





# **INFLUENCIA DEL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO EN LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES LATINOAMERICANAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR  
**MARÍA VISITACIÓN SANCHÓN MACÍAS**

DIRIGIDA POR

**DR. ANDREU BOVER**

Universidad de Islas Baleares. España

**DRA. DOLORES PRIETO**

Observatorio Salud Pública de Cantabria. España

**DRA. DENISE GASTALDO**

University of Toronto. Canadá

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
UNIVERSITAT DE ISLAS BALEARES  
PROGRAMA INTERUNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA Y SALUD INTERNACIONAL**



**Universitat de les  
Illes Balears**

Palma de Mallorca, 2012



## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas, que a lo largo de estos cinco años, me han proporcionado su apoyo y su tiempo para hacer posible esta tesis doctoral.

A Andreu Bover, mi director, por guiarme, por darme un valioso apoyo con sus pertinentes observaciones en metodología cualitativa y por su estímulo y motivación a lo largo del trabajo. A Dolores Prieto, codirectora del trabajo, por su cercanía, no solo por su asesoramiento en el análisis estadístico, sino porque sus correcciones y sugerencias fueron siempre oportunas y generosas. A Denise Gastaldo, mi otra codirectora, por sus orientaciones precisas, sus revisiones metodológicas, y por su meticulosa y siempre constructiva crítica.

Quisiera dar las gracias por la ayuda que me prestaron a los miembros de las asociaciones y entidades sociales que trabajan con personas inmigrantes. Especialmente, a Cantabria Acoge por su contribución. Gracias a: Ángela Caicedo, Pilar Bezanilla, Marta Sánchez, Luis, Luca, Albania, Rocío y Babi y otras personas anónimas; sin su ayuda no hubiera sido posible completar los cuestionarios y concertar las entrevistas. Mi sincera gratitud a todos los profesionales que reconocieron la importancia de esta investigación y cuyo soporte hizo posible este proyecto.

Me gustaría agradecerse, especialmente, a todas aquellas mujeres inmigrantes de Cantabria que tan generosamente me ofrecieron su tiempo, compartieron sus vivencias y me proporcionaron los datos que precisaba para llevar a cabo el estudio. A todas ellas dedico este trabajo.

A mi querida familia. A mi madre por su cariño ilimitado y por haber sido un referente en mi vida que me inculco el valor del esfuerzo y la superación. A mis hermanos por poder contar con ellos siempre que los necesito.

A Eduardo, mi marido por su apoyo incondicional, su paciencia, su comprensión y cariño a lo largo de estos años. Sin tu refuerzo y ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

Finalmente, me gustaría expresar mi gratitud a los profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria por compartir sus ideas y por sus aportaciones. Aprecio sinceramente la revisión de los borradores, sus sugerencias y el soporte moral que he recibido a lo largo de estos cinco años. Gracias a Elias, Pilar, Jaime, Carmen, Lourdes, María Jesús, Celia, Carlos...

Gracias a todos!!



## TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS . . . . .	v
TABLA DE CONTENIDOS . . . . .	vii
LISTA DE APÉNDICES . . . . .	xi
LISTA DE TABLAS . . . . .	xii
LISTA DE FIGURAS . . . . .	xiii
<b>CAPÍTULO 1. Aspectos introductorios . . . . .</b>	<b>1</b>
1.1. PUNTO DE PARTIDA . . . . .	3
1.2. EL CONTEXTO DEL ESTUDIO . . . . .	6
<b>CAPÍTULO 2. La revisión de la literatura . . . . .</b>	<b>11</b>
<b>2.1. LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES         EN SALUD . . . . .</b>	<b>13</b>
2.1.1. LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA INMIGRACIÓN . . . . .	14
2.1.2. EL GRADIENTE SOCIAL EN SALUD Y EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO . . . . .	15
2.1.3. OTROS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD . . . . .	18
<b>2.2. MEDICIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD . . . . .</b>	<b>22</b>
2.2.1. EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO . . . . .	22
2.2.2. EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD . . . . .	23
2.2.3. EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO, LA SALUD Y LA ETNIA/RAZA . . . . .	25
<b>CAPÍTULO 3. Marco teórico . . . . .</b>	<b>29</b>
3.1. PARADIGMA CRÍTICO SOCIAL . . . . .	31
3.2. TEORÍA FEMINISTA POSTCOLONIAL . . . . .	33
3.3. TRANSNACIONALISMO . . . . .	35

3.4. MARCO CONCEPTUAL . . . . .	37
3.4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD . . . . .	38
3.4.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD . . . . .	39
3.4.3. POSICIÓN SOCIAL . . . . .	42
3.4.4. SALUD PERCIBIDA . . . . .	44
<b>CAPÍTULO 4. Metodología de la investigación . . . . .</b>	<b>49</b>
4.1. INTRODUCCIÓN . . . . .	51
4.2. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO . . . . .	52
4.3. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN . . . . .	53
4.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS . . . . .	53
4.5. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Y MUESTRAS . . . . .	54
4.5.1. MUESTRA CUANTITATIVA . . . . .	54
4.5.2. MUESTRA CUALITATIVA. DESCRIPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES . . . . .	57
4.6. GENERACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS . . . . .	59
4.6.1. DATOS CUANTITATIVOS . . . . .	59
4.6.2. DATOS CUALITATIVOS . . . . .	61
4.7. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS . . . . .	62
4.7.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO . . . . .	62
4.7.2. EL ANÁLISIS CUALITATIVO . . . . .	63
4.8. RIGOR METODOLÓGICO, LIMITACIONES Y CONTRIBUCIÓN DEL ESTUDIO . . . . .	65
4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS . . . . .	67
<b>CAPÍTULO 5. Descripción de resultados . . . . .</b>	<b>69</b>
5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE CUANTITATIVA . . . . .	71
5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD PERCIBIDA . . . . .	71
5.1.1.1. Características socio demográficas . . . . .	71
5.1.1.2. Estatus socioeconómico . . . . .	73
5.1.1.3. Estatus Social Subjetivo . . . . .	74
5.1.1.4. Salud percibida . . . . .	74
5.1.2. RELACIÓN ENTRE LAS MEDIDAS DE ESTATUS SOCIAL CON LA SALUD PERCIBIDA . . . . .	75



5.2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE CUALITATIVA . . . . .	78
5.2.1. DETERMINANTES DEL ESTATUS SOCIAL IDENTIFICADOS POR LAS MUJERES INMIGRANTES . . . . .	78
5.2.1.1. Percepción de la posición socioeconómica . . . . .	79
5.2.1.1.1. Educación . . . . .	79
5.2.1.1.2. Ocupación . . . . .	81
5.2.1.1.3. Ingresos y situación económica . . . . .	86
5.2.1.1.4. El estatus social subjetivo . . . . .	88
5.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE OTROS DETERMINANTES DEL ESTATUS SOCIAL . . . . .	89
5.2.2.1. Política migratoria . . . . .	89
5.2.2.2. Cultura y valores sociales . . . . .	91
5.2.2.3. Las Redes Sociales . . . . .	93
5.2.2.4. El Sistema Sanitario . . . . .	95
5.2.3. REPERCUSIONES DEL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO EN LA SALUD Y BIENESTAR . . . . .	97
5.2.3.1. Concepción de Salud . . . . .	97
5.2.3.2. Estilo de vida y conductas de salud . . . . .	98
5.2.3.3. Impacto en la salud . . . . .	99
<b>CAPÍTULO 6. Discusión de los resultados . . . . .</b>	<b>109</b>
6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS EN CANTABRIA . . . . .	111
6.2. ESTATUS SOCIOECONÓMICO . . . . .	114
6.2.1. TIPO DE OCUPACIÓN . . . . .	114
6.2.2. NIVEL DE ESTUDIOS . . . . .	116
6.2.3. NIVEL DE RENTA . . . . .	117
6.3. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO . . . . .	118
6.4. SALUD PERCIBIDA . . . . .	120
6.5. RELACIÓN ENTRE EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO, EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y LA SALUD PERCIBIDA . . . . .	122
6.5.1. ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y SALUD PERCIBIDA . . . . .	122
6.5.2. ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO . . . . .	123
6.5.3. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD PERCIBIDA . . . . .	124

6.6. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y LAS TRAYECTORIAS DE SALUD. EL MODELO DE DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA MIGRACIÓN FEMENINA EN CANTABRIA .	126
6.6.1. DETERMINANTES MACRO-ESTRUCTURALES: EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO; CULTURA Y VALORES SOCIALES . . . . .	126
6.6.2. DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE POSICIÓN SOCIOECONÓMICA . . . . .	130
6.6.2.1. Renta . . . . .	130
6.6.2.2. Educación . . . . .	131
6.6.2.3. Ocupación . . . . .	132
6.6.2.4. El Estatus Social Subjetivo . . . . .	132
6.6.2.5. Género . . . . .	133
6.6.2.6. Raza/etnia . . . . .	134
6.6.3. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD: LAS CIRCUNSTANCIAS MATERIALES, LAS CONDUCTAS DE SALUD, LAS REDES SOCIALES, EL SISTEMA SANITARIO . . . . .	136
6.6.3.1. Circunstancias materiales . . . . .	136
6.6.3.2. Comportamientos y conductas de salud . . . . .	137
6.6.3.3. La redes sociales . . . . .	138
6.6.3.4. El sistema sanitario . . . . .	139
6.6.4. IMPACTOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA EQUIDAD EN SALUD Y EN EL BIENESTAR . . . . .	141
<b>CAPÍTULO 7. Conclusiones y consideraciones finales . . . . .</b>	<b>145</b>
7.1. CONCLUSIONES . . . . .	147
7.2. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS . . . . .	149
7.2.1. IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA . . . . .	149
7.2.2. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA INTERDISCIPLINAR EN SALUD . . . . .	150
7.2.3. IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA . . . . .	151
7.2.4. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN . . . . .	151
<b>Bibliografía . . . . .</b>	<b>153</b>
<b>Apéndices . . . . .</b>	<b>171</b>

## LISTA DE APÉNDICES

APÉNDICE I. <b>Cuestionario socio demográfico</b> . . . . .	173
APÉNDICE II. <b>La Escala de MacArthur sobre Estatus Social Subjetivo</b> . . . . .	177
APÉNDICE III. <b>Contenidos de la Entrevista</b> . . . . .	179
APÉNDICE IV. <b>Categorías Iniciales y Subcategorías</b> . . . . .	181
APÉNDICE V. <b>Códigos</b> . . . . .	187
APÉNDICE VI. <b>Consentimiento Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria</b> . . . . .	189
APÉNDICE VII. <b>Consentimiento informado para participar en la entrevista</b> . . . . .	191
APÉNDICE VIII. <b>Consentimiento informado de la Investigación</b> . . . . .	193
APÉNDICE IX. <b>Información encuestadores</b> . . . . .	195

---

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. <b>Distribución de la muestra estudiada por Áreas y Zonas demográficas .</b>	55
TABLA 2. <b>Número y porcentaje de mujeres inmigrantes de la muestra según el municipio de residencia . . . . .</b>	56
TABLA 3. <b>Muestra cualitativa. Descripción de las participantes . . . . .</b>	58
TABLA 4. <b>Características Demográficas y variables de interés . . . . .</b>	197
TABLA 5. <b>Estatus Socio Económico y Estatus Social Subjetivo . . . . .</b>	200
TABLA 6. <b>Estatus Socio Económico . . . . .</b>	74
TABLA 7. <b>Escala de MacArthur . . . . .</b>	201
TABLA 8. <b>Resultados sobre Salud Percibida . . . . .</b>	201
TABLA 9. <b>Variables continuas de interés, rangos, media, desviación estandard, mediana y moda . . . . .</b>	202
TABLA 10. <b>Correlación entre el Estatus Socioeconómico, el Estatus Social Subjetivo y la Salud Percibida . . . . .</b>	202
TABLA 11. <b>Distribución del (%) de salud percibida en función de la edad, nivel de estudios y salario. Tablas de contingencia . . . . .</b>	203
TABLA 12. <b>Análisis de regresión logística para salud percibida negativa . . . . .</b>	205
TABLA 13. <b>Estado de Salud Percibida por grupos de procedencia mujeres . . . . .</b>	206

---

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. <b>Principales determinantes de la salud</b> . . . . .	38
FIGURA 2. <b>Marco Conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud</b> . . . . .	41
FIGURA 3. <b>Marco Teórico para explorar las relaciones entre la posición socioeconómica y la salud de las mujeres inmigrantes</b> . . . . .	46
FIGURA 4. <b>Escala de MacArthur de Estatus Social Subjetivo</b> . . . . .	75
FIGURA 5. <b>Estado de Salud Percibida</b> . . . . .	76
FIGURA 6. <b>Categorías y subcategorías iniciales. Estatus Socioeconómico, género y etnia</b> . . . . .	81
FIGURA 7. <b>Categorías y subcategorías iniciales. Otros determinantes sociales de salud</b> . . . . .	89
FIGURA 8. <b>Categorías y subcategorías iniciales. Impacto en la Salud y el Bienestar</b> .	97
FIGURA 9. <b>Esquema estudio de cualitativa</b> . . . . .	105
FIGURA 10. <b>Esquema de los resultados principales. Determinantes del Estatus Social Subjetivo</b> . . . . .	107



**CAPÍTULO 1**  
**Aspectos introductorios**





## 1.1. PUNTO DE PARTIDA.

El fenómeno migratorio ha adquirido gran importancia, en la actualidad, ya que abarca multitud de países y afecta a millones de personas (OMS, 2007; WHO, 2010). Comprender la dinámica de las migraciones y considerar las necesidades individuales de los hombres y de las mujeres que emigran es fundamental para el proceso de construcción de una nación, pues ello, permitirá orientar mejor las políticas, así como, desarrollar programas y guías de prácticas efectivas para su integración (Vissandjee, Hyman, Spitzer, Apale, & Kamrun, 2007).

Existen varias razones que justifican el estudio de los determinantes de la salud en un grupo específico de población inmigrante, ya que el proceso migratorio en sí mismo y la dificultad para adaptarse a una nueva sociedad y cultura o problemas relacionados con el rechazo social, por parte de la sociedad de acogida, han demostrado que producen un impacto negativo en la salud. Las desigualdades sociales se producen en todas las sociedades y conducen a una distribución desigual de las oportunidades de gozar de buena salud entre los diferentes grupos de población. Los inmigrantes, con frecuencia, se encuentran entre los más negativamente afectados por estas desigualdades (Davies, Basten, & Frattini, 2009).

La investigación que presentamos a continuación se engloba dentro del marco de la Salud Pública y la Enfermería. Explora la salud y los determinantes de las desigualdades de salud desde la perspectiva de los derechos humanos y de la equidad social. Creemos que esta es una perspectiva adecuada para estudiar la salud de las personas inmigrantes, en España, en el momento actual. El estudio tiene una orientación cuantitativa y cualitativa y se enmarcará dentro del paradigma Crítico Social.

Uno de los supuestos epistemológicos del Paradigma Crítico Social es que el conocimiento está mediado por valores. (Guba & Lincoln, 2000; Calderón & Fernández de Sanmamed, 2008). Esto supone que el investigador y el objeto investigado están en interacción constante y que los valores del investigador influyen de forma inevitable en la investigación. Por esta razón, algunos autores señalan que la reflexividad del investigador es un concepto clave en cualquier estudio de investigación, especialmente en los diseños cualitativos, ya que permite orientar, dirigir y evaluar la calidad de la investigación (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2008).

En la misma línea Bover (2004) afirma que la subjetividad del investigador interviene a lo largo de todo el proceso de investigación, desde la elección del tema de estudio, hasta la

interpretación de los datos, la difusión de los resultados, o el uso que se hace de los mismos. El investigador, por tanto, es un sujeto ubicado, con una biografía y unas perspectivas que condicionarán todo el proceso. En este sentido, la reflexividad representa el esfuerzo que realiza el investigador al explorar los planteamientos de partida y mostrar la perspectiva desde la que abordará el fenómeno de estudio. La reflexividad pretende garantizar el rigor epistemológico y metodológico del estudio, así como, asegurar la calidad ya que se considera que es uno de los criterios básicos en la evaluación de la calidad de la investigación cualitativa (Calderón, 2002).

Antes de describir el contexto del estudio y la revisión de la literatura quisiera reflexionar y expresar los valores, asunciones y experiencias que han influido en la elección del tema que pretendo estudiar y que están relacionados con las circunstancias personales que me han constituido como persona y como enfermera. Entre los motivos que me han conducido a seleccionar el tema de investigación, se encuentran la relevancia del fenómeno migratorio en el mundo y particularmente en España, mi experiencia personal como voluntaria en el ámbito de la Salud Pública, el contacto con población inmigrante a lo largo de mi trayectoria profesional como profesora de Salud Pública y, finalmente, el más importante, mi responsabilidad como profesora en la formación académica de los estudiantes de grado de Enfermería.

Una de las experiencias que más ha marcado mi trayectoria académica y profesional ha sido **el trabajo como enfermera voluntaria** en una zona rural en la selva boliviana. Trabajar como voluntaria me dio la oportunidad de afrontar nuevos desafíos, conocer gente y contextos diferentes y apreciar otras formas de vida que me ayudaron a reconsiderar mi punto de vista sobre el mundo y sobre la justicia social.

El trabajo y el contacto directo con personas procedentes de uno de los países con mayor escasez de recursos de Latinoamérica me permitieron visualizar los contextos (socio-económicos y políticos) e identificar los determinantes sociales estructurales que producen las grandes desigualdades sociales y de salud en los diferentes países, como por ejemplo, la pobreza, las condiciones de las viviendas, las escasas oportunidades educativas y laborales o la deficiente capacidad de la red sanitaria para atender los problemas más básicos de salud, entre otras. Además de identificar la importancia de los determinantes sociales en la enfermedad y el sufrimiento humano, fui testigo de las desigualdades originadas por la discriminación que sufren algunas mujeres como consecuencia de estructuras de poder asimétricas y por los valores de las sociedades tradicionales y machistas.

