

Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona

Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina

RESUMEN: *Esta presentación es parte de una investigación de cuatro años realizada para obtener el doctorado en 2004 y publicada posteriormente [v. Goldberg, 2007]. A través del marco teórico-conceptual de la antropología y mediante la metodología etnográfica, se analizan algunas de las dimensiones de la salud/enfermedad/atención en un conjunto sociocultural específico: los migrantes senegaleses de Barcelona, España.*

ABSTRACT: *This presentation is part of a four-year research conducted to obtain the Ph. D. in 2004, and published later [see Goldberg, 2007]. Through the theoretical and conceptual framework of anthropology and by the ethnographic methodology, discusses some of the dimensions of health/illness/care-assistance in a specific socio cultural group: Senegalese migrants in Barcelona, Spain.*

PALABRAS CLAVE: *migrantes senegaleses, proceso de salud/enfermedad/atención/, itinerarios terapéuticos.*

KEYWORDS: *Senegalese migrants, health/illness/care-assistance process, therapeutic itineraries.*

1. EL ABORDAJE ANTROPOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN

A modo de introducción, resulta interesante recuperar dos citas que posibilitan una idea general del problema de estudio que se aborda en este trabajo:

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, 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 [Atxotegui, 2000: 83-99].

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) 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), 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 reflejan, 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) y diversas predisposiciones psicósomáticas [Colectivo Ioé, 1992:164].

Siguiendo a Menéndez [1990b; 1994], 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.

Partiendo de esta definición, en este trabajo me referiré 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 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.

La antropología de la medicina aborda el proceso de salud/enfermedad/atención predominantemente en el nivel microsociológico. No obstante, 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 éstas:

[...] 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].

2. DIMENSIONES DE LA SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN DE LOS SENEGALESES

¿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?

Como punto de partida para comenzar a indagar alrededor de los interrogantes formulados más arriba, resulta significativo el planteamiento de Mallart [2001:192-194], 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*,¹) no puede abordarse como un campo completamente autónomo, sino como parte de sistemas sociosimbólicos más amplios enmarcados en contextos particulares.

¹ Los *wolof* constituyen la etnia mayoritaria de Senegal.

Sumado a lo anterior y de acuerdo con Menéndez [2000], es oportuno subrayar dos supuestos fundamentales para el abordaje de la salud/enfermedad/atención de los sujetos de estudio:

1. 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.
2. 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].

Dentro de la medicina tradicional africana, es posible reconocer dos órdenes descriptivos alrededor de la salud/enfermedad/atención:

1) Un orden físico donde la enfermedad, malestar, padecimiento se manifiesta en términos de síntomas fisiológicos. Para la lectura de síntomas fisiológicos utilizan la noción de *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*.² 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.

² 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. 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:

“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].

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, senegalés residente en Barcelona).

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.

Por otra parte, 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 de destino 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 sus representantes.

En ese sentido, 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...”

Por último, 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 éstas. 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, a su vez, suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. Por esta razón, un aspecto significativo alrededor del concepto de modelo médico Hegemónico (MMH) en el marco de esta investigación es que éste 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 socio-sanitario del que se trata.

3. PADECIMIENTOS Y RESPUESTAS DE LOS MIGRANTES SENEGALESES A TRAVÉS DE SUS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN LA SOCIEDAD DE DESTINO

Como ha sucedido en casi todos los países donde han emigrado, en su mayoría, los migrantes senegaleses de 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 periodo 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.

¿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 intentan resolverlos?

A través de la información etnográfica recogida 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. Por lo tanto, es pertinente apuntar aquí un factor concreto 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.

Asimismo, es importante destacar al menos dos tipos de “presiones” añadidas que sufren 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, senegalés residente en Barcelona).

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 migrante senegalés que está casado con una o dos mujeres (de acuerdo al Islam pueden tener hasta cuatro); es decir, que tiene hasta dos familias en origen, necesita por fuerza trabajar mucho para enviarles 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 los cambios que sufren en los hábitos alimentarios, así como la pérdida de horas de sueño.

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*) 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 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 y demás mercadería que venden, basado en las redes y cadenas migratorias.

Este conjunto de saberes y de prácticas forman parte de los mecanismos de autoatención, la cual, según Menéndez [1990a], 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.

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.

a) 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 Salud 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 estatus 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).³

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 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 Centro de Atención Primaria —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), tenía 28 años y era uno de los 13 senegaleses empadronados en el barrio del Raval, distrito de Ciutat Vella [fuente: *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. Él me dijo que lo que yo tenía seguro era tuberculosis (Lake).

