tenía que pagar el alquiler, tenía que comer, enviar dinero a la familia... En esos dos años en Almería no me compré ni un vestido, sólo zapatos de campo para trabajar o el vestido de

tres generaciones, los descendientes de aquellos inmigrantes españoles hoy vuelven a Europa; en aviones, eso sí, y en su mayoría como profesionales.

trabajo. Los mismos vestidos que yo había traído de Africa los he llevado allí dos años después. Nosotros decimos que no puedes vivir aquí bien y vivir allí bien [en Senegal]. Tú eliges, siempre. O tú vives aquí muy bien y te olvidas de los que quedaron en Africa o tú sobrevives aquí para que ellos vivan bien. Nunca puedes tener el dinero para las dos cosas”. (Notcher) (el destacado es mío)

También se dan casos en los que la suerte corrida ha sido otra, la situación es más sencilla o simplemente la vida se toma de otra manera:

“No soy rico pero estoy viviendo, no tengo ni problemas de salud ni nada. No me arrepiento de haber venido. En estos seis años fui tres veces a Senegal a ver a mis padres y mis hermanos. No tengo nada, pero le envío dinero a mi familia cuando hay, si no hay no. Tengo para mis gastos pero mi familia es muy importante”. (Lafe)

Del mismo modo, el destino puede llegar a producir experiencias e itinerarios migratorios de los más extraños, como en el caso de un senegalés de 32 años que entrevisté en Roma (julio 2002). “El negro”, como él mismo se presentó cuando le pregunté su nombre -reconociendo el acento argentino en mi precario italiano- es, sin duda, el más “exótico” de los migrantes senegaleses que he conocido en estos años de investigación. Esto por dos cosas: lo particular de su itinerario migratorio (Dakar-Buenos Aires-Roma), por un lado; y, por otro lado, confesando que esto me resultaba realmente increíble, porque “El negro” hablaba un español absolutamente “argentinizado”, más específicamente “porteño” (de Buenos Aires). ¿Cómo es posible que un negro senegalés pareciera ante mis ojos un negro argentino?

La historia migratoria de “El negro” comienza en febrero de 1992, momento en el que conoció a unos jóvenes turistas argentinos en Dakar, lugar donde residía y estudiaba. Estos argentinos le hablaron de:

“Aquel país al sur del continente americano, lo más al sur antes del fin del mundo. Me invitaron a conocerlo y a visitarlos. No sé qué fue, pero un año después llegué hasta Sudáfrica y de ahí tomé un avión a Buenos Aires”. (El negro)

Allí se enamoró de una mujer nativa con la que se casó y convivió durante tres años. Luego se separó pero siguió viviendo en la ciudad por dos años más, vendiendo artesanías que él mismo hacía (collares, colgantes, pendientes, pulseras, etc.) de manera ambulante en ferias, plazas y, en las temporadas de verano (de diciembre a marzo) en balnearios turísticos de la costa argentina. Al momento de entrevistarlo, “El negro” llevaba un año viviendo en Roma vendiendo CD’s pirateados (“truchos”, como él los designaba en buen *lunfardo*). Cuando le pregunté si pensaba quedarse en Italia o regresar a Senegal, o ir y volver, me respondió: *“No che... tengo nostalgia de Argentina”.* (El negro)

CAPITULO V. DIMENSIONES DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCION DE LOS MIGRANTES SENEGALESES EN BARCELONA

En las páginas que siguen se propone realizar un análisis en profundidad del objeto de estudio de esta investigación: el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. Para cumplir con este objetivo, en primer lugar se describirá el conjunto de representaciones, saberes y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención dominantes en la sociedad de origen, ya que son las que han transportado consigo los migrantes durante su itinerario migratorio. Posteriormente, se analizarán algunos elementos del contexto sociosanitario en el que opera el proceso de salud/enfermedad/atención en la sociedad de destino, donde aquellas interactúan con el paradigma biomédico dominante en España: el Modelo Médico Hegemónico (MMH). Una vez situados en este contexto, y habiendo identificado los principales factores socioculturales que intervienen en sus procesos de salud/enfermedad/atención, en base al trabajo de campo realizado se abordarán los padecimientos sufridos y los itinerarios terapéuticos seguidos por los migrantes senegaleses en Barcelona.

1. Aspectos sociosanitarios de origen. Representaciones y prácticas de los senegaleses alrededor de la salud/enfermedad/atención.

“1654, Oaxaca: Medicina y brujería

(...) Para los indios, las hierbas hablan, tienen sexo y curan. Son las plantitas, ayudadas por la palabra humana, las que arrancan la enfermedad del cuerpo, revelan misterios, enderezan destinos y provocan el amor o el olvido. Estas voces de la tierra suenan a voces del infierno a los oídos de la España del siglo XVII, ocupada en inquisiciones y exorcismos, que para curarse confía en la magia de las oraciones, los conjuros y los talismanes más que en los jarabes, las purgas y las sangrías”. (Galeano, 1982: 269-270)

¿Cómo construyen las nociones de salud/enfermedad los senegaleses, qué “valor” le asignan a la “salud”, a las situaciones del “enfermar” y a sus connotaciones sociales respectivas? ¿En qué consisten las acciones que ponen en práctica para hacer frente a los distintos padecimientos que sufren en el contexto de la sociedad de origen?

En primer término, y como punto de partida para comenzar a indagar alrededor de los interrogantes formulados más arriba, vale la consideración de Romaní (2002: 499) sobre el hecho de que “la mayoría de los pueblos y culturas tienen conceptos para referirse a lo que nosotros denominamos enfermedad, identifican los problemas que nosotros situamos en este ámbito (aunque no sólo los circunscriban, con mucha razón, a sus variables biológicas) y han elaborado sistemas para gestionarlos de algún modo. En cambio, la salud es un concepto propio de las sociedades occidentales...”

En segundo lugar, resulta significativo el planteamiento de Mallart (2001: 192), quien en sus investigaciones sobre medicina africana se propuso mostrar: “cómo, en una sociedad africana, un vasto conjunto de fenómenos, situaciones, ideas, palabras y prácticas relacionadas con el cosmos humano, sus desórdenes y restablecimientos, tienden a formar un sistema de manera tal que todos sus elementos se articulen, se opongan, se complementen y formen un todo”. Esto supone que la medicina (*evuzok*, científica, china,

wolof, etc.) no puede abordarse como un campo completamente autónomo, sino como parte de sistemas sociosimbólicos más amplios enmarcados en contextos particulares. (Ibid: 194)

En Africa, como en cualquier otro lugar del mundo, la enfermedad es un hecho cotidiano recurrente (Menéndez, 1990^a); y dentro de la concepción cíclica del universo, el tiempo y la naturaleza que poseen las culturas tradicionales negroafricanas, al igual que las indígenas del continente americano y algunas orientales, la enfermedad es concebida y vivida como un proceso. (Mallart, 2001: 198)

Sumado a lo anterior y siguiendo a Menéndez (2000), valdría la pena subrayar, además, tres supuestos fundamentales para el abordaje de la salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio:

- a. Todo sistema médico de atención (por más mágico que parezca) no solamente posee técnicas, sino también eficacias técnicas para los problemas de salud. Asimismo, todo sistema médico de atención contiene una serie de elementos que llevan implícitos una determinada concepción del mundo (podría decirse, muy simplificada: de valores socioculturales) que lo estructuran.
- b. La aparición de una anomalía orgánica en uno de los miembros de un grupo familiar es “objetivada” (simbolizada, clasificada, categorizada) como un hecho de salud desde una perspectiva ético-moral. El síntoma de problema que surge en el orden biológico es “interpretado” mediante un “orden descriptivo” (simbólico) que se ha constituido como representación del orden familiar/comunal/sociocultural. Esto explica, entre otras cosas, el porqué de que no toda anomalía orgánica o padecimiento de un sujeto, por ejemplo, inmigrado, sea percibida como tal por el sistema biomédico dominante en esta cultura y a la inversa: lo que el sistema biomédico percibe como anomalía orgánica -y categoriza como “enfermedad”-, no necesariamente lo es en sí mismo.

- c. Las llamadas enfermedades de tipo “tradicional” o de “filiación cultural” en su mayoría poseen una causalidad (y una cura) relacional-humana, lo cual supone la interacción entre personas, como el caso del mal de ojo o la brujería. Por otro lado, es preciso reconocer que este tipo de padecimientos relacionados con procesos y factores culturales no pueden desprenderse del análisis de los factores de tipo sociopolítico e ideológicos en los que se encuentran inmersos. (Menéndez, 2000: 165)

En función de lo expuesto, podría decirse simplifícadamente que dentro de la cosmovisión general de las culturas tradicionales negroafricanas el ser humano está formado por tres componentes sustanciales, interrelacionados: el cuerpo biológico, la mente y el espíritu. Así como la biomedicina como conocimiento científico de la modernidad reafirma lo biológico en detrimento del alma religiosa cristiana, en las sociedades tradicionales negroafricanas ocupa un lugar trascendental el campo de lo “espiritual”, “místico”, “mágico”, “suprafísico” o “supranatural” en cada uno de los niveles de la vida sociocultural humana de los sujetos, incluyendo, claro está, el ámbito de la salud/enfermedad/atención.

Es preciso señalar que la existencia del campo “espiritual”, “mágico” o “suprafísico” es “normal” para cualquier senegalés, formando parte de su vida cotidiana, de su “sentido común”, de su “ser” en el mundo. El culto a los espíritus de los antepasados constituye una práctica normal entre la mayoría de las personas pertenecientes a los pueblos del Africa negra, quienes poseen la creencia de que una vez muertos, los espíritus de sus antepasados no van al cielo o al infierno, sino que conviven entre ellos. Se produce una traspolación del espíritu separado del cuerpo biológico hacia un nivel suprafísico omnipresente, que tiene la capacidad de influir en la salud/enfermedad de las personas y juega un rol importante en términos del control social de lo “normal” y lo “patológico”: si el espíritu de un anciano

está enfadado porque no se lo recuerda ni se lo nombra, ni se realizan sacrificios en su memoria, puede descargar un maleficio contra uno de los miembros de la familia, que devenga en una enfermedad. Lo mismo ocurre si un miembro de la familia ha tenido conductas y comportamientos que ofenden la memoria de los antepasados por no corresponderse con los valores y normas de su sociedad. Es decir, la enfermedad aparecería aquí como maldición y como castigo.

¿Cómo operan estas dimensiones de la cosmovisión negroafricana a la hora de concebir, interpretar, diagnosticar y atender un padecimiento específico en su sociedad de origen?

Cuando un niño enferma, la familia tanto nuclear como extensa se pregunta si “algo en la familia no ha ido bien”, “si algo habrá incumplido o hecho mal alguno de sus miembros”, etc., como para que un antepasado descargue la enfermedad sobre el niño, ya que es a su espíritu “enfurecido”, “enojado”, “inconforme” al que se la atribuyen en primera instancia. Este padecimiento en el cuerpo biológico del niño tiene una correlación directa con un desequilibrio, un malestar, una “anormalidad” cuyas causas tienen su origen en un orden descriptivo sociocultural. Por ese motivo, para los sujetos pertenecientes a estas sociedades, el padecimiento debe resolverse, primeramente, en el nivel mencionado, que incluye los niveles doméstico-familiar/comunitario/cultural.

Por eso, como parte de una especie de “higiene suprafísica” preventiva alrededor de los espíritus de los antepasados (*mame* en *wolof*) o de animales (*raab* en *wolof*) contra maleficios, brujerías y enfermedades, se incluyen prácticas como la de limpiar la casa de malos espíritus a la mañana temprano y a la noche antes de acostarse todos los días, o la de pasar con un recipiente lleno de agua por sectores determinados de la casa como convidando a los espíritus de sus antepasados. El ritual descrito comprende asimismo

oraciones coránicas, como parte del sincretismo entre las religiones tradicionales negroafricanas y el Islam, al igual que lo que sucede con los *gri-gri*, los amuletos de protección preparados por el *marabout* para prevenir distintos males, desórdenes, padecimientos y otros problemas de salud.

La potencialidad de influir en la salud-enfermedad de las personas también la tienen las palabras, debido al valor que se les asigna en las sociedades africanas, así como en otras gerontocráticas, donde la tradición oral es fuente de sabiduría, conocimiento y respeto. La palabra tiene un valor central: da el sentido, define los valores del hombre y la sociedad. El sentido del mal como metáfora de lo social es un componente esencial de la relación salud/enfermedad/atención en una sociedad y una cultura determinadas. Por eso la palabra puede crear, generar un desorden físico-mental-espiritual particular en las sociedades negroafricanas. Algo parecido sucede en algunas sociedades occidentales cuando, por ejemplo, en Argentina se toca un elemento de madera (sin patas) o nos tocamos el testículo izquierdo (los hombres) o el pecho izquierdo (las mujeres) para contrarrestar la “mala suerte”, “el mal deseo” o alguna frase de maldición o intencionalidad hablada que pueda dañar o perjudicar a alguien y que no queremos que suceda.

Puede decirse que si bien nos encontramos frente a un orden de regulación no-biológico, esto no debe interpretarse como que estamos frente a hechos que no están fundados en el orden de lo real³⁴. Por el contrario, para los senegaleses existe una interrelación entre ambos órdenes, donde la respuesta al problema desde el nivel sociocultural (*sickness*) determinará la eficacia de la cura del padecimiento, la cual incluye

³⁴ “La crítica del determinismo también es válida respecto a la (sobre) interpretación de lo “social” como si lo biológico terminaría al nacer y desde allí operaría la cultura. Ese otro extremo determinismo cultural niega la biología (...) de ahí la necesidad de un enfoque dialéctico”. (Breilh, 2003: 120)

asimismo, el tratamiento estrictamente biológico (*disease*). De acuerdo a Menéndez (1992), la objetivación de un problema de salud presupone que los sujetos se encuentran inmersos en un plano de regulación más alto que el del tipo empírico donde se presenta la anomalía. Y este hecho, con sus particularidades socioculturales, ha existido desde siempre en todas las sociedades históricas humanas. Las sociedades históricamente han llevado a cabo diversos procesos de reproducción en sus dimensiones biológica, cultural, social, económica, política... Cuando alguno de dichos procesos es interrumpido o perturbado, esto se expresa como “sufrimiento”, “padecimiento”, o como “problema”.

1.1. Principales enfermedades, dolencias y padecimientos

Siguiendo a Kaplan (1998: 135), los pueblos de Senegambia reconocen diferentes padecimientos que son percibidos y conceptualizados de acuerdo con la gravedad que socialmente se les concede y con las características de un orden preeminentemente físico o suprafísico que posean. Así, por ejemplo, para la “normalidad”, para el estar sano, no tienen ningún nombre o expresión: simplemente, están bien. En cambio, para la “anormalidad” distinguen dos conceptos diferentes (en *wolof*): *tawat*, un término algo difuso que implica “me siento mal”, “no me encuentro bien”, “no estoy bien”, “no me siento bien”; y *diaga di*, que supone un estado de enfermedad que se desvía de lo normal.

Situaciones concretas son expresadas con los siguientes términos (en *mandinga*):

- *Balamakuyá*: refleja anormalidad en el cuerpo, cuando una persona se queja de algún dolor o malestar. Quiere decir “no me encuentro bien”.
- *N’sasata-le*: es una expresión utilizada para decir que parece que se trata de algo serio, que es motivo de preocupación.

- *Kuranta-le*: hace referencia a una enfermedad prolongada o grave, cuya curación no es rápida, como por ejemplo la tuberculosis. Existe un reconocimiento y una diferenciación respecto a las enfermedades crónicas.
- *Apatata-le*: significa “muy cansado” y es un término utilizado para los enfermos terminales o para las enfermedades de las personas ancianas. Sería algo así como que les falta energía, fuerzas. (Kaplan, 1998: 135)

Hasta aquí es posible reconocer en la medicina tradicional africana dos órdenes descriptivos alrededor de la enfermedad:

1) Un orden físico donde la enfermedad, malestar, padecimiento se manifiesta en términos de síntomas fisiológicos. Para la lectura de síntomas fisiológicos utilizan *seet* (*wolof*), que supone mirar, buscar, revisar el cuerpo en sentido integral. El término *feebat* (*wolof*) designa una enfermedad de orden estrictamente físico, una fiebre que se atiende mediante el conocimiento y uso medicinal de plantas, hierbas, cortezas y raíces, generalmente a través del *marabout*. La curación se designa como *facc* (*wolof*), mientras que *safara* (*wolof*) alude específicamente a los brebajes, preparados o infusiones a base de plantas, hierbas, cortezas y raíces que ingieren durante el tratamiento de siete días para sacar la fiebre amarilla del cuerpo de alguien.

Resulta pertinente destacar la importancia general y específica en el campo de la curación que se le asigna en estas sociedades a lo que Mallart (2001: 197) denomina “mundo vegetal”, del cual mucho se interesó en sus investigaciones sobre la medicina de los *evuzok*. En efecto, “*hay plantas para curar heridas y dolores que tienen tanto poder, que si tú no sabes y juntas dos opuestas entre sí, relampaguea en el cielo*”. (Bebu)

2) Un orden suprafísico/supranatural, “mágico”, “místico”, “espiritual”. El concepto de *giissane* (*wolof*) permite el diagnóstico de las causas de este orden y abarca asimismo el

diagnóstico o lectura del futuro. Por su parte, *ligeey* (en *wolof* “trabajar”; *cort* en *peul*) alude a un maleficio o espíritu malo que se ha apoderado de una persona (tras eludir los amuletos de protección, los *gri-gri*) e implica que alguien ha trabajado mediante brujería para lograr ese estado de enfermedad en el/los otro/s. ¿Cómo se transmite un maleficio? *“Por la bebida, la comida o el aire mismo, incluso mentalmente... si tú estás sentado en un bar y te levantas para ir al lavabo, tienes que tapar la botella de Coca-Cola por protección. Por eso dependerá siempre del tipo de protección que se tenga. El amanecer, el mediodía y el crepúsculo son momentos en donde resultan más frágiles las protecciones porque son los momentos de los espíritus (sobre todo de animales, los raab) que vencerán fácilmente”*. (Wama)

2. El contexto histórico-sociosanitario en la sociedad de destino: dominancia del Modelo Médico Hegemónico, mercantilización de la salud y condiciones de acceso a los servicios sanitarios.

“Niggle se sintió muy enfermo y cayó desmayado en el andén. Le subieron a una ambulancia y se lo llevaron a la enfermería del asilo. No le gustó nada el tratamiento. La medicación que le daban era amarga. Los enfermeros y celadores eran fríos, silenciosos y estrictos: y nunca veía a otras personas, salvo a un médico muy severo que le visitaba de cuando en cuando (...) Nunca se le permitió salir, y todas las ventanas daban al interior. Le mantenían a oscuras durante horas y horas, para que pudiera meditar, decían. Perdió la noción del tiempo. Y no parecía que empezase a mejorar, al menos si por mejorar entendemos encontrar algún placer en realizar las cosas. Ni siquiera ir a dormir se lo proporcionaba (...) Debían haber estado esperando a que mejorase, y juzgaban la mejoría de acuerdo con un extraño y peculiar sistema médico”. (Tolkien, J. R. R., 1981: Hoja de Niggle. Barcelona: Minotauro. p. 92-93)

Menéndez (1990^a) alude a un “modelo” como instrumento metodológico, un modelo abstracto e ideal que sí está presente en la realidad ya que contiene aspectos de ella, pero esta última es más conflictiva que lo que representa el mismo. Para el autor, los modelos son construcciones que, a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas (incluidos los “curadores”), sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento.

Desde esta propuesta teórica, el Modelo Médico Hegemónico se basa en:

“(…) un conjunto de prácticas, saberes y teorías de la medicina científica identificada como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (…) construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativos-preventivos”. (Menéndez, 1983: 84)

La noción de **hegemonía** derivada de los análisis gramscianos es fundamental en este planteamiento, ya que incorpora la consideración de las relaciones de poder histórica y socialmente constituidas en el campo de las respuestas al proceso salud/enfermedad/atención. Las relaciones de hegemonía/subalternidad suponen, al mismo tiempo, el análisis de los procesos transaccionales que se encuentran en la base del desarrollo y dinámica de los tres modelos definidos por el autor: Modelo Médico Hegemónico (MMH); Modelo Alternativo Subordinado; y Modelo de Autoatención.

Entre los rasgos estructurales que definen al MMH, pueden mencionarse los siguientes:

“(…) biologismo; concepción teórica evolucionista/positivista; orientación básicamente curativa; relación médico-paciente asimétrica; ahistoricidad; asociabilidad; individualismo; eficacia pragmática; salud-enfermedad como mercancía; concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (como la institución psiquiátrica); concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; el paciente como responsable de su enfermedad; inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud”; producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico; prevención no estructural;

no legitimación científica de otras prácticas; profesionalización formalizada; identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; tendencia a la medicalización de los problemas; tendencia inductora al consumismo médico; predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de investigación médica”. (Menéndez, 1990^a: 97)

Los caracteres o rasgos del MMH están saturados por las concepciones ideológicas de la burguesía, es decir, de la clase dominante en el sistema capitalista, por lo que el modelo supone una correspondencia isomórfica a la estructura de clases existente. He aquí otro de los problemas a los que remite su análisis: el de no confundir el MMH con el modelo de los médicos (con su práctica). El MMH es una construcción histórico-social donde participan los sujetos sociales, el Estado y los médicos en particular, que necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad. La legitimación de este modelo se da a través de la práctica médica que engendra y sostiene. De ahí se desprenden los tres tipos principales de funciones que Menéndez (ob. cit.) le asigna al MMH: a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) de control, normalización, medicalización y legitimación y c) económico-ocupacional, que se relaciona con el rasgo de la mercantilización.

De esta manera, puede verse cómo los caracteres y funciones del modelo proponen un primer nivel explicativo, el cual -he aquí su importancia-, para su comprensión como proceso debe articularse necesariamente con la descripción y el análisis de situaciones específicas. Desde este planteamiento, y partiendo del hecho de que la salud de los trabajadores no ha escapado al MMH (Franco Agudelo, 1986), se puede abordar la problemática de la salud laboral de los inmigrantes extranjeros en la sociedad de destino.

Del mismo modo, centrándonos en lo que Menéndez consideraría dentro de las funciones del MMH (sobre todo las del tipo b), puede verse cómo en el marco de la línea político-ideológica hegemónica sostenida por el Estado español, la cadena lógica que va a inspirar las acciones médico sanitarias hacia la población inmigrante encuentra su correspondencia a su vez en documentos oficiales que aluden a la “integración” de los inmigrantes extranjeros:

“(…) debido a las dificultades derivadas de la situación del inmigrante, se genera una situación de riesgo doble (para el individuo y para la sociedad receptora), porque el inmigrante condensa en sí mismo, carencias económicas, barreras socioculturales, dificultades lingüísticas, incomunicación (...) La respuesta institucional se ve en la alternativa de corregir aquellas carencias por medio de un *proceso de integración* o enfrentarse al riesgo, sin más recursos que el control”. (Ministerio de Asuntos Sociales, 1995: 26, 44)

Al respecto, vale recordar que el concepto de “factor de riesgo” refiere a una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud, y comprenden aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

El enfoque de riesgo se orienta, entonces, a la definición de estrategias de intervención en los comportamientos de individuos y de grupos, a estrategias de “control del riesgo”.