Estas experiencias me sirvieron para tomar conciencia sobre las condiciones de vida de las mujeres en los países de recursos escasos lo que me llevó a incrementar mi compromiso con la defensa de los derechos humanos y en particular, en la lucha contra la discriminación y violencia a la que se ven sometidas muchas mujeres en el mundo. Asimismo, esta experiencia me ayudó a comprender el porqué algunas mujeres se ven forzadas a emigrar a otros países en busca de una vida mejor para ellas y sus familias.

A la experiencia como enfermera voluntaria en un país (con recursos escasos) debo añadir mi propia vivencia como **inmigrante en Estados Unidos**, durante dos años. Desde mi posi-

ción privilegiada, como estudiante de Enfermería en la Universidad de Miami, pude sentir las dificultades de adaptación a una nueva realidad social. Experimenté en propia carne el estrés, la soledad, la falta de apoyo familiar y social, la discriminación y las grandes limitaciones que supone no hablar el idioma del país. Mi experiencia como migrante transnacional y el contacto con otros emigrantes procedentes de Latinoamérica y de otros países, me ayudaron a entender las dificultades que perciben los inmigrantes para afrontar los nuevos contextos y para construir nuevas identidades entre sus países de origen y los de acogida.

Otro de los motivos que me ha conducido a seleccionar el tema de estudio es **mi responsabilidad como profesora universitaria de Enfermería**. Considero que como docente y enfermera tengo un compromiso con la justicia social y con la equidad en salud. Por ello, entre mis responsabilidades incluyo el esclarecimiento y denuncia de las causas estructurales, existentes en el mundo, que generan y mantienen las desigualdades sociales y de salud. A pesar de los avances que se han producido en el siglo XX, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, los estudios muestran que las desigualdades de salud van en aumento. Las políticas sanitarias no han conseguido reducir las distancias de salud entre los grupos con diferentes posiciones en la escala social, incluso en países como España que tienen un Sistema Sanitario con acceso universal esas diferencias se han incrementado. Las personas que se encuentran en la parte más baja de la escala social (como es el caso de los inmigrantes económicos) desarrollan más problemas de salud. Actualmente, a pesar de la importancia del fenómeno de la desigualdad en salud, en todos los países, falta un compromiso político firme para reducir las iniquidades sanitarias, tanto en España como en el resto del mundo.

Asimismo, en mi experiencia como profesora en el campo de la salud pública he percibido prejuicios y actitudes negativas hacia la población inmigrante entre algunos profesionales de la salud, colegas y estudiantes de Enfermería, al igual que ocurre con los medios de comunicación y la comunidad en general. Frecuentemente, se hace responsables a estas personas de las deficiencias y problemas sociales, como por ejemplo: la carencia de recursos, la saturación de los servicios o el incremento de los costes del Sistema de Salud. En ocasiones, las personas piensan que el acceso de los inmigrantes a los servicios es un acto de caridad o “generosidad” por parte del Estado Español, en lugar de un derecho social adquirido y recogido en la legislación española. Considero que, en la actualidad, la atención al inmigrante no asegura sus derechos. Problemas relacionados con el desconocimiento de la cultura sanitaria por parte de los inmigrantes, dificultades en la comunicación con los profesionales o diferencias culturales, entre otros, limitan el acceso de los inmigrantes al Sistema de Salud. Por tanto, sería necesario desarrollar campañas informativas dirigidas a la población general, así como realizar curso de formación para los profesionales que trabajan con los inmigrantes.

Finalmente, **desde mi posición de enfermera y socióloga** creo que es necesario buscar nuevas estrategias para abordar la atención a la salud y el sufrimiento humano. Los estudios de sociología ampliaron mi óptica y me permitieron profundizar en los conocimientos sobre

la relación entre la estructura social y la salud. En mi opinión, las ciencias sociales tienen un profundo interés para la práctica de enfermería porque pueden explicar la formación de subjetividades y los significados de la salud y de la enfermedad desde la perspectiva de los que sufren. Aunque, los profesionales de la salud reconocen que los problemas sociales influyen de forma muy importante en la salud, y que estos, también deben abordarse desde el sistema sanitario, generalmente, no se les presta toda la atención que requieren.

Considero que los contextos sociales, políticos y económicos juegan un papel muy importante en la configuración de las experiencias subjetivas de salud. Mi intención como investigadora es poner de manifiesto la posición social en que se encuentran las inmigrantes en Cantabria y hacer visibles las estructuras sociales que condicionan su estado de salud. Las mujeres son el colectivo más vulnerable ya que a su condición de migrante se le suma la de género y clase social. En mi opinión, las fuentes principales de malestar de la población inmigrante se encuentran localizadas dentro de los contextos sociales, tanto de los países de origen como de los de acogida.

## 1.2. EL CONTEXTO DEL ESTUDIO.

La intensificación de la migración internacional es una de las manifestaciones más notables del proceso de globalización y es uno de los principales retos y oportunidades a los que se enfrenta la comunidad internacional, en la época actual. Según el informe de la Organización Internacional de las Migraciones de Naciones Unidas (OIM), se estima que en 2010, alrededor de 214 millones de personas tenían la condición de inmigrantes internacionales (OMS, 2003; OIM, 2011). Las migraciones forman parte de la vida de los países y constituyen un elemento esencial para el desarrollo social y económico de todos los países implicados. Las implicaciones de la emigración así como, la salud de los inmigrantes deben reconocerse como un asunto trascendental para las políticas sanitarias de los países (Davies *et al.*, 2009).

Los lugares con mayor desarrollo económico, como es el caso de Europa y Norteamérica son los que reciben mayor cantidad de inmigrantes. En Europa, la inmigración aumentó de forma notable en la última década, se estima que en 2010 vivían unos 72,6 millones de inmigrantes, lo que representa el 8,7% de la población total europea (OIM, 2011). España se encuentra entre los países más afectados por las migraciones, produciéndose un incremento importante, a partir de los años 90. En el año 2000, los inmigrantes representaban el 2,7% de la población, pasando al 12,2%, en el 2010. A 31 de diciembre de 2010, residían en España 4.791.232 extranjeros con tarjeta de residencia en vigor (ICANE, 2011). En Cantabria, la población inmigrante creció de forma paralela aunque en menor medida. En la actualidad, constituyen el 6,6% de toda la población de la región, contabilizándose, en total 39.201 personas. Las mujeres representan, aproximadamente, la mitad del total de extranjeros y de ellas el 53% proceden de países de América Latina y el Caribe. En los dos últimos años, el crecimiento de la población extranjera se ha frenado como consecuencia de la crisis económica. En el año 2009, el incremento fue el

más bajo de la década (2,9%) (ICANE, 2009). No obstante, según el informe de Naciones Unidas, las previsiones son que los movimientos migratorios y las tensiones se mantengan dadas las desigualdades sociales que existen en el sistema internacional.

La decisión de inmigrar, tanto en hombres como en mujeres, está determinada por una serie de factores dependientes tanto del país de origen como del país de acogida. Entre estos factores se encuentran: razones políticas, problemas medioambientales, guerras, causas familiares, oportunidades de empleo, cambios tecnológicos etc. Varios autores coinciden en que las diferencias económicas son la causa fundamental en cualquier proceso migratorio (OIM, 2011). En el caso de las mujeres existen, además, una serie de factores de gran relevancia que no son de carácter económico (estructuras sociales opresivas, problemas de pareja y violencia física o matrimonios rotos). La emigración puede ofrecer a las mujeres la oportunidad de modificar su situación económica y la de sus familias, así como, mejorar sus condiciones de vida, en términos de poder, conocimientos o realización personal, recuperando el respeto hacia sí mismas, lo que contribuye a aumentar la justicia social (Gastaldo, Gooden, & Massaquoi, 2005).

Las personas inmigrantes hacen aportaciones muy importantes a la sociedad española (Dolado, 2006; Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2012). En primer lugar, en el ámbito laboral las mujeres inmigrantes llevan a cabo actividades de gran relevancia social y económica como por ejemplo, la atención a los mayores o el cuidado de niños y dependientes. En segundo lugar, contribuyen al desarrollo económico de España facilitando la incorporación de la mujer española al mundo laboral. En tercer lugar, la inmigración ha mejorado la estructura demográfica del país por el incremento de la fecundidad y de la natalidad. En cuarto lugar, la sociedad española ha aumentado la diversidad cultural. Finalmente, a través de las remesas, los inmigrantes han contribuido a mejorar las condiciones de vida de personas pertenecientes a los países económicamente más desfavorecidos.

**El contexto socioeconómico y político** influyen de forma importante en la estructura social y en la distribución de poder y recursos dentro de la sociedad. Uno de los factores clave para el estudio de las migraciones contemporáneas es **la globalización económica mundial** (Kofman, Phizacklea, & Raghuram, 2000; Labonté & Schrecker, 2007; Mazarrasa, Martínez, Llácer, & Castillo, 2005). La emergencia de un mercado global, la libre circulación de capitales sin control democrático, las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, así como, la independencia de las multinacionales, han originando un incremento de las desigualdades de riqueza entre países y una reducción del gasto público destinado a protección social (Navarro, 2006; Navarro, 2007; Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), 2007. Estas circunstancias son las que están obligando a muchas personas a emigrar a otros países.

Existen otros factores, relacionados con los países receptores de inmigración, que están contribuyendo al aumento de las migraciones internacionales, entre ellos: el envejecimiento de la población, los cambios en el ámbito familiar, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, o los ajustes producidos en el sistema de bienestar a causa de la implantación de las

políticas neo-liberales (Parella, 2003). Estas y otras razones han originado un crecimiento en la demanda de mano de obra joven, en los países del Norte. Por ejemplo, en España, coincidiendo con la globalización económica, se ha producido una importante demanda de trabajadoras para el servicio doméstico y familiar. Esto ha supuesto un incremento en la tasa de inmigración de mujeres procedentes, principalmente, de Latinoamérica y de Europa del Este dedicadas, fundamentalmente, al cuidado de la población dependiente y al trabajo doméstico.

La crisis económica está teniendo unos efectos importantes en la inmigración internacional y particularmente en la española, aumentando la situación de vulnerabilidad en que ya se encontraban estas personas. En primer lugar, se ha producido un incremento del desempleo y de la precariedad laboral. Además, debido a las condiciones laborales, disponen de menor cobertura social en caso de desempleo. En tercer lugar, los gobiernos han reducido los cupos de inmigración autorizada. Asimismo, se han reducido las remesas de dinero que enviaban a los países de origen y, finalmente, lo que más preocupa es el aumento de reacciones discriminatorias y xenófobas al considerar a los inmigrantes como rivales compitiendo por el trabajo y los escasos recursos sociales con que cuenta el Estado español. Evidentemente, todos estos hechos afectan negativamente a la salud.

La inmigración es un fenómeno relevante desde el punto de vista social y político, ya que implica a personas, procedentes de diferentes culturas, portadoras de proyectos de vida, intereses, sueños y frustraciones que pueden constituir una poderosa fuerza de cambio social tanto en los países de origen como en los de acogida. La comunidad internacional reconoce que la inmigración cuando se regula de forma adecuada, puede ser beneficiosa para todos los países y reducir las desigualdades internacionales, además de mejorar el desarrollo personal y las condiciones de vida de muchas personas (OIM, 2011).

Sin embargo, en la actualidad, las **políticas sociales** de los gobiernos de la Unión Europea se han endurecido debido a la crisis económica y se están tomando medidas que recortan los derechos de los inmigrantes en materia de residencia e inmigración. (Davies *et al.*, 2009). Por parte del Gobierno Español, estas políticas se han concretado en la firma de la Directiva de Retorno (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008) y del Pacto Europeo sobre Inmigración y Asilo. Igualmente, entre otras medidas, se han dificultado la reagrupación familiar y se han reducido a cero las contrataciones en origen (Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, 2010). Estas medidas y los discursos que las acompañan originan gran desconfianza en la sociedad, pudiendo producir un aumento de la xenofobia y justificando la discriminación o la reducción de derechos de los inmigrantes.

En muchos contextos sociales las **diferencias culturales, raciales o étnicas** son la base de prácticas discriminatorias y de desigualdades sociales (OMS, 2007). Europa presenta unos resultados mejorables en materia de integración, en campos como la participación política, el acceso a la ciudadanía y las políticas de antidiscriminación (Smith & McQuarrie, 2012). El no reconocimiento de los derechos civiles fundamentales como el derecho al voto, las barreras en

el acceso a la educación o a los servicios sanitarios de las personas que migran para trabajar y vivir en otros territorios puede ocasionar resultados negativos en la cohesión social. El racismo y la discriminación pueden afectar a todas las dimensiones de la persona, a lo largo de toda su vida, constituyendo un riesgo para determinados problemas de salud.

El valor social atribuido a la salud en España y las políticas de salud quedan reflejados en la legislación. La Constitución española en el artículo 43 admite el derecho a la atención y a la protección de la salud de todos los ciudadanos residentes en España, independientemente, de su situación administrativa. Al mismo tiempo, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2003) reconoce a la población inmigrante el derecho de acceso, en condiciones de igualdad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario público. Sin embargo, en la actualidad, la atención al inmigrante no asegura estos derechos existiendo, en muchas ocasiones, barreras que limitan su acceso a una adecuada atención a la salud.

En la misma línea, la OMS establece que la salud y la equidad en la atención son derechos humanos fundamentales del que deben disfrutar todos los seres humanos, sin discriminación de raza, religión, ideas políticas, económicas o condiciones sociales (OMS, 2012). El compromiso global con la equidad en salud, surgió en el año 1978, en la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 2007). La declaración de Alma-Ata favoreció el nacimiento del movimiento “Salud para Todos en el año 2000” el cual reconoció la importancia de fomentar la equidad en salud y la necesidad de colaboración intersectorial para abordar los problemas. Se propuso orientar los sistemas sanitarios hacia la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, desde la conferencia de Alma-Ata se han sucedido una serie de hechos que han exacerbado las desigualdades en salud. Los modelos económicos neo liberales han supuesto obstáculos para el desarrollo de políticas sanitarias dirigidas hacia la equidad (OMS, 2007).

Existe una estrecha relación entre el contexto socioeconómico y político y los denominados *determinantes estructurales* de la salud. Estos generan y refuerzan la estratificación social y definen la posición socioeconómica de los individuos (Solar O. & Irwin A., 2010). Los determinantes estructurales siempre son contextuales y entre ellos se encuentran: **el género, el nivel de renta, el nivel educativo, la ocupación y la etnia o raza**. Estos originan diferentes ejes de desigualdades en salud, estableciendo diferentes jerarquías de poder, de prestigio y de acceso a los recursos y son los responsables de lo que se conoce como el gradiente social en salud (Marmot, 2006). Los determinantes estructurales junto con las características sociales y políticas del contexto constituyen los *determinantes sociales de las desigualdades en salud*. Estas desigualdades en salud se producen en todos los estratos sociales y afectan, principalmente, a los grupos más vulnerables como es el caso de los inmigrantes económicos.

Disponemos de diferentes indicadores para medir las desigualdades en salud. La literatura muestra que el estatus socioeconómico, habitualmente, medido por el nivel de educación, de renta y de ocupación, capta bien la posición social. Por ello es uno de los indicadores más utilizados

para el estudio de las desigualdades en salud (OMS, 2007). Sin embargo, este indicador puede ser irrelevante para estudiar grupos minoritarios, por no captar la complejidad de la posición social. Por ejemplo, en el colectivo de inmigrantes pueden existir otros criterios derivados del contexto migratorio (estigma, trato discriminatorio, escasas oportunidades, etc.) que pueden ser más fiables que los indicadores objetivos para determinar la posición social.

La percepción de la posición social es otra forma de medir el estatus social. El estatus social subjetivo se define como la percepción que tiene la persona de su posición en la jerarquía social (Dove, 2005). Esta nueva medida es complementaria del estatus socioeconómico y puede ser importante para estudiar personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos. El estatus social subjetivo refleja la percepción que tiene la persona sobre su posición en la jerarquía social respecto al resto de la sociedad. Es una medida que incluye tanto los factores socioeconómicos, como los psicológicos y los relacionados con las condiciones de vida (Franzini & Fernández-Esquer, 2006). Estudios recientes indican que el estatus social subjetivo está asociado de forma significativa con la salud (Adler & Stewart, 2007).

En los últimos años, se han realizado numerosos estudios sobre el estatus socioeconómico y sus efectos en la salud. Sin embargo, la literatura referente a la influencia del estatus social subjetivo en la salud es muy escasa, particularmente, en la población inmigrante. Hasta el momento, no existen en España estudios que aborden esta temática.

Identificar la percepción de la posición social, sus determinantes y el impacto en la salud, en diferentes grupos étnicos, puede proporcionar información muy valiosa para las intervenciones en Salud Pública orientadas a reducir las desigualdades y lograr mayor equidad en salud.



## **CAPÍTULO 2**

# **La revisión de la literatura**



El presente capítulo contiene una revisión de la literatura que trata de explorar y analizar críticamente los conocimientos previos sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud en la población inmigrante, y más específicamente, de las mujeres inmigrantes. A continuación, se revisarán los conocimientos actuales sobre los indicadores más utilizados en la medición de las desigualdades sociales en salud como el estatus socioeconómico, el Estatus Social Subjetivo y la relación de ambos con la salud percibida en diferentes grupos étnicos.

## **2.1. LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.**

Las causas principales de morbilidad y de desigualdades en salud que se producen en el mundo surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece. Todas estas condiciones se conocen como *determinantes sociales de la salud* (OMS, 2011).

Estos factores siempre están condicionados por el contexto sociopolítico e incluyen los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales (Whitehead & Dahlgren, 2010).

La diferencia en la exposición a estos determinantes, entre los individuos, las familias y las comunidades, genera las mayores desigualdades en salud. Actualmente, uno de los retos principales al que deben hacer frente los gobiernos y los sistemas sanitarios en todo el mundo es la reducción de las desigualdades en salud, por ello, en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de Salud se dieron las pautas acerca de cómo los países pueden ejecutar medidas sobre los determinantes sociales de salud para reducir las iniquidades (OMS, 2011).