³ Es importante señalar que España se sitúa a la cabeza de la UE en tasas de mortalidad por tuberculosis y que en Cataluña se producen 30 casos de tuberculosis cada 100 mil 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 mil 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).

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 distintos,⁴ 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.

b) *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

⁴ 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 atención primaria al que acudió. 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, estreptomina y/o piracinamida*.

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 epiléptico 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 Drassanes⁵ 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 de manera periódica 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 con la representación que Mame hizo del padecimiento que sufría.

c) El caso de Bebu

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*.

⁵ El Servei Català de la Salut (scs) posee una institución particular en relación con la atención de los inmigrantes —sobre todo africanos— en el corazón de Ciutat Vella: la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas, también conocida como Centro de Medicina Tropical de Drassanes. Fue creada en 1985 y está especializada en enfermedades importadas (tropicales) y transmisibles (VIH-SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.). En este sentido, el tratamiento contra la malaria, enfermedad que algunas personas originarias de África 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.

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 mí es mejor que tomar pastillas. Son hierbas de plantas de África. 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 hierbas.⁶ 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 mí me gusta todo lo 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).

d) 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. Del mismo modo, se remarca la relevancia que adquiere para el abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes extranjeros en España una de sus principales dimensiones: la de la salud laboral como relación social. Partiendo de estas dos premisas, entonces, se presenta el caso de Notcher, quien, a diferencia de la mayoría de los sujetos de estudio entrevistados en mi investigación, no se dedicaba 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.

A través del análisis de su itinerario terapéutico se intentará dar cuenta de los distintos factores que han interactuado en su proceso de “duelo”

⁶ Bebu se refiere, entre otras, al *Kél* y a la *Bissa*, dos de las plantas medicinales más utilizadas por los senegaleses para determinados problemas de salud.

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. En resumen, 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 desenvolvió 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 [*op. 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:

Quando 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 mí mismo. 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 video 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 (Notcher; las cursivas son mías).

Alguno de aquellos días, tras un difícil año de trabajo en Almería, Notcher sintió un fuerte dolor en su espalda. Aquí comienza su traumático itinerario terapéutico que, por otra parte, continúa hasta la actualidad. Y 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 se-

gundo 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, absolutamente inconnexa. 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.

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. Tú 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 África y me la puse en la espalda. Al día siguiente no fui a trabajar y al otro día fui porque estaba mejor”.

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. 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.

Al final de la temporada de trabajo, Notcher se fue a la recogida de la fruta en Lérida (Cataluña), 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. 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 por qué. 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 hicieron muchos análisis de sangre. 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 conciencia 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—. 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 solo... un problema moral o algo como eso (Notcher).

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. Éste 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. Asimismo, 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. COMENTARIOS FINALES

Desde el punto de vista de los procesos migratorios actuales, se ha pretendido en este trabajo 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, en muchos casos 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 específicos 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 éste no técnico-científico (medicina tradicional), o médico (medicina científica), para hacer frente al problema de salud que los afecta.

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 algunos padecimientos de índole estrictamente física 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 tienen 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, pero sí una buena 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.

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.

BIBLIOGRAFÍA

Ajuntament de Barcelona

2001 *La població estrangera de Barcelona, gener 2001*, Departament d'Estadística.

Atxotegui, J.

2000 “Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial”, en E. Perdiguero y J. M. Comelles (Comps.), en *Medicina y Cultura*, Barcelona, Bellaterra.

Breilh, J.

2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar.

Colectivo Ioé

1999 "La immigració estrangera a Espanya, 2000", en E. Aja *et al.*, *La immigració estrangera a Espanya. Els reptes educatius*, Barcelona, Fundació La Caixa.

Goldberg, A.

2007 *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 doctoral (2004), Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira y Virgil.

Kaplan, A.

1998 *De Senegambia a Cataluña, procesos de aculturación e integración social*; Barcelona, Fundación La Caixa.

Mallart, LL.

2001 *Okupes a l'Àfrica*, Barcelona, La Campana.

Menéndez, E.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*; México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86.

1990a *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza.

1990b *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.

1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, 4; 7:71-83.

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.

Romaní, O.

2002 "La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología", en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7): 498-504; Barcelona: SEMFYC-Doyma, ISSN: 1134-2072.

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.