El “riesgo” como categoría epidemiológico-social aplicada a un determinado “grupo de riesgo”, como construcción sociocultural y política, conlleva a una estigmatización de determinadas conductas y comportamientos, en este caso respecto a los sujetos inmigrantes,

sostenida desde los discursos hegemónicos del poder basados en el “cuerpo social” que hay que preservar frente a los “agentes extraños”.

2.1. El MMH y la mercantilización de la salud en España

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. Sin embargo, tras 57 años, la propia dimensión de la salud ha estado fuera del foco central de las políticas implementadas por la mayor parte de países del mundo, que han tenido como referencia sanitaria la enfermedad y no la salud. La enfermedad -no la salud- es un fenómeno cada vez más costoso para las sociedades. Esta tendencia se viene produciendo en todo el mundo y se ha incrementado fundamentalmente en la “industria de la salud” (no en los recursos humanos) y en el sector privado.

Una tendencia similar a la expuesta se ha experimentado en el rubro asistencial en detrimento del preventivo: las políticas de prevención son cada vez más reducidas en comparación con las asistenciales. Y, como parte de las políticas neoliberales, se va produciendo un progresivo desmantelamiento de los sistemas públicos y la sanidad se va privatizando. Tanto tienes, tanto vives...

Lo anterior repercute en la actitud del usuario que se asume más bien como “cliente”, el “ciudadano NIF” -como ha designado Josep Ramoneda (2000) al contribuyente sin más preocupación que velar por su bolsillo- integrado a una sociedad que le brinda solamente bienes materiales; y que en el plano de la atención sanitaria consume la propaganda del sistema orientada a proyectar sobre las personas la creencia de la ciencia médica occidental como autoridad dominante para mantener y mejorar la “salud”. “Salud” conceptualizada

artificialmente, salud fetichizada, salud mercancía, al igual que la sanidad y sus servicios, y sus productos.

Breilh (2003) considera que en el contexto de retracción del Estado de Bienestar, la persistente tendencia a definir la salud por el lado negativo de la enfermedad es parte del predominio de un modo de conocer medicalizado, que corresponde a un tipo de práctica curativa y ligado a la lógica comercial en la salud:

“En la era del fundamentalismo de mercado (...) el sistema busca entrar en todos los espacios en un voraz afán de privatizaciones. Nada se libra y junto con los recursos estratégicos caen los servicios “sociales” que el Estado benefactor garantizó hasta hace poco”. (Ibid: 66). Para el mencionado autor, con las privatizaciones el derecho a la salud de los ciudadanos se transforma en necesidad relativa a ser comprada a discreción por quienes donde los programas preventivos son prácticamente eliminados, constituyendo esto una derrota de lo preventivo, lo promocional, lo “positivo” de la salud como derecho.

El campo de la investigación genética ha constituido uno de los pilares del desarrollo biomédico en las sociedades capitalistas centrales, como lo demuestran las cuantiosas inversiones realizadas en el proyecto genoma humano, los procesos de biosíntesis, etc. Pero según Breilh (Ibid: 164-165), la tendencia que hegemoniza actualmente el campo genético descansa en una suerte de neodarwinismo social. Se trata de una ideología biologicista, que sustenta la supremacía de los esfuerzos científicos sobre el **control social**.

El proceso referido se da en un contexto en el cual pueden corroborarse importantes cambios en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones de los países industrializados, y no sólo en cuanto a las enfermedades, sino también respecto de los padecimientos. En este sentido, las enfermedades crónico-degenerativas se pueden detectar cada vez más

tempranamente; por lo tanto, en estos casos la enfermedad (“el padecer normalizado”) acompañará al individuo durante toda su vida.

Situados en este contexto, un punto de partida básico es reconocer que la población migrante senegalesa de la que se trata, como otros colectivos de migrantes, introducen de por sí en el contexto español, un conjunto de variables nuevas en cuanto a concepciones, actitudes y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención. Conceptos como salud/enfermedad, patología, curación, etc., no sólo varían culturalmente, sino que en una misma sociedad pueden adquirir significados, determinar prioridades e implicar estrategias diferentes para los distintos conjuntos sociales que la integran. No obstante, algunos de ellos pueden alcanzar un consenso a nivel social, más que por la coincidencia de intereses y necesidades, por el hecho de estar legitimadas ideológicamente por el Estado. Allí se ubica la medicina científica o biomedicina, como manera “correcta” (y “verdadera”) de explicar y dar respuestas a los padecimientos humanos, a través de un determinado modelo: el MMH. Vale señalar que la biomedicina, también llamada “medicina científica”, se sustenta en un saber que se decanta tanto de los saberes populares como de los diversos paradigmas religiosos y alternativos. Para Kleinman (1983), lo que resulta específico de la biomedicina es el énfasis que pone en el paradigma científico (positivista) como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos.

Desde esta perspectiva, una de las variables a tener en cuenta en el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en el contexto de la sociedad receptora será la manera en la que sus experiencias previas, tanto con la medicina tradicional africana como con el sistema sanitario biomédico en el país de origen, influye o determina su relación con el sistema sanitario español y los representantes del mismo.

Al respecto, es oportuno recordar que la instalación e influencia de la medicina occidental y su sistema sanitario en Senegal se produce, a partir de la colonización francesa, con la inserción de los misioneros católicos en St. Louis (siglo XV) y otros pueblos. Por esos tiempos, la estructura básica colonial local se basó principalmente en tres instituciones: la iglesia, la escuela y el centro de salud. Por eso, en general la biomedicina ha sido históricamente concebida en Senegal como una institución de los blancos, como un instrumento de control social de los colonizadores franceses paralelo a la evangelización católica.

Mallart (2001: 200) cita un escrito de Mba Owona en el que subraya el hecho referido acerca de que los colonizadores se sirvieron del clero para borrar los conocimientos y prácticas tradicionales entre los africanos y así imponer la medicina moderna importada: “(...) los enfermos que acudían a los curanderos en busca de sus servicios eran tratados como pecadores (...) han dado nombres falsos a los remedios, que designaron con los términos peyorativos de brujerías o fetiches (...) la medicina moderna aparece perdida ante ciertas enfermedades que nuestros remedios curan fácilmente...”

Para finalizar, y siguiendo a Menéndez (1990b), vale recordar que el enfoque relacional adoptado en este estudio explicita el reconocimiento de que todo acto humano, como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones sociales, más allá de la valoración de las mismas. Dichas relaciones suponen transacciones y se encuentran en permanente modificación. Los procesos de hegemonía/subalternidad entre los modelos hallan en el término “transacciones” el concepto con el cual se puede describir y explicar el conjunto de relaciones que operan potencialmente. Las transacciones suponen, a su vez, siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. Por esta razón, un aspecto significativo alrededor del concepto de MMH en el marco de esta

investigación es que el mismo permite analizar el conjunto de saberes y prácticas que poseen los migrantes senegaleses alrededor de la salud/enfermedad/atención y la apropiación de saberes y prácticas biomédicas que se produce en el nuevo contexto sociosanitario del que se trata.

2.2. Las condiciones de acceso a los servicios sanitarios en Barcelona

El capítulo III de la Constitución española regula los principios rectores de la política social y económica. Los artículos 13, 41 y 43 reconocen la universalidad del derecho a la protección de la salud, pero la Constitución no tutela la salud pública. Esto quiere decir que, aún reconociendo la universalidad del derecho a la protección de la salud, las leyes españolas distinguen entre la asistencia sanitaria pública y la prestación sanitaria gratuita o la prestación de la seguridad social. Respecto a la Ley de Extranjería actualmente en vigor, reconoce el derecho humano universal y constitucional español a la asistencia sanitaria sólo a aquellos extranjeros que se encuentren en situación regular. No obstante esto, los menores de 18 años, las mujeres embarazadas (durante el embarazo, parto y posparto), y cualquier persona en caso de urgencia, tienen derecho a recibir asistencia médica aún no teniendo papeles de ningún tipo. (Observatori DESC, 2003: 38)

En Cataluña, comunidad autónoma que posee plenas competencias en materia sanitaria, dentro de las áreas básicas de salud (ABS), son los Centros de Asistencia Primaria (CAP) los encargados de la atención sanitaria, junto con los hospitales en casos de urgencia. Para ser atendido, es necesario tener la tarjeta sanitaria, la cual se solicita en el CAP más cercano al domicilio, previa presentación del certificado de empadronamiento. Aún así, la realidad presenta otro tipo de obstáculos: en su *Informe 2001*, el Defensor del

Pueblo se explayó sobre el colapso de los ambulatorios en España, que creaban listas de espera de hasta dos años.

Es necesario apuntar que ni a nivel estatal ni autonómico de la salud pública existe mención explícita sobre la atención a inmigrantes extranjeros. En el caso de Cataluña, por ejemplo, el *Mapa Sanitario* (Departament de Sanitat i Assistència Social, 1980), Libro Blanco de la salud pública catalana que marcó las líneas de acción de las últimas dos décadas, no se encuentra ninguna referencia a la inmigración. Incluso entre las prioridades de los Planes de Salud Pública de Catalunya 1993-1995 y 1996-1999 (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993 y 1996) no se contempla el fenómeno de la inmigración desde una perspectiva integral, ni se adopta una postura clara sobre el derecho de los inmigrantes a la asistencia sanitaria, sino una serie de criterios mínimos para su abordaje entre los médicos: problemas de comunicación de orden lingüístico y enfermedades importadas (Diputació de Barcelona, 1997: 574). Pequeñas menciones, aunque laterales, sobre la población inmigrante pueden encontrarse en el *Informe SEPSAS 2000* (Alvarez Dardet y Peiró, 2000). En el caso de los centros de salud ubicados en áreas donde se concentran poblaciones de inmigrantes, se ha intentado reorientar los programas de atención para dar respuestas a sus necesidades y problemas específicos (Organ Tècnic del Pla interdepartamental d'inmigració, 1997). Lo anterior, partiendo del hecho que son “las condiciones de vida precarias más que las enfermedades importadas, la causa principal de los problemas sanitarios más graves de algunos sectores de inmigrantes”. (Diputació de Barcelona, 1997: 555).

Por el lado de los pocos títulos publicados sobre esta temática, existen artículos sobre experiencias de atención en algunos servicios de las instituciones sanitarias españolas que

reciben grandes contingentes de usuarios inmigrantes, en su mayoría escritos por profesionales de la salud, y en menor medida se trata de etnografías³⁵.

A continuación, se presenta un breve repaso por tres de los principales centros de atención de población inmigrada ubicados en la ciudad de Barcelona:

1) El Servei Català de la Salut (SCS) posee una institución particular en relación a la atención de los inmigrantes en el corazón de Ciutat Vella: la **Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas**, también conocido como Centro de Medicina Tropical de Drassanes. Fue creado en 1985 y está especializado en enfermedades importadas (tropicales) y transmisibles (HIV-Sida, hepatitis, tuberculosis, etc.). En este sentido, el tratamiento contra la malaria, enfermedad que algunas personas originarias de Africa portan desde sus países de origen, constituye un campo importante de acción; al igual que el tratamiento preventivo, como vacunaciones, para viajeros con destino a países del Tercer Mundo.

Como parte del trabajo de campo asistí en varias ocasiones al centro para observar su dinámica de atención, la variedad de población usuaria y el trato del personal sanitario. Una referencia importante en relación a ello ha sido Mawa, un hombre wolof senegalés que habita en Barcelona desde hace tres años, casado con una mujer catalana miembro de una ONG de cooperación y desarrollo. Vive en Cerdanyola y al momento de realizar las entrevistas y los registros de campo (mayo-junio de 2001) trabajaba como agente de salud en el centro de atención. El trabajo que realizaba consistía, según su propia definición, en lo siguiente:

³⁵ Entre los primeros pueden mencionarse Cabot (1993); Cuadros Riobó (1997); Gómez de Terreros (1999); Jauma y Viñamata (1994); Valero (1993). Respecto a los trabajos etnográficos, se encuentran Esteban y Díaz (1997); Kaplan (1998); Kaplan y Carrasco (1999); Solas (1996); Solé (1997); Ramos et. al. (1999).

“Tratar de flexibilizar las barreras culturales y agilizar las relaciones médico-paciente (...) explicarle a un inmigrante un diagnóstico clínico, los resultados de unos análisis, y ayudarlo a interpretarlos; si una persona no le ha dicho toda la verdad del malestar que lo aqueja al médico, intentar convencerlo de que lo haga por su salud, que no hace falta tener miedo para explicarle al médico; que debe tener confianza...” (Mawa)

Mawa remarcó el problema de las restricciones legales de la Ley de Extranjería respecto al derecho de acceso a los servicios sanitarios. Comentó a su vez que frecuentemente los usuarios cambiaban sus nombres y que casi nunca daban el suyo verdadero por temor a que los identifiquen: *“hay miedo de que algunos médicos se nieguen a atendernos o nos pueden denunciar a la policía por considerarnos ilegales”*. (Namse). En cualquier caso, en el centro de Medicina Tropical de Drassanes se atiende a todas las personas que acuden, sin importar si tienen o no papeles. El problema deviene cuando hay que derivar a un paciente a otro centro de atención, como por ejemplo uno especializado, si éste no posee tarjeta sanitaria y, por lo tanto, no tiene un médico de cabecera.

Por último, vale señalar que en el centro se intenta un intercambio entre los demás agentes de salud (paquistaníes, del Pacífico de Asia, de Latinoamérica y magrebíes) y los profesionales sanitarios, por un lado; y entre los primeros y la población de atención, por el otro, organizándose fuera del centro charlas y actividades grupales con el objetivo de capacitarlos y formarlos en cuestiones de salud.

2) El Hospital del Mar (Barceloneta, Ciutat Vella). Donde alguna vez funcionó el viejo Hospital Municipal de Barcelona para Enfermedades Infecciosas, se emplaza este hospital restaurado a partir de la transformación que se operó en la ciudad ante el evento de los Juegos Olímpicos de 1992. Desde 1970 la institución está asociada con la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y la Universidad Pompeu Fabra (UPF), albergando bajo su

techo al Instituto Municipal de Investigaciones Médicas y los cursos de los másters en Medicina Tropical y Geografía Médica (UAB).

La población que acude al hospital comprende principalmente a la que habita en el distrito de Ciutat Vella: autóctonos, entre los que se encuentran muchas personas de la etnia gitana, e inmigrantes. En el caso del servicio de pediatría, por ejemplo, para finales de 2001 los niños hijos de inmigrantes ingresados al hospital superaban el 50% de los casos, los cuales sumados a los niños de etnia gitana alcanzaban el 60%. En lo que se refiere a perfiles epidemiológicos, el jefe del servicio de Pediatría, Dr. Oriol Vall, ha comentado que los niños hijos de inmigrantes en esta sociedad se enferman de lo mismo que los autóctonos (problemas infecciosos, accidentes y traumatismos, etc.). Pero hay un 3% de enfermedades “importadas” que él clasifica como “genéticas, ligadas a los hábitos y costumbres de las poblaciones inmigradas en origen y las que aparecen en la sociedad de acogida”. En este sentido, y ligado a las condiciones de vida en esta sociedad, la tuberculosis aparece como la única enfermedad algo más prevalente entre los niños hijos de inmigrantes en relación a los autóctonos (Institut Municipal de Salut Pública, 1999). Por este y otros motivos, el servicio de Pediatría no cuenta con una unidad especial de atención a los inmigrantes. Al contrario, como ha señalado el Dr. Vall:

“Se trata de que todo el mundo sea usufructuario de la misma red sanitaria. Para el pequeño porcentaje de patologías diferenciadas he propuesto unas fichas, con el objetivo de que los médicos que trabajan en la atención primaria puedan consultar cuando, por ejemplo, no aciertan en el diagnóstico o no tienen claro el diagnóstico en función del grupo étnico del que se trata. Así se podrá tener una idea de los tipos y características de los grupos de enfermedades o patologías más frecuentes o prevalentes en cada uno de los grupos étnicos de inmigrantes”. (Oriol Vall)

3) El Hospital Clínic (Eixample). Tiene status de Hospital Universitario y en su interior funciona la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (UB). Aunque posee una Unidad Hospitalaria para Enfermedades Tropicales no se atiende la cantidad de población inmigrante como sucede en el centro de Medicina Tropical de Drassanes. Al igual que este último, parte de su personal médico-sanitario ha tenido experiencia de participación en países africanos mediante campañas de solidaridad y cooperación a través de proyectos de ONGs europeas; y se les otorga asesoramiento, asistencia y tratamiento a los viajeros que visitarán estos países, como a los que volvieron de los mismos.

- Durante 1999 la población extranjera atendida en el Hospital Clínic alcanzó un total de 5.260 personas, lo que equivalía a una media de 438 personas por mes, y significó un aumento del 1,7% más de extranjeros atendidos respecto de 1998. Del total atendidos en 1999, la distribución por continente fue la siguiente: europeos: 31%; latinoamericanos: 23,2%; africanos: 8,8% (principalmente marroquíes); y asiáticos (filipinos, chinos y paquistaníes): 7,8%. En el cuadro de abajo se detalla la población senegambiana atendida en esta institución durante 1996-1999.

Senegaleses y Gambiaños atendidos en el Hospital Clínic. 1996-1999.				
	1996	1997	1998	1999
Gambiaños	0	6	2	1
Senegaleses	1	9	11	7
Total	1	15	13	8

Fuente: OPI: *Dades de l'Hospital Clínic de Barcelona*, novembre 2000.
Comissionat de l'Alcaldia per a la defensa del Drets Civils. Ajuntament de Barcelona.

3. Padecimientos y respuestas de los migrantes senegaleses a través de sus itinerarios terapéuticos en la sociedad de destino.

¿Cuáles son los principales padecimientos relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes senegaleses en la sociedad de destino, y de qué manera los intentan resolver?

“Tras una revisión de los escasos estudios realizados en España sobre la situación sanitaria de los inmigrantes puede afirmarse que no existen perfiles de morbilidad marcadamente diferenciados respecto a la población autóctona; contra lo que algunos prejuicios pueden sugerir, la incidencia de enfermedades importadas (malaria, paludismo, etc.) es mínima. En cambio, gran parte de las consultas de la inmigración económica procedentes de países del Sur están originadas por las condiciones de trabajo (heridas y golpes en la construcción, efecto de plaguicidas en labores agrícolas, etc.), de vida (alimentación y condiciones de vivienda inadecuadas) y de marco social de convivencia (enfermedades de transmisión sexual entre colectivos compuestos mayoritariamente por varones, que recurren a los servicios de prostitutas sin observar medidas profilácticas). Según Ugalde (1997), los patrones de morbilidad de esta población refleja, más que sus niveles de salud antes de emigrar, los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, que generan problemas de salud mental (estrés, miedo, ansiedad, etc.) y diversas predisposiciones psicosomáticas”. (Colectivo Ioé, 1999: 164)

A través de la información etnográfica recogida en esta investigación, he comprobado que los migrantes senegaleses que trabajan en el comercio de venta ambulante en Barcelona sufren generalmente cansancio y fatiga, como padecimiento o malestar específico a la actividad cotidiana que desarrollan. Por un lado, en su mayoría no cuentan con vehículo

propio, por lo que deben transportar el peso de la mercadería hasta el lugar donde se instalan y moverse corriendo con él cada vez que la policía aparece. Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, de acuerdo a una de las observaciones de campo efectuadas, durante un sábado del mes de mayo de 2001, a partir de las 14 hs. y hasta las 20 en la Villa Olímpica (imagen 14, Anexo), debieron realizar este procedimiento al menos en seis ocasiones. Por lo tanto, habría que agregarle, además, otro factor que les genera problemas en su salud: el estrés de estar permanentemente atentos y temiendo que la policía llegue, les confisque su mercadería, los llegue a detener y se los pueda expulsar, ya que, mayoritariamente y muy a pesar de ellos mismos, no poseen su situación administrativa regularizada.

Como expuse previamente en el capítulo anterior, punto 3. 1, en el caso de algunos de los senegaleses entrevistados en Barcelona, sus amuletos de protección (los *gri-gri*) les servían para “volverse invisibles frente a la policía”, salvándose así de ser detenidos y de que les sea confiscada su mercadería de venta ambulante: *“Ellos no me ven, no pueden atraparme y sacarme mis cosas...”* (Teko)

Asimismo, es importante destacar al menos dos tipos de “presiones” añadidas que sufren los migrantes senegaleses y que provienen del país de origen. Una es de carácter general y abarca a todos los migrantes:

“Muchos africanos creen que cuando tú llegas aquí lo tienes todo, triunfas. Cuando saben, por ejemplo que [Kai] está en Europa, lo están mirando, están esperando su triunfo. Si no estás bien preparado, puedes volverte loco”. (Kai)

Más adelante, en este mismo capítulo, se retomará el análisis de este problema. El otro tipo de “presión” se relaciona con la jerarquía particular de cada sujeto en la estructura familiar que ha dejado en origen. Por ejemplo, un *modou-modou* que está casado con una o

dos mujeres (de acuerdo al Islam pueden tener hasta cuatro); es decir, que tiene hasta dos familias, necesita por fuerza trabajar mucho para enviar dinero y mantenerlas. Por lo tanto, estará sujeto a más presión, lo que le generará más angustia y, por ende, más problemas de salud de orden físico y psicológico. Sumado a lo anterior, hay que remarcar lo tratado en el capítulo IV acerca de los cambios que sufren en los hábitos alimentarios, así como a la pérdida de horas de sueño, señalando el hecho de que *“en Senegal se duerme más que aquí y al menos nos tomamos un día de descanso”*. (Sut)

El caso de Mustafá sirve para graficar lo anterior. Cuando en el año 2000 emigró de Senegal pesaba 113 kg.; después de dos años en el continente europeo había perdido 13 kg. Los motivos que él adjudicó a lo sucedido fueron, en el siguiente orden: 1) el estrés de vender en la calle: *“tienes que ir de aquí para allá, corriendo de la policía, que si te atrapa te secuestra tus cosas y te lleva en cárcel”* (Mustafá); y 2) el estar lejos de su tierra y los suyos, en una cultura distinta. Es decir que, de modo general, un problema de orden físico (la pérdida de peso) es atribuido a causas de índole sociocultural, que determinan la situación de los migrantes en la sociedad de destino.

Siguiendo con los padecimientos ligados a la actividad de venta ambulante, vale señalar que con el término *töy* (en *wolof*) los *modou-modou* se autodiagnostican el malestar que relacionan con el cansancio y la fatiga que sufren en su trabajo. Para tratarlo utilizan dos tipos de plantas: el *Kël*, un árbol de cuyas hojas (o corteza) se prepara una infusión; y la *Bissa*, un pequeño arbusto de múltiples propiedades, que también actúa como laxante y diurético (si se bebe caliente) o líquido refrescante (si se bebe frío).

¿Qué ocurre en la sociedad de destino cuando los inmigrantes senegaleses no cuentan con estas especies de plantas curativas? Según pude comprobar a partir del trabajo de campo realizado, generalmente las transportan consigo desde origen y a medida que se

consumen las van renovando por intermedio de aquellos que viajan a Senegal durante el período de menos ventas en Europa, o bien reciben un nuevo suministro a través de los nuevos migrantes que arriban a destino. Es decir que, reproducen un mecanismo semejante al que ponen en práctica con las artesanías de madera que venden, basado en las redes y cadenas migratorias. De todas maneras, es tan extendido el uso terapéutico de estas sustancias, que el *Kël* se vende también en el restaurante senegalés *Thiossan*, ubicado al costado de la Plaza Real de Barcelona (imágenes 15 y 16, Anexo), mientras que la *Bissa* o *bissip* se consigue en el restaurante *Dam Salam*, situado en el barrio Parc de la Ciutadella, distrito de Ciutat Vella.