Al mismo tiempo, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) ha definido un marco conceptual para el estudio de las desigualdades mediante el cual, se pueden identificar los principales determinantes de salud así como los mecanismos o vías que originan las desigualdades en salud. La Comisión pone el énfasis en los contextos socioeconómicos y políticos y en los determinantes estructurales entre los que se encuentran: la renta, la educación, la ocupación, la clase social, el género y la raza o la etnia. Estos factores junto con los llamados intermediarios, relacionados con las condiciones de vida y el acceso a los sistemas de salud, constituyen *los determinantes sociales de las desigualdades en salud* (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010).

### 2.1.1. LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA INMIGRACIÓN.

Las migraciones son uno de los fenómenos humanos más relevantes a lo largo de la historia. Las actuales condiciones de globalización socioeconómica ha potenciado a gran escala la intensidad de los movimientos migratorios. Los factores sociales combinados crean unas condiciones de vida en los inmigrantes que pueden tener consecuencias importantes en la salud, además, el proceso migratorio puede acrecentar el impacto de esos factores (OMS, 2008).

Según la Organización Internacional para las Migraciones (2009), la migración y las circunstancias que le rodean, constituyen un importante determinante de la salud física y mental de las personas (Davies *et al.*, 2009). Durante el proceso migratorio, las personas viven una serie de experiencias que pueden poner en riesgo su salud física, mental, así como su bienestar social. Habitualmente, los inmigrantes, en los países de tránsito y de destino, tienen que hacer frente a la pobreza y la exclusión social, con consecuencias negativas para la salud (Davies *et al.*, 2009). Además, según la misma fuente, la salud de los inmigrantes está condicionada por la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios en los países de acogida.

Llácer *et al.* (2008) establecen que para abordar los determinantes de la salud en la población inmigrante es preciso tener en cuenta todo el proceso migratorio ya que existen una serie de factores relacionados con el país de origen y otros con el país de acogida que pueden afectar a la salud (Llácer, Zunzunegui, Amo, Mazarrasa & Bolumar, 2007). Otros autores (Bermúdez, 2006; Meadows, Thurston & Melton, 2001) coinciden al afirmar que el proceso migratorio debe ser considerado como un determinante de la salud en sí mismo. La experiencia migratoria es un proceso complejo que incluye diferentes fases y gran cantidad de decisiones, objetivos, retos y ambiciones en diferentes contextos socioculturales que pueden afectar a la salud (Vissandjee *et al.*, 2007).

Tras la llegada al país de acogida, los inmigrantes tienen que afrontar una serie de problemas y adaptarse a una nueva realidad social, lo que les conduce a una posición de vulnerabilidad social (la precariedad laboral, dificultades para acceder a los servicios de salud, convivencia en zonas de alto riesgo social, barreras con el idioma y problemas culturales son los principales factores que condicionan la salud de los colectivos de inmigrantes (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2012). Otros factores son la pérdida de estatus social, la privación material, la inseguridad económica, el estatus legal, la discriminación y la ruptura del soporte social (Sanz, 2008).

Por su parte, la CDSS (2008) advierte que la marginación y la pobreza afectan a la población inmigrante de una forma desproporcionada y recomienda prestar especial atención a los factores de riesgo para la salud como: las malas condiciones de las viviendas, la discriminación y las situaciones laborales precarias, ya que pueden tener un impacto muy significativo en la salud de estos grupos (OMS, 2008).

Algunas publicaciones realizadas en España y en otros países (Ingleby, 2009; Viruell-Fuentes, 2005) sugieren que la inmigración produce una selección de personas jóvenes, con un nivel de salud bueno, sin embargo, estas ventajas de salud las pierden cuando se instalan en

el país de acogida. Esta tendencia se conoce como “el efecto del inmigrante sano” y ha sido confirmado en diferentes estudios. Ingleby (2009) considera que este efecto se debe al hecho de que la población inmigrante, en general, es más joven que la autóctona y a que las políticas de inmigración restringen la entrada de personas con problemas de salud. El mismo autor señala que cuando los inmigrantes se instalan en el país de acogida se ven obligados a ocupar la posición más baja de la escala social, y esta circunstancia es la que afecta negativamente a su salud (Ingleby, 2009). Viruell-Fuentes (2005) realiza un estudio cualitativo con primera y segunda generación de mujeres mejicanas, en Michigan y concluye que el nivel de salud es mejor en la primera generación de inmigrantes que en la segunda, debido a los problemas de discriminación (Viruell-Fuentes, 2005).

Sin embargo, hay situaciones en las que los inmigrantes pueden tener ventajas de salud. Por ello, no se pueden establecer generalizaciones acerca de la salud de todos los inmigrantes (Ingleby, 2009). Por ejemplo, algunas minorías étnicas poseen mejores niveles de educación, mayores tasas de empleo y menos niveles de discapacidad que la población autóctona. Al mismo tiempo, las prácticas culturales o religiosas pueden actuar como mecanismos protectores de salud. Un estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, a partir de datos de la Encuesta Regional de Salud, concluye que el estado de salud de la población inmigrante es mejor de lo esperado, si se tienen en cuenta la mayor presencia de determinantes perjudiciales para la salud (Perreten *et al.*, 2010). Gentil (2010), tras la realización de un estudio cualitativo en mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en un municipio de Madrid, afirma que estas son portadoras de resiliencia, lo que les permite afrontar mejor los problemas derivados de la inmigración. Además, Gallo y sus colegas (2009) encuentran una serie de características en la cultura hispana, como los lazos familiares o la religiosidad que fomentan la calidad de vida y los resultados de salud (Gallo, Penedo, Espinosa de los Monteros & Argüelles, 2009). Por tanto, la salud de la población inmigrante no tiene, necesariamente, que ser peor que la de otras personas, depende de las características del grupo de estudio y de las perspectivas desde las que se analicen los problemas (Ingleby, 2009).

A continuación se definirá el gradiente social en salud y la revisión de la literatura se centrará en explorar la influencia del estatus socioeconómico en la salud ya que se considera que es uno de los principales determinantes estructurales de la salud en la población inmigrante y el principal responsable de las desigualdades en salud en los grupos étnicos (Williams, 2003).

### 2.1.2. EL GRADIENTE SOCIAL EN SALUD Y EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO.

En las sociedades industriales, se ha comprobado que existe una asociación gradual entre el Estatus Social y la salud, produciéndose lo que Marmot denomina “el síndrome del estatus” o *el gradiente social en salud* (Marmot, 2006). Se observa un deterioro progresivo de la salud a medida que desciende la posición social y esta relación se produce en todos los niveles de la sociedad, no solo entre los grupos extremos. Los individuos con una determinada posición social

en relación a la educación, la renta o la ocupación, tienen peor salud que los que se encuentran inmediatamente por encima de ellos en la escala social (Adler *et al.*, 2008). Así que, cuanto mejor es la posición socioeconómica, menor es la morbilidad y la mortalidad y mayor la esperanza de vida. El impacto del gradiente social en salud se formula como un *déficit de salud*; es decir, el número de personas que se podrían salvar si tuvieran el mismo nivel de salud que el grupo mejor situado socialmente (Wilkinson & Marmot, 2003; Wilkinson, 2005; Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010). La existencia de las desigualdades sociales en salud, entre los países y dentro de ellos, constituye un claro ejemplo de injusticia social.

El estatus socioeconómico (ESE), actualmente, es uno de las medidas más utilizadas para el estudio del gradiente social. Es un concepto que describe un sistema de estratificación o de jerarquía social, principalmente, en relación con la clase social, el estatus ocupacional, el nivel de educación y el de renta (OMS, 2007). Se considera que el ESE es uno de los principales determinantes estructurales de salud, significa que es un elemento que genera o refuerza la estratificación social afectando de forma importante a la salud y a las desigualdades en salud (Solar & Irwin, 2010; Whitehead & Dahlgren, 2010).

La literatura referente a la influencia del estatus socioeconómico en la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años, especialmente en los países desarrollados. En Europa, el gradiente social ha sido confirmado periódicamente en diferentes estudios sobre las desigualdades de salud (Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot, 2008; Macleod, Davey, Metcalfe & Hart, 2005; Marmot, Shibly & Rose, 1984; M. Marmot, 2006; OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, 2008; Wilkinson & Marmot, 2003; Wilkinson, 2005).

Mackenbach *et al.* (2008) comparan la magnitud de las desigualdades en salud entre 22 países de Europa. Estos autores observan las diferencias en salud asociadas con el estatus socioeconómico y afirman que estas desigualdades se pueden reducir mejorando la distribución de la renta, aumentando las oportunidades educativas, modificando los comportamientos relacionados con la salud y facilitando el acceso a los servicios de salud. Según Whitehead & Dahlgren (2010), las estrategias dirigidas a reducir las diferencias educativas y de renta tienen un efecto positivo en la equidad en salud, ya que aumentan el poder de los grupos menos favorecidos para modificar unas condiciones de vida que son perjudiciales para la salud (Whitehead & Dahlgren, 2010).

En España, los estudios sobre el estatus socioeconómico y las desigualdades en salud han aumentado en los últimos años. Sin embargo, la producción científica en esta área, sigue siendo muy escasa (Borrell & Malmusi, 2010). Los indicadores, procedentes de la Encuesta Nacional de Salud, obtenidos en los últimos años (1993, 1995-1997, 2001 y 2006) confirman la existencia de un significativo gradiente social en nuestro país. Benach y Amable (2004), afirman que a mediados de los años 90, se produjo en España un aumento de las desigualdades con tasas elevadas de marginación, desempleo y exclusión social. Los mismos autores apuntan que, en España, la pobreza se encuentra por encima de la media europea, manteniéndose una clara estratificación social y tasas elevadas de desempleo y precariedad laboral. En la misma línea,

otros autores manifiestan que, en España, las desigualdades en salud son enormes, graduales y van en aumento, y denuncian la situación de “negación o indiferencia” en la que se encuentran las desigualdades de salud por parte de la administración sanitaria (Benach & Amable, 2004).

Estudios recientes, en el campo de la Salud Pública, han constatado la existencia de desigualdades en salud por clase social, sexo, etnia y país de origen o territorio. Por ejemplo, las personas de clases desfavorecidas como: las de etnia gitana; las que residen en zonas marginadas; las mujeres en general; y las personas inmigrantes procedentes de países con recursos escasos, manifiestan peor salud debido a las condiciones de vida y de trabajo (Hernández-Aguado, Santaolaya & Campos, 2012).

Según la OMS, estas situaciones tienen sus raíces en la organización social y política, y son los gobiernos nacionales los principales responsables de la protección de la equidad en salud (OMS, 2007, p. 7). Sin embargo, en España, las políticas para reducir las desigualdades no han sido prioritarias en la agenda de los gobernantes, a excepción de las dirigidas a las desigualdades por razones de género. (Hernández-Aguado *et al.*, 2012).

En el año 2010, con motivo de la presidencia española en la Unión Europea, uno de los proyectos prioritarios del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad fue el titulado “Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud”. Para llevar a cabo el proyecto, expertos nacionales e internacionales elaboraron un informe donde se incluyen 27 recomendaciones principales y 167 específicas para avanzar hacia la equidad en salud en el territorio español (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010).

Respecto a los determinantes sociales de salud, el informe incide en la necesidad de abordar la salud desde todas las políticas, con un compromiso claro por parte de todos los sectores y agentes cuyas acciones tengan impacto en la salud. Además, reconoce la necesidad de diseñar actuaciones en el sistema de salud para avanzar hacia la equidad en salud. Aunque el sistema de salud no es el principal responsable de las desigualdades sociales en salud, puede contribuir a la equidad mediante actuaciones dirigidas a amortiguar o reducir las consecuencias. Estas actuaciones tienen especial relevancia desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud ya que constituye la principal puerta de entrada al sistema sanitario. Al mismo tiempo, es el nivel de atención que se encuentra más cercano a la población, tiene una orientación comunitaria y puede trabajar, más fácilmente, con otros sectores de la comunidad, estimulando políticas y actuaciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud (Hernández-Aguado *et al.*, 2012).

El informe pretende promover el debate, generar conocimiento e impulsar actividades en la práctica. Las cinco líneas de intervención propuestas son: información para la acción, participación social, capacitación, intersectorialidad y reorientación de la atención a la salud. Pero para que estas propuestas se puedan llevar a cabo se requiere la colaboración de los gobiernos, los profesionales, los medios de comunicación y la población general, ya que existen ciertas dificultades para su puesta en marcha (Hernández-Aguado *et al.*, 2012).

### 2.1.3. OTROS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD.

El **género** se refiere a las características de los hombres y las mujeres que se construyen socialmente, a diferencia del sexo que son las características determinadas biológicamente (OMS, 2007). El género es considerado un determinante estructural ya que origina estratificación social. En muchas sociedades actúa como un factor discriminatorio en el acceso al poder, al prestigio y a los recursos originando efectos negativos en la salud de las mujeres (OMS, 2007).

El reparto desigual de los roles de género impacta negativamente en la salud de las mujeres. Estudios llevados a cabo en Europa ponen de manifiesto que las mujeres trabajadoras tienen unos niveles de riesgo altos, en el hogar y en el lugar de trabajo. Asimismo, las mujeres con menos recursos económicos, entre las que se encuentran las inmigrantes, son discriminadas (mayor desempleo, precariedad laboral, salarios más bajos, etc.) tanto, por ser mujeres, como por tener un bajo Estatus Social (Whitehead & Dahlgren, 2010).

En España, existen algunos trabajos basados en las desigualdades según género y clase social. Borrell y sus colegas (2008), analizan las tendencias en la mortalidad por las diferentes causas de muerte, según el nivel educativo, entre hombres y mujeres de Barcelona. Los resultados mostraron que existe una tendencia estable con mayor mortalidad por todas las causas entre personas con menor educación, excepto en las muertes por cáncer de pulmón y de mama en las mujeres. El estudio concluye que las desigualdades relativas entre hombres y mujeres no han cambiado en los últimos doce años, mientras que las absolutas tienden a disminuir entre los hombres (Borrell *et al.*, 2008). Otro estudio llevado a cabo en la misma ciudad, describe las desigualdades socioeconómicas y la mortalidad concluyendo que existe una asociación entre mortalidad y los indicadores socioeconómicos (Cano *et al.*, 2009).

Las desigualdades entre hombres y mujeres se producen también en relación a la percepción de salud. Según la última Encuesta Nacional de Salud, la percepción de salud es peor en las mujeres que en los hombres, y más negativa en las personas que ocupan las posiciones más bajas en la escala social (ENS 2006). Las desigualdades también se producen en relación con los factores de riesgo de algunas enfermedades que están aumentando, en la sociedad, como la obesidad y otras conductas relacionadas con la salud que se interiorizan desde la infancia (Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010).

Existen otras publicaciones que abordan la salud de la mujer inmigrante desde la perspectiva de género: (J. Anderson, 1987; Castillo, Mazarrasa & Sanz, 2001; Colomer, 2007; Hilfinger, 2002; Llácer *et al.*, 2007; Markovic, Manderson & Kelaher, 2002; Mazarrasa *et al.*, 2005). Llácer *et al.* (2007) subrayan la importancia de integrar la perspectiva de clase y género en los estudios epidemiológicos sobre inmigración y salud. Estos mismos autores describen los principales determinantes de la salud de las mujeres inmigrantes y destacan la importancia de identificar los efectos sobre la salud de factores como: la pobreza, el desempleo, la falta de redes sociales, la discriminación, las conductas de salud y el uso de los servicios; teniendo en cuenta la triple dimensión de género, clase social y grupo étnico.



Asimismo, en España, tanto en el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014 (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2012) como en Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011), reconocen la mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes, y considera que es uno de los colectivos con mayor riesgo de exclusión social, al sufrir la doble discriminación por razones de género y de etnia (Cebrián & Moreno, 2008).

En general, se ha constatado que las condiciones de las mujeres inmigrantes, en España, son de precariedad en todos los ámbitos: sociales, laborales, económicos y asistenciales (Parella, 2005). Las mujeres ocupan los puestos de trabajo de mayor precariedad laboral, como servicio doméstico-familiar o trabajo reproductivo, lo que equivale a una situación laboral de marginalidad. Además, tienen que combinar el trabajo asalariado con el del hogar y atender las demandas familiares, en muchos casos, sin contar con el soporte social del que disponían en sus países de origen. Generalmente, las cualificaciones profesionales obtenidas en sus países de procedencia no se reconocen y sufren un descenso en su Estatus Social y laboral unido a cambios drásticos en su estilo de vida y problemas de discriminación. Investigaciones previas han mostrado que muchas mujeres experimentan estrés, depresión y problemas emocionales en su proceso de adaptación a España (Castillo *et al.*, 2001; Mazarrasa *et al.*, 2005; D. Williams, 2003).

En el ámbito laboral, Ahonen (2010) realiza una investigación fenomenológica sobre la salud de las mujeres inmigrantes que trabajan en el servicio doméstico, en cinco ciudades españolas. El autor concluyó que estas mujeres están expuestas a un conjunto de factores ambientales, ergonómicos y psicosociales que perjudican a su salud. Considera que estos efectos se pueden reducir con medidas preventivas y legislativas (Ahonen *et al.*, 2010).

Diversos estudios demuestran que existe una mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes a sufrir la violencia machista. Salazar (2009) denuncia la situación de indefensión en que se encuentran las mujeres que no poseen un estatus legal en España. El miedo a denunciar, la carga emocional que ello implica, el rechazo de los familiares, sus creencias, la falta de información sobre sus derechos y la escasa red social, entre otros, son los principales factores que influyen en el fenómeno de la violencia de género en mujeres inmigrantes (Salazar Torres, 2009). Según Guruge, Khanlou & Gastaldo (2010) las causas de la violencia ocasionada por la pareja están relacionados con un conjunto de factores que operan a nivel individual, familiar, comunitario y de toda la sociedad. También influyen las experiencias previas de maltrato, las desigualdades de género en la institución marital, la disminución del apoyo social y los cambios en el estatus socioeconómico y de los privilegios (Guruge, Khanlou & Gastaldo, 2010). Debido a que la violencia machista es una causa importante de morbilidad y mortalidad en las inmigrantes, las mismas autoras, señalan la importancia de que los profesionales de enfermería se impliquen en la atención a estos problemas, no solo abordando a las víctimas de forma individual sino atendiendo a los factores estructurales (racismo, sexismo y clasismo), así como a los contextos socioculturales que producen opresión en estos grupos.

En una revisión de la literatura llevada a cabo sobre la salud de las mujeres inmigrantes, en Canadá (Vissandjee *et al.*, 2007) se revela que factores como: género, etnia e inmigración son importantes determinantes de la salud, y que representan unidades de análisis muy significativos para el estudio de la salud de las mujeres y para las políticas de salud. Sin embargo, los resultados muestran que, de los 59 estudios revisados, solo 9 del total definieron e integraron los tres conceptos. Las autoras manifiestan la importancia de incluir, en los estudios de investigación, los determinantes sociales de la salud, y las condiciones estructurales como principales responsables de las desigualdades de salud. Destacan su importancia en el campo de la Salud Pública donde, en ocasiones, los estudios se centran en los llamados factores de riesgo individuales y se ignora la relevancia del estatus socioeconómico en la salud.

En muchos contextos sociales las **diferencias raciales o étnicas** son la base de prácticas discriminatorias y de desigualdades sociales (OMS, 2007). El racismo y la discriminación pueden afectar a todas las dimensiones de la persona a lo largo de toda su vida. Al analizar los determinantes sociales de la salud es importante tener en cuenta el grupo social, ya que algunas minorías étnicas están sometidas a gran riesgo para determinados problemas de salud. Shavers (2007) y Wilkinson (2005) afirman que el estatus socioeconómico origina desigualdades de salud, principalmente, entre grupos minoritarios como los inmigrantes y, al mismo tiempo, el aumento en las desigualdades incrementa el racismo y el estigma social. El racismo y la discriminación suponen una carga adicional para los grupos minoritarios que se manifiesta a través de la reducción de las oportunidades para determinados tipos de empleo, menores salarios, más desempleo y otras barreras de acceso a recursos saludables.

Williams (2003) afirma que:

*“La discriminación individual e institucional, junto con el estigma de inferioridad, pueden tener un efecto adverso en la salud al restringir la movilidad y las oportunidades socioeconómicas. El racismo también puede afectar directamente a la salud de varias formas. La vida en barrios pobres, los prejuicios raciales en la atención médica, el estrés causado por la discriminación y la aceptación del estigma social de inferioridad pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud”* (pg. 22).

La discriminación y el racismo están por tanto, interrelacionados con otros determinantes asociados a posiciones de desventaja social.

**En resumen**, las desigualdades en salud reflejan las diferencias en la disponibilidad de recursos y de oportunidades de los diferentes grupos sociales. Los contextos socioeconómicos, el género, la raza y/o la etnia, junto al lugar de procedencia y la posición económica enmarcan las posibilidades y las expectativas de las personas en relación al trabajo, al nivel de renta, a la educación y a la salud.

Finalmente, el papel del **sistema de atención a la salud** como determinante de salud es relevante en aspectos relacionados con el acceso a la atención, el cual puede originar diferencias

en la exposición y en la vulnerabilidad. Sin embargo, las diferencias en el acceso por sí solas no puede explicar el gradiente social en salud (OMS, 2007).

Existen varias publicaciones que abordan las dificultades de acceso a la atención a la salud de la población inmigrante (Bermúdez, 2006; Berra *et al.*, 2004; Carrasco, Gil, Hernández & Jiménez, 2007; Dunn & Dyck, 2000; Fuertes & Martín, 2006; Oriol, 2002; Rivera, Casalb, Cantarero & Pascual, 2008; Teng, Robertson & Stewart, 2007). Estos estudios muestran los principales problemas de salud, los tipos de servicios que demandan, los obstáculos encontrados durante la demanda y el acceso a los servicios de salud. En una revisión de la literatura de 400 publicaciones procedentes de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido y Australia sobre acceso y utilización de los servicios sociales y de salud, por parte de los grupos étnicos, llegaron a la conclusión de que los inmigrantes recién asentados hacían un uso escaso de los servicios sociales, a pesar de que existía evidencia de la importante necesidad de esos servicios. Las barreras principales identificadas incluían las relacionadas con el lenguaje, falta de información acerca de los servicios, diferentes patrones culturales de búsqueda de ayuda, falta de sensibilidad cultural por parte de los proveedores de los servicios, barreras económicas y escasez de servicios disponibles (Reitz, 1995).

Davies, Basten & Frattini (2009) afirman que el derecho a la atención a la salud no está garantizado en los inmigrantes indocumentados; bien porque se les niega el acceso a los servicios públicos de salud o bien por temor a ser identificados. Los mismos autores señalan que, en relación al derecho de atención a la salud, la población inmigrante afronta una serie de dificultades específicas. Por ejemplo, servicios públicos de salud inadecuados para atender sus necesidades o seguros de salud privados inalcanzables para sus economías. Además pueden existir barreras culturales y dificultades para acceder a la información tanto de los servicios disponibles como de otros aspectos relacionados con la salud (Davies *et al.*, 2009).

Según Magalhaes, Carrasco & Gastaldo (2010), son tres las barreras principales que limitan e impiden la atención sanitaria adecuada a los indocumentados en Canadá son: la demora en la atención médica por las grandes listas de espera en los centros de salud; la denegación de atención médica en los hospitales y servicios de urgencias por falta de espacio y de recursos para estos individuos y la insolvencia de los inmigrantes indocumentados que no les permite hacer frente a los gastos de los servicios hospitalarios o a las consultas médicas (Magalhaes *et al.*, 2010).

En España, Carrasco y sus colegas demuestran que, a pesar de las creencias y de la información que se difunde en los medios, no existe evidencia de que los inmigrantes hagan un uso inadecuado o excesivo de los servicios de salud (Carrasco *et al.*, 2007).

## 2.2. MEDICIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

En este apartado se presenta la revisión de la literatura sobre las medidas de desigualdades sociales en salud más relevantes de acuerdo a los objetivos de este estudio y su utilización en diferentes grupos étnicos.

### 2.2.1. EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO.

La relación entre factores socioeconómicos y la salud está bien establecida, sin embargo, esta es compleja y no se conocen bien los mecanismos por los cuales el estatus socioeconómico afecta a la salud. Algunos autores defienden la importancia de los recursos materiales y otros enfatizan la relevancia de los factores psicosociales (Adler & Stewart, 2010). Wilkinson (2005) defiende que la teoría psicosocial puede explicar mejor las desigualdades en salud, además manifiesta que las percepciones y experiencias personales de discriminación, basadas en el lugar que las personas ocupan en la jerarquía social producen estrés y mala salud. Aunque, el mismo autor reconoce el impacto de los factores materiales, la salud es principalmente, el resultado de la distribución del estrés y de las percepciones relativas de las personas, en la sociedad actual, caracterizada por la distribución desigual de los recursos. El estrés procedente del ambiente social altera la susceptibilidad de las personas, afectando las respuestas del sistema endocrino y produciendo enfermedad (Wilkinson, 2005). Asimismo, Adler y Stewart (2010) consideran que el gradiente social en salud es el resultado tanto de las condiciones materiales, como de los factores psicosociales y de la relación que se establece entre ellos. Las personas que se encuentran en la parte inferior de la escala social sufren de estrés emocional relacionado con su situación económica y con los desequilibrios en la relación esfuerzo-gratificación. Además, tienen altas demandas y riesgos en el ámbito laboral y falta de control en sus vidas. La misma autora, describe los principales mecanismos por los que el estatus socioeconómico afecta a la salud y son; el acceso a los servicios de salud, la exposición a factores ambientales, las conductas de salud, y los procesos biológicos y psicosociales asociados a la exposición al estrés (Adler & Stewart, 2010).

Como ya se ha indicado previamente, generalmente, la medición del estatus socioeconómico se basa en datos objetivos como el nivel educación, el nivel de ingresos y el tipo de ocupación, sin embargo, estos indicadores pueden ser irrelevantes para estudiar poblaciones minoritarias y podrían no reflejar la situación socioeconómica real de los colectivos de inmigrantes (Sanz, 2008). Por ejemplo, los niveles de educación entre diferentes países son difíciles de comparar, los inmigrantes ocupan estratos laborales inferiores a los que les correspondería por su nivel de formación y las cargas familiares en sus países de origen pueden no reflejar su situación económica real. La medida del ESE no considera barreras como prejuicios, desconocimiento del idioma, apariencia física o estatus legal entre otros.

Por tanto, para los inmigrantes pueden existir otros criterios como: creencias culturales, estigma y discriminación que pueden tener mayor impacto en su posición social que los indicadores

objetivos. Dove (2005) realizó un estudio en un grupo de inmigrantes latinoamericanos en la ciudad de Miami y comprobó cómo las medidas tradicionales de estatus socioeconómico ESE no se relacionaban con los resultados de salud. Dove explica cómo los inmigrantes experimentan barreras para ser aceptados en los nuevos países y describe cinco limitaciones relacionadas con: el desconocimiento de la lengua, la comparación con el grupo de referencia, las fluctuaciones de la renta, la dificultad para categorizar las ocupaciones y la débil correlación entre la renta, la ocupación y la educación, entre la población inmigrante (Dove, 2005). Debido a las limitaciones que poseen los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico algunos investigadores han comenzado a cuestionarse el valor predictivo de esta medida. Recientemente, para el estudio de las desigualdades en salud, ha surgido una nueva línea de investigación, basada en las teorías psicosociales, orientada a conocer la percepción que la persona tiene sobre su estatus social. Esta nueva medida es complementaria del estatus socioeconómico y se conoce como Estatus Social Subjetivo (ESS).

### 2.2.2. EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD.

El Estatus Social Subjetivo refleja la percepción que tienen las personas sobre su posición en la escala social. Franzini y Fernández-Esquer (2006) afirman que el Estatus Social Subjetivo capta una serie de factores económicos, sociales y psicológicos que pueden afectar a la salud, incluida, la percepción que tiene la persona sobre su posición en la jerarquía social, en relación al resto de la sociedad. El Estatus Social Subjetivo puede afectar a la salud, bien directamente, mediante una serie de mecanismos psicológicos que producen estrés o indirectamente a través de las conductas de salud (N. Adler & Stewart, 2010).

Varios estudios (Demakakos, Nazroo, Breeze y Marmot, 2008; Ghaed, 2008; Singh-Manoux, Marmot & Adler, 2005; Wilkinson, 2005) han examinado los determinantes del Estatus Social Subjetivo. Los resultados indican que existe una relación entre los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico (como educación, ingresos individuales y familiares, ocupación o nivel de renta) y el Estatus Social Subjetivo, sin embargo, esta relación no es perfecta. Demakakos y colaboradores (2008) afirman que aunque el estatus socioeconómico puede influir de forma importante en el Estatus Social Subjetivo, las personas pueden utilizar otros criterios adicionales, como por ejemplo, el prestigio para valorar su posición en la escala social. El estatus socioeconómico capta datos objetivos en relación a la educación, la renta y la ocupación pero no tiene en cuenta el estado psicológico, la comparación con el grupo, los problemas de discriminación y otros factores relevantes (Ghaed, 2008). Por ejemplo, las mujeres inmigrantes pueden tener menos oportunidades laborales y peores salarios lo cual puede afectar a su posición social y originar daños psicológicos que afecten negativamente a su salud y bienestar.

Singh-Manoux y colaboradores (2005) coinciden al sugerir que la percepción de la posición social incluye la apreciación sobre las circunstancias personales (tanto las presentes como las futuras), acontecimientos que no pueden ser captadas por otros indicadores como la educación, o el nivel de renta o el tipo de trabajo. Por esta razón, estos autores señalan que el Estatus

Social Subjetivo refleja las circunstancias socioculturales con más precisión que cualquier otra medida de clase social (Singh-Manoux *et al.*, 2005). Wilkinson (2005), por su parte, concluye que la posición relativa en la escala social puede predecir el nivel de salud mejor que medidas absolutas del estatus socioeconómico como: educación, renta u ocupación.

De acuerdo con estas afirmaciones, el Estatus Social Subjetivo refleja los componentes de la posición social, y cabe esperar que las medidas de Estatus Social Subjetivo se relacionen mejor con la salud que cualquier otra de las medidas de posición social. El Estatus Social Subjetivo tiene en cuenta las carencias materiales, el estrés, la educación, la desprofesionalización o la precariedad laboral entre otros (De Castro, Gee & Takeuchi, 2010).

La medición del Estatus Social Subjetivo está siendo utilizada en epidemiología para el estudio de las desigualdades de salud. En los Estados Unidos, se organizó una red de investigación (The MacArthur Research Network on SES & Health) cuyo objetivo es identificar los mecanismos por los que las personas menos aventajadas, social y económicamente, desarrollaban peor salud. Investigadores de diferentes disciplinas se han unido y realizado una serie de estudios a nivel internacional. Como resultado de esos estudios se ha desarrollado un modelo explicativo sobre los mecanismos citados. El modelo incluye factores derivados del ambiente, así como la influencia de factores psicológicos. Los principales mecanismos que la red identificó y por los cuales la posición socioeconómica afecta a la salud son: acceso a los servicios de salud (especialmente en los Estados Unidos), conductas de salud, exposición a factores ambientales, y procesos psicológicos y biológicos asociados al estrés. Estas trayectorias son, según la Red McArthur, las, normalmente, citadas como responsables de las desigualdades de salud (Adler & Stewart, 2010).

En la actualidad, las investigaciones sobre el Estatus Social Subjetivo se dirigen a estudiar cómo operan los mecanismos en múltiples niveles de influencia. Se trata, de incluir la información del contexto social en el que viven las personas. Así, por ejemplo, al investigar las características de los diferentes barrios y comunidades (en relación al nivel de renta, el empleo, o las condiciones ambientales etc.) además, de las características individuales de los residentes en esos barrios, se puede apreciar como las personas que viven en los barrios más pobres tienen peor salud, independientemente, de su propio nivel socioeconómico. Además, según Adler, el siguiente paso sería analizar cómo afectan a la salud las interacciones que se producen entre todos los factores (Adler & Stewart, 2010).

Se ha publicado abundante literatura que relaciona el Estatus Social Subjetivo con la salud. La escala de MacArthur de Estatus Social Subjetivo ha sido utilizada en numerosos estudios con gran variedad de grupos de población, en diferentes países. Desde los funcionarios del ayuntamiento británico (Singh-Manoux, Adler & Marmot, 2003; Singh-Manoux *et al.*, 2005), mujeres embarazadas de diferentes grupos étnicos (Ostrove, Adler, Kuppermann & Washington, 2000), poblaciones adolescentes en los Estados Unidos Goldman (Goodman *et al.*, 2001; Goodman, Huang, Schafer & Adler, 2007), residentes ancianos en Taiwán o en China (Hu, Adler, Goldman,

Weinstein & Seeman, 2005; Yip, 2003) jubilados de Gran Bretaña o poblaciones mayores de Estados Unidos (Operario, Adler & Williams, 2004) de Hungría y de Israel (Baron-Epel & Kaplan, 2009). Los resultados de estos estudios muestran que el Estatus Social Subjetivo está relacionado con una serie de indicadores de salud entre los cuales se encuentran: baja autopercepción de salud, mayor mortalidad, depresión, riesgo cardiovascular, diabetes y enfermedades respiratorias (Adler & Stewart, 2007).

Otras publicaciones, demuestran que niveles altos de Estatus Social Subjetivo se asocian con: mejores niveles de salud autopercebida y de salud mental, en diferentes grupos de edad; mejor estatus funcional entre las personas mayores; y otras medidas objetivas como: obesidad y depresión entre los jóvenes, enfermedades crónicas, alteraciones psiquiátricas o menor riesgo de conductas perjudiciales para la salud (Gallo, 2007; Ghaed & Gallo, 2007; Goodman *et al.*, 2007; Hu *et al.*, 2005; Operario *et al.*, 2004; Reitzel *et al.*, 2007; Singh-Manoux *et al.*, 2005).

Además, el Estatus Social Subjetivo también ha sido relacionado con una serie de factores de riesgo biológicos como niveles de cortisol elevados, aumento de la frecuencia cardíaca, y aumento de las infecciones tras la exposición a Rino virus (Cohen *et al.*, 2008).

Otros autores (Demakakos *et al.*, 2008; Macleod *et al.*, 2005; Ostrove *et al.*, 2000; Singh-Manoux *et al.*, 2003; Singh-Manoux *et al.*, 2005), incluso han establecido que la influencia del Estatus Social Subjetivo sobre la salud es mayor que la que ejerce el estatus socioeconómico y que esta se mantiene incluso después de introducir los indicadores del estatus socioeconómico en los modelos analíticos.

### 2.2.3. EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO, LA SALUD Y LA ETNIA/RAZA.

El estudio del Estatus Social Subjetivo en la población inmigrante puede tener especial relevancia para el estudio de las desigualdades en salud. El proceso migratorio origina cambios rápidos en la posición social que pueden tener repercusiones en la salud. Además, en algunos grupos étnicos, la percepción del Estatus Social puede estar menos unida a los indicadores objetivos del estatus socioeconómico que en otros grupos, mostrando menos relación con la salud percibida y con otros resultados de salud (Adler *et al.*, 2008).

La asociación entre el Estatus Social Subjetivo y la salud puede variar según la raza o al grupo étnico. Adler (2008) afirma que aunque la escala MacArthur ha sido utilizada con diferentes poblaciones, existe cierta evidencia de que no funciona igual en todos los grupos. Ostrove y colegas (2000) estudiaron la relación entre el estatus socioeconómico, el Estatus Social Subjetivo, la etnicidad y la salud percibida en cuatro grupos de mujeres embarazadas (blancas americanas, chinas americanas, africanas americanas y latinas americanas) y analizaron, por separado, los resultados de cada grupo étnico. Encontraron que la relación entre el Estatus Social Subjetivo y la educación, la renta familiar y la ocupación era estadísticamente significativa en todos los grupos excepto en las africanas americanas. El Estatus Social Subjetivo fue un importante pronosticador de salud percibida en todos los grupos. Después de considerar los indicadores objetivos

de (educación, renta, ocupación), el Estatus Social Subjetivo fue el único factor que permitía predecir la salud global para blancas y chinas americanas de forma independiente, mientras que para las africanas americanas y latinas, la renta familiar fue el único pronosticador de salud. En general, la renta fue el único indicador que predijo salud en los cuatro grupos. Los autores señalan que el estudio tiene algunas limitaciones por la falta de datos de salud objetivos y en la relación entre el Estatus Social Subjetivo y la salud percibida. Las mujeres africanas americanas se situaron en la escalera del ESS por encima de lo esperado, lo cual según los autores, puede estar relacionado con un nivel mayor de autoestima (Ostrove *et al.*, 2000).