Lo anterior forma parte de los mecanismos de autoatención, la cual siguiendo a Menéndez (1990^a), está fundada en dos hechos básicos: a) la frecuencia, la recurrencia y la continuidad de episodios de enfermedad, daños, padecimientos o problemas que afectan a los miembros de los grupos primarios y de manera particular a las unidades domésticas; y b) la necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución, cuanto menos provisoria, a dichos episodios que, agudos o crónicos, son parte constitutiva de la vida cotidiana.

Siempre según Menéndez (ob. cit.) la autoatención permea la estructura de toda la sociedad y es su **primer nivel real de atención**. Está basada en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios, y en el que no interviene directamente un curador profesional.

Si bien la autoatención es una estructura que no puede ser erradicada, sí puede ser limitada. Esto último resulta un elemento importante al momento de analizar los itinerarios terapéuticos de los migrantes senegaleses en el contexto de la sociedad de destino. En este

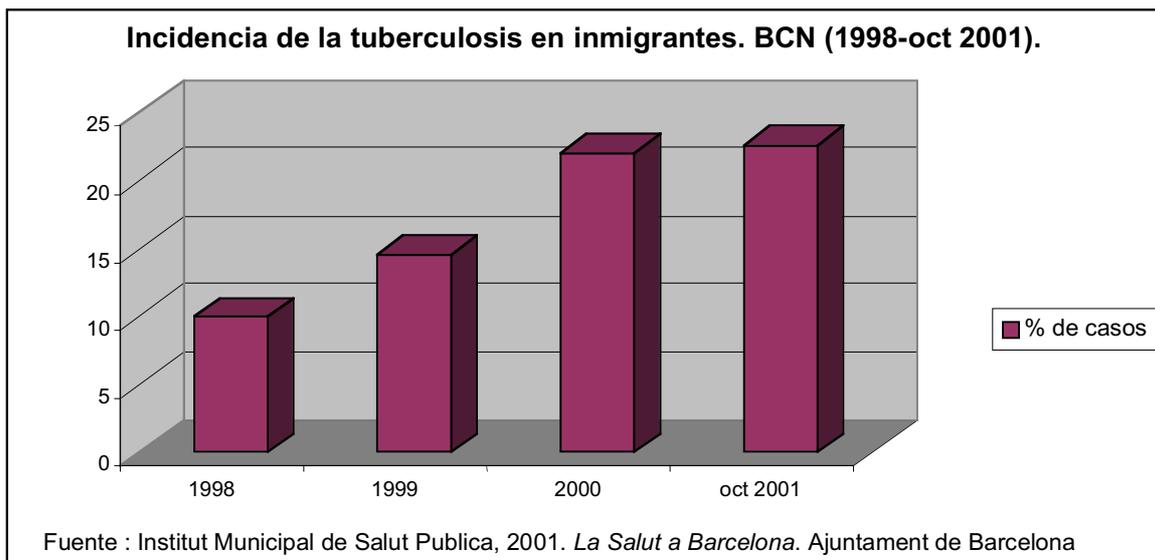
sentido, vale recordar que el MMH, al cuestionar la autoatención, sobre todo respecto de la automedicación, reduce de hecho la posibilidad de un primer nivel de atención autónomo y eficaz, en función de la necesidad de seguir manteniendo su hegemonía.

A continuación, se presentarán algunos casos que permiten dar cuenta de las dimensiones que adquieren dos aspectos fundamentales al momento de analizar el proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona. En primer lugar, establecer la relación entre salud y condiciones de vida y de trabajo como variable determinante en la situación de salud/enfermedad de los sujetos. En segundo lugar, la importancia de reconocer y describir el conjunto de representaciones y prácticas de los sujetos, así como el itinerario terapéutico seguido, ante determinados padecimientos en el contexto de la sociedad de destino.

3. 1. El caso de Lake

Cualquier persona que haya caminado por las calles de Ciutat Vella, fundamentalmente por el barrio del Raval, puede inferir al menos tres cuestiones: primero, exceptuando la zona del Raval alto, la mayoría de la población que lo habita es de origen inmigrante; segundo, buena parte de los pisos que éstos habitan no se encuentran en condiciones de habitabilidad y saneamiento dignas, sino más bien de hacinamiento; y tercero, las pequeñas calles del corazón del barrio constituyen potenciales focos infecciosos debido a la concentración de basura y suciedad que las caracteriza. Ante semejante estado de cosas, la incidencia de la tuberculosis, una de las llamadas enfermedades de la pobreza, va en aumento:

- Como puede observarse en el gráfico que se presenta a continuación, el porcentaje de casos de tuberculosis aumentó significativamente en inmigrantes a partir de 2000.



Según recomendaciones del Instituto Municipal de Salut Pública (IMSP), más que asociar tuberculosis con inmigración (del mismo modo que se relaciona esta última con delincuencia) el fenómeno remite sobre todo a las condiciones de pobreza y marginación en las que los inmigrantes viven. Es baja la probabilidad de que una persona que habita en Sarriá, uno de los barrios más ricos, ubicado en la parte alta de la ciudad, contraiga la enfermedad. La tuberculosis ataca a organismos con defensas deficitarias y mal alimentados. Por lo tanto, no se trata solamente de una enfermedad “importada” por los inmigrantes, sino que mayoritariamente se la contrae aquí, en contextos urbanos con un status de vida de “Cuarto Mundo”, en los cuales existen altos grados de patrones de exposición para las personas que los habitan (en su mayoría inmigrantes)³⁶.

“En este barrio [por el Raval] hay una incidencia de la tuberculosis muy alta, que no tiene nada que ver con el resto de Barcelona. Tenemos mucho cuidado con los inmigrantes

³⁶ Es importante señalar que España se sitúa a la cabeza de la UE en tasas de mortalidad por tuberculosis. En Cataluña, se producen 30 casos de tuberculosis cada 100.000 habitantes, mientras que de cada 3 inmigrantes que mueren 1 es por tuberculosis. Por su parte, en Barcelona, la tasa es de 37,5 casos por 100.000 habitantes, pero en el distrito de Ciutat Vella la misma se eleva a 174 casos, cifra comparable a la de muchos países del “Tercer Mundo”. (Fuente: Instituto Municipal de la Salut)

porque viven en unas casas con muy malas condiciones, de hacinamiento, además no comen bien, la alimentación no es la correcta, es decir que, las condiciones de vida que tienen potencian el desarrollo de la enfermedad”. (Montse Salgado, médica del CAP de Drassanes)

Lake, vendedor ambulante senegalés, fue uno de los 590 casos de tuberculosis declarados en Barcelona durante 1999. Al momento de realizar las entrevistas (abril-mayo de 2001), Lake tenía 28 años y era uno de los 13 senegaleses empadronados en el barrio del Raval, Ciutat Vella. Vale recordar que de los 215 senegaleses que según la administración residían en Barcelona en enero de 2001, 80 habitaban en el distrito de Ciutat Vella, distribuyéndose en los barrios que conforman el distrito de la siguiente manera: Barceloneta: 1; Gòtic: 16; Raval: 13; Parc Ciutadella: 50. (Fuente: OPI, 2001. *La població estrangera a Barcelona, enero 2001*. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona).

Lake habitaba un pequeño piso compartido con un primo (Kai) y dos amigos (Wama y Namse), todos migrantes senegaleses vendedores ambulantes.

“Un día que volví de vender me sentí muy cansado, más cansado que otros días, no tenía fuerzas. Comí y me eché en la cama. Esa noche recuerdo que me despertaba todo el tiempo, estaba todo sudado, tenía fiebre alta. Al día siguiente me vino una tos muy fuerte y mucha fiebre en la noche. Esperé hasta el otro día y fui a Medicina Tropical para que me viera un médico. El me dijo que lo que yo tenía seguro era tuberculosis”. (Lake)

Como es sabido, el tratamiento completo para curar la tuberculosis es prolongado: dura de seis a nueve meses, incluso a un año. Lake no estaba lo suficientemente convencido de que se iba a mejorar, ni siquiera confiaba en que se tratara de la enfermedad diagnosticada por el médico. Creía más bien que se trataba de algún otro padecimiento ligado a una falla en su sistema de protección, los *gri-gri*, portados consigo desde su sociedad de origen. Hasta llegó a pensar en la posibilidad de que alguno de sus antepasados estuviera enfadado

con él por alguna causa. Si como le dijo el médico, la tuberculosis es muy contagiosa...
¿por qué, entonces, no se enfermaron también su primo y los amigos que vivían con él?

A la par del tratamiento terapéutico biomédico a base de tres fármacos distintos³⁷, que incluyó la elaboración por parte del médico de una dieta alimentaria rica en proteínas y vitaminas, a la vez que la recomendación de no fatigarse en el trabajo, descansar y dormir bien, Lake comenzó a cartearse con su familia nuclear en Senegal y a mantener con ellos una comunicación telefónica semanal. Incluso, en dos ocasiones, habló por teléfono directamente con el *marabout* de su pueblo para que tratara su problema de salud a la distancia: “*Así me sentía más tranquilo y seguro. Fui mejorando con el tiempo hasta que me curé completamente*”. (Lake). De otra forma hubiera tenido que viajar a Senegal para solucionar su problema en el nivel familiar-sociocultural y reiniciar los rituales de protección.

El caso permite ver la manera en que, ante determinados padecimientos, los migrantes senegaleses ponen en práctica mecanismos de respuesta que abarcan simultáneamente los niveles físico y suprafísico. Para curarse de la tuberculosis, Lake ha seguido el tratamiento estrictamente biomédico en la sociedad de destino pero con el sustento simbólico familiar-sociocultural de origen, dentro del cual el papel del *marabout* resulta fundamental.

³⁷ Al momento de realizar las entrevistas, Lake no recordaba el nombre de los fármacos que utilizó para curarse la enfermedad. Comentó, sí, que se trataba de tres medicinas diferentes y que, sobre todo una de ellas, era muy cara en la farmacia. Sin embargo, sólo tuvo que comprar las pastillas “una o dos veces” en nueve meses de tratamiento, ya que se las proporcionaron casi en su totalidad y gratuitamente en el Centro de Medicina Tropical de Drassanes. Vale apuntar que, en general, durante el prolongado tratamiento contra la tuberculosis se suele usar una combinación de alguna de estas drogas: *isoniacida*, *rifampicina*, *etambutol*, *estreptomycin* y/o *piracinamida*.

3. 2. El caso de Mame

Al momento de realizar las entrevistas (diciembre de 2000), Mame tenía 27 años. *Wolof* senegalés, vendedor ambulante y amante de la música negra, Mame frecuentaba con sus amigos el *Paradise*, la más concurrida de las discotecas “afro” que existen en Barcelona, situada a metros de la plaza de St. Jaume. Una noche, mientras bailaba, resbaló y se dio un fuerte golpe en la nuca. A partir de ese episodio comenzó a sufrir crisis periódicas de tipo epilépticas con algunas convulsiones nerviosas.

Es importante mencionar que Mame proviene de una familia poligámica:

“En mi familia somos muchos hermanos. El único que emigró fui yo, por eso he ayudado mucho a mi padre económicamente. Siempre que son muchos hijos hay una competencia, igual que con las esposas que tienen envidia por los hijos de las otras...” (Mame).

Mame atribuyó las crisis periódicas que sufría a un acto de brujería: el responsable de sus problemas de salud era un maleficio hecho en su contra por alguna de las esposas de su padre.

A diferencia de Lake, Mame no estaba empadronado en el ayuntamiento. Por consejo de un amigo senegalés, concurrió al centro de Medicina Tropical de Drassanes donde lo trataron: le realizaron exámenes neurológicos y lo atendió un médico que le hizo un seguimiento durante una semana para ver cómo evolucionaba. Paralelamente, Mame se comunicó periódicamente por teléfono con su padre y sus hermanos que lo tranquilizaron de que no existía un “desorden” en el plano sociocultural. Después de unos días, Mame volvió a “su” normalidad.

Nuevamente puede verse la manera en que operan ambos tipos de respuestas articuladas, aunque en este caso la eficacia estuvo determinada más bien por el plano simbólico de acuerdo a la representación que Mame hizo del padecimiento que sufría.

3. 3. El caso de Bebu

Junto al caso de Notcher, que presentaré más adelante, Bebu, a quien entrevisté durante abril-mayo de 2002, constituye un caso excepcional dentro de las características generales de la muestra de este estudio: por un lado, a diferencia de la mayoría de los senegaleses entrevistados, no se dedica a la venta ambulante sino que ejerce su profesión de sastre en Barcelona; por otro lado, no pertenece a la etnia *wolof*, mayoritaria entre los senegaleses, sino que su madre es *peul* y su padre *bambara*.

Sus testimonios permiten dar cuenta de la utilización medicinal -y la preferencia- , para determinados problemas de salud, de plantas, hierbas, cortezas y raíces provenientes de la sociedad de origen, en detrimento de los fármacos industriales que los profesionales de la biomedicina recetan en la sociedad de destino:

“Siempre he tenido, de joven, el estómago mal, úlcera. Lo que tomo más son hierbas, para mi es mejor que tomar pastillas. Son hierbas de plantas de Africa. Hace dos años estaba enfermo de mareos. Me mareaba todo el tiempo. Un día me fui a tomar un café con leche y comí un queso. Cuando regresé a mi casa empezaron los mareos y los vómitos. Y durante tres semanas estuve así. Tengo seguridad social y me fui al médico y me hicieron todos los análisis, de sangre, de todo. Pero no pudo curarme, él no me veía enfermo, no me encontraba nada. Me tomaba todas las pastillas que me daba pero nada, así que dejé de ir al médico. Al final me mandó mi madre unas hierbas y cuando me las tomé enseguida se me pasó y me curé. Cuando estuve hace tres meses allí me traje de estas y otras hierbas³⁸. Aquí también hay bosque pero las plantas son diferentes. Cada árbol, cada planta, ayuda en algo, cada una cura, pero si tú no lo sabes, no lo sabes. Igual aquí, todo árbol, toda planta, cura algo, pero hay que saberlo. Cuando tengo problemas de úlcera y me duele el estómago tengo de estas hierbas, me las tomo y ya estoy bien. A mi me gusta todo lo

³⁸ Bebu se refiere, entre otras, al *Kël* y a la *Bissa*, dos de las plantas medicinales más utilizadas por los senegaleses para determinados problemas de salud.

natural. Es un polvo que se prepara con té. También si te duele la pierna o lo que sea, tengo una pomada que sale de un árbol; me la pongo y ya está, enseguida se quita”.
(Bebu)

3. 4. Del itinerario migratorio al itinerario terapéutico: el caso de Notcher

De acuerdo con el planteamiento de Kaplan (1998), el conocimiento de los aspectos relacionados con el trayecto o itinerario migratorio y sus etapas es relevante para el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes. Partiendo de esta premisa se ha presentado el caso de Notcher, quien, tal como he mencionado, a diferencia de la mayoría de los sujetos de estudio entrevistados en esta investigación, no se dedica al comercio de venta ambulante sino que ha vivido y trabajado durante dos años en los invernaderos del Poniente almeriense y luego recogiendo fruta en Lérida. Actualmente trabaja en el Duty Free del Aeropuerto del Prat reponiendo cajas de mercadería, las mismas que traslada desde el almacén a la tienda:

“El trabajo que estoy haciendo aquí [en el Duty Free del Aeropuerto de Barcelona] no es nada si se le compara con el que hacía en Almería. Aquí me pagan más y estoy mejor”. (Notcher)

Notcher habita en el distrito de Ciutat Vella, Barcelona, donde lo entrevisté durante septiembre-noviembre de 2001.

En el capítulo anterior se expuso su caso en función de la relevancia que adquiere para el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes extranjeros en España en una de sus principales dimensiones, la de la salud laboral como relación social. En este apartado, a través del análisis de su itinerario terapéutico, se intentará dar cuenta de los distintos factores que han interactuado en su proceso de “duelo” migratorio, particularmente en el campo psíquico de la salud/enfermedad, así como de los mecanismos

de respuestas que ha puesto en práctica para hacerles frente. Atxotegui (2000: 86) se refiere a lo anterior cuando analiza el duelo que existe en la emigración respecto a lo que se deja atrás. En este sentido, “los problemas psicológicos surgirían de las dificultades en la elaboración de ese duelo”, dificultades que se profundizan en un contexto de desigualdad, marginación y exclusión como el que determina las condiciones de vida y de trabajo de muchos inmigrantes en España (capítulo IV). Resumidamente, puede decirse que la situación de inestabilidad material, social, cultural y afectiva en el desarrollo evolutivo del proceso migratorio, que implica en sí mismo un problema de adaptación ante la ruptura con el medio ambiente sociocultural de origen, constituyen todos determinantes en el proceso de salud/enfermedad/atención del sujeto. Adicionalmente, se analizarán los factores de riesgo que han aumentado los patrones de exposición a distintos padecimientos, ligados a las condiciones de vida y de trabajo en las que se desarrolló Notcher durante dos años en el Poniente almeriense.

Los primeros síntomas de malestar comenzaron a manifestarse después de su primer año de trabajo en los invernaderos. Antes de cumplirse el año, Notcher sintió por momentos “cansancio”. Nótese que el momento coincide también con el hecho de haber cumplido un año de emigrado, de estar en Almería, lejos de su tierra y de su familia, haciendo un trabajo duro. Según Atxotegui (ob. cit.), generalmente suelen presentarse cuadros de tipo psicossomático y ansioso-depresivo, que en el caso de Notcher se profundizaban desde el plano físico por las condiciones del trabajo realizado:

“Cuando vuelves a casa, después de 8 horas de trabajo en el invernadero, te duchas, te sientas y empiezas a pensar en África... en otras cosas. No te das cuenta de lo que te ocurre, no eres consciente de nada. Pero después de un año empecé a pensar en mi mismo. ¿Hasta dónde puedo llegar con este trabajo? ¿Cómo me siento en realidad? Te pones a preguntarte muchas cosas. Y empiezas a entender que este trabajo te va a matar si no lo

dejas, te das cuenta de lo duro que es... día tras día el mismo trabajo, siempre las mismas cosas, sólo cosas duras, te cansas y mucho. Ya estaba harto psicológicamente; físicamente ya no respondía. Necesitaba otras cosas, un poco de vida. Mirábamos la televisión española o alguna cinta de vídeo que llegaba de Senegal, y ya está. Ningún otro contacto con la vida social española. Ni siquiera pensaba en ir con mujeres, era como una máquina. Por eso, gente que nunca había tomado bebidas alcohólicas se ha puesto ahí a beber, para olvidar algunas cosas, para evadirse de la realidad de cada día. Había muchas prostitutas, africanas... la mayor parte de Nigeria y de Ghana, muy jóvenes, como en La Rambla³⁹. Sabían que podían ganar mucho dinero con la gente que había y que necesitaba divertirse. No había cine, no había baile... ¿qué podían hacer los trabajadores? Se iban al bar a tomar algo y luego a estar con una prostituta. Así es la vida que había ahí”. (Notcher) (el destacado es mío)

Alguno de aquellos días, tras un difícil año de trabajo en Almería, Notcher sintió un fuerte dolor en su espalda:

“Estaba cargando cajas, me agaché a coger una de ellas y mi espalda se quedó dura. Estaba sin poder moverme, rígido. Solté la caja al suelo, intenté mover un pie pero no respondió y me dolía mucho. En ese momento comprendí que algo estaba fallando”. (Notcher)

Aquí comienza el traumático itinerario terapéutico de Notcher, que, por otra parte, continúa hasta la actualidad. Su primer contacto con el sistema sanitario español no se produjo precisamente en las mejores condiciones: en primer término, al no encontrarse en situación migratoria-laboral regular, no poseía tarjeta sanitaria; en segundo lugar, tuvo que dirigirse al servicio de urgencias del ambulatorio de Roquetas de Mar, y hay que tener en cuenta que el contexto sanitario de la provincia de Almería es uno de los más deficitarios de la Comunidad Andaluza. La red de centros de atención primaria es, además de incompleta,

³⁹ “En La Rambla y alrededores de Barcelona, las prostitutas africanas siempre dicen que son senegalesas pero en realidad vienen de Nigeria y de Ghana, hablan inglés. Yo mismo he hablado con muchas de ellas pero no sé por qué dicen que vienen de Senegal. Incluso algunas tienen los papeles de Senegal pero ninguna de ellas conoce Dakar”. (Notcher).

absolutamente inconexa. Existen zonas, por ejemplo, en las que no hay centros de salud y la asistencia médica se reduce, o bien a los médicos de cabecera, o a los rurales. (CITE, 1992)

“Me vio una médica que me preguntó: -¿qué te pasa?-. Me duele la espalda -le contesté-. Vale -dijo-, no pasa nada. Y me dio una receta de pastillas y una pomada antiinflamatoria para frotarme en la espalda. No me revisó ni nada. Es como si allí saben [supieran] perfectamente lo que puede sufrir un trabajador de los invernaderos. Tu llegas, te dicen lo que tienes que tomar y te vas. En Almería, si eres extranjero, nadie va a preguntarte qué haces, qué tipo de trabajo haces... ya lo saben, ya saben lo que hay ahí”. (Notcher)

A Notcher no le generó ninguna confianza la médica que lo atendió. Por lo tanto, no se compró ni las pastillas ni la pomada antiinflamatoria que ésta le recetó:

“Yo tenía mi propia crema que traía de Africa y me la puse en la espalda. Al día siguiente no fui a trabajar y al otro día fui porque estaba mejor”. (Notcher)

Tras este primer episodio de dolencia física, los problemas de salud comenzaron a sucederse. En otra oportunidad, Notcher estuvo cinco días en cama porque le dolía mucho la cadera como consecuencia de haber estado sembrando agachado, con el cuerpo encorvado, durante 8 horas cada día en los cinco invernaderos que tenía su jefe:

“Estaba casi sin poder levantarme del suelo. Y no quería volver al médico porque sabía lo que iba a pasar. Fui a la Cruz Roja porque allí siempre hay un médico que te atiende y te hace un papel firmado y sellado para que te vayas a un ambulatorio. Sólo así un médico, con ese papel, podía atenderte y que no sea en urgencias. Sino, no, sólo en urgencias, que si no estás a punto de morirte, te dicen tómate estas pastillas”. (Notcher)

El tercer episodio que relata Notcher ocurrió unas semanas más tarde. En esta oportunidad tuvo problemas nuevamente en su espalda, concretamente un fuerte dolor en el omóplato derecho. Es decir que, hasta este momento, se trató siempre de dolencias físicas ligadas a las duras condiciones del tipo de trabajo que hacía en los invernaderos:

*“Teníamos un carro que podía llevar 52 cajas de tomate. Cada caja pesa normalmente 15 kilos cuando está llena. Lo llevábamos entre dos: uno tira desde adelante y el otro empuja desde atrás. Luego la cargábamos en un camión. Hacíamos este trabajo por la mañana y por la tarde cada día en tiempo de la cosecha. Imagínate cada día tirando de este carro: eres el burro que va adelante. Y el carro no pasaba por un pasillo normal, no, pasaba por en medio de la arena, se hundía y era muy pesado. Cuando comenzó el dolor fuerte hice lo mismo; fui a que me viera un médico pero es siempre igual. Nunca me hicieron una sola radiografía. Nunca. **La primera radiografía me la han hecho aquí en Barcelona.** Y cuando terminaba la campaña, cuando sacábamos las matas afuera era peor porque había que cortarlas, bajarlas, hacer un montón de matas, luego cogerlas abrazándolas para llevarlas fuera del invernadero. Luego limpiar, quitar hierbas... El trabajo que se hace en Almería es un trabajo de fuerza. Quien está ahí sobrevive gracias a su salud. Si te enfermas, estás en tu casa, no cobras, no puedes ir a ver un médico y pagas el alquiler. Siempre tienes que estar rezando para que no te ocurra ningún daño, ningún mal. Si no, estás perdido”.* (Notcher) (el destacado es mío)

Al final de la temporada de trabajo, en el verano de 2000, Notcher se fue a la recogida de la fruta en Lérida, con la intención de regresar luego al Poniente almeriense. Pero mientras desarrollaba el trabajo sufrió un episodio que marcaría su itinerario terapéutico hasta la actualidad, determinando, entre otras cosas, la decisión de viajar a Senegal para tratarse, así como a su regreso no volver al Poniente almeriense sino instalarse en Barcelona. Sólo un médico le ha diagnosticado el tipo de padecimiento que sufre y una enfermera le ha sugerido los posibles factores que podrían causarlo:

“Tenía una muela que me dolía mucho y fui a que me la saquen. Me inyectaron dos veces penicilina para la infección. Pero a la tercera inyección ya no podía ni ver, ni oír, ni nada. Sin saber porqué. Vi sólo que muchos médicos [dentistas] me rodeaban pensando que iba a morir. Desde este día, siempre que hago un esfuerzo, por más pequeñito que éste sea, me empiezo a marear. Me mareo mucho, mucho. Y fue empeorando porque fui perdiendo peso cada día más, sin saber porqué. También empecé a perder color, a cambiar de color. Me he puesto más blanco, hasta ahora mis manos están más blancas. A veces es

*como si estuvieran con sangre. He ido a los médicos en Lérida, me han revisado y me dijeron que no vieron nada. Me pusieron un médico. Me hicieron muchos análisis de sangre en Lérida. Mientras trabajaba, yo estaba arriba recogiendo fruta y me mareaba, entonces me tenía que sentar unos minutos, no podía trabajar así, y cuando me levantaba no podía ni andar. Era algo muy raro. He perdido dos veces la consciencia allí. Y los médicos no saben de qué se trata. Me hicieron, sobre todo, análisis de SIDA porque veían que estaba perdiendo peso. Una vez, una mujer médico me dijo: -Nosotros sabemos sólo con verte que no estás bien. Pero no sabemos lo que te pasa, lo que tienes, así que no podemos hacer nada-. Al otro día volví y ella me pregunto: -¿Tú, aquí?-. Le contesté: -¿Vosotros pensáis que yo estoy aquí porque me gusta el hospital? Es que no estoy bien, si no estoy bien tengo que venir y voy a seguir viniendo-. -Vale, entra... ¿qué te pasa?-, dijo ella. -Lo de siempre- respondí. Me duele la cabeza continuamente. No para. Y además mi color no está normal-. Me dio un tranquilizante y me dijo que no volviera. Yo tomé el tranquilizante unos días pero nada cambió en mi salud. Entonces volví: otra vez, otro tranquilizante. Y así hasta ahora. No pudieron hacer nada. Ahora me duele la cabeza siempre. Ya he ido a los médicos muchas veces pero todavía nadie me ha dicho lo que puede ser. **Sólo un médico me ha dicho que es una angustia crónica. Pero una angustia no puede hacerme eso todo un año seguido, no lo creo. También una enfermera con la que trabajé me dijo que esto era culpa de que había dejado a mi familia y vivía sólo... un problema moral o algo como eso**". (Notcher) (el destacado es mío)*

Este último diagnóstico -en realidad, el primero y único que le hicieron- fue el que empujó finalmente a Notcher a viajar a Senegal a ver a su familia, donde estuvo cinco meses tratándose su problema con medicina tradicional africana a través de un *marabout* y, paralelamente, en un hospital público de Dakar por medio de un médico amigo. Este le realizó un electroencefalograma que dio normal, mientras el análisis de sangre que le hicieron dio como resultado un problema de coagulación (que no le detectaron en los análisis que le realizaron primero en Lérida y en Barcelona después). Vale señalar que dicho problema podría estar directamente vinculado al trabajo en los invernaderos. Es decir, el haber trabajado dos años bajo el plástico a temperaturas elevadísimas pudo haber tenido

una repercusión directa sobre su sangre. Al respecto, Notcher sostiene que hay mucha gente que viene de trabajar en Almería y que se queja del dolor de cabeza por culpa del sol y del calor:

“Lo poco que tuve de alivio fue allí en Senegal. Estaba con mi familia, me he sentido mejor, a nivel social sobre todo. Ya no tenía estrés; tenía menos angustia... Antes tenía una taquicardia. Ahora ya no la tengo desde que he vuelto de África. Pero el dolor de cabeza lo tengo y no para. Y hace poco tiempo que apareció un ruido dentro de mi cabeza, al costado. Le he dicho al médico si él no pensaba que podía ser un tumor cerebral o algo así y me dijo que todavía no lo sabían, que iban a verlo. Dijo que me harían un estudio, un TAC [Tomografía Axial Computada]. Hace ya un año que ha empezado esto y me mareo, a veces mis manos cambian de color... y siempre, cada día, cada minuto, me duele la cabeza. Hace tiempo que yo no duermo bien. A veces es el dolor de cabeza que me despierta. Y esas son cosas que nunca en mi vida me habían ocurrido”. (Notcher)

Partiendo de lo analizado en el capítulo IV (2. 4), vale recordar que los plaguicidas organofosforados como los que se utilizan en los invernaderos del Poniente almeriense, “afectan la hidrólisis enzimática del neurotransmisor acetilcolina mediante la disminución de Acetilcolinesterasa, con la consecuente intoxicación colinérgica”. (Breilh, 2003: 256). Según este autor, “la toxicidad crónica compromete al sistema nervioso periférico, generando una polineuropatía senso-motora que persiste, incluso meses después de suspender la exposición [a la sustancia nociva], llegando a producir secuelas en algunos pacientes”. (Ibid)

4. El rol del *marabout* en la sociedad de destino: referente social y religioso, “psiquiatra” y curandero

Uno de los elementos fundamentales para comprender la importancia que adquiere el rol cumplido por el *marabout* en la sociedad de destino radica en que constituye una suerte de “regulador” de normas y valores socioculturales del grupo. De acuerdo con este supuesto de origen, desde el punto de vista de la salud/enfermedad/atención, una de las principales tareas del *marabout* en la sociedad de destino será la de otorgar un marco de contención y referencia sociocultural y religiosa a los migrantes, por un lado; a la vez que generar tranquilidad, seguridad y eficacia resolutiva (preventiva/curativa) respecto de los problemas de salud producidos ante la angustia del duelo que rodea el proceso migratorio, y la adaptación al nuevo contexto de la sociedad de destino (condiciones de vida y de trabajo, etc.).

Lo anterior fue corroborado en el trabajo de campo, a partir de las entrevistas realizadas a Cherif Samsidine Aidara, *marabout fula* oriundo de Kolda, Senegal, perteneciente a la cofradía *Tidjane*. Al momento de realizar las entrevistas (febrero de 2002), Cherif tenía 47 años y habitaba con su hijo de 17 en Arbucies (Girona), lugar donde además ejerce como *marabout* desde hace tres años.

Las personas que ha recibido el *marabout* durante los últimos tres años en su consultorio son originarios principalmente de la región de Senegambia, residen en su mayoría en la provincia de Girona, aunque también han concurrido a su consulta senegambianos de Lérida, Barcelona y Tarragona. En base a su experiencia en la atención de esta población inmigrante, para Cherif los principales problemas de salud y de malestar

entre el colectivo son de orden “*psicológico, relacionados con la angustia producto de su situación y las condiciones de vida en esta sociedad*”. (Cherif)

El especialista en medicina tradicional africana enfatizó permanentemente lo anterior en los dos encuentros que tuvimos en su casa-consultorio de Arbucies, mostrándose, por un lado, indignado con el trato administrativo de las instituciones españolas y las leyes vigentes que obstaculizan la migración en vez de favorecerla. Por otro lado, manifestó su preocupación por los crecientes problemas de salud que devienen de las condiciones en las que viven y trabajan los inmigrantes extranjeros, refiriéndose específicamente al caso de los senegambianos.

A continuación, se presenta un cuadro con las variables y los factores que el *marabout* Cherif ha considerado relevantes al momento de analizar las dimensiones de la salud/enfermedad/atención de los migrantes senegambianos en el contexto de esta sociedad. El cuadro constituye una transcripción casi literal de una hoja escrita de puño y letra por el propio *marabout* en francés, misma que me entregó entre el primero y el segundo encuentro que tuvimos (febrero de 2002) como parte del trabajo de campo realizado.

1. Causas de la migración (situación en la sociedad de origen):

- 1.1. Económicas (pobreza, desigualdades, etc.);
- 1.2. Sociales (guerras intertribales, étnicas, políticas y religiosas; tasas de natalidad descontroladas; tasas de mortalidad altísimas, etc.);
- 1.3. Intelectuales (proceso conocido como de “fuga de cerebros”, niveles educativos y de analfabetismo, etc.)

2. Dimensiones sociosanitarias:

- 2.1 Problemas alrededor de la integración de los migrantes en esta sociedad;
- 2.2 Problemas de trabajo (dificultades en cuanto a los papeles; y características y condiciones en los que se realizan los mismos);
- 2.3 La restricción legal-administrativa al acceso universal a la atención pública sanitaria de la Ley de Extranjería;
- 2.4 La falta de asistencia social a los inmigrantes por parte de las autoridades estatales/autonómicas/locales.

3. Consecuencias en el proceso de salud/enfermedad/atención⁴⁰:

- 3.1 Locura: “pérdida de las facultades mentales”;
- 3.2 Violencia: conductas de este tipo hacia compatriotas, mujer, hijos, etc.;
- 3.3 Drogas: comercialización de sustancias ilegales, uso de las mismas con la consecuente “pérdida de consciencia”;
- 3.4 Consumo de alcohol y tabaco: genera enfermedades como el cáncer;
- 3.5 Prostitución: peligro de contagio del Sida y otras enfermedades de transmisión sexual⁴¹;
- 3.6 Robo y Delincuencia: sobre todo entre los más jóvenes;
- 3.7 Accidentes de trabajo ligados a las condiciones de inseguridad y riesgos en los que se realiza.

4. Rol de la medicina moderna (la biomedicina):

- 4.1 Consultas y tratamiento médico “científico”;
- 4.2 Investigación de síntomas;
- 4.3 Utilización de medicamentos industriales específicos para cada padecimiento y hospitalización llegado el caso.

5. Rol de la medicina tradicional africana:

- 5.1 Análisis místico del problema: “necesidad de una explicación de largo alcance”;
- 5.2 Tratamiento “místicamente preventivo” para evitar los problemas: uso de determinadas plantas medicinales africanas, piedras y otros objetos con poder de sanación (cuernos de animales, caracoles, huesos, etc.), utilización de escrituras coránicas del Islam, etc.;
- 5.3 Encarnaciones nocturnas de espíritus de antepasados como protección.

⁴⁰ Según Cherif, las dificultades de adaptación y los problemas de integración al nuevo contexto, sumados a las condiciones sociales de existencia (enfaticando en las de vivienda y trabajo), en muchos casos generan enfermedades y trastornos psicológicos entre los inmigrantes. Atxotegui (2000: 96) acuerda con este análisis cuando afirma que “las condiciones sociales en las que viven gran parte de los inmigrantes extracomunitarios son tan precarias (trabas legales, penurias económicas y sociales, discriminaciones, etc.) que dan lugar a que con frecuencia fracase el proyecto migratorio, siendo este el principal motivo de demanda de ayuda psicológica”.

En suma, para el *marabout* Cherif Samsidine Aidara la salud/enfermedad de los inmigrantes senegambianos depende esencialmente de la situación económica, social y psicológica en la que se desenvuelve su vida en la sociedad destino. Desde esta perspectiva considera que, tanto la medicina científica moderna como la tradicional africana, tienen un rol importante que jugar en sus procesos de salud/enfermedad/atención, siempre y cuando las prácticas de la primera estén orientadas a “un buen fin”, ya que -como subraya- : “la ciencia sin consciencia no es otra cosa que la ruina del alma”. Algo similar a lo planteado por Mba Owona, especialista en medicina tradicional africana de los *evuzok* de Camerún: “El conocimiento humano no puede desarrollarse sin que haya una comunicación real (...) la medicina tradicional puede ser complementaria y, porqué no, aliada privilegiada de la medicina moderna...” (citado en Mallart, 2001: 201)

5. Indagaciones en el ámbito de la relación médico-paciente inmigrante (RMPI)

“(...) todos estos signos de comunicación eran usados por el buen Medardo para no alarmar a los enfermos con una petición demasiado brusca de los cuidados del doctor, pero también para que Trelawney tuviera de inmediato una idea de qué se trataba, ya antes de entrar, y venciese así su renuencia a poner el pie en casas ajenas y acercarse a enfermos que no sabía que tenían”. (Italo Calvino, 1993: El vizconde demediado. Barcelona: Siruela, p. 88)

La construcción de la relación médico-paciente inmigrante (de ahora en adelante, RMPI) puede problematizarse a partir de la forma general que asume dicha relación diádica y socioculturalmente determinada en el MMH, esto es, asimétrica, y en la que se ponen en juego diferentes concepciones (Díaz, 1986), todo lo cual afectará diferencialmente el inicio y el desarrollo posterior de los procesos asistenciales de los sujetos inmigrantes en el

⁴¹ Alrededor de la relación inmigración/prostitución/enfermedades de transmisión sexual (ETS), en cifras

contexto sociosanitario de destino. En este sentido, y como parte del enfoque relacional y de la perspectiva adoptada en este trabajo, abordar la RMPI supone considerarla como uno de los elementos de un proceso mayor de reproducción social. Al mismo tiempo que, enfatizar en la dimensión sociocultural e intersubjetiva de las relaciones, para poder indagar sobre la manera en que esto se constituye en un factor determinante en los procesos médico-asistenciales de la población inmigrante.

De cualquier modo, no me propongo aquí exclusivamente apoyar empíricamente esta hipótesis, sino más bien realizar un intento de aproximación al fenómeno considerando algunas de las variables y factores aparecidos en el transcurso de esta investigación, que interactúan en el análisis sobre las representaciones y las prácticas que los actores (personal de salud-pacientes inmigrantes) poseen alrededor del ámbito referido. En función de lo anterior, entonces, alrededor de las RMPI es posible identificar y hacer una primera indagación en torno a, por lo menos, tres tipos de problemas: 1) el problema de la desinformación y el desconocimiento; 2) el problema de la comunicación y el lenguaje, que a su vez se deriva del primer problema; y 3) el problema de los medicamentos, su tratamiento y dosificación, también relacionado con los dos anteriores.

Por último, vale aclarar asimismo que los problemas enumerados no son exclusivos de la RMPI, sino que constituyen elementos que caracterizan las RMP dominantes dentro del MMH (Menéndez, 1990^a).

totales los casos de VIH-Sida en inmigrantes representan el 1,9% del total de la población española. Para ampliar, véase Castillo y Del Amo (2001).

5. 1. El problema de la desinformación y el desconocimiento

Se trata de uno de los principales determinantes en la RMPI y refiere al desconocimiento general por parte del personal sanitario español del diagnóstico y tratamiento de dos tipos de padecimientos que pueden llegar a ser frecuentes entre las personas inmigrantes que acuden al sistema sanitario: por un lado, los denominados por la Antropología de la Medicina *Cultural Bound Syndroms* (“síndromes culturalmente delimitados”, no exclusivos del campo “tradicional”); y, por otro lado, los tipos de padecimientos de origen, también llamados “enfermedades importadas”⁴², que en el caso de las personas de origen subsahariano la más frecuente es la malaria (Fumadó y Jiménez, 2000).

En relación a los primeros, por ejemplo, determinadas representaciones y prácticas de una persona senegalesa referidas al orden suprafísico, místico o mágico son interpretadas y comprendidas por cualquier médico de un hospital de Dakar, porque éste, antes de ser un profesional biomédico, se encuentra inserto en un contexto sociocultural en el que ese tipo de creencias forma parte del sentido común y de la normalidad de las personas. Aquí, en España, un migrante senegalés ni siquiera lo explicaría: porque los médicos no lo entenderían (en el mejor de los casos), pudiendo el migrante quedar expuesto a que algún médico lo quiera tratar psiquiátricamente.

Respecto al segundo conjunto de padecimientos mencionados más arriba, uno de los elementos a destacar en torno a esta cuestión es el hecho de que los estudiantes de medicina ven muchas de estas enfermedades en los libros (sólo ideal o teóricamente) y no en los

⁴² En relación a la “importación de enfermedades”, vale subrayar, no obstante, que se produce una mayor incidencia de estas en el caso de los españoles que viajan al Africa, por ejemplo, que las “importadas” por los colectivos migrantes provenientes del Africa Subsahariana. (López Abuin, 2002: 496)

cuerpos de las personas que atienden. Este fenómeno se produce en los países del occidente post-industrializado, con perfiles epidemiológicos donde predominan las enfermedades crónico-degenerativas. Desde mi punto de vista, aquí aparecería otro factor para explicar porqué algunos médicos españoles jóvenes no saben diagnosticar y tratar enfermedades de tipo infectocontagiosas o respiratorias prevalentes en los países del “Tercer mundo” desde donde llegan los nuevos migrantes que se convierten día tras día en la población de atención. En pediatría, por ejemplo, padecimientos como el raquitismo, para mencionar solo alguna, probablemente un médico español joven no las haya visto ni tratado nunca, y ahora algunas de ellas comienzan a aparecer entre los niños hijos de inmigrantes que atienden. Contrariamente a esto, cualquier médico senegalés posee un conocimiento teórico-práctico para el diagnóstico y el tratamiento de la malaria, por ejemplo, enfermedad tan común en el continente africano, porque el contexto de morbilidad circundante así lo determina.

Un tercer grupo de padecimientos que entraría en este punto, lo constituyen aquellos producidos específicamente por las condiciones de trabajo realizadas por algunos inmigrantes, como en el caso de la situación descrita respecto a los invernaderos del Poniente almeriense. Como ha quedado explicitado en el capítulo IV, algunos de estos padecimientos son clasificados por los profesionales biomédicos como “inespecíficos” y de “difícil filiación”.

Entre los aspectos relevantes a subrayar en torno a este problema se encuentra la escasa formación universitaria que reciben los estudiantes de medicina, futuros médicos, en el campo de los llamados “factores culturales” y su determinación en la salud/enfermedad/atención de las personas, así como, específicamente, en el ámbito teórico-práctico de la salud y la inmigración. Algunas voces, aunque todavía minoritarias,

comienzan a alzarse desde los profesionales de la salud españoles. Oscar Valtueña Borque, doctor en medicina y vicepresidente de la ONG Puericultores sin Fronteras se refería a ello en una entrevista⁴³, en términos del escaso interés formativo sanitario que despierta el tema en España, proponiendo el imprescindible estudio de las necesidades sanitarias de los inmigrantes para poder aplicarlas en la atención de su salud.

Desde una perspectiva similar, López Abuín (2002: 492) sostiene:

“El personal sociosanitario debe estar preparado y disponer de los conocimientos oportunos para el abordaje del inmigrante por las especiales características que en él y en su entorno confluyen. Es un paciente que cada vez demandará más de nuestra atención: si hace años era muy raro en nuestro Estado esta demanda, hoy día existen comunidades autónomas en España en las que ya hasta un 20% de las prestaciones realizadas en los centros de salud son realizadas a los inmigrantes”.

Situados en Barcelona, la realidad descrita se refleja sobre todo en el distrito de Ciutat Vella, donde se concentra la mayoría de la población inmigrante de la ciudad; y dentro del mismo, en el barrio del Raval. En el CAP de Drassanes, por ejemplo, casi un 40% de la población atendida es inmigrante: la mitad es originaria de Indostán (Paquistán, India y Bangladesh); la otra parte importante son sudamericanos (Ecuador, Perú, Argentina, República Dominicana, Colombia); y un pequeño porcentaje son filipinos, magrebíes, chinos y de Europa del Este. En cuanto a los subsaharianos, tanto hombres como mujeres, he podido comprobar que, en su mayoría, acuden directamente a Medicina Tropical sin pasar por el CAP. El fenómeno referido, que bien podría describirse como una especie de “gueto sanitario”, me ha llevado a interrogarme sobre los motivos por los cuales se produce

⁴³ Publicada en *El País* (24/2/2000, p. 30).

esta situación. En el caso de los usuarios migrantes senegaleses entrevistados, por ejemplo, les generaba confianza el hecho de que un compatriota -Mawa- trabajara en el centro como agente de salud y los ayudara en el diagnóstico y tratamiento de sus padecimientos.

Montse Salgado, 32 años, Dra. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del CAP de Drassanes, que hizo durante dos años su especialidad allí como residente y que, en el momento de entrevistarla (septiembre de 2003) hacía dos años que ejercía como médica en uno de los consultorios de la 6 ta. planta, ha corroborado la falta de consideración de los factores culturales en la formación de los médicos españoles:

“Para atender a población inmigrante no se está formando. A nivel académico no existe nada de esto: se tratan grandes patologías que, luego, cuando llegas aquí, no ves. Nadie te lo enseña, lo aprendes aquí, con la experiencia, con las demandas de los pacientes. Vas compartiendo e intercambiando experiencias con tus compañeros de trabajo y aprendiendo. Claro, que con la población autóctona de aquí también atendemos muchas veces problemas que son físicos pero esconden detrás una patología social, una problemática familiar... por eso creo que nos iría muy bien una formación de cursos de Antropología, nos interesaría mucho. Creo que la Antropología nos serviría para entender un poco mejor a los pacientes”. (Montse Salgado, médica del CAP de Drassanes)

Su compañera de trabajo en el CAP, Soledad Nadal, doctora en la misma especialidad, opina en la misma línea:

“Creo que en determinados aspectos hay algo de <<barrera cultural>>. Lo notas sobre todo a la hora de explicar cosas o a la hora de problemas que tienen determinadas personas y que tú al principio no los entiendes: te explican lo que les pasa y tú dices: -¡pero por qué esto les supone un problema!-, que para ti no lo sería pero para la otra persona sí por su cultura, sus tradiciones...Yo he aprendido mucho a base de experiencia porque hay problemas que se van repitiendo y al principio no lo entiendes, pero después ya sabes cómo abordarlos, compartes la información con tus compañeros y se va entendiendo mejor. Creo que si estas cosas se explicaran desde nuestra formación, nos ayudaría mucho en nuestro trabajo, no tendríamos la necesidad de despabilarnos tan rápido y sería una

herramienta muy importante porque en atención primaria abordamos a la gente desde un aspecto muy completo, intentamos hacer abordaje bio-psico-social”. (Soledad Nadal, médica del CAP de Drassanes)

Por su parte, en un tono algo más crítico y de denuncia, Mariano Sánchez Bayle, presidente de la Federación de Asociaciones por la Defensa de la Sanidad Pública de España (FADSP), considera lo siguiente:

“La universidad no está formando a los profesionales para que respondan ni a la expectativas de la población ni menos a las necesidades sociales. La universidad forma una élite profesional enfocada hacia diagnósticos raros, terapéuticas espectaculares y se dirige poco hacia las causas de las enfermedades que muchas veces están relacionadas con problemas socioeconómicos”⁴⁴.