Yip (2003) investigó la relación entre el Estatus Social Subjetivo, el estatus socioeconómico, la autoestima, el grupo étnico y la salud percibida, utilizando la escalera imaginaria de Estatus Social Subjetivo de MacArthur. El estudio explora la relación entre dichas variables y si existen diferencias entre los grupos étnicos. Yip encontró que el Estatus Social Subjetivo estaba asociado con la renta y la educación en el grupo de blancos, sólo con la educación en el grupo de latinos y con ninguna de las variables en el grupo de africanos. La educación estaba más relacionada con el Estatus Social Subjetivo en el grupo de hispanos que en el de americanos blancos. El Estatus Social Subjetivo es un buen indicador de salud percibida en los tres grupos étnicos (Yip, 2003).

Franzini y Fernández (2006), exploran los determinantes del Estatus Social Subjetivo; así como, la relación entre el Estatus Social Subjetivo con la salud física, mental y la percepción de salud, en un grupo de individuos de origen mejicano que vive en barrios pobres de Texas. Los resultados indican que tanto la renta como la educación fueron factores importantes, en la determinación del rango en la escalera social pero la correlación entre el estatus socioeconómico y el Estatus Social Subjetivo fue diferente en los grupos. Los grupos más culturizados basan su estatus en criterios distintos que los grupos menos integrados en la cultura, lo cual sugiere que ambas medidas captan aspectos diferentes de la situación social. El Estatus Social Subjetivo fue relacionado con todas las medidas de salud incluso después de controlar los indicadores del socioeconómico. El Estatus Social Subjetivo fue asociado con la salud mental y con la percepción subjetiva de salud. El socioeconómico también fue asociado con todas las medidas de salud. El estudio concluye que las características socioculturales median en los efectos del Estatus Social Subjetivo en la salud, en particular la percepción de victimización puede tener efectos en la salud mental (Franzini & Fernández-Esquer, 2006).

Un estudio llevado a cabo por Adler *et al.* (2008) con datos procedentes de población británica (participantes en el estudio Whitehall II) y de población americana (blancos y de color, participantes en el estudio CARDIA) fueron cruzados para determinar si el Estatus Social Subjetivo tiene asociaciones similares con el estatus socioeconómico con los resultados de salud en ambos grupos. El estudio examina; en primer lugar, cómo afecta la renta, la educación y la ocupación, al Estatus Social Subjetivo; en segundo lugar, la asociación entre el Estatus Social Subjetivo y la hipertensión, la salud global y la depresión; y finalmente, estudian en qué medida



se reduce la asociación entre el Estatus Social Subjetivo y la salud, al incluir la educación, la ocupación y los ingresos tanto a nivel individual como colectivo. Los resultados muestran que los indicadores de estatus socioeconómico no predicen el Estatus Social Subjetivo en las personas de color tan bien como en los otros grupos. El ESS está relacionado con la salud general y con la depresión en todos los grupos; y con la hipertensión en todos los grupos excepto en los hombres de color. La relación entre el Estatus Social Subjetivo y la salud general fue más fuerte para los británicos y para los americanos blancos que para los americanos de color (Adler *et al.*, 2008).

Castro, Ge & Takeuchi (2010) estudian en una muestra de 2095 asiáticas americanas la asociación entre las oportunidades económicas, el Estatus Social Subjetivo, y las restricciones económicas con los resultados de salud percibida, el índice de masa corporal y el uso de tabaco. También estudian la asociación entre la educación, la ocupación y la renta con los resultados mencionados. Se observaron correlaciones muy bajas entre todas las medidas de estatus socioeconómico. En cambio, las oportunidades económicas fueron asociadas negativamente y de forma importante con mala salud percibida, con altos índices de masa corporal y con fumar, seguido de restricciones económicas y finalmente, del Estatus Social Subjetivo. Estos datos indican que además de la educación, la ocupación y la renta existen otros factores relacionados con la morbilidad entre las asiáticas americanas. Los autores sugieren que la contribución de las desventajas sociales en la mala salud puede ser infravalorada si sólo se tienen en cuenta los indicadores convencionales de estatus socioeconómico en los grupos minoritarios como los inmigrantes (de Castro *et al.*, 2010).

Finalmente, en una investigación reciente llevada a cabo por Gong, Xu & Takeuchi (2011) examinan la asociación entre el estatus socioeconómico, Estatus Social Subjetivo y la salud en un grupo de 1.570 hombres y mujeres de procedencia asiática residentes en los Estados Unidos. Las variables incluidas en el estudio son: la escalera de Estatus Social Subjetivo, indicadores de estatus socioeconómico, la percepción de salud física y mental, el malestar físico y el psicológico. Los resultados mostraron que los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico no se relacionaron significativamente con ninguno de los indicadores (percepción de salud física, mental, malestar físico y psicológico). Por el contrario, el ESS mostró una fuerte asociación con todas las medidas de salud (Gong, Xu & Takeuchi, 2011).

Por lo tanto, la literatura muestra que los resultados sobre la relación entre el estatus socioeconómico, el Estatus Social Subjetivo y la salud percibida no se conocen bien. Además, la asociación entre estos indicadores puede variar según los diferentes grupos étnicos. Por tanto, explorar estas relaciones en poblaciones vulnerables, como es el caso de las mujeres inmigrantes económicas latinoamericanas en Cantabria, puede ser de especial relevancia para el estudio de las desigualdades en salud.



**CAPÍTULO 3**  
**Marco teórico**



La investigación social en salud consiste en la búsqueda de conocimiento y la construcción de evidencia empírica a partir de la teoría, aplicando reglas de procedimiento claras (Sautu, Boniolo, Dalle & Elbert, 2006). Los mismos autores señalan que toda investigación debe contener, al menos, tres elementos, que en la práctica de la investigación deben estar correlacionados: el marco teórico, los objetivos y la metodología (p. 34).

En este capítulo se desarrollará el marco teórico que guiará la presente investigación, desde el paradigma en el cual se ubica, hasta los conceptos clave del estudio. En primer lugar, se expondrá por qué el paradigma crítico social es el más idóneo para orientar el estudio de las experiencias migratorias de las mujeres en Cantabria. En segundo lugar, se describirá la teoría postcolonial feminista que servirá para explicar las circunstancias que constituyen las experiencias migratorias de las mujeres y para visualizar sus contextos. Posteriormente, se definirán los conceptos de: transnacionalismo, determinantes de la salud, desigualdades sociales en salud, posición social y la salud percibida. Estos conceptos son fundamentales para analizar la influencia del estatus social subjetivo en la salud de las mujeres inmigrantes residentes en Cantabria.

### **3.1. PARADIGMA CRÍTICO SOCIAL.**

Según Kincheloe y McLaren (2005) el paradigma crítico social aborda temas relacionados con el poder, la opresión, la justicia y las formas en que la economía influye en la construcción de la sociedad y en la vida cotidiana de los individuos. Este es un paradigma amplio que está continuamente cambiando y renovándose, de acuerdo con los nuevos problemas y circunstancias que trata de afrontar (Kincheloe & MacLaren, 2005). El paradigma integra una serie teorías, como: el neomarxismo, el feminismo, el materialismo y el postcolonialismo. Inspirada por los escritos de Marx, Habermans y Freire, incluye en sus bases movimientos emancipatorios (Guba & Lincoln, 2000).

Bajo este paradigma, se investigan problemas relacionados con la raza, la clase, las ideologías, el género, la educación, la religión y otras instituciones sociales y culturales, examinando cómo interactúan entre ellos para construir el sistema social actual.

Una de las creencias básicas de este paradigma es que la naturaleza de la investigación está regida por valores. Según Guba y Lincoln (2000) los valores del investigador influyen inevitablemente en lo investigado, por tanto, todos los resultados de la investigación están mediados por valores. Los mismos autores sitúan la perspectiva ontológica del paradigma en el realismo crítico. Afirman que las estructuras sociales se construyen históricamente y representan la realidad actual. La realidad es al mismo tiempo objetiva y subjetiva. Los valores quedan cristalizados con el tiempo y esto es lo que pensamos que es la realidad (Guba & Lincoln, 2000).

Trabajar desde esa perspectiva paradigmática significa utilizar una serie de asunciones. Según Kincheloe & MacLaren (2005) las asunciones principales de los investigadores críticos son:

*a) todo el pensamiento está mediado por relaciones de poder que se constituye social e históricamente; b) los hechos nunca pueden estar aislados por el dominio de los valores o separados por alguna forma de adscripción ideológica; c) la relación entre el concepto y el objeto, y entre el significante y el significado nunca es estable o fija y a menudo está mediada por las relaciones sociales del capitalismo de producción y consumición; d) el lenguaje es central en la formación de la subjetividad (de forma consciente o inconsciente); e) ciertos grupos en la sociedad, y particularmente, algunas sociedades son privilegiados sobre otros, y aunque las razones para estos privilegios pueden variar ampliamente, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce más fácilmente cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario o inevitable; f) la opresión tiene muchas facetas y centrarse sólo en una a expensas de las otras (Ej. La opresión de clase versus racismo) a menudo elude la interconexión que existe entre ellas; g) finalmente, las principales corrientes de investigación generalmente, aunque de forma inconsciente, están implicadas en la reproducción de los sistemas de clase, raza y opresión de género (pg 304).*

En último lugar, Guba y Lincoln (2000) afirman que la metodología de la investigación, en el paradigma crítico social, es dialógica y dialéctica. Cuando se produce una confrontación entre el investigador y lo investigado, el diálogo debe ser de naturaleza dialéctica con el fin de transformar la ignorancia y los conceptos erróneos en una conciencia más informada.

En mi caso, me identifico, en líneas generales, con la perspectiva crítica. Mi intención como investigadora es revelar las estructuras reales e ideológicas que condicionan el estado subjetivo de salud de las mujeres inmigrante, en el momento histórico actual y en el contexto sociocultural de Cantabria.

Asimismo, pretendo dirigir mi trabajo a generar información con el fin de propiciar los cambios sociales necesarios para mejorar las condiciones de vida de las mujeres inmigrantes. El objetivo es contribuir a la creación de nuevo conocimiento para luchar contra las desigualdades en salud y la opresión, y conseguir mayor justicia social.

### 3.2. TEORÍA FEMINISTA POSTCOLONIAL.

La teoría postcolonial, al igual que otras teorías críticas, fija su atención en el análisis de las relaciones de poder existentes en la sociedad. El concepto de postcolonialismo se refiere al trabajo teórico y empírico que centra su atención en las causas y consecuencias del colonialismo europeo, así como, en las prácticas neocoloniales contemporáneas (J. Anderson, 2004). Su campo de actuación, incluye también, el estudio de las experiencias de las personas descendientes de los habitantes de los territorios colonizados y sus problemas con los poderes coloniales, en el “primer mundo” (Kirkham & Anderson, 2002).

La teoría postcolonial, se originó en los años 1960 y 1970 bajo la influencia de los trabajos de intelectuales anticoloniales como Franz Fanon, Aimé Césaire o Edward Said, quien en su libro *Orientalismo* (1978) inició una genealogía de los saberes europeos sobre el “otro”, mostrando los vínculos entre las ciencias humanas y el imperialismo. Said analizó la variedad de formas en que el Oeste codifica y produce conocimiento de las culturas que se encuentran bajo el control colonial. En su libro *Orientalismo*, Said describe el proceso político del colonialismo en sí mismo y presenta la escuela de pensamiento científico, que establece cómo las culturas no-occidentales fueron percibidas y estudiadas por los científicos de Occidente. *Orientalismo* es un paradigma de pensamiento que describe el dominio de la cultura occidental sobre los pueblos y las culturas no europeas. Se considera que el libro marcó el inicio del discurso anticolonial e introdujo un campo nuevo de investigación académica (Racine, 2003). Otros escritores post colonialistas que ejercieron influencia desde diferentes perspectivas teóricas fueron: Homi Bhabha, Stuart Hall, Gayatri Spivak, y Chandra Mohanty (Kirkham & Anderson, 2002).

Homi Bhabha (1994) establece que el postcolonialismo es un buen recordatorio de las persistentes relaciones “neo-coloniales”, que se establecen dentro del nuevo orden mundial y de la división multinacional del trabajo. Esta perspectiva permite entrever las historias de explotación y la evolución de las estrategias de resistencia. El mismo autor señala el fracaso del capitalismo en establecer la interrelación entre el mundo social con los factores históricos, políticos, económicos y culturales; donde el racismo, el sexismo y el clasismo, bajo las nuevas formas del colonialismo, ejercen influencia en la salud de los pueblos del Sur (Bhabha, 1994).

El postcolonialismo tiene carácter multidisciplinar recibiendo aportaciones de diferentes disciplinas como: la sociología, la antropología, la literatura, los analistas y activistas políticos o los psicoanalistas entre otros. La literatura postcolonial ha tenido gran influencia del posmodernismo y del post-estructuralismo a través de autores como Lacan, Derrida, Althusser o Foucault, y, más recientemente, del feminismo y del posmarxismo (Kirkham & Anderson, 2002).

Según Kirkham y Anderson (2002), aunque el postcolonialismo no representa una única escuela de pensamiento, existen una serie de temas centrales que comparten todas las disciplinas. Los contenidos principales de la teoría postcolonial giran en torno a aspectos relacionados con los problemas y las secuelas originadas durante la época colonial, así como, del neocolonialis-

mo actual caracterizado por prácticas económicas opresivas, hegemonía económica y cultural, y globalización económica. Algunos conceptos asociados con postcolonialismo son: raza, etnicidad, nación, subjetividad, identidad y poder subalterno. El postcolonialismo es un proceso transnacional que afecta, tanto al país colonizador como al colonizado, y no se refiere a un tiempo determinado de la historia sino que implica trabajar “contra y más allá” del colonialismo (J. Anderson, 2004).

Anderson (2004), afirma que el discurso del postcolonialismo es muy importante para la enfermería porque dirige la atención hacia el proceso de deshumanización y sufrimiento humano a lo largo de la historia y proporciona un contexto para entender las desigualdades de salud. La autora afirma que el postcolonialismo permite situar en un primer plano el concepto de raza, y hacer visible cómo esta categoría socialmente construida, ha sido utilizada en el proceso de colonización y ha afectado a la vida de las personas. Al igual que ocurre con el postcolonialismo, el término “feminismo postcolonial” es relativamente reciente y no todos los intelectuales están de acuerdo con esta denominación. El término feminismo ha sido asociado con las experiencias de mujeres, desde una localización social particular (blancas, con acceso a educación, de clase media, heterosexuales), excluyendo multitud de mujeres procedentes de los márgenes (Oliva, 2004). Sin embargo, la perspectiva postcolonial feminista abre un espacio analítico diferente considerando la importancia del género, la raza, la clase social y la nacionalidad en la vida de las mujeres, tanto de países del Norte como del Sur (Anderson, 2004).

La teoría postcolonial feminista dirige su atención a los múltiples factores que contribuyen a la opresión dentro de las sociedades, de esa forma, se puede observar cómo la posición histórica y las construcciones raciales estructuran el espacio social y determinan las condiciones materiales de la vida diaria (J. Anderson, 2004). Se trata de revelar las múltiples formas de opresión en las sociedades actuales y de visualizar los efectos desiguales que producen algunos factores, como el racismo y la xenofobia, en los diferentes grupos sociales como, por ejemplo, en mujeres, niños o inmigrantes.

Según Racine, el feminismo postcolonial es una perspectiva crítica dirigida: en primer lugar, a afrontar las desigualdades de salud originadas en estructuras de poder asimétricas; en segundo lugar, a modificar las reglas que silencian las voces de “otros culturalmente diferentes”; en tercer lugar, a incorporar el conocimiento subyugado en las teorías de enfermería y finalmente, a desarrollar conocimiento transformativo dirigido a lograr la justicia social, corrigiendo las desigualdades sociales que surgen de las discrepancias sociales que afectan a las personas del Sur (Racine, 2003).

La clave de la teoría postcolonial feminista es que su epistemología se enfoca, no sólo en el patriarcado como fuente de opresión, pues también examina dónde se localizan las desigualdades sociales y cómo se construyen dentro de los contextos políticos, históricos, culturales y económicos, reconociendo que los hechos no se pueden estudiar fuera de estas realidades (Anderson, 2004).



El género influye en las condiciones de vida, pero, por si solo, no explica las posiciones sociales de las distintas mujeres; la nacionalidad, el status socio-económico y “la raza” unidos, encuadran las posibilidades y las expectativas de actuación de los distintos actores sociales. Por ejemplo, las mujeres latinoamericanas, de los países más desfavorecidos, ocupan los peores trabajos en relación al salario y a las condiciones laborales en general (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, 2008). Asimismo, las condiciones materiales y sociales que producen salud y enfermedad están distribuidas de forma desigual en la sociedad entre los grupos y entre las naciones (OMS, 2007). La meta en este estudio es analizar la variedad de circunstancias complejas de las personas, no desde el punto de vista tradicional, del Oeste, sino desde el entendimiento de las mujeres inmigrantes que experimentan los determinantes sociales de la salud, normalmente, en posiciones sociales poco privilegiadas.

Un marco teórico postcolonial feminista, ayuda a visualizar los contextos y es más sensible al riesgo de reproducir la opresión de género y los valores coloniales, a través de la investigación. Además, servirá para promover la justicia social, trabajando en la intersección de los determinantes sociales de la salud (raza, género, etnicidad y nacionalidad) tanto a nivel local, como globalmente (experiencias transnacionales).