Al respecto, y sobre todo en los centros de atención con mayor concentración de población inmigrante, los principales padecimientos por los cuales los usuarios acuden a consulta están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo; es decir, por causas de índole socioeconómica, potenciadas por la situación de “duelo migratorio”:

“Se trata de una población joven que ha venido fundamentalmente a trabajar a este país; por eso, los problemas que más tienen y por los cuales vienen suelen ser consecuencia de la sobrecarga en el trabajo, dolores musculares, etc. También problemas de somatización, secundarios a toda la problemática social que tienen: angustia, ansiedad, estrés... Les preocupa mucho cualquier cosa que les afecte, sobre todo en el trabajo: no estoy comiendo bien, no estoy durmiendo bien, dolores lumbares, musculares, insomnio. Muchas veces no saben explicar bien lo que les pasa pero tú sabes que no se encuentran bien y por eso han venido a consulta”. (Montse Salgado, médica del CAP de Drassanes)

“La mayoría viene para que les resuelvas un problema en concreto de salud; suelen ser gente joven, que no tienen grandes enfermedades: vienen a consulta desde un resfriado hasta un problema en la piel... patologías bastante frecuentes. También a veces vienen a

pedir un chequeo, una revisión. En términos generales, no hay muchas diferencias con la población autóctona que atendemos aquí: hay tuberculosis, hay también parasitosis intestinales en extranjeros que provienen de áreas rurales, etc. Creo que las enfermedades de los inmigrantes están ligadas al lugar donde vivían y a las condiciones en las que viven aquí, en condiciones de hacinamiento y con problemas importantes. A lo mejor en una casa viven diez personas y en una misma cama duermen por turnos, es decir, que no pueden mantener una higiene correcta. Hay casos que te encuentras que tienen accidentes laborales y vienen aquí en vez de ir a la mutua porque muchos no saben que existe, o bien van a la mutua y resulta que no están asegurados; también hay mucha gente que trabaja sin contrato... Entonces, además de atenderlos en el problema médico, debes darles información sobre cómo funcionan las cosas, asesorarles un poco en este sentido. También hay mucha somatización en los inmigrantes: ansiedad, trastornos psicológicos, aunque también encontramos esto en la población autóctona. Cuando te separas de tu familia, de tu tierra, pues es normal que tu estado de ánimos baje un poco y estés más vulnerable a los dolores, a los problemas físicos, a las molestias. Yo siempre les digo: -Cuando el corazón está triste, el cuerpo también duele más-”. (Soledad Nadal, médica del CAP de Drassanes)

5. 2. El problema de la comunicación y el lenguaje

Como parte de la interacción personal sanitario/pacientes inmigrantes, este problema ha constituido un factor reiterado en muchas de las entrevistas realizadas. En algunos casos, se ha ido incluso más allá, planteándose en términos de la comunicación de dolencias, malestares y síntomas, cuestiones del tipo:

“Algunos médicos muestran poco interés en nuestros problemas. También hay algunos que se burlan de nosotros”. (Teko)

Acerca de ésta última afirmación, vale detenerse en el análisis propuesto por Menéndez (1990^a) referido a la participación pasiva y asimétrica de los pacientes en la RMP dominante dentro del MMH. El autor distingue lo anterior como uno de los

⁴⁴ Entrevista publicada en *De Verdad*, año XXIII, Nro. 4, p. 8.

principales rasgos que caracterizan estructuralmente a la RMP en los modelos individual privado, corporativo público y corporativo privado, aunque en este trabajo nos estemos acotando casi exclusivamente al segundo. Respecto a la concepción del paciente como ignorante y como responsable de su padecimiento (1990^a: 87), como un “organismo biológico” que no sólo está sometido a condiciones nocivas para su salud, sino que por ignorancia o desidia busca problemas, en el caso de las personas provenientes de otras sociedades y culturas, esto puede tender a traducirse adjudicando determinados padecimientos a su particular estilo de vida, costumbres, religión o tradiciones, igual que lo que ocurre en relación a determinadas situaciones de exclusión y marginación.

Muchos médicos, cuya práctica está socialmente legitimada, en general se encuentran con dificultades al momento de interpelar a los pacientes inmigrantes para que les “justifiquen” el motivo de la consulta y poder así intervenir profesionalmente.

Claro que lo anterior no engloba a la totalidad de los médicos españoles, mucho menos a aquellos que en su práctica cotidiana tienen una noble, humana y profesional disposición para con sus pacientes, sean estos autóctonos o extranjeros. Testimonios como los que se presentan a continuación, permiten ver la manera en que a través de la etnografía pueden recuperarse determinadas micro-prácticas del personal de salud, producto del proceso de transacciones surgido en la interacción con los sujetos en el marco de las RMPI, que no se corresponden con las concepciones y prácticas hegemónicas del modelo médico:

“Tenemos unos problemas enormes. Hemos solicitado muchas veces un mediador que nos haga de traductor. Desde Medicina Tropical se han conseguido algunas personas que trabajan de mediadores y nos han ayudado algo, pero ahora no tenemos a nadie que nos ayude a traducir. Lo que sí, aquí encuentras una buena disposición de todos los médicos para hacer un esfuerzo e intentar comprender a la población que atendemos y sus problemas. Igual es complicado, porque de cada país ellos traen unas ideas preconcebidas

de salud que expresan a su manera. Realmente es difícil; y cada colectivo es diferente: los paquistaníes son de una manera, los filipinos de otra y los colombianos de otra. A veces cuesta tres o cuatro visitas llegar a entender realmente que es lo que hay detrás, porque vienen, consultan por tres o cuatro motivos diferentes, a la siguiente visita vuelven con tres o cuatro motivos diferentes, hasta que al final comienzas a entender lo que les está pasando. En mi caso, en general, depositan bastante confianza en mí, pero siempre hay gente con la que no acabas de sacar la sustancia del problema de fondo. Son los menos, pero el hecho de ser mujer también influye a veces, por una cuestión cultural. En estos casos, trato de decirles algunas palabras en su idioma y cuando ven que pones interés va mejor”. (Montse Salgado, médica del CAP de Drassanes)

“Algunas personas vienen sin saber hablar nada de español, algunos hablan un poco de inglés o se hacen acompañar por otra persona que maneje un poco mejor el idioma, pero no es fácil la traducción y la comunicación. Usamos mucho la mímica, los gestos y nos vamos apuntando palabras y significados en otras lenguas”. (Soledad Nadal, médica del CAP de Drassanes)

No obstante, en otros casos, lo que suele ocurrir con los pacientes inmigrantes es que, tras su explicación sobre el problema de salud que los trajo a consulta, en muchos casos inespecífica, confusa o incompleta debido a las dificultades del idioma y de la existencia de diferentes formas de concebir la salud/enfermedad, el médico procede a realizar un breve e intenso interrogatorio informal alrededor del malestar, síntomas somáticos y síntomas conductuales, tanto sobre el individuo como sobre su grupo familiar y sus hábitos o comportamientos “culturales” de origen, que interpretará desde una dimensión principalmente biologicista, ahistórica y asocial. (Menéndez, 1990^a)

En ocasiones partiendo del prejuicio de que los “simples” razonamientos y el significado de sus enunciados no tienen mayor profundidad, parecería como que algunos médicos buscasen (como objeto de la búsqueda del médico) en las respuestas cortas, puntuales, empíricas de los pacientes, además de las posibles “causas objetivas” de

“enfermedad”, algunos indicadores conductuales patológicos y de anormalidad. En este sentido, hay que tener en cuenta que un aspecto fundamental en la práctica biomédica es la función reparadora-curativa (Menéndez, ob. cit.), operada a partir del diagnóstico y el tratamiento; y que el médico integra a sus conocimientos científicos otro conjunto de saberes, valores, categorías y procedimientos del espacio sociocultural en el que se desarrolla su ejercicio profesional (y su identidad, y su subjetividad), todo lo cual influirá al momento de actuar sobre el paciente y devolverle la “normalidad”.

En cuanto a los casos en los que el paciente prefiere permanecer callado, según una de las entrevistas realizadas, algunos médicos se han quejado reproduciendo tópicos como los siguientes:

“Los inmigrantes no dicen lo que les pasa, no cuentan para qué vienen”; o “he tenido que convencerle de que estaba enfermo”. (Marta, médica)

Y si una persona considera que algo no es problemático, no se lo comunica al médico o bien directamente ni siquiera recurre a él, probablemente el profesional considere que el dato subyacente es síntoma de “enfermedad”. Lo anterior tiene que ver con un axioma básico de la corporación médica: anormalidad = patología; y con el hecho de que el objetivo de todas las estrategias es el mismo: lograr (o crear) información para diagnosticar la enfermedad. Dentro de esta acción pragmática que marca la práctica médica, se busca a “la enfermedad”, una alteración orgánica causada por uno o varios agentes, definida por un conjunto de síntomas y que evoluciona previsiblemente, la cual una vez diagnosticada y tratada, le devolverá al paciente su estado de “normalidad”. Los profesionales médicos cuentan con un cuerpo de conocimientos especializado que incluye un dominio pormenorizado de la estructura y fisiología del organismo de los seres humanos y de las desviaciones de la normalidad. Para identificar estas últimas disponen de un conjunto de

modelos abstractos: “enfermedades” de los que se valen para interpretar de manera “objetiva” tanto los signos como los síntomas.

Refiriéndose al ámbito de la RMPI, López Abuin (2002: 493), médico de familia, considera que la comunicación debe ser siempre “abierta y directa, y el médico debe interesarse por conocer las cosas que preocupan al enfermo, hablarle de forma afectuosa y dirigir la mirada a sus ojos”.

“El lenguaje debe ser sencillo, con palabras y gestos que el paciente pueda entender bien; hay que hablar despacio, teniendo cuidado de no interrumpir el ritmo elegido por el paciente, para que encuentre en la actitud del médico un compromiso de apoyo y disponibilidad”. (Ibid: 494)

Lo anterior sucede en el caso de una de las informantes, quien se refiere a la importancia de una mejor empatía con la población de atención, en este caso inmigrante, en la cual se requiere, ante todo, voluntad y disposición, que lleva a la comprensión, el conocimiento y la tolerancia:

“A veces escuchándolos y entendiendo, es una manera de ayudar. Si tienes disposición humana, que tiene que salirte de dentro, luego las cualidades técnicas te salen solas. Yo tengo mucha suerte de trabajar aquí: voy conociendo gente de todo el mundo e intento ayudarles, por más de que no pueda solucionarles los problemas. Y aquí se aprende un montón, haciendo bien tu trabajo es como se aprende. Y eso ilusiona mucho, al menos a mí. Hay otros médicos, no de aquí, pero los hay, que ven todo esto con un poco de recelo: ellos piensan: -¿por qué yo tengo que cambiar mi manera de actuar en función de la gente que nos viene [por la nueva población inmigrante de atención], si yo ya lo hago muy bien?-. Creo que esta manera de pensar es peligrosa, pero estoy segura de que irá cambiando”. (Soledad Nadal, médica del CAP de Drassanes)

Del mismo modo, un punto de partida básico para modificar algunas de las representaciones y prácticas expuestas por parte de algunos médicos, sería intentar suprimir

esta idea general del paciente como “ignorante” (me refiero tanto a los autóctonos pero potenciado con los inmigrantes). De esta manera se buscaría un diálogo más simétrico y retroalimentario que le permita al médico no únicamente extraer datos para cuadrar diagnósticos de enfermedades, sino abordar al paciente como una persona con subjetividad (un sujeto), inserta en una realidad sociopolítica, cultural y biográfica específica:

“Hay que evaluar lo que sabe el paciente, su concepto de la enfermedad, cómo la interpreta dentro de sus conceptos culturales o tintes mágico-rituales”. (López Abuín, ob. cit.: 494)

En palabras de Meire, enfermera catalana:

“Si un enfermo es musulmán y necesita tener la cama orientada a la Meca, y no comer cerdo, pues no nos cuesta nada hacer lo que nos pide. Esto no va a interferir en nuestro trabajo. Por ejemplo, en la unidad de cuidados intensivos muchos familiares nos piden que coloquemos cerca del enfermo estampitas que nos traen, amuletos, agua bendita e incluso nos piden si les pueden hacer imposición de manos o recanalización de la energía... al principio la gente se mostraba un poco reticente a estas cosas, supongo que por miedo y desconocimiento. Pero ahora se respeta y si ellos lo necesitan se les deja”. (Meire)

5. 3. El problema de los medicamentos, su tratamiento y dosificación

Otro de los puntos que surgieron en las entrevistas con los migrantes senegaleses fue la cuestión alrededor de los medicamentos, su tratamiento y dosificación. En muchos casos no saben de qué tipo de sustancias se trata, porqué se las medican, qué repercusiones tienen en su vida o qué efectos les producen (en esto, igual que los autóctonos). Se quejan de la constante receta de medicamentos de todo tipo por parte de los médicos, es decir, de un componente esencial del proceso de medicalización, hegemónico en la medicina científica occidental.

Vale recordar que el proceso de medicalización refiere a un fenómeno que incluye diversos procesos históricos de largo alcance, y a través del cual pueden detectarse cómo ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de los seres humanos van siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control por parte de la corporación médica. En las sociedades contemporáneas, la automedicación a base de medicamentos industriales es muy común, y los médicos recetan estos productos por cualquier dolencia, desorden o padecimiento de la persona:

“Transformando sus formas de acuerdo con los tiempos y los intereses en juego la cooperación de la medicina con el capital sigue siendo una constante. En una economía basada más en el consumo que en la producción, el papel del médico resulta vital como generador de consumo farmacéutico. El negocio mundial de los medicamentos mueve anualmente 200.000 millones de dólares, a lo que hay que añadir que se trata de uno de los sectores con un mayor margen de beneficios y con una demanda menos condicionada a los ciclos económicos”. (Canals y Romani, 1996: 58)

En España el “soborno” a través de comisiones de parte de los laboratorios farmacéuticos a los médicos por recetar sus productos -práctica prohibida por la Ley del Medicamento de 1990- explicaría parcialmente la escasa utilización del medicamento genérico (un 3%) por parte de éstos (Fuente: *Kalegorria*, diciembre 2001, p. 48-49). No obstante, otro factor explicativo lo constituye la relativa resistencia de los propios pacientes a utilizarlos debido al poder que han adquirido determinados nombres específicos de medicamentos, algunos casi instalados en el sentido común como genéricos.

Al respecto, algunos senegaleses entrevistados subrayaron la diferencia existente entre el contexto de origen y el de la sociedad de destino:

“En Dakar, si tú te sientes mal y vas a ver al médico a un hospital, buscas una respuesta inmediata para calmarte. Una vez que te calman, que te dicen lo que es, o mejor, lo que no es, después si el médico lo considera necesario te hace los análisis, como fase última. Aquí en España, si te sientes mal y vas a ver al médico del CAP, lo primero que hace, automáticamente, es darte un antiinflamatorio o un analgésico; seguidamente quiere hacerte los exámenes y recién después de todo y dependiendo de eso, comienzas el tratamiento”. (Sut)

Una vez comenzado el tratamiento, a veces se presenta el problema de que los pacientes inmigrantes no entienden, no conciben dentro de su lógica, que un antibiótico como, por ejemplo, la penicilina, deba suministrarse de forma sistemática cada 8 horas durante al menos una semana para curar una infección en la garganta. En muchos casos sucede que, o bien abandonan la medicación cuando comienzan a sentirse mejor o lo hacen cuando se acaba la primera caja de comprimidos, en ambos casos sin completar el tratamiento y generando la reincidencia del problema de salud.

Sin embargo, como parte de las transacciones y reapropiaciones que los sujetos realizan respecto de los saberes y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención, se ha podido comprobar una utilización progresiva de determinados fármacos industriales, producto de las distintas experiencias que adquieren, acumulan y socializan en el contexto sociosanitario de la sociedad de destino, al igual que una combinación entre antibióticos y medicina verde. El caso del Bisolvón (Bayer) entre los integrantes de una familia extensa gambiana de la provincia de Girona constituye una muestra de lo primero. Tan mágicos consideraban los poderes de este jarabe y tan eficaces sus efectos, que enviaban cajas del producto a su país de origen, para que lo usaran otros familiares y amigos (entrevista a Saima). En el caso de la combinación entre ambos productos, Bebu lo hace para tratar los dolores que le provoca la úlcera que tiene desde hace tiempo:

“Cuando me duele tomo medicamentos y ya está, se quita. Tengo medicamentos de aquí y tengo de allí también, que son una plantas que curan”. (Bebu)

A MODO DE CONCLUSION

La salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona

Ser inmigrante no es una enfermedad. Pero ser trabajador inmigrante en el contexto sociopolítico actual de España supone también enfermar. Enfermar durante el trayecto migratorio y como consecuencia de las condiciones de vida y de trabajo en el país de destino. Enfermar en una cultura y una sociedad distinta a la propia de origen. Enfermar y estar lejos de su tierra, de su familia, de los seres queridos, angustiado, sin afectos y sin recursos. Enfermar y que el mal no pueda atenderse por la restricción de una ley. Enfermar y no poder comunicárselo al médico. Enfermar y que el médico no comprenda al “enfermo”, no interprete su padecimiento, malestar o dolencia como parte de un fenómeno sociocultural humano.

Desde el punto de vista de los procesos migratorios actuales, se ha pretendido en esta investigación poner de relieve algunos de los factores, generales y específicos, que pueden afectar la salud y la vida de los colectivos de migrantes en el escenario histórico global. Al particularizar en el contexto español, las condiciones generales de vida y de trabajo que marcan la existencia cotidiana de los inmigrantes, como se ha podido comprobar en algunos de los casos analizados, caracterizadas por la exclusión social y la marginación, sumado a la situación de “duelo migratorio”, potencian en estas personas la exposición a trastornos, padecimientos y enfermedades específicas que pueden afectar su salud. Todo lo cual, influye en la variedad de respuestas a esos problemas.

Los migrantes senegaleses, una vez que han detectado signos a los cuales atribuyen un significado anómalo en términos socioculturales y no han podido solucionarlo mediante sus propios saberes y prácticas (autoatención), deben recurrir a un especialista, sea este no técnico-científico (medicina tradicional), o médico (medicina científica), para hacer frente al problema de salud que los afecta.

En función de los casos analizados en Barcelona, en la sociedad de origen los sujetos atienden la mayor parte de los padecimientos que sufren por intermedio de un especialista en medicina tradicional africana, un *marabout*. En este sentido, un importante elemento a destacar es la diferencia existente entre el contexto sociosanitario de origen y el de destino en términos de la accesibilidad que poseen, respecto de la oferta de sistemas médicos y sus representantes-especialistas-curadores. Sobre todo en las zonas rurales de Senegambia, y más allá de los factores subjetivos analizados, en ese contexto resulta materialmente más fácil y accesible tratarse con un *marabout* que ver a un médico.

En cuanto a la sociedad de destino, por el contrario, sucede que las personas cuya situación migratoria sea “regular” pueden optar, de manera simultánea, por distintas alternativas que ofrece el contexto sociosanitario en relación con sus procesos asistenciales, según la eficacia y la apropiación de los conocimientos y las prácticas que hayan efectuado. La articulación entre esos distintos saberes y prácticas dará cuenta de sus procesos de salud/enfermedad/atención.

En el contexto de Barcelona como sociedad de destino, ante determinados padecimientos de índole estrictamente físicos y luego de poner en práctica los mecanismos de autoatención, esto es, el primer nivel real de atención, a los migrantes senegaleses empadronados o regularizados (es decir, aquellos que cuentan con tarjeta sanitaria) les

resulta relativamente más accesible y económico ver a un médico del CAP o de Medicina Tropical que a un *marabout*.

Para los problemas que corresponden al campo psicológico-emocional, incluyendo el orden “suprafísico”, los migrantes senegaleses se identifican más con el tratamiento de la medicina tradicional africana, hegemónico en la sociedad de origen, que ejerce el *marabout*, y cuya eficacia simbólica está dada en términos socioculturales. Por eso, ante determinados padecimientos, frente a la falta de presencia de estos especialistas en la sociedad de destino, en algunos casos necesitan regresar al país de origen y reiniciar los rituales de protección en un marco de contención familiar/comunitario.

En lo que concierne al ámbito de respuestas provenientes específicamente del campo biomédico, no todos -como vimos-, pero sí gran parte de los representantes del sistema sanitario español (funcionarios, médicos, epidemiólogos, enfermeras) no poseen la capacidad técnica ni teórica (en algunos casos, tampoco la voluntad o predisposición) para abordar, describir, diagnosticar, analizar, explicar y dar respuestas a una amplia gama de padecimientos y problemas de salud de los sujetos inmigrantes.

Podría decirse que no se trata tanto de que los inmigrantes senegaleses sufran padecimientos diferentes, “inespecíficos”, “importados”, etc., incluso que necesiten de una atención médica diferencial; sino igualitaria, equitativa y no excluyente. En este sentido, se ha podido indagar alrededor de la falta de una consideración y un tratamiento adecuados respecto a aquellos padecimientos sufridos por los inmigrantes extranjeros relacionados con las condiciones de trabajo y de existencia en la sociedad de destino. Vale señalar que en el abordaje biomédico, si bien se buscan motivadores (agentes) medioambientales como probables generadores de la enfermedad, que incluyen lo social como variable, el tratamiento general que recibe la información se reduce a una visión biologicista. Lo social

es entendido más bien como un contexto en el que existen grupos de riesgo susceptibles de contraer una enfermedad o de producirla y contaminar al resto, pero raramente se focaliza como factor determinante en el proceso de salud/enfermedad/atención de las personas.

Por eso, partiendo de la vinculación entre salud/enfermedad y condiciones de vida, al identificar las condiciones materiales de existencia en las que sobreviven muchos de estos colectivos de inmigrantes en distintos lugares de España, habría que asumir -y prevenir- el conjunto de variables nuevas en cuanto a perfiles epidemiológicos que se incorporan en el contexto español/catalán/barcelonés.

Paralelamente, una parte de los entrevistados en este trabajo, incluyendo a inmigrantes de distinto origen, médicos y enfermeras, insistió sobre la necesidad de “educar” y “formar” a los médicos y enfermeras para mejorar la atención de los inmigrantes, lo que en el “lenguaje” de la Antropología de la Medicina se conoce como “competencia cultural”. Se trataría pues, de que esto se asuma como una necesidad indisociable del ejercicio profesional en el campo de la atención sanitaria española actual y futura. Para que esto pueda producirse, debe haber una voluntad simultánea por parte de las autoridades políticas correspondientes y los actores sanitarios de implementar una solución algo más sistémica, compleja, de fondo e integral que el “parche técnico” que implica poner un traductor árabe-español o árabe-catalán, por ejemplo, en los centros de atención que reciben un buen número de usuarios inmigrantes de origen magrebí.

Una propuesta concreta, pragmática y viable en torno a lo planteado sería la de confeccionar una serie de documentos (médicos, antropológicos, etc.) para el debate y la reflexión del personal médico-sanitario, a fin de lograr una práctica más acorde con los nuevos perfiles socioculturales de la población de atención. No obstante, es oportuno mencionar, por un lado, que los problemas de los que se trata no se solucionan intentando

que los médicos incorporen las variables socioculturales contextuales a sus conocimientos médico-profesionales, sino que es central al mismo tiempo el propio cuestionamiento del saber y la práctica biomédica hegemónica que sostienen. Y por otro lado, que un conocimiento “antropológico” crítico debe buscar trascender a la mera satisfacción de la curiosidad profesional y positivista biomédica.

Por lo tanto, si se reconoce que el contexto sociosanitario va modificándose, una de las preguntas a formularse sería: ¿qué tipo de médicos se está formando en España y para qué población de atención?

Como parte del eterno y burocrático problema de que las instituciones siempre van por detrás de las necesidades, de que por más que el problema o la necesidad exista, hasta que se asuma y se tomen medidas siempre pasa un tiempo, la tendencia conservadora sigue hegemonizando el ámbito de formación académica de los futuros médicos españoles. A pesar de ello, hay algunos elementos de la nueva realidad variada social, cultural y epidemiológicamente hablando que poco a poco se van integrando a partir de las experiencias en terreno. Siempre a remolque de las necesidades, es decir, con la lógica reparadora-curativa que domina al MMH, y no desde un enfoque preventivo.

Uno de los obstáculos existentes en torno a los anteriores es que aún en el caso de que se proponga desde el conjunto del sistema sanitario español una concepción preventivista del padecimiento, las aproximaciones salubristas en general persiguen aplicar la prevención con el fin de evitar el riesgo (sin utilizar variables de tipo sociocultural), porque consideran que la población (tanto la inmigrante como la autóctona) no está capacitada para manejar criterios preventivos. Además, muchos de esos criterios adquieren un carácter técnico. Sin embargo, cualquier acción terapéutica, preventiva o de planificación sanitaria debería

considerar realmente el conjunto de representaciones y prácticas alrededor de la salud/enfermedad/atención que poseen los colectivos a los que la acción se dirige.

No obstante, es igualmente importante tener en cuenta que ciertos discursos sobre la “interculturalidad” subyacen a la visión hegemónica de la diversidad cultural, reproducida en muchas formas por el “establishment” de la salud pública y la medicina. Estos discursos buscan reconstituir la hegemonía mediante la funcionalización de la diversidad cultural a través de formas de aculturación y la recodificación de otras culturas bajo la forma dominante.

Se propone, entonces, que las aproximaciones antropológicas que aborden los aspectos sociosanitarios de la inmigración partan de la base de que toda sociedad y toda cultura han construido representaciones y prácticas de prevención para todo aquello que consideran “problemas para su salud”. En este sentido, la mayor parte de esos criterios de prevención forman parte de la vida social humana de todas las personas, resulten éstos eficaces, ineficaces o negativos. (Menéndez, 1992)

Hasta el momento, puede decirse que la política sanitaria oficial respecto a la población inmigrada, no sólo responde al carácter relativamente nuevo del fenómeno, sino que además se corresponde con dos elementos: la política migratoria de la administración, por un lado, y por el otro, el paradigma que rige las concepciones y prácticas dominantes en España alrededor de las acciones de salud sobre la población: el Modelo Médico Hegemónico.

La salud laboral como relación social

Incorporando al análisis los relatos de los propios inmigrantes, como los de Notcher, en los que aparecen sus representaciones sobre el trabajo en los invernaderos, la identificación de los problemas de salud (los propios y los de otros trabajadores) surgidos como consecuencia de las condiciones en las que realizó el trabajo, sumado a la descripción del contexto histórico-sociopolítico donde se desarrollan las interacciones sociales inmigrantes-autóctonos, y que definen las relaciones de subordinación social y económica sobre los primeros, en conjunto, se permite dar cuenta de las dimensiones y variables que entran en juego a la hora de considerar la salud laboral como relación social.

Considerar la salud laboral como relación social desde una perspectiva holística-relacional, abarca -como se ha tratado- varios aspectos. Como parte del análisis de la forma en que las condiciones de vida y de trabajo se expresan en los procesos de salud/enfermedad/atención de los trabajadores inmigrantes, resulta necesario enfocar la relación trabajo-salud desde la dimensión política. En el caso de uno de los ámbitos abordados en esta investigación, el del espacio social del Poniente almeriense, es preciso dar cuenta de la situación en la que los inmigrantes realizan el trabajo en los invernaderos, esto es, sin las mínimas condiciones de legalidad migratoria-contractual, como una especie de masa informal excluida de la ciudadanía.

Tenemos así que los inmigrantes habitan viviendas en condiciones precarias (en muchos casos, como se describió, sin electricidad, gas ni agua) y realizan el trabajo sin contrato, mal remunerado, supeditado a ritmos productivos intensos, bajo condiciones estresantes, de sobrecarga física y de deshidratación constante, con el agregado de la exposición crónica a sustancias tóxicas, todo lo cual constituye un proceso

destrutivo/deteriorante de su salud. En este sentido, desde una dimensión epidemiológica-social, el enfoque relacional adoptado para una aproximación al análisis de la salud laboral de los trabajadores inmigrantes en los invernaderos del Poniente almeriense, permite comprender determinados patrones colectivos de intoxicación dentro de los cuales suceden procesos de intoxicación individuales que deterioran la salud de los trabajadores. Se trata de un proceso de producción concreto en el que, entre otras cosas, sobresale la exposición a la intoxicación por sustancias manipuladas nocivamente por los trabajadores, lo que les provoca padecimientos y enfermedades específicas.

El que la existencia de un conjunto social específico (los inmigrantes extranjeros del Poniente almeriense) se desenvuelva en contacto directo y permanente con sustancias tóxicas y contaminantes en la unidad de producción (el invernadero), está determinado por las condiciones laborales y sociopolíticas del contexto, que los sitúa en una posición de subalternidad caracterizada por una situación de exclusión social y política y de marginación. Es decir que los procesos destructivos/deteriorantes que afectan la salud/enfermedad de los trabajadores aparecen como inseparables -volviéndolos aún más vulnerables- de los factores contextuales.

En este escenario, la búsqueda de medidas de protección frente a las situaciones de enfermar y los factores de riesgo y accidentes de trabajo, así como las mejoras en la salubridad y la higiene y otras medidas de prevención, resultan infructuosas para los inmigrantes. La protección de la salud de los trabajadores en los invernaderos requiere de medidas y cuidados especiales de parte de los empleadores, del conjunto de la administración sanitaria local y de la propia conciencia y capacidad práctica de cuidar la salud por parte de los trabajadores. Desde el punto de vista epidemiológico, las medidas de prevención-protección en el ámbito laboral deberían suponer investigaciones básicas para

evaluar aspectos como los distintos grados de exposición de trabajadores durante la jornada laboral, las vías principales de intoxicación de cada sustancia en cada puesto de trabajo, las vías de eliminación del tóxico, así como el balance entre la absorción y la eliminación del mismo. Desde el punto de vista social y político, los trabajadores inmigrantes deberían tener un contrato de trabajo y gozar de los derechos de cualquier trabajador en España, incluido el de la asistencia sanitaria, así como poseer una vivienda digna y en condiciones de habitabilidad.

Por lo tanto, las características del proceso de trabajo en los invernaderos del Poniente almeriense suponen el desarrollo de una relación trabajo-salud que trasciende la posibilidad de reducirla y categorizarla a partir de los aspectos técnicos de la medicina laboral y las disposiciones sobre higiene y seguridad en el trabajo vigentes en España. Lo mismo sucede con la perspectiva de “riesgo” laboral dominante, la cual revela en este caso su incapacidad de detectar, explicar, resolver y, por lo tanto, prevenir los padecimientos generados por el trabajo en los invernaderos, que escapan a las categorías de “enfermedad profesional” y “accidentes de trabajo”. Buena parte de los mismos son considerados por los profesionales biomédicos representantes del sistema sanitario español como “inespecíficos”, difíciles de diagnosticar (y, por lo tanto, tratar) como ha quedado de manifiesto en el caso del itinerario terapéutico descrito por Notcher.

En relación a esto último, tenemos el hecho que la práctica médica hegemónica concibe a la enfermedad “en sí”, genéricamente, en abstracto, obviando las condiciones específicas en las que se encuentra el trabajador en un determinado contexto laboral. Esto supone eliminar el conjunto de determinantes sociales, productivos e ideológicos que afectan la salud global del trabajador. Por el contrario:

“Si reconocemos que el trabajo constituye todavía el principal articulador de la vida de los trabajadores, si aceptamos que las condiciones generales de trabajo siguen siendo el ordenador del tiempo de trabajo y de no trabajo, del tipo de relaciones intra y extralaborales, de los niveles posibles de consumo, de las alternativas culturales, etc., debe implicarse necesariamente que las condiciones de trabajo afectan la salud del trabajador...”
(Menéndez, 1986: 52)

Un último apunte sobre el tema refiere a la falta de sensibilidad por parte de las autoridades y de la sociedad civil en su conjunto ante las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes del Poniente almeriense, así como frente a los daños y el deterioro en su salud que produce el uso de determinadas sustancias tóxicas. Tratándose de “otros” sujetos (productores), sin los derechos de ciudadanía correspondientes en esta sociedad (excluidos), cabría preguntarse entonces qué sucedería en el caso de que determinados residuos contaminantes producidos por la explotación agroindustrial en los invernaderos se proyectasen a otras personas, ciudadanos/consumidores (integrados). El interrogante formulado vale si se tiene en cuenta que el problema del uso intensivo de plaguicidas y otras sustancias tóxicas en la producción de tomates y otras hortalizas como el que se realiza en los invernaderos del Poniente almeriense no se agota en el impacto sobre la fuerza de trabajo y los ecosistemas inmediatos, sino que existe la posibilidad de que los productos contaminados puedan repercutir también en los demás agentes de la cadena productiva, incluyendo a los consumidores finales de esos productos. En el caso de los tomates, los cuales en gran medida se exportan al exterior, el problema referido trasciende incluso las fronteras del Estado español. En este sentido, vale señalar que entre los efectos tóxicos producidos por los residuos que quedan en cultivos tratados con plaguicidas se encuentran: formas de conjuntivitis, dermatitis, disminución del nivel de la colinesterasa

(disfunción del sistema nervioso central) y otros malestares de diagnóstico difícil, muchas veces considerados como intoxicaciones alimentarias o trastornos gastrointestinales.

La salud de los inmigrantes dentro de la salud de la sociedad

“A esta cultura yo no puedo acostumbrarme, integrarme, porque es una cultura individualista: cada uno a lo suyo. Socialmente no hay mejor que la cultura de cada uno. Si nosotros, los senegaleses, fuésemos así, muchos de los migrantes que vienen sufrirían”.
(Bele)

El grupo estudiado se encuentra en una situación de exclusión (social, política y cultural) dentro de la sociedad a la que llegó para vivir y trabajar. En ese marco, las relaciones de solidaridad, reciprocidad, cooperación y ayuda mutua que poseen como parte de su estilo de vida, operan de manera relativamente horizontal como mecanismos de supervivencia y de respuesta ante las situaciones desfavorables que pudieran aparecer, incluidos los posibles padecimientos, enfermedades, dolencias y demás problemas de salud:

“Mientras que en las sociedades ‘primitivas’ se dan ambas relaciones (la reciprocidad y la ayuda mutua), pues en ellas basan gran parte de su producción y reproducción, en las sociedades estratificadas los mecanismos de reciprocidad funcionan tanto a nivel horizontal como vertical, mientras que los mecanismos de ayuda mutua emergen en situaciones que aparecen frecuentemente como ‘marginales’”. (Menéndez, 1983: 74)

Una sociedad en la que lo individual prima sobre lo colectivo, el individualismo sobre los lazos de fraternidad, cooperación y solidaridad entre los seres humanos; en la cual los “otros”, los diferentes y los que se resistan serán señalados, excluidos, marginados, perseguidos y castigados. Una sociedad en la que los valores y comportamientos de

solidaridad-reciprocidad-cooperación-ayuda mutua, etc. se encuentran en una situación de subalternidad respecto de los hegemónicos nombrados más arriba, sugiere los siguientes interrogantes:

¿Qué significa “ser” en esta sociedad? ¿Cuál es la “razón de ser” en ella? ¿No será la sociedad la que está “enferma”? ¿De qué tipo de “salud” goza esta sociedad? ¿De la del “tener” es “ser”? ¿De la del “deber ser” es llegar a “tener” para poder “ser”?

El desarrollo industrial logrado, el consumo generado, la tecnología inventada, el orden instaurado, el progreso material alcanzado en las sociedades capitalistas occidentales... ¿han constituido estímulos para -o bien traído- la felicidad, el deseo, el entusiasmo, la llama del amor, la emoción, las esperanzas, las ilusiones, la armonía a las personas que, en teoría, disfrutaban de todos esos logros?

¿Es posible ser un sujeto “sano” en una sociedad “enferma”?

No se pretende iluminar a nadie sobre los males de esta sociedad, sugiriendo que está tan enferma que no puede hacerlo por sí misma. Por el contrario, criticar la sociedad es también criticar nuestra propia actitud ante las situaciones que se producen. Y sumar un granito de arena al desafío de construir herramientas cotidianas saludables para la vida, en un escenario levantado al servicio de la muerte.

Partiendo de aquello que De Martino denominaba el “deber teórico de comprensión” y el “deber social de transformación” que tiene el antropólogo -porque, en definitiva, el conocimiento nos compromete con la realidad que nos muestra-, este trabajo ha sido un intento de contribuir al conocimiento de lo que significa vivir, trabajar, enfermar y estar sano para los migrantes senegaleses en Barcelona. Y busca convertirse, al mismo tiempo, en un aporte concreto que posibilite a sus protagonistas generar un proceso de

reapropiación, reivindicación y construcción de mecanismos para transformar sus realidades sociopolíticas y sanitarias en algo mejor para sus vidas.

BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA POR TEMAS

Antropología, teoría y metodología de la investigación social.

- APPADURAI, A. (1988) “Introduction: Place and voice in anthropological theory”, en *Cultural Anthropology*, 3: 16-20.
- BATESON, G. (1982) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BERGER, P. y LUCKMAN, T. (1983) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BRUSCO, O. (1996) *Gastronomía Mediterránea*. Buenos Aires: Lidium.
- BUCHHLOZ, E. (1999) *Goya*. Colonia: Könemann.
- CASTELLS, M. (1997) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza.
- CAPEL, J. (1990) *Climatología de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- CLIFFORD, J. (1994) “Diasporas”, en *Cultural Anthropology*, vol. 9, 3: 302-338.
- COULON, A. (1988) *La etnometodología*. Madrid: Cátedra.
- CHE GUEVARA, E. (1977) *Discursos y Escritos*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- CHOMSKY, N. (1992^a) *El miedo a la democracia*. Barcelona: Crítica.
- (1992^b) *Ilusiones necesarias. Control del pensamiento en las sociedades democráticas*. Madrid: Libertarias-Prodhufi.
- (2000) *Actos de agresión*. Barcelona: Crítica
- DENMAN, C. y HARO, J. comps. (2000) *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Sonora: El Colegio de Sonora.
- ENTRENO, De A. (1998) *Geografía económica*. Madrid: Cátedra.
- EYLES, J. (1998) *Research in Human Geography*. Oxford: Blackwell.
- FOUCAULT, M. (1977) “Historia de la medicalización”, en *Educación Médica y Salud*, 11 (1): 3.
- (1980) *Microfísica del poder*. Buenos Aires: La Piqueta.
- (1986): *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- FUNDACIÓN LA CAIXA (2000) *Anuario Social de España*. Barcelona.

- GALEANO, E. (1982) *Memoria del fuego*, Tomo I, “Los nacimientos”. México: Siglo XXI.
- GERCHUNOFF, P. Y LLACH, L. (1998) *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*. Buenos Aires: Ariel/Planeta.
- GODELIER, M. (1980) *Economía, fetichismo y religión en las Sociedades Primitivas*. Madrid: Siglo XXI.
- GOFFMAN, E. (1980) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GONEU, A. (1997) *Diccionario de los pueblos del mundo*. Madrid: Anaya.
- GOULD, S. J. (1994) *El pulgar del panda*. Barcelona: Drakontos-Crítica Grijalbo.
- GRAMSCI, A. (1981) *Escritos Políticos (1917-1933)*. Madrid: Siglo XXI.
- (1984) *Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (1998) *Para la reforma moral e intelectual*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- GUHA, R. AND SPIVAK, G. (1998) *Selected Subaltern Studies*. New York: Oxford University Press.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1994) *Etnografía*. Barcelona: Paidós.
- HOLLOWAY, J. (2002) *Cambiar el mundo sin tomar el poder*. Buenos Aires: Herramienta.
- HORRIE, CH. (1994) *¿Qué es el Islam?*. Madrid: Alianza.
- KATZ, C. (1994). “Jugando en el campo. Cuestiones referidas al trabajo de campo en Geografía”, en *The Professional Geographer*. Vol. 46, Nro. 1, p. 67-72.
- MARADONA, D. A. (2000) *Yo soy El Diego de la gente*. Buenos Aires: Planeta.
- MARX, K. (1978) *El Capital*. México: Siglo XXI.
- MEILLASOUX, C. (1977) *Mujeres, graneros y capitales*. México: Siglo XXI.
- MELOSSI, D. (1992) *El Estado del Control Social*. México: Siglo XXI.
- MENÉNDEZ, E. (1998) “Continuidad y discontinuidad en el uso de conceptos en Antropología Social”, en *VVAA: Antropología Social y Política. Hegemonía y Poder: el mundo en movimiento*. Buenos Aires: Eudeba.
- MILES, M. AND CRUSH, J. (1993). “Personal narratives as Interactive Texts: Collecting and Interpreting Migrant Life-Histories”, en *The Professional Geographer*, Vol. 45, nro. 1, p. 84-94.

- PALOMAR OVIEDO, F. (1994) *Los invernaderos en la provincia de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- POAL MARCET, G. (1987) “Problemática sexual en los adolescentes españoles”, en *2000 Jove*, 12: 320-334.
- PONCE MOLINA, P. (1995) *Estudio de un Municipio de la Andalucía Mediterránea, El Ejido, Medio Físico*. Ayuntamiento de El Ejido.
- RACIONERO, L. (2000) *Oriente y Occidente*. Barcelona: Anagrama.
- RAMONET, I. (1998) *Tiranía de la comunicación*. Barcelona: Debate.
- ROMANÍ, O. (1996) “Antropología de la marginación. Una cierta incertidumbre”, en J. Prat y A. Martínez (eds): *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona: Ariel, 303-318.
- SAMAJA, J. (1993) *Epistemología y Metodología*. Buenos Aires: EUDEBA.
- SAYER, A. AND MORGAN, K. (1985) “A modern industry in a declining region. Links between method, theory and policy”, en D. Massey and R. Meegan (eds): *Politics and method: contrasting studies in industrial geography*. London: Methuen, p.147-168.
- SMITH, H. (1997) *Religiones del Mundo*. Barcelona: Thassalia.
- SOUZA MINAYO, M. C. (1997) *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar.
- SUMNER, C. (1994) *The Sociology of Deviance: an Obituary*. Buckingham: Open University Press.
- (1999) “Repensar la desviación: hacia una sociología de la censura social”, sin pie de imprenta.
- TERRADES, I. (1999) “Política i identitat”. Conferencia dictada en Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, 29-IX-99.
- THUMERELL, P. (1998) *Poblaciones del Mundo*. Madrid: Cátedra.
- TIJERAS, R. (2000) *Lobbies. Cómo funcionan los grupos de presión españoles*. Madrid: Temas.
- WEBER, M. (1970) *Economía y Sociedad*. México: FCE.
- TRINIDAD, P. (1993) “La configuración histórica del sujeto delincuente”, en *Revista Acacia*, publicaciones UB.

Historia, etnografía y procesos migratorios de Senegambia.

BÉCQUER, CH. (1994) “Essai bibliographique sur l’histoire des migrations internationales sénégalaises”, en M. C. Diop: *Sénégal et ses voisins*. Dakar: Sociétés-Espaces-Temps.

BREDELOUP, S. (1995) “Guide bibliographique. Émigration sénégalaise et immigration au Sénégal (1990 – 1995)”, en *Mondes en Développement*, tomo 23, 91: 123 – 129.

COPANS, J. (1988) *Les marabouts de l’arachide. La confrérie mouride et les paysans du Sénégal*. París: L’Harmattan.

CORTÉS LÓPEZ, J. L. (1989) *La esclavitud negra en la España peninsular del siglo XVI*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

- (1995) *Historia contemporánea de Africa. Desde 1940 hasta nuestros días*. Madrid: Mundo Negro.

COULON, C. (1981) *Le Marabout et le Prince. Islam et pouvoir au Sénégal*. París: A. Pedone.

DE MADARIAGA, M. (1988) “Imagen del moro en la memoria colectiva del pueblo español y retorno del moro en la guerra civil de 1936”, en *Revista Internacional de Sociología*, 46, 4.

DEVEY, M. (2000) *Le Sénégal*. París: Karthala.

DIOP, A. B. (1988) *Le Société Wolof: Tradition et Changement, les systèmes d’inégalité et de domination*. París: Khartala.

FANON, F. (1967) *Towards the African Revolution*. New York: Monthly Review.

FINDLEY, S. Y OUEDRAOGO, D. (1993) “North or South? A study of the Senegal River Valley migration patterns”. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre Movimientos Humanos, Montreal, Canadá.

INIESTA, F. (1998a) *El planeta negro*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

- (1998b) *Kuma. Historia del Africa Negra*. Barcelona: Bellaterra.

KAPLAN, A. (1991) “Aproximación a algunos aspectos etnográficos de la región de Senegambia” en *Revista de Trabajo Social*, nro. 123.

KLEIN MARTIN, A. (1968) *Islam and Imperialism in Senegal: Sine Saloum 1847-1914*. Stanford: University Press.

- LESTHAEGH, R. (ed.) (1989) *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*. Berkeley: California University Press.
- LINARES DE SAPIR, O. (1992) “Power, prayer and production: the solo of Casamance Senegal”, *Cambridge studies in cultural anthropology*, vol. 15, 1.
- MALLART, LL. (2001) *Okupes a l’Africa*. Barcelona: La Campana
- M’BAI, F. E. (1993) *Senegambia, a geo-historical, socio-economic and political study*. Banjul: Sunrise Publishers.
- PELLISSIER, P. (1966) *Les paysans du Sénégal: les civilisations agraires au Cayor à la Casamance*. Vienne: Santyneux.
- PROHENS PERELLÓ, B. (1992) *Brujos y libaciones a espíritus entre los wolof de Senegal*. Tesis doctoral, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca.
- ROBIN, N. (1996) *Atlas des migrations ouest-africaines vers l’Europe, 1985-1993*. París: ORSTOM-EUROSTAT.
- (1999) “Les espaces de transit dans les migrations internationales ouest-africaines”, en J. Bonnemaïson et. al.: *Les territoires de l’identité. Le territoire, lien ou frontière*. París: L’Harmattan.
- SALEM, G. (1984) “Les marchés ambulants et le système commercial sénégalais”, en G. Simon (coord.) *Marchands ambulants et commercants étrangers en France et en Allemagne Fédérale*. Poitiers: CUEM, pp. 7-50.
- SECK, T. A. (1997) *La Banque Mondiale et l’Afrique de l’Ouest. L’exemple du Sénégal*. París: Publisud.
- SIMON, G. (1995) *Géodynamique des migrations internationales dans le monde*. París: PUF.
- SONKO-GODWIN, P. (1988) *Ethnic groups of the Senegambia: a brief history*. Banjul: Sunrise Publishers.
- TABUTIN, D. (ed.) (1988) *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. París: L’Harmattan.
- TRAORE, S. (1994) “Les modèles migratoires Soninké et Poular de la vallée du Fleuve Sénégal”, en *REMI*, vol. 10, nro. 3: 61-81.
- V.V.A.A. (1984) *La muerte en la vida africana*. Barcelona: Serbal – UNESCO.