### 3.3. TRANSNACIONALISMO.

En este estudio se utilizará el concepto de transnacionalismo para analizar las experiencias de las mujeres que han inmigrado a Cantabria en los últimos años. El *transnacionalismo* se ha convertido en un elemento característico de las migraciones actuales y constituye un eje de análisis clave para entender el fenómeno migratorio contemporáneo (Glick, Bash, & Blanc-Szanton, 1992). La perspectiva transnacional permite observar los movimientos migratorios de forma novedosa, teniendo en cuenta las experiencias de los inmigrantes como actores sociales. Ciertamente, aunque las experiencias transnacionales y los movimientos migratorios no son nuevos, lo que sí resultan novedosas son algunas prácticas relacionadas con la reciente globalización económica, como: la mejora de las comunicaciones en el mundo, el fácil y rápido movimiento de bienes y de personas a través del globo, y el incremento de los intercambios económicos entre las compañías multinacionales, más allá de las fronteras nacionales (Gastaldo *et al.*, 2005).

Además, según algunos autores (Glick *et al.*, 1992), para entender el transnacionalismo es preciso tener en cuenta que el mundo está regido por el sistema capitalista que tiende a crear un mercado para su propio beneficio. La globalización de los mercados también fomenta, el desarrollo de un mercado global para la mano de obra, originando un aumento de las migraciones internacionales (OIM, 2011). La penetración de los bienes, el capital, la ideología y la cultura de los países del centro en los de la periferia provoca cambios que llevan a un número cada vez más elevado de personas a emigrar (Faist, 2000).

Glick, Blasch & Blanc (1992) ofrecen un marco teórico para interpretar las experiencias de los inmigrantes. Afirman que el transnacionalismo lo forman las redes sociales, las actividades y los patrones de vida que unen a las sociedades de origen con las de acogida. Se denomina transnacionalismo porque muchos inmigrantes cruzan fronteras geográficas, culturales y políticas para construir sus campos sociales (Faist, 2000), manteniendo multitud de relaciones en ambas sociedades (Glick *et al.*, 1992).

Los mismos autores (Glick *et al.*, 1992) afirman que existen seis premisas centrales en la conceptualización del transnacionalismo:

- A. *Conceptos delimitados por las ciencias sociales, como: tribu, grupo étnico, nación, sociedad o cultura pueden restringir la habilidad de los investigadores para percibir y analizar el fenómeno del transnacionalismo.*
- B. *El desarrollo de experiencias de los emigrantes transnacionales está inextricablemente unido a la evolución de las condiciones del capitalismo global y deben ser analizadas dentro de ese contexto mundial.*
- C. *El transnacionalismo se fundamenta en las actividades de la vida cotidiana y en las relaciones sociales de los inmigrantes.*
- D. *Los migrantes transnacionales, aunque predominantemente trabajadores, viven una existencia compleja que les obliga a enfrentarse y a construir diferentes identidades nacionales, étnicas y raciales.*
- E. *La fluida y compleja existencia de migrantes transnacionales nos obliga a re- conceptualizar las categorías de nacionalismo, etnicidad y raza, el trabajo teórico que pueden contribuir a la reformulación de nuestra comprensión de la cultura, clase, y sociedad.*
- F. *Los transmigrantes afrontan una serie de contextos hegemónicos, tanto a nivel local como global. Estos contextos tienen un impacto sobre la conciencia de los inmigrantes pero, al mismo tiempo, los inmigrantes reforman los contextos mediante la interacción y la resistencia (p. 5).*

En definitiva, el transnacionalismo trata de capturar las particularidades y las diferencias principales que caracterizan a una nueva comunidad de inmigrantes, en una sociedad industrial avanzada, a la sombra del sistema capitalista mundial (Glick *et al.*, 1992).

Desde esta misma perspectiva, los inmigrantes están imbricados en procesos y espacios sociales transnacionales, multilocales, que afectan tanto a los que emigran como a los que permanecen en los países de origen. El transnacionalismo incluye aspectos socioculturales, políticos y económicos que han sido creados y negociados por personas que viven entre dos lugares (Gastaldo *et al.*, 2005). Al mismo tiempo, Ghosh y Wang mantienen que los inmigrantes crean

múltiples identidades basadas en la interacción de diferentes factores como: el sistema de valores individual, familiar y social, las circunstancias sociales políticas y económicas, las conexiones sociales o las expectativas en el país de acogida, entre otras. La conciencia transnacional es una experiencia individual (Ghosh & Wang, 2003). Manteniendo sus identidades raciales, nacionales y étnicas, los inmigrantes son capaces de expresar sus resistencias a la situación social, política y económica, incluso aunque estén adaptados a unas condiciones de vida, marcadas por la inseguridad y la vulnerabilidad (Glick *et al.*, 1992).

Finalmente, las construcciones de género y las expectativas sociales en relación al rol de género de hombres y mujeres, también se construyen y negocian entre las dos culturas. Gastaldo, Gooden y Massaquoi (2005) explican cómo las mujeres inmigrantes cuando se instalan en el país de acogida, construyen sus subjetividades como “inmigrantes” y, al mismo tiempo, tienen que aprender y renegociar sus roles de género en los nuevos países. Los nuevos roles sexuales y las expectativas de género están, a su vez, moduladas por otras construcciones sociales como la raza, la etnicidad o la clase social.

Las relaciones transnacionales se mantienen mediante la movilidad continua de los individuos entre sus países de origen y de destino. Sin embargo, no todos los inmigrantes son transmigrantes; sólo lo son aquellos inmigrantes que llevan una vida doble: comparten dos culturas, tienen hogares en dos países y construyen su vida por medio de intercambios continuos a través de fronteras nacionales (Faist, 2000).

Las actividades en los espacios transnacionales comprenden una enorme gama de iniciativas políticas, económicas y culturales, que van desde negocios informales de exportación e importación hasta campañas realizadas por políticos o movimientos sociales de la comunidad de origen para lograr apoyo entre los residentes en el país de acogida (Glick *et al.*, 1992).

En este estudio, el concepto de transnacionalismo servirá para analizar las percepciones de salud de las mujeres que han inmigrado a Cantabria en los últimos años. Una perspectiva transnacional ayudará a analizar las relaciones Norte-Sur y permitirá visualizar las fuerzas estructurales que en España se están beneficiando de una fuerza de trabajo móvil y barato, y al mismo tiempo, están imponiendo restricciones a la regularización de los trabajadores. Las relaciones que las mujeres inmigrantes llevan a cabo a través de las fronteras contribuyen a la formación de sus identidades y subjetividades que, a su vez, pueden influir en su salud y bienestar.

### 3.4. MARCO CONCEPTUAL.

Cuatro conceptos son de particular relevancia en este estudio: los determinantes de la salud, las desigualdades sociales en salud, la posición social y los conceptos de salud objetiva y la salud percibida.

### 3.4.1. DETERMINANTES DE LA SALUD.

Los determinantes de salud son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, 2008). Como modelo conceptual permiten entender los mecanismos y los procesos causales responsables de las desigualdades de salud.

Existen varios modelos que pretenden mostrar la relación entre los diferentes factores y la salud. Whitehead y Dahlgren (2010) elaboraron uno (ver Figura 1) en el cual distribuyeron los determinantes de salud en diferentes estratos que representan las causas de las desigualdades sociales en la salud. El grado de salud no cambia de forma aleatoria, sino que es el resultado de las diferencias sistemáticas en la distribución de los factores que le afectan. En el centro de la Figura 1 se encuentran los determinantes que no son modificables y que están relacionados con las características de las personas (edad, sexo y factores constitucionales) que individualmente influyen en su potencial de salud. En el primer estrato, hacia fuera, se ubican, los factores relacionados con los estilos de vida de los individuos. En el segundo, las redes sociales y comunitarias, y en el tercero, los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo. Finalmente, en el cuarto estrato situaron las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que actúan sobre el conjunto de la sociedad. A excepción de los determinantes individuales no modificables,



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993.

Figura 1. Principales determinantes de la salud.

todos los factores, según los mismos autores, pueden ser modificados por medio de la acción política. El modelo hace hincapié en las interacciones que se establecen entre los factores en los diferentes niveles. Los determinantes de la salud pueden ser factores beneficiosos, factores de protección o factores de riesgo. Es muy importante identificar tanto los determinantes positivos como los factores de riesgo y evaluar su importancia en el contexto de cada país. Este modelo ha sido ampliamente utilizado y fue conceptualizado para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud (Whitehead & Dahlgren, 2010).

Actualmente, los determinantes de la salud se identifica, mayoritariamente, con los determinantes sociales de la salud ya que son los factores que más impactan en la salud y el bienestar. Se refieren a las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. El término incluye los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales de la salud (OMS, 2011). Estos factores no son las causas directas de la enfermedad, sino que han sido descritos como *las causas de las causas* de las enfermedades y de las desigualdades en salud. Los determinantes sociales de salud se refieren, tanto a los factores del contexto social que afectan a la salud, como a los mecanismos por los cuales ciertas condiciones sociales impactan en la salud. La OMS insiste en la necesidad de diferenciar entre los determinantes sociales de la salud general de la población y los determinantes de las desigualdades en salud, y señala que una manera de identificar las causas primarias de las desigualdades sociales en salud es analizando los mecanismos que generan las desigualdades sociales en salud (Whitehead & Dahlgren, 2010). A continuación, se definirán las desigualdades sociales en salud y se explicará el modelo de trayectoria de salud elaborado por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). El modelo muestra cómo los diferentes determinantes sociales pueden llevar a las desigualdades de salud. Ambos modelos ponen en evidencia la importancia de la acción intersectorial para garantizar la igualdad de oportunidades y mejorar la salud de la población.

### 3.4.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

Las desigualdades sociales en salud se definen como “las diferencias en salud injustas y evitables entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas diferencias surgen a partir de procesos sociales y no son naturales” (OMS, 2011). Las desigualdades en salud se originan por las diferentes oportunidades y recursos que tienen las personas en función de la clase social, el género, la etnia o el territorio en que viven y se traduce en peor salud para los colectivos más desfavorecidos (OMS, 2007). Los colectivos de inmigrantes son más vulnerables a los problemas de salud, tanto en lo referente a enfermedades contagiosas como la tuberculosis, la hepatitis o el sida, como no contagiosas, como las enfermedades cardiovasculares, y a los problemas de salud mental. Estas enfermedades pueden derivarse de un conjunto de factores que interactúan como la posición socioeconómica, el proceso migratorio o la necesidad de adaptación a un entorno nuevo en el país de recepción. Las desigualdades en

el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios persisten entre los nacionales de un país y algunos grupos de inmigrantes (WHO, 2010).

Por otra parte, como ya se indicó previamente, el concepto de *equidad* en salud implica que “en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales” (OMS, 2007, p. 16). Para promocionar la equidad social en la salud de las mujeres inmigrantes es necesario tomar medidas dirigidas a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que alcancen el grado máximo de salud. El objetivo último es conseguir el máximo potencial de salud para toda la población, independientemente del nivel socioeconómico, el género, la etnia o el lugar de procedencia.

El marco conceptual para este estudio se basa en el modelo de trayectoria de salud elaborado por la CDSS de la OMS, que muestra cómo los determinantes sociales de salud pueden originar las desigualdades en salud (OMS, 2007).

Uno de los principales principios éticos que han guiado a la Comisión en la elaboración del modelo ha sido el concepto de equidad en salud; mientras que la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud. Se reafirma el “derecho de las personas al grado máximo de salud posible” y se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente demográficamente o geográficamente”. (OMS, 2007).

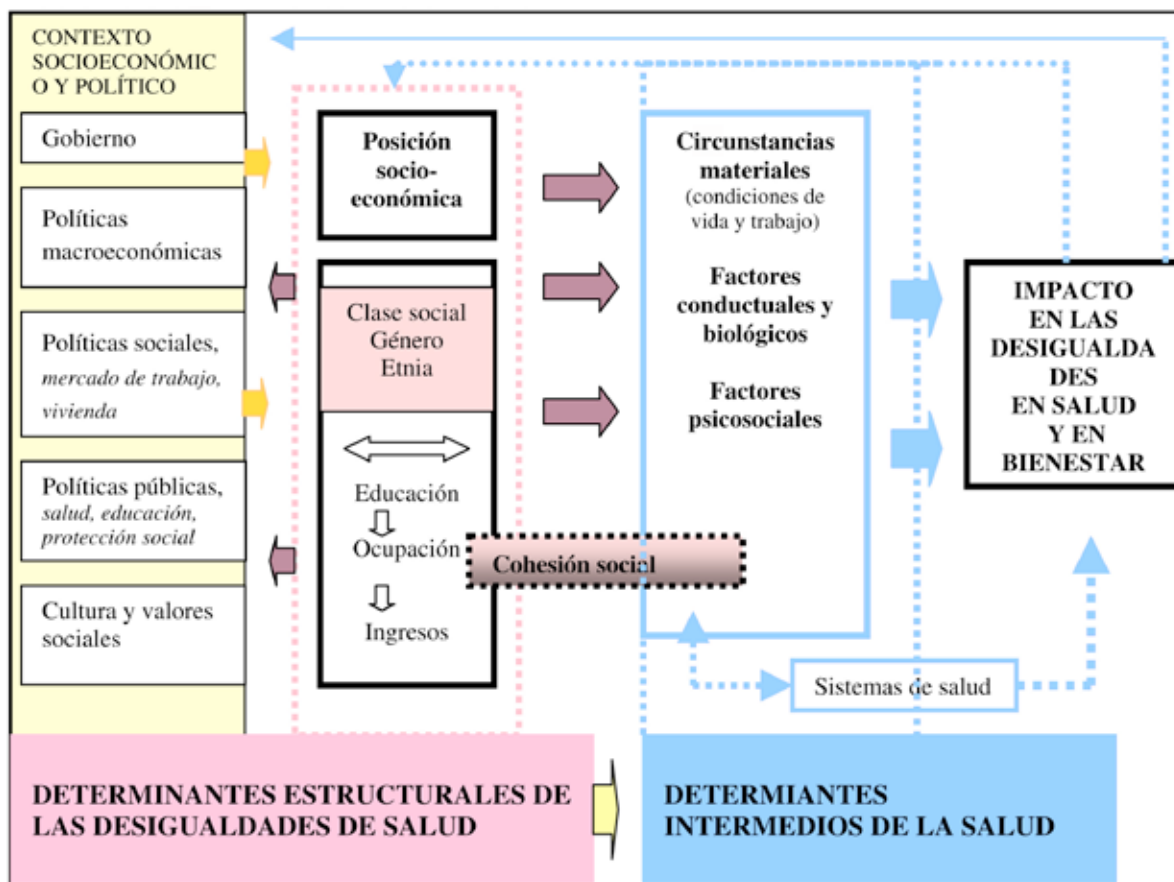
El modelo pone énfasis en los contextos socio-económicos y políticos, así como, en *los determinantes estructurales* que pueden originar las desigualdades de salud.

Los determinantes estructurales, de acuerdo con la Comisión son “aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos” (OMS, 2007). Los principales determinantes son: renta, educación, ocupación, clase social, género y raza o etnia. El contexto junto con los determinantes estructurales constituyen *los determinantes sociales de las desigualdades en salud*. En el diagrama (ver Figura 2) se resumen los dos componentes principales del modelo: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades de salud.

El cuadro es complejo porque pretende representar de forma esquemática cómo se relaciona la realidad social y la política. El modelo sitúa en la primera columna los principales factores contextuales que pueden afectar las desigualdades en salud como: los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y las relacionadas con la salud. El Estado de bienestar y las políticas redistributivas son dos de los factores que más influyen en la salud. Asimismo, se incluyen en este apartado otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales que sustentan las políticas y las jerarquías.

En la segunda columna, la Comisión sitúa los aspectos principales de la jerarquía social que definen la estructura social y las relaciones de clase, dentro de la sociedad. Estas características

están relacionadas con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. En primer lugar, se sitúa la posición socioeconómica que se encuentra a su vez relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo, etc.). También se incluyen determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud, como: el género o la etnia/raza. Esta estratificación de los grupos sociales por los ingresos, el género, la etnia, la educación, la ocupación y otros factores conlleva la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo.



Fuente: WHO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. April 2007

**Figura 2.** Marco Conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud.

Los problemas de discriminación están fuertemente relacionados con la clase social, el género, la etnicidad y la educación. Para ejercer plenamente el derecho a la salud es fundamental el empoderamiento de los grupos más desaventajados; ello implicaría mejor control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas.

Finalmente, en la tercera columna, la Comisión sitúa los determinantes intermedios de la salud. La influencia de los determinantes estructurales en la salud no es directa, sino el producto

de la actuación de una serie de factores intermediarios, tales como: las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, los factores fisiológicos y los relacionados con los comportamientos. Como se puede apreciar en el diagrama, el sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante social más de la salud. La capacidad del sector sanitario para producir salud, se manifiesta a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad.

El marco conceptual descrito por la CDSS es una herramienta útil para estudiar la salud de las mujeres inmigrantes. El modelo permitirá visualizar los contextos e identificar los determinantes sociales estructurales más importantes y su relación entre sí, como por ejemplo, los efectos del proceso migratorio, las relaciones de género, las oportunidades de empleo o el desempleo, los salarios, la pobreza, las condiciones de la vivienda o la ausencia de redes de soporte social, entre otros. El modelo asume que los miembros de los grupos sociales más desfavorecidos, como los inmigrantes, tienen peores condiciones materiales y que los individuos que se encuentran en la parte inferior de la escala social desarrollan más comportamientos perjudiciales para la salud y llevan a cabo menos actividades de promoción de la salud que los grupos más privilegiados (OMS, 2007). La distribución desigual de los determinantes sociales de salud, en las mujeres inmigrantes, puede originar desigualdades en salud.

### 3.4.3. POSICIÓN SOCIAL.

La posición social se refiere al lugar simbólico que ocupa un individuo en la sociedad y refleja las condiciones de las personas en relación a los demás integrantes de la comunidad. El reconocimiento de que la posición social influye en la salud de las personas es antiguo. Los fundadores de la Salud Pública moderna, a finales del siglo XIX ya evidenciaron la relación tan poderosa que existe entre la posición social de las personas, sus condiciones de vida y los resultados de salud (Stanhope & Lancaster, 2000).

El concepto de posición social hace referencia al estatus social. Este alude al “valor social o el honor que se atribuye a un determinado estilo de vida en términos de superioridad o inferioridad” (Weber, 1997). El estatus social puede definirse como la posición relativa de un individuo o grupo en la jerarquía social basada en el capital económico, el social y el cultural (Williams, 1999).