Antropología de la Medicina. Proceso de salud-enfermedad-atención.

ALBERT, L. (1990) *Los plaguicidas, el ambiente y la salud*. México: Centro de Ecodesarrollo.

ALMEIDA FILHO, N. (1989) *Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, nro. 28.

- (1992) *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO.

ALVAREZ DARDET, C. y PEIRÓ, S. (2000) *Informe Sepsas 2000. La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

BREILH, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

CANGUILHEM, G. (1978) *Lo Normal y lo Patológico*. México: Siglo XXI.

CANALS, J. (1991) “Comunidad y redes sociales: de las metáforas a los conceptos operativos”, en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 23: 7-18.

- (1996) “La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua”. Ponencia presentada en el VII Congreso de Antropología Social, Zaragoza.

COMELLES, J. M. (1993) “La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”, en C. Alvarez-Dardet y M. Porta (eds.): *Revisiones en Salud Pública*, 3: 169-192.

COMELLES, J. M. y MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.

CONRAD, P. (1982) “Medicalización y control social”, en D. Ingleby (comp.): *Psiquiatría Crítica*. Barcelona: Grijalbo.

CONRAD, P. y KERN, R. (eds) (1990) *The sociology of health and illness. Critical perspectives*. New York: St. Martin's Press.

CONRAD, P. y SCHNEIDER, J. W. (1992) *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

COREIL, J. et al. (1985) “Life-Style, an emergent concept in the sociomedical sciences”, en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9: 243-337.

CORNIER, D. (1984) *Toxicomanies: Styles de vie*. Québec: Gaëtan Morin.

DEPARTAMENT DE SANITAT I ASSITÈNCIA SOCIAL (1980) *La sanitat a Catalunya. Anàlisi i Propostes del Departament de Sanitat i Assitència Social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL (1993) *Pla de Salut de Catalunya 1993-1995*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

- (1996) *Pla de Salut de Catalunya 1996-1998*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

DÍAZ, J. L. (1986) “Relación médico-paciente: terapéutica: la psicobiología del proceso de curación”, en *Estudios de Antropología Médica*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

DIERKSMEIER, G. (2001) *Plaguicidas. Residuos, efectos y presencia en el medio*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

DURÁN, M. A. (1983) *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.

ECHEVERRÍA, M. (1984) *Enfermedades de los trabajadores y crisis económica*. Santiago de Chile: Pet-Pispal.

EISENBERG, L. y KLEINMAN, A. (eds) (1981) *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel Pubb. Co.

FRANCO AGUDELO, S. (1986) “La salud y el trabajo”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, 35: 15-25.

FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica*. Barcelona: Península.

GOLDBERG, A. (1997) *Una aproximación antropológica al sistema de atención primaria cubano: el médico de la familia*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras.

GRACIA, M. (2001) *Somos lo que comemos*. Barcelona: Ariel.

HARO ENCINAS, J. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.) (2000) *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.

HAYES, W. S. y LAWS, E. R. (1989) *Handbook of Pesticide Toxicology*. California: Academic Press Inc.

INSTITUT MUNICIPAL DE SALUT PUBLICA (1998-2000) *La Salut a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.

- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: California University Press.
- (1983) “The cultural meanings and social uses of illness”, en *Journal of Family Practice*, 16: 539-545.
- LAURELL, A. C. (1984) “El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo”, en *Vida y Muerte del Mexicano*. México: Folios.
- (1986) “El estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina”, en *Cuadernos Médico-Sociales* (37: 3-17).
- (1987) “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción”. México: UNAM (mimeo)
- (coord.) (1993) *Para la investigación de la salud de los trabajadores*. Washington: OPS.
- MCKEOWN, T. (1990) *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica.
- MENÉNDEZ, E. (1980) *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada “tradicional”*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, nro. 32.
- (1982) “Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva”, en E. Menéndez (ed.): *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata.
- (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, nro. 86.
- (1986) “Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud”, en *Nueva Antropología*, Vol. VIII, nro. 29.
- (1987a) “Autoatención de la enfermedad. La automedicación como primer nivel de atención” (Comunicación personal inédita).
- (1987b) “Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo”, en *Medicina Tradicional y Atención Primaria. Ensayos Homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, nro. 159.
- (1987c) “Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención”, en J. Reyes Heróles (ed.): *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los Países Latinoamericanos*. México: CIESAS.
- (1990^a) *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

- (1990b) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, nro. 179.
- (1992) “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo”, en *Cuadernos Médico Sociales*, 59: 3-18.
- (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”, en *Alteridades*, 4; 7: 71-83.
- (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, en *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.
- (2000) “Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos”, en E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra
- MIGUEL, J. DE (1983) *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.
- OMS (1978) *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- ROMANÍ, O. (1999) *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- SCHEPER-HUGES, N. (1990) “Three prepositions for a critically applied medical anthropology”, en *Social Science & Medicine*, 30 (2): 189-197.
- (1992) *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- SWIFT, C. R. y ASUNI, T. (1975) *Mental Health and Disease in Africa*. Edimburgo: Longman Group.
- TERRIS, M. (1987) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- UGALDE, A. y ZWI, A. (comps.) (1995) *Violencia, estado y salud en América Latina*. México: Nueva Imagen.
- URIBE OYARBIDE, J. M. (1996) *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- WEINSTEIN, L. (1989, primera edición 1978) *Salud y Autogestión*. Montevideo: Nordan Comunidad.
- ZOLA, I. K. (1972) “Medicine as an institution of social control”, en P. Conrad y R. Kern (eds.) (1990): *Sociology of health and illness. Critical perspectives*. New York: St. Martin's Press.

Globalización y migraciones internacionales.

AJUNTAMENT DE BARCELONA (1999) *Guia d'entitats d'immigrants de Barcelona*.
Gerència del Sector de Serveis Personals.

- (2000) *La població estrangera de Barcelona, juny 2000*. Departament d'Estadística.

- (2001) *La població estrangera de Barcelona, gener 2001*. Departament d'Estadística.

ALONSO GONZÁLEZ, A. y VILLAMIL CABEZUDO, V. (2001) *Efectos de la inmigración sobre el crecimiento del país receptor*. Madrid: Universidad Complutense.
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

AMIN, S. (1999) *El capitalismo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.

ARAMBURU, M. (1997) *Diagnòstic sobre les condicions d'allotjament i la discriminació de la població immigrant del districte de Ciutat Vella de Barcelona*. Barcelona: Projecte Xenofilia.

BALAGUER, M., BARREDA, M. y CUADROS, D. (1999) *Els beneficis de la immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona: Dep. de Benestar Social, Generalitat de Catalunya.

BERGALLI, V. (1997) “Contexto Urbano y alteridad en Barcelona. Nuevos desafíos para la Ciudad Vieja”, en *REMI*, vol. 13, 3: 121-133.

BLANCO, C. (2000) *Las migraciones contemporáneas*. Madrid: Alianza.

CASTAÑO, A. (2000) *Informe 2000 sobre la inmigración en Almería*. Sevilla: Junta de Andalucía.

COLECTIVO IOÉ (1992) *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- “La immigració estrangera a Espanya, 2000”, en E. Aja et. al.: *La immigració estrangera a Espanya. Els reptes educatius*. Barcelona: Fundació La Caixa.

COLECTIVO IOÉ-UGT (2001) *¡No quieren ser menos! Exploración sobre la discriminación laboral de los inmigrantes en España*. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT.

COMISIONES OBRERAS (1993) *Migraciones: manifestación tangible de las diferencias Norte-Sur*. Madrid: CCOO.

- (1998) *Conferencia del Consejo Confederal sobre Migraciones*. Madrid: CCOO.

- CHECA, F. (ed.) (1998) *Africanos en la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España Mediterránea*. Barcelona: Icaria.
- CHECA, F., CHECA JUAN C. y ARJONA, A. (eds) (2000) *Convivencia entre culturas. El fenómeno migratorio en España*. Sevilla: Signatura Demos.
- DÍAZ, B. (1997) *Todo negro no igual*. Barcelona: Virus.
- DÍAZ, M. (coord.) (1999) *Procesos Migratorios y Relaciones Interétnicas en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- DIOP, A. M. (1990a) “Le mouvement associatif négro-africain en France”, en *Hommes et Migrations*, 1132: 15 – 20.
- (1990b) “L’émigration murid en Europe”, en *Hommes et Migrations*, 1132: 21 – 24.
- DIPUTACIO DE BARCELONA (1992) *Informe sobre el treball social amb immigrants estrangers a la província de Barcelona*. Area de Serveis Socials.
- (1997) *II Informe sobre la Inmigració y el Treball Social a Catalunya*. Area de Serveis Socials.
- (1999) *Atlas de recursos per a la immigració estrangera de la província de Barcelona*. Area de Serveis Socials. Servei d’Acció Social.
- DOMINGO, A. et. al. (1995) *Condicions de vida de la població d’origen Africà i Llatinoamèrica a la Regió Metropolitana de Barcelona: una aproximació qualitativa*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- EBIN, V. (1990) “Commerçants et missionnaires: une confrérie musulmane sénégalaise à New York”, en *Hommes et Migrations*, 1132: 25 – 31.
- ESPADA RAMOS, M. L. (1997) *¿Europa, ciudad abierta? La inmigración y el asilo en la Unión Europea*. Granada: IMFE.
- EUROSTAT (2001) *Push and pull factors of international migrations*. Brussels: Statistics in Forms.
- FEDERACION DE ASOCIACIONES DE INMIGRANTES SENEGALESES DEL ESTADO ESPAÑOL (2000) *Documento final de las Jornadas Estatales de Asociaciones Senegalesas del estado Español*. Palma de Mallorca, 26, 27 y 28 de mayo de 2000.
- GARCÍA CANCLINI, N. (1999) *La Globalización imaginada*. Barcelona: Paidós
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1999). *Els beneficis de la immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona: Departament de Benestar Social.

- (2000) *Pla Interdepartamental d'Inmigració*. Departament de Benestar Social.
- GIMÉNEZ, C. (1996) “Proyectos de construcción nacional, política migratoria y transnacionalismo en España”, en A. Kaplan (coord.): *Procesos migratorios y Relaciones Interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología.
- GIMÉNEZ, C. y MALGESINI, G. (1997) *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: La Cueva del Oso.
- GOLDBERG, A. y PEDONE, C. (2000) *Cadenas y redes migratorias internacionales. Aproximación a un análisis comparativo de dos casos: senegaleses en Barcelona y ecuatorianos en Murcia*. Tarragona: IV Congreso de CEALC.
- KAPLAN, A. (1993^a) *Aproximaciones descriptivas a la situación de origen de los inmigrantes de la región de Senegambia*. Bellaterra: Trabajo de Master, UAB.
- (1993b) “Movimientos migratorios, movimientos culturales”, en *Quaderns de Serveis Socials nro. 5*, Diputació de Barcelona.
- (1995) *Variabilidad en los procesos de integración social, aculturación e identificación en los colectivos senegambianos en Cataluña*. Bellaterra: Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- (coord.) (1996) *Procesos migratorios y relaciones interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología Social, Instituto Aragonés de Antropología, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.
- (1998) *De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- (2002) “Los procesos migratorios. Una motivación económica: Senegambianos en Cataluña”, en *Barcelona, siglo XXI: Mosaico de Culturas*. Barcelona: Museu Etnologic.
- KAPLAN, A. y CARRASCO, S. (2001) “Cambios y continuidades en torno a la cultura alimentaria en el proceso migratorio de Gambia a Cataluña”, en M. Gracia Arnaiz (coord.): *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
- LACOMBA VÁZQUEZ, J. (1998) *El juego entre la exclusión y la inserción en situación inmigrada. Modificación y permanencia de la identidad cultural entre los inmigrantes musulmanes*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- (coord) (2001) *Immigració i Societat*. Universitat de Valencia: Arxius de Ciències Socials.

- LAMELA, C. (1999) “Relaciones y desigualdades de género como mecanismo de selección en los procesos migratorios”, en *Migraciones*, 6: 105-127.
- LUCAS DE, J. (1996) *Puertas que se cierran*. Barcelona: Icaria.
- MALGESINI, G. (1996). “Dilemas de la movilidad. Inmigración y refugiados en España y la CE”, en Varios Autores: *Extranjeros en el Paraíso*. Barcelona: Virus, 11-26.
- (1998) *Cruzando fronteras. Migraciones en el sistema mundial*. Barcelona: Icaria-Fundación Hogar del empleado.
- MATEOS, A. y MORAL, F. (2000) *Europeos e inmigrantes. La Unión Europea y la inmigración extranjera desde la perspectiva de los jóvenes*. Madrid: CIS.
- MARTÍNEZ FRESNEDA, G. (2001) “Tres leyes del siglo”, en *Le Monde Diplomatique*, Nro. 63: 25.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (1997) *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*. Madrid: Trotta.
- (1999) *Pobreza, Segregación y Exclusión Espacial. La Vivienda de los Inmigrantes Extranjeros en España*. Barcelona: Icaria.
- (2000) “Teorías sobre las migraciones”, en *Migraciones y Exilios. Cuadernos de la AEMIC*, 1: 11 – 26.
- MBOUP, M. (2000) *Les sénégalais d'Italie. Emigrés, agents du changement social*. París: L'Harmattan.
- MASLLORENS, A. (1995) *Informe sobre la Inmigració*. Barcelona: Deriva.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1995) *Plan Nacional para la Integración Social de los Inmigrantes*. Madrid: Dirección General de Migraciones.
- MORERA, J. (1996) “De lo invisible a lo concreto. El proceso de visibilización de la presencia del Islam en Cataluña”, en A. Kaplan (coord.): *Procesos migratorios y relaciones interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología Social, Instituto Aragonés de Antropología, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español.
- (1998) “Ciutat Vella, passat i present migratori”, en *Barcelona Societat*, 9: 84-90.
- (1999) *Musulmanes en Barcelona. Espacios y dinámicas comunitarias*. Barcelona: CIDOB.
- OBSERVATORI DESC (2003) *Guía para Inmigrantes*. Barcelona: Regidoria de Drets Civils, Ajuntament de Barcelona.

ORGAN TÈCNIC DEL PLA INTERDEPARTAMENTAL D'INMIGRACIÓ (1997) *Els plans comarcals d'integració dels immigrants. Document de presentació*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

PARRAMÓN, C. (1996) “Campo migratorio: un concepto útil para el análisis de las estrategias migratorias” en A. Kaplan: *Procesos migratorios y Relaciones Interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología.

PASCUAL I SAÜC, J. (1993) *La immigració estrangera a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

PNUD (1997) *Informe sobre desarrollo humano 1997*. Madrid: Mundi-Prensa.

PROVANSAL, D. (1989) “Africanos en Cataluña”, en M. A. Roque (ed.): *Els moviments humans en el Mediterrani Occidental*. Barcelona: Institut Català d'Estudis Mediterranis.

PUMARES, P. (1998) “¿Qué es la integración? Reflexiones sobre el Concepto de la Integración de los Inmigrantes”, en F. Checa: *Africanos en la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España Mediterránea*. Barcelona: Icaria.

RAMÍREZ GOICOCHEA, J. (1996) *Inmigración en España: vidas y experiencias*. Madrid: CIS.

RAVENSTEIN (1885) “The laws of migration”, en *Journal of the Royal Statistical Society*, 48.

RECOLONS, L. (1996) “Les migracions actuals en el context de la població mundial”, en *Revista de Treball Social*, nro. 124. Diputació de Barcelona.

- (2001) “La población inmigrante de origen extranjero y su impacto en las sociedades europeas”, en *Revista de Fomento Social*, 56: 679-694.

SASSEN, S. (1996) *La ville globale*. París: Descartes y Cie.

- (2001) “¿Por qué emigran de a millones?”, en *Le Monde Diplomatique*, edición Cono Sur. Junio, 2001: 22-23.

SCHMIDT, O. (1994) *Islam, solidarità e lavoro: i muridi senegalesi in Italia*. Torino: Fondazione G. Agnelli.

SCHMIDT, O. y BLION, R. (2000) “Du Sénégal a New York: quel avenir pour la confrérie mouride?”, en *Hommes et Migrations*, 1124: 36-45.

SEPA BONABA, E. (1993) *Els negres catalans. La immigració africana a Catalunya*. Barcelona: Fundació Serveis de Cultura Popular/Alta Fulla.

STOOP, CH. (1999) *Los “Otros”. La deportación de los “sin papeles” en Europa*. Barcelona: Bellaterra.

SUÁREZ NAVAZ, L. (1995) “Les sénégalais en Andalousie”, en *Mondes en Developpement*, tomo 23, 91: 55 – 65.

- (1996) “Estrategias de pertenencia y marcos de exclusión: colectivos sociales y estados en un mundo transnacional”, en A. Kaplan (coord.): *Procesos migratorios y Relaciones Interétnicas*. Zaragoza: VII Congreso de Antropología.

- (1998) “Los procesos migratorios como procesos globales. El caso del transnacionalismo senegalés”, en *Ofrim*, diciembre, pp. 39 – 63.

SUBCOMANDANTE INSURGENTE MARCOS (1996) *Siete piezas del rompecabezas mundial*. México: Ediciones del FZLN.

- (2003) “La nueva torre de Babel”, en *Resumen Latinoamericano* (65: 4-5).

TIMERA, M. (1996) *Les soninkés en France*. París: Karthala.

UGT (1993) *UGT e inmigración: un programa sindical*. Madrid: UGT.

UNESCO (1997) *Anuario estadístico*. París: UNESCO.

UNITED NATIONS (2000) *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing population?*. New York: UN.

VALLS, D., CLAPÉS ESTRADA, J. et al. (1995) *Condicions de vida de la població d'origen africà i llatinoamericà a la Regió Metropolitana de Barcelona: una aproximació*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

VI MAKOME, I. (1990) *España y los negros africanos*. Barcelona: La Llar de Libre.

Salud y migraciones.

AJUNTAMENT DE BARCELONA (1998^a) *Observatori permanent de la immigració a Barcelona: dades de l'Hospital Clínic de Barcelona, desembre 1998*. Comissionat de l'Alcaldia per a la defensa del Drets Civils.

- (1998b) *Observatori permanent de la immigració a Barcelona: la salut dels immigrants. Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1992-1996*. Comissionat de l'Alcaldia per a la defensa del Drets Civils.

- (2000^a) *Observatori permanent de la immigració a Barcelona: dades de l'Hospital Clínic de Barcelona, novembre 2000*. Comissionat de l'Alcaldia per a la defensa del Drets Civils.

- (2000b). *La Salut dels immigrants. Informe 2000. Anàlisis de las estadísticas vitales en la ciudad de Barcelona, 1994-1998*. Observatori permanent de la immigració a Barcelona (OPI).

- (2000c) *Pla de salut de la regió sanitària Barcelona ciutat: 1999-2001*. Servei Català de la Salut.

ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (1999) *Seguridad en la Agricultura*. Zarautz: Itxaropena.

ATXOTEGUI, J. (2000) “Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial”, en E. Perdiguero y J. M. Comelles (comps.): *Medicina y Cultura*. Barcelona: Bellaterra.

BALANZÓ FERNÁNDEZ, J. M. (1991) “Enfermedades importadas y medicina de la inmigración”, en *Atención primaria*, 8: 527-528.

BALANZÓ DE, X. et al. (1984) “La atención de la salud entre la población africana residente en el Maresme (Barcelona)”, en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 6: 769-78.

CABOT, A. (1993) “Experiència d'un Servei de Pediatria d'un Hospital Comarcal en l'atenció a fills d'inmigrants africans”, en *Bulletí de la Societat Catalana de Pediatria*, p. 53.

CANALS, J. (1992) “Itinerarios migratorios, itinerarios de salud”, en *Migració i Salut: la Coca Mediterrànea cap el 2000*. Barcelona: UB.

CASTILLO, J. y DEL AMO, J. (2001) “Epidemiología de la infección por VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas en España”., en *IV Taller Internacional de la Red Europea para la prevención del VIH/sida entre las comunidades inmigrantes del Africa Subsahariana*. Madrid: ENS, enero 2001.

CITE-ALMERÍA (1992) “Situación sanitaria de los inmigrantes africanos en Almería”. Ponencia presentada en las *Jornadas Euro-Latinoamericanas de debate sobre sanidad pública*.

CREU ROJA BARCELONA (1997) *Programa de atenció social a immigrants SAIER: fitxa tècnica-memòria*. Area d'Activitats i Serveis.

- CUADROS RIOBÓ, A. (1997) “Salud e inmigraciones: la experiencia del programa de atención sociosanitaria a inmigrantes de Médicos del mundo en Madrid”, en *Migraciones*, 2: 237-248.
- DURÁN, E. et al. (1995) “Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona”, en *Medicina Clínica*, 106: 525-528.
- ESTEBAN, M. L. y DÍAZ, B. (1997) *La salud de los inmigrantes extranjeros en el barrio de San Francisco (Bilbao)*. Bilbao: Tresnak.
- FUMADÓ, P. y JIMÉNEZ, R. (2000) “Malaria importada en la infancia (1993-1998)”, *Anales Españoles de Pediatría*, 52: 305-308.
- FUNDACIÓ DE SERVEIS DE CULTURA POPULAR (1996) *L'Atenció sanitària als immigrants: l'experiència del Consorci Sanitari de Mataró*. Barcelona: Alta Fulla.
- GALDÓS TANGÜIS, H., GARCÍA DE OLALLA, P. et al. (1999) *La Tuberculosis a Barcelona: informe 1998. Programa de prevenció i control de la tuberculosi de Barcelona*. Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.
- GÓMEZ DE TERREROS, I. (1999) “El pediatra ante los niños de familias inmigrantes”, en *Anales Españoles de Pediatría*, 51: 622-624.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. y COMELLES, J. M. (2000) *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO “IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo”, en *Prevención, Trabajo y Salud*, Nro. 8.
- JAUMA, R. M. y VIÑAMATA, B. (1994) “Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud”, en *Atención Primaria*, vol. 13, nro. 6.
- LÓPEZ ABUIN, J. M. (2002) “El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante”, en *FMC*, 9 (7): 492-497.
- PARRÓN, T. et. al. (1992) *Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de plaguicidas en la zona del poniente almeriense*. Sin pie de imprenta.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (1992) *Programa de formación en relación con el uso de plaguicidas y las prácticas agrícolas*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- SOLAS, O. (1996) *Inmigración, Salud y Políticas Sociales*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.

SOLE, C. (1997) “Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona”, en O. Salas y A. Ugalde: *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 139-150.

UGALDE, A. (1997) “Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España”, en O. Salas y A. Ugalde: *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 57-78.

VALERO, C. (1993) *La salut dels fills migrants a Barcelona. Aportacions de l'estudi del registre de naixements*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

VULPIANI, P., COMELLES, J. M. AND VAN DONGEN, E. (eds.) (2000) *Health for All, All in Health. European Experiences on Health Care for Migrants*. Perugia: Cidis/Alisei-European Commission.

Discriminación, racismo y xenofobia.

ALVITE, J. P. (coordinador) (1995) *Racismo, antirracismo e inmigración*. Donosti: Gakoa.

AMNISTIA INTERNACIONAL (2002) *España: crisis de identidad. Tortura y malos tratos con motivos racistas a manos de agentes del Estado*. Madrid: AI.

ASSOCIACIÓ PONENT (2000) *Proyecto Reconocer el paisaje humano*. Barcelona

BAKER, M. (1981) *The New Racism*. Londres: Junction Books.

BALIBAR, E., Y WALLERSTEIN, I. (1991) *Raza, nación y clase*. Madrid: Iepala.

CALVO BUEZAS, T. (1990^a) *El racismo que viene*. Madrid: Técnos.

- (1990^b) *¿España racista? Voces payas sobre los gitanos*. Barcelona: Anthropos.

CASALS, X. (1995) *Neonazis en España. De las audiciones wagnerianas a los skin heads*. Barcelona: Grijalbo.

COLECTIVO IOÉ (1994) *Discursos de los españoles sobre extranjeros. Paradojas de la alteridad*. Madrid: CIS.

CHECA, F. (dir.) (2001) *El Ejido: La ciudad-cortijo*. Barcelona: Icaria.

FEIXA, C. (1998) *De jóvenes, bandas y tribus. Antropología de la Juventud*. Barcelona: Ariel.

FOUCAULT, M. (1992) *Genealogía del racismo. De la guerra de razas al racismo de Estado*. Madrid: La Piqueta.

- IMBERT, G. (1992) *Los escenarios de la violencia*. Barcelona: Icaria.
- INSTITUTO DE LA JUVENTUD (2000) *Informe de Juventud en España 2000*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- IZQUIERDO, A. (1994) “Las encuestas contra la inmigración”, en M. Rojo et al. (eds.): *Hablar y dejar hablar: sobre racismo y xenofobia*. Madrid: UAM. p. 165-176.
- JIMÉNEZ MARTÍNEZ, J. J. y BARBA, T. (1998) *La socialización del miedo*. Madrid: Libros de la Catarata.
- JULLIARD, J. (1994) *El fascismo que viene*. Madrid: Acento.
- MARTÍNEZ VEIGA, U. (2001) *El Ejido. Discriminación, Exclusión Social y Racismo*. Madrid: Libros de la Catarata.
- MASSEY, D. y DENTON, N. (1993) *American Apartheid*. Cambridge: Harvard University.
- OBSERVATORIO EUROPEO DEL RACISMO Y LA XENOFobia (2000) *Informe Anual*. Viena: UE.
- PINCUS, F. y EHRILCH, H. (eds.) (1999) *Race and Ethnic Conflict. Contending Views on Prejudice, Discrimination and Ethnoviolence*. Boulder: Elsevier.
- RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, J. L. (1997) *La extrema derecha española en el siglo XX*. Madrid: Alianza Universidad.
- SÁNCHEZ SOLER, M. (1998) *Descenso a los Fascismos*. Madrid: Grupo Zeta.
- SAN ROMAN, T. (1984) *Gitanos de Madrid y Barcelona. Ensayos sobre aculturación y etnicidad*. Barcelona: U.A.B.
- (1986) *Entre la marginación y el racismo: reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza.
- SOS RACISMO (1998) *Informe anual 1999. Sobre el racismo en el Estado Español*. Barcelona: Icaria.
- WAGMAN, D. (2002) “Estadística, Delito e Inmigrantes”, en edición digital y *SOS Racismo: Informe Anual*.

Economía sumergida e inmigración.

AMBROSINI, M. (1998) “L’inserimento degli immigrati nell’economia informale”, en *Studi di Sociologia*, vol. 36, 3: 233-257.

ARESTIS, P. (1999) “Symposium on Post-Fordism and the Nature of Work”, en *Review of Social Economy*, 57: 2.

BENTON, L. (1990). *Invisible Factories: The Informal Economy and Industrial Development in Spain*. Albany: State University of New York Press.

CACHÓN, L. (1997) “Segregación sectorial de los inmigrantes en el mercado de trabajo en España”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 69: 105-124.

CARRASCO, C. (1998) “Economía sumergida y trabajador inmigrante”, en *Migraciones*, 4: 9-33.

COLECTIVO IOÉ (1998) “Inmigración y trabajo: hacia un modelo de análisis. Aplicación al sector de la construcción”, en *Migraciones*, 4: 35-70.

- (2002) “Trabajadoras inmigrantes por cuenta propia”. Ponencia presentada en el *Seminario sobre Empresariado Etnico en España*. Centre d’Estudis Internacionals i Interculturals, UAB, 5 de junio de 2002.

CONTRERAS, A. (1998): *Que revienta el negro! El caos del Sistema Español. Corrupción, economía sumergida y dinero negro*. Barcelona: Edil, XX, S.L.

CHARRO BAENA, P. (1999) “La estabilidad en el empleo como factor de integración del trabajo extranjero no comunitario”, en *Migraciones*, 6: 129-150.

FOESSA (1995): “El empleo irregular en 1993”, en FOESSA: *V Informe Sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2.000*. Madrid: FOESSA.

GOLDBERG, A. (2002) “Estrategias socioculturales de inserción económica. Una indagación sobre vendedores ambulantes senegaleses en Barcelona”. Ponencia presentada en el *Seminario sobre Empresariado Etnico en España*. Centre d’Estudis Internacionals i Interculturals, UAB, 5 de junio de 2002.

HERRANZ, Y. (2000) “Inmigración e incorporación laboral”, en *Migraciones*, 8: 127-163.

KHOUMA, P. (1990) *Io, venditore di elefanti. Una vita per forza fra Dakar, Parigi e Milano*. Milano: Garzanti.

- MARTÍNEZ VEIGA, U. (1989) “El otro desempleo. La economía sumergida”, en *Cuadernos A de Antropología 10*. Barcelona: Anthropos.
- (1998^a) “Inmigrants in the Spanish Labour Market”, en *South European Society and Politics*, 3, 3: 105-128.
- (1998^b) “La competición en el mercado de trabajo entre migrantes y nativos”, en *Migraciones*, 3: 9-30.
- MOLINA, J. L. y DÍAZ, A. (2002) “La venta ambulante en Barcelona”. Ponencia presentada en el *Seminario sobre Empresariado Etnico en España*. Centre d’Estudis Internacionals i Interculturals, UAB, 5 de junio de 2002.
- REYNERI, E. (1998) “The Role of the Underground Economy in Irregular Migration to Italy: Cause or Effect?”, en *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 24, 2: 313-331.
- RIFKIN, J. (1997) *El fin del trabajo*. Barcelona: Paidós.
- ROMANI, O.; GOLDBERG, A.; MASCARELLA, L: “Economía Informal, Migraciones e Identidades: Senegaleses y Paquistaníes en Catalunya”, en *II Seminario del Programa Europeo ECOBAZ*, Barcelona, 25 al 27 de mayo de 2000.
- SERRANO SANZ et al. (1999) *Desigualdades territoriales en la economía sumergida*. Zaragoza: IAF, CREA.
- SOLÉ, C. (1997) “La irregularidad laboral de la inmigración extracomunitaria”, en *Migraciones*, 1: 7-40.
- SOLÉ, C.; RIBAS, N.; BERGALLI, V.; PARELLA, S. (1998) “Irregular employment amongst migrants in Spanish cities”, en *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 24, 2: 333-346.
- TORTOSA, J. M. (1988) “La economía sumergida en la provincia de Alicante: el juego de las máscaras”, en *REIS*, 41: 153-173.

Páginas WEB sobre riesgos laborales y prevención de accidentes en el trabajo

UGT de Catalunya: www.ugtcatalunya.com

UGT Confederal: www.ugt.es

Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya: www.gencat.es/treball

Estadísticas sobre siniestralidad en el trabajo de Catalunya:

www.gencat.es/stat/treb/sinistra.htm

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo: www.mtas.es/insht

Estadísticas sobre siniestralidad en el trabajo del estado Español:

www.mtas.es/insht/statistics/mtas.htm

Ministerio de Economía y Hacienda: www.meh.es

Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

Organización Internacional del Trabajo (OIT): www.oit.org

Normativas europeas: www.iso.ch

Universidad Politécnica de Catalunya: www.upc.es

Grupo de la Universidad Politécnica de Catalunya de Ergonomía:

www.ic.upc.es/ergomain/htm

Adit Salud. Consultores en Organización y Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales:

www.geocities.com/HotSprings/2798

Portal de Seguridad Laboral: www.sicuris.com

Portal de Prevención de Riesgos Laborales: www.prevencionintegral.com

Portal de Prevención de Riesgos Laborales: www.cyberseguridad.com

Portal de Prevención de Riesgos Laborales: www.prevencion.com

Fundación Laboral de la Construcción de Andalucía: www.flcandalucia.com

Plataforma Calidad y Prevención: www.redpaq.com

Índice de Sinónimos de Fichas Internacionales de Seguridad Química:

www.mtas.es/insht/ipcsnspn/nspn0000.htm

Mantenimiento y seguridad de carretillas elevadoras: www.guiadelamanutencion.com

Internauta interesado en temas de Prevención de Riesgos:

www.telecable.es/personales/david1

Protocolos de vigilancia de la salud del Ministerio de Sanidad:

www.msc.es/salud/ambienta/home.htm

Programas de Educación para la Salud en Escuelas: www.xtec.es/pese/segona.htm

Asociación Española de Ergónomos: www.prevencionintegral.com/AEE/asociacion.htm

Asociación Internacional de Ergonomía: www.iea.cc

Lesiones, dolores de espalda, prevención de malestares, etc.: www.webdelaespalda.org

ANEXO. Material gráfico recopilado



Imagen 1^a



Imagen 1b



Imagen 2. Graffiti en un muro de la c/Vistalegre, barrio El Raval, Ciutat Vella, Barcelona.

LA RAZÓN CATALUNYA
 Año V - N.º 1.188
 VIERNES
 11 de febrero de 2002
 PÉGINA 6,75 euros
 12 págs.

ESTOS SON LOS INMIGRANTES QUE NO QUIERE EL PUEBLO ESPAÑOL

■ Ayer cayó una banda de búlgaros que había asaltado 300 chalets en seis meses ■ La mitad de los delincuentes detenidos en España son extranjeros ■ La Policía teme el comienzo de secuestros «a la colombiana» después de haber sido alertada de que un peligroso grupo ha abandonado el país iberoamericano Págs. 23 a 25

Pujol reclama todas las competencias del Estado
 Ciu busca una reunión con Aznar para ver cómo responde al órdago nacionalista Págs. 13

Dezcallar ordena paralizar las operaciones del Cesid
 El director de la inteligencia española reclama cobertura legal para las actividades Págs. 9

Un ministro de Afganistán muere apaleado en Kabul
 Unos peregrinos le acusaban de haber cancelado su vuelo a Arabia Saudí por otro particular Págs. 17

Hoy, con LA RAZÓN, una nueva pieza del CIRCUITO DE CARRERAS

Imagen 3

mo. Según fuentes del Consejo, el "delicado equilibrio" de la Sala Penal conduce a que las vacantes de magistrados conservadores vayan a ser cubiertas por otros de la misma extracción. El nombramiento de Colmenero parece tan cantado como el veto de los vocales afines al PP a Margarita Robles.

En cambio, el criterio de la sustitución según la procedencia quiebra en el caso de la vacante dejada por el hoy vicepresidente del Poder Judicial, Fernando Salinas, propuesto por el PSOE. Para cubrir su plaza, los conservadores han propuesto al frente de la terna a la magistrada Calvo. La candidatura de ésta, contestada por más de un centenar de abogados y abogadas laboristas, es "irrevocable".

La última vacante es la del propio presidente del Consejo, Francisco Hernando. El primer lugar de la terna lo ocupa Agustín Puente, frente al que cuentan con escasas posibilidades Alicia Camacho y la catedrática de Derecho Constitucional María Teresa Freixas.



Agentes del Cuerpo Nacional de Policía cargan contra los inmigrantes en Almería. / FRANCISCO BONILLA

ADOLFO MARSILLACH

PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE DIRECTORES DE ESCENA DE ESPAÑA

Falleció en Madrid el día 21 de enero de 2002

"Serán ceniza mas tendrán sentido" (F. de Quevedo)

Los miembros de la ADE se unen al dolor de su familia.

La policía carga contra 300 inmigrantes irregulares en Almería y causa 20 heridos

A. T. Almería. Agentes del Cuerpo Nacional de Policía dispersaron ayer con dureza a 300 inmigrantes *sin papeles* que se encontraban acampados en la Huerta de la Alcazaba de Almería en demanda de su regularización. Los indocumentados habían decidido en asamblea permanecer cerca de la fortaleza hasta que se les garantizase su regularización. Los policías cargaron contra los concentrados y usaron gases lacrimógenos y bolas de goma. Cruz Roja atendió a unos 20 heridos. El delegado del Gobierno, Fernando Hermoso, dijo que hubo 11 detenidos porque se resistieron a los agentes. Hermoso redujo el número

de heridos a "dos que se atropellaron cuando huían". La mayoría son marroquíes y dicen llevar viviendo dos años en España. La policía vigiló a los inmigrantes hasta las 19.30. Entonces, unos 40 agentes comenzaron a rodear a los indocumentados en una vaguada de la Huerta de la Alcazaba. Sin previo aviso, según los inmigrantes, la policía comenzó a lanzar gases lacrimógenos y pelotas de goma. Los *sin papeles*, ayudados por los vecinos del barrio cercano de La Joya, una zona humilde de la capital, huyeron monte arriba y se refugiaron en el cerro San Cristóbal.

La policía, según afirmó el delegado del Gobierno, invitó durante todo el día a los inmigrantes a abandonar la zona y, ante la negativa, realizaron una "pequeña carga". Antes de la carga policial, los inmigrantes que habían pasado la noche a la intemperie recibieron asistencia sanitaria por parte de Cruz Roja. Todos los inmigrantes que participan en esta protesta aseguran que sus solicitudes de regularización han sido denegadas en dos ocasiones y mantienen que lo único que quieren es tener *papeles* para poder trabajar de forma legal.

Imagen 4

Iritzial⁹

2002 urtarrila – 26 larunbata • GARA

tasio



Imagen 5



Imagen 6. Chiringo de venta de Alí, playa de Cerdeña-Italia (agosto, 2002).

Ajuntament de Barcelona
Guàrdia Urbana

ACTA ÚNICA DE DENÚNCIA I INTERVENCIÓ DE GÈNERE PER VENDA AMBULANT

Acta núm.: A00068388

Unitat: 1/50

A les 11:50 hores del dia 26 de 2001, els agents núm. 2108 i núm. 2199, DENUNCIEM els fets esmentats a continuació i INTERVENIM el gènere a Francisco Rodriguez Perez, amb DNI/passaport núm. 261880, que viu a del cobes, per dur a terme activitats al carrer/plaça Villemartí

FET DENÚNCIAT

Venda ambulants sense llicència (art. 63.4 d) de l'OUVEP.

Altres infraccions

LLISTA D'OBJECTES INTERVENGUTS

46 palmas y platos de birchenre

El gènere intervingut ha estat precintat en presència de la persona denunciada amb el precinte núm. A00068388

L'agent núm.: 21088 (signatura) L'agent núm.: 21991 (signatura) La persona denunciada (signatura) NO DESEN

ACTA DE LLIURAMENT A L'OFICINA DE DIPÒSIT

El dia d de, l'agent núm.

LLIURO el gènere intervingut a l'Oficina de Dipòsit de la Guàrdia Urbana (carrer de la Guàrdia Urbana, 3-5), el precinte i la bossa del qual estan en perfectes condicions.

L'agent núm.: (signatura) Guàrdia Urbana (Segell)

ACTA DE LLIURAMENT A LA PERSONA DENUNCIADA

El dia d de, SE'M LLIURA el gènere intervingut, el precinte i la bossa del qual estan en perfectes condicions.

La persona denunciada (signatura) L'agent núm.: (signatura)

La signatura d'aquest document no implica estar conforme amb el fet denunciat.

Ful·lí rosa: EXEMPLAR PER A L'OFICINA DE DIPÒSIT.
Ful·lí verd: EXEMPLAR PER A LA PERSONA DENUNCIADA
Ful·lí blanc: EXEMPLAR PER A L'UNITAT

Imagen 7



Imagen 8. Vendedor ambulante senegalés rezando una de las cinco oraciones en un camping de Cerdeña-Italia (agosto 2002).



Imagen 9

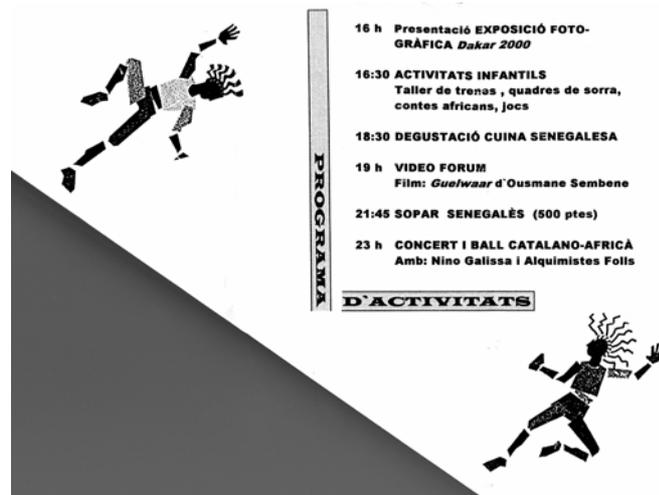


Imagen 10

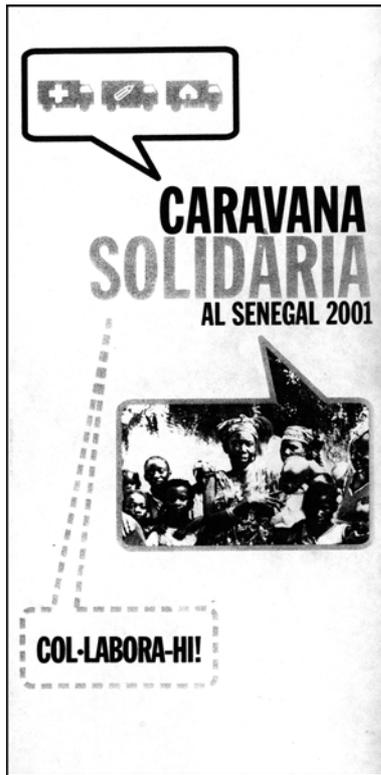


Imagen 11



Imagen 12. Bebu, Tchebo, Lafe y Teko en un bar de la c/Princesa (Ciutat Vella, Barcelona) durante el partido Senegal-Francia (Mundial de Fútbol 2002).



Imagen 13. Graffiti en un muro de la parte de atrás del Mercat de la Boqueria, sobre la c/Jerusalem (Ciutat Vella, Barcelona).



Imagen 14. Venta ambulante en la Villa Olímpica de Barcelona.



Imagen 15



Imagen 16

HIP HOP SENEGAL
PRECIO: 15 ANTICIPADA / 18 TAQ. ENTRADAS EN ETNOMUSIC (BONSUCCÉS 6) RIMSHOT (GIGNÁS 30) INDIKA SPLIFF (BOQUERIA 44) BUNKER (C. DE CENT 266) ALLSTARS (TALLERS 78) YAB YUMMI (CODERS 9)

DAARA J

C/Noir de la Rambla, 113 / Metro L3 Paral.lel información: abdenegus 93 441 86 68

JUEVES 26 JUNIO 2003 APOLO 21:00H

Imagen 17^a

POSITIVE BLACK SOUL
POSITIVE BLACK SOUL + PEE FROISS

información: abdenegus 93 441 86 68 C/Córcega, 365 / Metro L3 L5 Diagonal

MIÉRCOLES 11 JUNIO 2003 CIBELES 21:00H.

HIP HOP SENEGAL
PRECIO: 15 ANTICIPADA / 18 TAQ. ENTRADAS EN ETNOMUSIC (BONSUCCÉS 6) RIMSHOT (GIGNÁS 30) INDIKA SPLIFF (BOQUERIA 44) BUNKER (C. DE CENT 266) ALLSTARS (TALLERS 78) YAB YUMMI (CODERS 9)

Imagen 17^b



Imagen 18. El autor junto a Mustafá y “El negro”, en el espacio de venta ambulante del barrio de Trastevere, Roma-Italia (julio 2002).

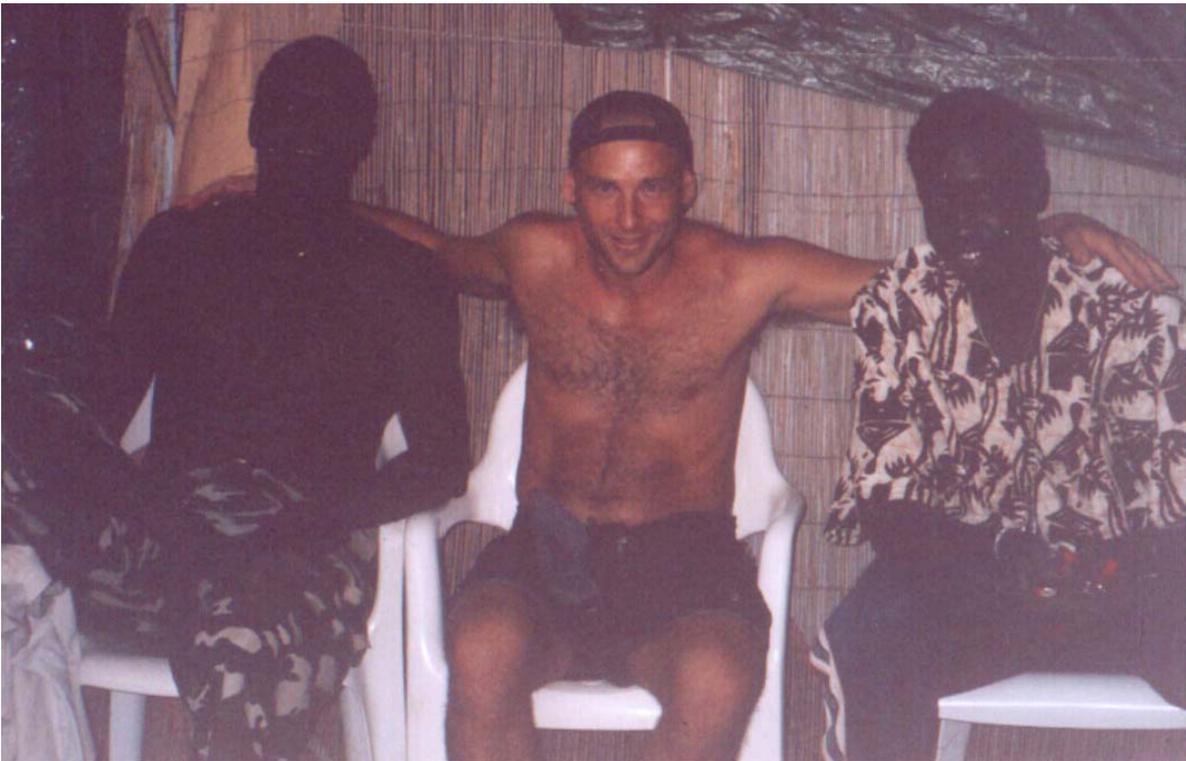


Imagen 19. El autor junto a dos vendedores ambulantes senegaleses en Cerdeña-Italia (agosto 2002).