La distribución desigual de los recursos origina estratificación o jerarquías sociales y la posición que ocupan las personas, en el sistema de estratificación social, principalmente, revela su posición socioeconómica. A su vez, la posición socioeconómica es uno de los principales determinantes estructurales de salud, ya que refuerza la estratificación social, afectando de forma importante a las desigualdades en salud (Solar & Irwin, 2010). Whitehead y Dahlgren (2010) afirman que la posición social ejerce una influencia muy importante sobre la magnitud, la distribución y los tipos de riesgos para la salud que experimentan los diferentes grupos sociales.



Por otra parte, la posición social debe entenderse como un concepto agregado que comprende medidas basadas, tanto en los recursos disponibles como en el prestigio, junto con la posición de clase social, en la infancia y en la edad adulta (Krieger, Williams, & Moss, 1997). Las medidas basadas en el prestigio se refieren al rango o estatus de los individuos en la jerarquía social, evaluados en función del acceso de las personas al consumo de bienes, servicios y conocimiento, y ligados al prestigio de su ocupación, a los ingresos y al nivel educativo (OMS, 2007, p. 25). La misma fuente indica que aunque el estatus socioeconómico es una de las medidas más utilizadas para el estudio de las desigualdades en salud, estas medidas no revelan los mecanismos sociales que explican, como las personas llegan a alcanzar diferentes niveles, en relación a los recursos económicos, los culturales o los políticos.

El estatus social no puede ser medido u observado directamente. Por ello, tradicionalmente, se le ha equiparado con un indicador que es medible, **el estatus socioeconómico**. Se trata de una medida, muy utilizada, que pretende captar el estatus social mediante la identificación de una serie de variables objetivas que valoran la posición de los individuos o de los grupos en la sociedad. Los indicadores que se utilizan para valorar el estatus socioeconómico son; el nivel de educación, el de renta y el tipo de ocupación. Esta medida es la utilizada en la parte cuantitativa de esta tesis.

Sin embargo, en este estudio, la posición social se refiere, no sólo a diferencias socioeconómicas de las mujeres inmigrantes y sus familias, sino también incluye las oportunidades vitales, las diferencias culturales, y las barreras ligadas a la inmigración, entre países con una estructura económica desigual, en el contexto de la globalización económica mundial. Aunque el estatus socioeconómico puede valorar adecuadamente el estatus social en algunos grupos, la medida no capta ciertos determinantes del estatus social en los grupos minoritarios, y particularmente, en las mujeres inmigrantes. Por ejemplo, el estatus socioeconómico puede identificar niveles similares de educación pero no la calidad de la misma; además, a salarios iguales podría corresponderles diferentes estatus económico o laborales, dependiendo de la zona geográfica. Finalmente, las variables del estatus socioeconómico pueden tener significados diferentes para las personas, y la relación entre ellas puede variar en los diferentes grupos étnicos.

**El Estatus Social Subjetivo** es otra forma de medir la posición social, refleja la percepción de los individuos sobre su posición en la jerarquía social. Es un concepto que puede reflejar tanto los factores socioeconómicos que afectan a la salud, como los psicológicos, incluyendo la percepción que tiene la persona de su posición social, en relación al resto de la sociedad (Adler & Stewart, 2007; Franzini & Fernández-Esquer, 2006). Esta medida ha sido utilizada en la parte cuantitativa de este estudio y consiste en una escala donde la persona indica la percepción de su posición social al situarse en alguna de las diez categorías de que consta la escala.

Las investigaciones que se han realizado sobre los determinantes el estatus social subjetivo muestran que este puede estar relacionado con la posición socioeconómica, pero no tienen porqué coincidir, ya que el estatus socioeconómico capta datos objetivos en relación a la educación,

la renta y la ocupación, pero no tiene en cuenta el estado psicológico, la comparación con el grupo, ni otros factores potencialmente relevantes para la salud de las inmigrantes (Adler & Stewart, 2007) como: los prejuicios, el desconocimiento del idioma, los rasgos étnicos o el estatus irregular, entre otros (Dove, 2005). Por lo tanto, para los grupos minoritarios, como los inmigrantes, es posible la presencia de otros criterios como: las creencias culturales, el estigma social, la discriminación o la identificación individual con los grupos sociales de referencia que pueden tener mayor impacto en su posición social que los indicadores objetivos.

Existen, por tanto, unos componentes subjetivos que determinan la posición que ocupan las personas en la sociedad. La percepción subjetiva, en el caso de las mujeres inmigrantes, está condicionada además de por su posición socioeconómica, por otros ejes de desigualdad como son: el género, el grupo étnico y el lugar de procedencia y otros factores relacionados con el poder. Estos ejes no actúan de forma independiente sino que están en interacción constante y se implican mutuamente (Parella, 2003). Por tanto, las percepciones sobre las diferentes posiciones sociales de las mujeres inmigrantes pueden explicarse por el contexto histórico y social, el género, la etnia o raza, los cuales estructuran los espacios sociales y determinan las condiciones materiales de la vida diaria (Anderson, 2004; Franzini & Fernández-Esquer, 2006). En este estudio se incluyen tres tipos de medidas de la posición social. El estatus socioeconómico se utilizará para obtener datos objetivos en relación al nivel de renta, el de educación y el tipo de ocupación; el Estatus Social Subjetivo que permitirá conocer la percepción de la posición social mediante la utilización de una escala de auto posicionamiento, y finalmente, a través de las entrevistas se explorarán las experiencias subjetivas examinando las circunstancias históricas, sociales y culturales, dentro de las cuales construyen las subjetividades. Estas experiencias no pueden ser captadas por las medidas tradicionales del estatus socioeconómico.

En definitiva, desde una perspectiva crítica, se trata, no sólo de explorar las experiencias subjetivas de las mujeres, sino también de examinar las circunstancias históricas, el contexto sociocultural y las condiciones materiales desde las que construyen las subjetividades (Racine & Petrucka, 2011). La cultura es un concepto que cambia, al mismo tiempo que se modifican las condiciones sociales, históricas y políticas. Desde la perspectiva feminista postcolonial, se pretende explorar la opresión y los efectos que originan las relaciones de poder asimétricas, con el fin de visibilizar como la subordinación y las desigualdades sociales que experimentan las mujeres inmigrantes se construyen dentro de sus propios contextos sociales, históricos, culturales y económicos. Entendemos, que los efectos de la posición social en la salud tienen que estudiarse dentro de esas realidades.

#### **3.4.4. SALUD PERCIBIDA.**

Existen diferentes concepciones de salud. La OMS, en 1948, definió la salud desde la perspectiva biopsicosocial como “un estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La salud es una cualidad fundamental del ser humano que se expresa en cada una de las dimensiones que definen al individuo (biológica, social, psíquica, emocional, y espiritual). Estas dimensiones son interdependientes y están en interacción continua. El concepto salud-enfermedad aparece entonces como un concepto multidimensional (Contandriopoulos, 2006). El mismo autor señala que las representaciones que cada persona se hace de la salud y de la enfermedad son el origen de las conductas sociales que se adoptan para prevenir la enfermedad, en un momento dado y en un contexto determinado.

La salud y la enfermedad son conceptos inseparables, pero la enfermedad no es lo contrario de la salud. La valoración que las personas hacen de su estado de salud, en su vida cotidiana, está influida por dimensiones históricas y socioculturales, así como, por las experiencias propias en relación con la salud y la enfermedad. Las diferentes concepciones de salud, sus significados, la forma de atenderla y las expectativas sobre ella, se conforman, principalmente, por la interacción de esas variables (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Pajares, 2010). Cuidar la salud implica, por tanto, la atención a un conjunto de factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales, políticos o económicos, ya que todos ellos contribuyen a la salud y el bienestar. Se considera, que el estado de salud y sus determinantes son dinámicos y cambian a lo largo del tiempo.

Las representaciones de la salud y de la enfermedad dependen de la posición que la persona ocupe en la sociedad. Los estudios sobre la relación entre la salud percibida y la situación socioeconómica, revelan que tienen peor salud percibida las clases sociales de menor nivel socioeconómico y peor las mujeres que los hombres (Miilunpalo, Pekka, Pasanen & Urponen, 1997). En mujeres de igual clase social, las empleadas tienen mejor salud que las que se dedican al trabajo doméstico y no son remuneradas por su trabajo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Los modelos de género y las desigualdades que subyacen a ellos producen efectos que se manifiestan en todas las dimensiones de la vida de las personas. Las relaciones asimétricas de género influyen en la salud, y crean unas condiciones de vida que inciden en la percepción subjetiva de malestares, y a menudo, tienden a somatizarse. En el caso de las mujeres inmigrantes, las condiciones de vida y de trabajo, unido a las experiencias de discriminación, en el ámbito personal y laboral, y otros problemas derivados del proceso migratorio pueden incidir de manera relevante en las formas de vida, afectando a la percepción de salud y a las formas de enfermar.

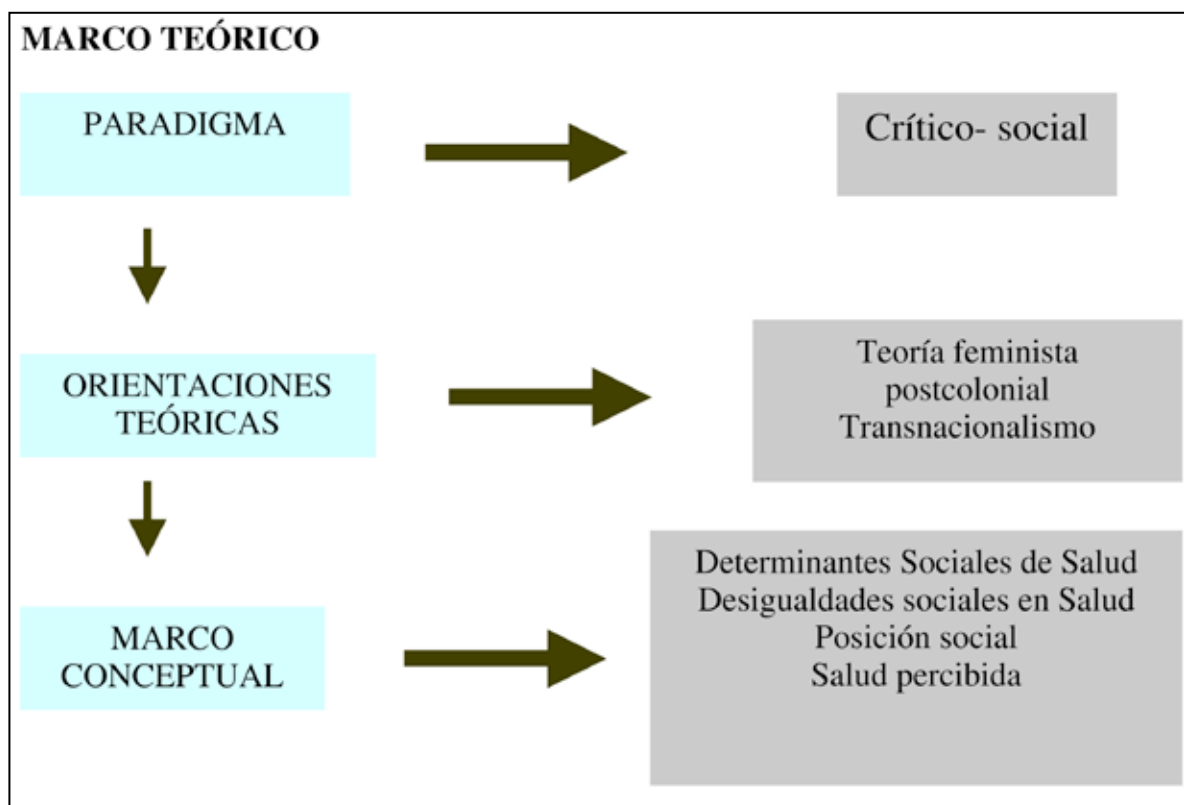
Desde la perspectiva postcolonial feminista, las experiencias de salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas deben ser estudiadas teniendo en cuenta los factores contextuales, los gobiernos y sus políticas; así como, la cultura y los valores sociales que sustentan dichas políticas. Se trata de analizar cómo se entrecruzan factores históricos, sociales, culturales y económicos para dar forma a diferentes contextos de opresión que afectan a la salud y el bienestar de las mujeres. Estos contextos deben analizarse desde la perspectiva de las participantes en el estudio.

En este estudio se utilizará el concepto de salud percibida. Es un indicador subjetivo que refleja de manera concisa el estado físico, las enfermedades padecidas, y a la vez, los factores sociales, económicos y del entorno de la persona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). La salud percibida, a pesar de ser una medida sencilla, diversos estudios han mostrado que es un indicador potente para predecir la morbilidad y la mortalidad, así como, para comparar la salud entre diferentes poblaciones (Burström & Fredlund, 2001).

Aunque el uso de esta medida puede tener algunas limitaciones, en la población inmigrante, en el sentido de que pueden existir diferencias culturales en la forma en que los grupos puedan percibir la salud y sus condicionantes, el concepto detecta la salud subjetiva y ha mostrado que predice la mortalidad y la utilización de los servicios sanitarios, en los inmigrantes (Rodríguez, Lanborena, Pereda, & Rodríguez, 2008; Sanz, 2008).

La salud percibida de las mujeres inmigrantes está relacionada con múltiples factores individuales y sociales.

La literatura científica publicada en relación a las percepciones de salud, muestra que las mujeres inmigrantes utilizan una perspectiva holística de la salud, integrando la dimensión, física,



Realizado por la autora.

**Figura 3.** Marco Teórico para explorar las relaciones entre la posición socioeconómica y la salud de las mujeres inmigrantes.

social y espiritual; sin embargo, la salud personal la relacionan con su capacidad para funcionar. Perciben la buena salud como la capacidad para cumplir diferentes roles en la sociedad, como el de madre, esposa o cuidadora, y se identifican a sí mismas, como un recurso fundamental para el bienestar de sus familias. Las mujeres perciben su salud a través del bienestar de sus familias (Meadows *et al.*, 2001).

Consideramos que el Marco Teórico descrito servirá para explorar los determinantes del estatus social subjetivo y su influencia en la salud de las mujeres inmigrantes residentes en Cantabria. El propósito del estudio es generar conocimiento acerca de la influencia del estatus social subjetivo en la salud percibida y en los comportamientos de salud ocasionados por las condiciones de vida de las mujeres inmigrantes latinoamericanas. Un marco conceptual (ver Figura 3) basado en el paradigma crítico-social, la teoría postcolonial feminista y el transnacionalismo que tenga en cuenta los determinantes sociales de las desigualdades en salud, representan el punto de partida que implica un compromiso con la justicia social, ya que permitirá sacar a la luz las múltiples posiciones sociales de las mujeres inmigrante, entender sus experiencias migratorias y explicar las consecuencias para su salud.



## **CAPÍTULO 4**

# **Metodología de la investigación**





Este capítulo contiene los fundamentos teórico-metodológicos del estudio y los métodos empleados para llevar a cabo la investigación. En el primer apartado, se incluye una introducción en la que se explica por qué el estudio requiere de una metodología mixta y su congruencia con el marco teórico elegido. A continuación, se describen, la pregunta de investigación, los objetivos y las hipótesis planteadas. En el siguiente apartado, se describen los participantes y los métodos utilizados para la generación y recogida de datos como: los cuestionarios y las entrevistas en profundidad. Posteriormente, se clarifica el proceso seguido para el análisis de los datos y, finalmente, se incluyen las consideraciones éticas y los límites del estudio.

#### 4.1. INTRODUCCIÓN.

La revisión de la literatura realizada sugiere que aunque existe evidencia científica de la relación entre el estatus socioeconómico y la salud, sin embargo, no se conocen bien los mecanismos que median en esta relación. El estudio del Estatus Social Subjetivo y sus determinantes pueden contribuir a comprender mejor la relación entre el estatus socioeconómico y la salud. El Estatus Social Subjetivo capta diferentes aspectos de la posición socioeconómica que no se reflejan con las medidas tradicionales del estatus socioeconómico (educación, ocupación y renta) (Operario *et al.*, 2004). Además, examinando los determinantes del Estatus Social Subjetivo se pueden identificar los mecanismos mediadores entre el estatus socioeconómico y la salud. Se considera que el estatus socioeconómico es uno de los principales determinantes de salud que origina importantes desigualdades en salud, particularmente en las personas en desventaja social como es el caso de las inmigrantes (Whitehead & Dahlgren, 2010).

El estudio pretende examinar las diferencias en el estado de salud percibida asociadas al estatus socioeconómico y al Estatus Social Subjetivo, así como visibilizar los principales determinantes del Estatus Social Subjetivo, identificados por las mujeres inmigrantes, y sus trayectorias de salud. Explorar el Estatus Social Subjetivo y su relación con la salud, en este grupo de población tiene gran interés ya que en las personas inmigrantes, los datos objetivos del estatus socioeconómico pueden no reflejar su verdadera posición social, existiendo otros factores y mecanismos que condicionan esta relación. El objetivo es identificar los

factores y los mecanismos que están afectando a la salud de las mujeres, desde su posición de inmigrantes.

El enfoque en mujeres inmigrantes no implica que considere que el Estatus Social Subjetivo no influye en la salud percibida de los hombres. Por el contrario, creo que la percepción de la posición social influye en la salud en ambos géneros. Sin embargo, las condiciones laborales en el período postmigratorio, así como, la formación de redes sociales y otras experiencias ligadas al género son sustancialmente diferentes para mujeres y para hombres lo que justifica realizar el análisis por separado.

La perspectiva postcolonial feminista permitirá examinar las intersecciones que se producen entre la clase social, el género y la etnia y hacer visibles las condiciones socioeconómicas, históricas, culturales y políticas que fomentan o impiden las posibilidades de tener una vida saludable.

#### **4.2. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.**

El estudio requiere los dos tipos de metodologías, la cuantitativa y la cualitativa. El uso de las dos metodologías puede proporcionar una visión más clara de los determinantes de salud en este grupo de población y mostrar cómo se producen las desigualdades de salud. La información cuantitativa describirá el contexto en el que viven las inmigrantes. Se trata, de un estudio descriptivo transversal, en el que las medidas cuantitativas permitirán sacar a la luz datos objetivos en relación a la educación, la ocupación, y la situación económica, para examinar cómo se encuentran posicionadas socialmente las mujeres inmigrantes en la sociedad Cántabra. Existe multitud de evidencia científica que demuestra que las diferencias en el estatus socioeconómico son las principales responsables de las desigualdades en salud. Además, se explorará el Estatus Social Subjetivo y la relación de ambos (el estatus socioeconómico y el Estatus Social Subjetivo) con la salud percibida.

Con la aproximación cualitativa, se pretende, explorar los determinantes del estatus social percibido por las inmigrantes y visibilizar los problemas relacionados con su posición social y con el hecho de ser mujeres inmigrantes, pertenecientes a minorías étnicas, viviendo en un espacio social transnacional. Se examinarán sus trayectorias de salud, analizando los mecanismos que median entre la percepción de su posición socioeconómica y sus problemas principales de salud. La aproximación cualitativa permitirá explorar los significados, las experiencias y las perspectivas y tomar en consideración los puntos de vista desde sus posiciones sociales. La investigación cualitativa permite a las mujeres inmigrantes describir, en sus términos, sus percepciones y creencias en relación a la salud, así como, expresar sus preocupaciones y necesidades, en el contexto de Cantabria.

### 4.3. LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

En el diseño de este proyecto, la cuestión básica surgida a partir del marco teórico seleccionado y del problema que se pretende estudiar ha sido:

¿Cómo influye el Estatus Social Subjetivo en la salud y el bienestar de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Cantabria?

Además, se explorará las siguientes cuestiones relacionadas:

¿Cuáles son las características socioeconómicas, el Estatus Social Subjetivo y la salud percibida de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Cantabria?

¿Qué relación existe entre las medidas tradicionales del estatus socioeconómico (educación, ocupación e ingresos) y la salud percibida en este grupo de población?

¿Qué relación existe entre el estatus socioeconómico y el Estatus Social Subjetivo?

¿Cuáles son los principales determinantes del Estatus Social Subjetivo identificados por las mujeres?

### 4.4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

#### Objetivo general.

Con el fin de responder a la pregunta planteada se ha definido el siguiente objetivo general: explorar las características socioeconómicas y el Estatus Social Subjetivo de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria y analizar su relación con la salud y el bienestar.

#### Objetivos específicos.

- Estudiar las características socioeconómicas, el Estatus Social Subjetivo y la salud percibida de las mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en Cantabria.
- Explorar los principales determinantes del Estatus Social Subjetivo y cómo las mujeres explican la influencia de los mismos en los comportamientos y trayectorias relacionadas con su salud y bienestar.

#### En cuanto a la parte cuantitativa las hipótesis contempladas son:

- El estatus socioeconómico medido por la educación, la ocupación y los ingresos se relaciona positivamente con la salud percibida.
- El estatus socioeconómico, se relaciona positivamente con el Estatus Social Subjetivo.
- El Estatus Social Subjetivo se relacionan positivamente con la salud percibida.

- Las medidas del Estatus Social Subjetivo explicarán variaciones en la salud percibida mejor que las medidas obtenidas por los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico.

## 4.5. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO Y MUESTRAS.

### 4.5.1. MUESTRA CUANTITATIVA.

El estudio se realizó en el **ámbito geográfico** de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se calculó una muestra teórica a partir de los datos obtenidos sobre salud percibida en la Comunidad de Cantabria por la Encuesta Nacional de Salud del año 2006 y en la frecuencia de mujeres con salud percibida muy mala (1,0%) o la situación peor (50,0%) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2007). Se estimó un tamaño mínimo de 361 con un error máximo de hasta el 10% y una confianza del 95%, según el Padrón a 1 de Enero de 2008, de 7.056 mujeres latinoamericanas residentes en Cantabria (Instituto Cántabro de Estadística, 2009). La realización del estudio con mujeres latinoamericanas es debido a que es el grupo mayoritario de mujeres inmigrantes en la Comunidad Autónoma se incluyeron todas las mujeres procedentes de países de “Sudamérica”, “Centroamérica” y “Caribe”. La selección de la muestra se efectuó mediante muestreo no probabilístico, debido a la imposibilidad de identificar a los sujetos, al no disponer de una lista completa de población inmigrante, no obstante, se utilizaron algunas estrategias para lograr la mayor representatividad posible que se describirán posteriormente.

Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron mujeres nacidas en Latinoamérica, de entre 16 y 65 años de edad que en el momento de realizar el cuestionario lleven residiendo y en España al menos 1 año y con una experiencia laboral de al menos seis meses.

Debido a la agudización de la crisis de empleo durante el trabajo de campo (años 2009-2010) fue necesario modificar el criterio de situación laboral e incluir inmigrantes en situación de desempleo, asegurando que tuvieran una experiencia laboral de, al menos, 6 meses en España.

Los datos, para la parte cuantitativa, fueron recopilados, principalmente por la investigadora del proyecto, a través del contacto personal, donde se solicitaba directamente información para completar el cuestionario. El cuestionario fue auto administrado en pequeños grupos de mujeres, con la presencia y ayuda de la entrevistadora. Previamente, se realizó una prueba piloto con 20 mujeres, de la cual se obtuvieron algunas observaciones que sirvieron para reconsiderar y modificar algunas de las preguntas planteadas, con el fin de que el vocabulario utilizado fuera correctamente comprendido por las participantes. Aunque el 16% no había conseguido el título de estudios primarios, no tuvieron dificultad para entender y responder a las preguntas del cuestionario. Para la captación de las participantes, se contó con la colaboración de profesionales de entidades socio-sanitarias y asociaciones proveedoras de servicios a la población inmigrante, y con dos mujeres pertenecientes al colectivo de estudio y residentes en Santander. El período de

tiempo en que se recogió la información fue entre Junio de 2009 y Julio de 2010. Así pues, las participantes en las encuestas eran usuarias de los servicios de las asociaciones y organizaciones que trabajan con personas inmigrantes; Cantabria Acoge, Cáritas, Sindicatos (Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores), Cruz Roja, en centros de salud y en los servicios sociales de la Comunidad Autónoma. Además, se utilizaron otras técnicas de conveniencia como el método de bola de nieve ya que se ha demostrado que es una técnica adecuada para reclutar minorías étnicas e inmigrantes procedentes de zonas menos accesibles (Silverman, 2005).

La distribución geográfica de la selección de la muestra cuantitativa se realizó tomando como referencia las áreas y zonas demográficas que se utilizan para la explotación del Padrón Municipal de habitantes (Instituto Cántabro de Estadística, 2009) y que se basan en un estudio sobre las características demográficas y sociales comunes (Requés, 2007). Según esta clasificación, en la Comunidad Autónoma de Cantabria se establecen dos unidades de estudio llamadas áreas demográficas (Área Costera y Valles Interiores). El Área Costera la constituyen seis zonas demográficas (C1. Municipio de Santander, C2. Área Metropolitana de Santander, C3. Área de

**Tabla 1. Distribución de la muestra estudiada por Áreas y Zonas demográficas.**

Áreas	Zonas	n	%
Área Costera 97%	Municipio de Santander	269	72,5
	Área de Torrelavega	39	10,5
	Comarca Costera Oriental	25	6,7
	Arco Metropolitano de Santander	24	6,5
	Área de influencia urbana de Santander	3	0,8
	<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>97,0</b>
Valles Interiores 3%	Liébana	7	1,9
	Valle medio del Pas y Valle del Pisueña	2	0,5
	Valle del Saja	1	0,3
	Valles altos del Pas y del Miera	1	0,3
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>3,0</b>
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>

influencia urbana de Santander, C4. Área de Torrelavega, C5. Comarca Costera Occidental y C6. Comarca Costera Oriental), y el Área de Valles Interiores consta de ocho zonas (1. Liébana, 2. Valle de Nansa, 3. Valle de Saja, 4. Valle alto y medio del Besaya, 5. Valle medio del Pas y del Pisueña, 6. Alto Asón, 7. Valles altos del Pas y del Miera y 8. Campoo y los Valles del Sur).

Según datos del Padrón publicados por el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE, 2009), en Cantabria, en el año 2008, la mayor parte de los inmigrantes residían en los municipios del Área Costera donde figuraban empadronados el 92% del total. Además, señalar, que según los datos del Padrón Municipal las mujeres de nacionalidad americana, residían principalmente, en la zona costera, llegando a alcanzar el 57% del total de las extranjeras. Por esta razón los cuestionarios se

**Tabla 2. Número y porcentaje de mujeres inmigrantes de la muestra según el municipio de residencia.**

Municipios	n	%
Santander	269	72,5
Torrelavega	38	10,2
Santoña	18	4,9
Camargo	15	4
Astillero	7	1,9
Potes	7	1,9
Castro-Urdiales	2	0,5
Colindres	2	0,5
Ribamontan al Mar	2	0,5
Santa Cruz de Bezana	2	0,5
Santa María de Cayón	2	0,5
Bárcena de Cicero	1	0,3
Cabuérniga	1	0,3
Cartes	1	0,3
Laredo	1	0,3
Medio Cudeyo	1	0,3
Noja	1	0,3
Selaya	1	0,3
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>

obtuvieron, de todas las zonas demográficas del Área costera, a excepción de la Comarca costera occidental, donde solamente residían el 2% de la población de estudio, según el Padrón. El número total de mujeres encuestadas en la zona costera fue de 360. El resto de la muestra (11 mujeres) procede de cuatro de las ocho zonas demográficas que constituyen los Valles Interiores. Como se puede apreciar en la tabla (ver Tabla 1), la muestra final la constituyeron 371 mujeres (97,0% del Área Costera y 3,0% de Valles Interiores). Estos porcentajes son similares a la distribución territorial del colectivo de mujeres latinoamericanas en la Comunidad Autónoma de Cantabria que es de 94,8% en el Área costera y de 5,2% en los Valles Interiores (Instituto Cántabro de Estadística, 2009).

En relación al lugar de residencia por municipios de la muestra estudiada, como puede apreciarse, la mayoría vive en los municipios de mayor concentración de inmigrantes como: Santander (72,5%), Torrelavega (10,2%), Santoña (4,9%) y Camargo (4,0%), en municipios con más de 10.000 habitantes donde se concentra mayor actividad económica y laboral. El resto de la muestra se encuentra dispersa en municipios de diferentes tamaños (ver Tabla 2).

#### 4.5.2. MUESTRA CUALITATIVA. DESCRIPCIÓN DE LAS PARTICIPANTES.

La muestra para la parte cualitativa la constituyeron 10 mujeres, con perfiles representativos del colectivo, según los datos obtenidos en la metodología cuantitativa, en relación a la educación, la ocupación, la salud percibida y el Estatus Social Subjetivo. La muestra se realizó de forma intencional con el fin de seleccionar a aquellas mujeres que pudieran aportar mejor información sobre el tema de estudio. Los criterios de selección fueron: nivel educativo medio/alto, con experiencia laboral en España y con percepción regular o buena de su salud. Finalmente, con el objeto de conocer cómo afecta el Estatus Social Subjetivo a la salud, se entrevistó a dos mujeres con el Estatus Social Subjetivo muy bajo, tres bajo, tres regular y dos bien.

El acceso a las entrevistadas se realizó por contacto telefónico y se entrevistaron entre Julio y Agosto de 2010. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora del proyecto, tras seleccionar, cuidadosamente, el lugar de la entrevista, a conveniencia de las mujeres. Los encuentros tuvieron lugar en los locales de las asociaciones, en cafeterías o bien en el despacho de la investigadora. Dos de las entrevistadas eran líderes, responsables de programas de atención a inmigrantes, en dos asociaciones, ubicadas en los dos municipios más grandes de la Comunidad Autónoma. Estas líderes fueron seleccionadas para las entrevistas, por su amplia experiencia en el trabajo con mujeres inmigrantes y porque poseían un profundo conocimiento sobre las necesidades y problemas de estos colectivos en Cantabria.

El rango de edad de las entrevistadas, se situó entre los 24 y 55 años, el tiempo de residencia en España era superior a un año, y con al menos 6 meses de tiempo trabajado.

Todas las participantes tenían el título de Enseñanza General Secundaria y cuatro un título universitario. Una de las entrevistadas había realizado estudios de postgrado en España, el resto no había homologado sus títulos. El salario oscilaba entre 250 y 1.490 euros al mes.

En cuanto a la ocupación, se eligió a una mujer sin empleo, otra que trabajaba como psicóloga, una auxiliar de enfermería y las otras siete estaban empleadas como trabajadoras en el servicio doméstico (limpiadoras y cuidadoras de niños o de personas dependientes). Aunque la mayoría desarrollaba su trabajo en el ámbito doméstico sus condiciones de empleo eran muy diferentes. Tres eran “internas” y vivían solas con las personas que les habían contratado, como cuidadoras a tiempo completo, las otras cuatro eran autónomas y trabajaban por horas como limpiadoras o cuidadoras. Procedían de seis países diferentes de América Latina. Dos de ellas se encontraban

**Tabla 3. Muestra cualitativa. Descripción de las participantes.**

Entrevistas	Lugar de Residencia	Edad	Nivel Educación	Salario €/mes	Actividad laboral	ESS	SP
1. Colombia	Santander	44	Universitaria	499	Asesora de proyectos inmigración	4	Regular
2. Perú	Santander	43	Universitaria	1230	Empleada de hogar (varios trabajos)	4	Regular
3. Bolivia	Santander	24	Ens. Técnica	250-499	Estudiante y cuidadora TTP	3	Regular
4. Ecuador	Santander	41	Ens. Técnica	500	Cuidadora (un trabajo a TTP)	7	Regular
5. Paraguay	Santander	40	Secundaria	1000	Empleada de hogar (interna)	1	Regular
6. Ecuador	Colindres	40	Ens. Técnica		Sin trabajo	5	Bien
7. Paraguay	Herrera	53	Ens. Secundaria	1490	Empleada de hogar (interna)	7	Bien
8. Colombia	Torrelavega	55	Ens. Secundaria	1000	Auxiliar de geriatría. Voluntaria	6	Regular
9. Perú.	Santander	54	Ens. Secundaria	250-499	Empleada de hogar (varios trabajos)	6	Bien
10. Ecuador	Maliaño	35	Ens. Secundaria	1000	Empleada de hogar (interna)	2	Regular

ESS (Estatus Social Subjetivo). SP (Salud Percibida). TTP (Trabajo Tiempo Parcial).



en situación irregular en el momento de la entrevista. Todas expresaron su consentimiento oral y escrito antes de iniciar la entrevista. (Ver Apéndice III. Contenidos de la entrevista y Apéndice VII. Consentimiento informado para participar en la entrevista).

La muestra final se presenta en la Tabla 3.

#### 4.6. GENERACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS.

Se generaron dos tipos de datos; unos correspondientes a la metodología cuantitativa a través de diferentes instrumentos de medida y los datos cualitativos que se recopilaban mediante las entrevistas en profundidad.

##### 4.6.1. DATOS CUANTITATIVOS.

Para la metodología cuantitativa, los datos se generaron a través de un cuestionario que contenía preguntas estándar de carácter sociodemográfico, otras en relación a la valoración del estatus socioeconómico, una escala para la valoración del Estatus Social Subjetivo y una pregunta para valorar la salud autopercebida.

Los datos sociodemográficos incluían: la edad, el país de origen, el tiempo y el lugar de residencia en España. Además, se realizaron una serie de preguntas relacionadas con: las condiciones de la vivienda, la situación familiar, el estatus legal, la disposición de tarjeta sanitaria y el uso de las consultas de enfermería y medicas. Finalmente, se les pedía que marcaran como era su salud en relación a la que poseían en su país, antes de iniciar el proceso migratorio “mejor”, “igual” o “peor”. (Ver Apéndice I. Cuestionario sociodemográfico).

##### *El estatus socioeconómico.*

Para valorar el estatus socioeconómico se utilizaron las preguntas incluidas en el cuestionario sociodemográfico desarrollado por la red de MacArthur de Estatus Socioeconómico y Salud, tras adaptarlo a nuestro medio. El cuestionario ha sido utilizado en numerosos proyectos de investigación, con diferentes grupos étnicos y en distintas zonas geográficas (MacArthur & MacArthur, 2002).

El Cuestionario contiene preguntas en relación a: el nivel de educación, el de renta y la ocupación. El nivel de educación fue medido pidiéndoles a las participantes que seleccionaran entre distintas categorías de educación. Las posibilidades de respuesta incluían seis categorías que iban desde “sin estudios o estudios primarios”, “enseñanza general secundaria”, “enseñanza técnica o diplomada”, “estudios universitarios”, “estudios de postgrado” y “otros especificar”. Las categorías finales en este estudio se condensaron en cuatro. Así, la de estudios universitarios y de postgrado se fusionaron en una sola llamada estudios universitarios. La categoría de otros también se suprimió debido al escaso número de participantes que escogieron esas respuestas clasificándolos en otras categorías.

El nivel de ingresos se midió pidiendo a las participantes que seleccionaran una categoría de ingresos al mes, entre siete posibles respuestas: menos de 250 euros, entre 250 y 499 euros, entre 1.000 y 1.499 euros, entre 1.500 y 1.999 euros, entre 2.000 y 2.999 euros y más de 3.000 euros al mes y otros especificar. Después de las respuestas, las categorías se agruparon en cuatro, desapareciendo las tres últimas por falta de respuestas.

Para conocer los datos sobre la ocupación, se les preguntó a las participantes por el trabajo actual o por la actividad laboral más reciente. Las ocupaciones se registraron siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994, cuyos criterios de clasificación se basan en el tipo de trabajo realizado y la cualificación. Esta clasificación es la utilizada por el Instituto Nacional de Estadística, en el ámbito nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2009). De todas las posibilidades incluidas en la clasificación, tras las respuestas, se redujeron a cuatro: sin empleo, nivel III, nivel IV y nivel V. En el análisis final se agregaron en “sin empleo”, “cualificados (niveles III y IV)” y “no cualificados” (nivel V).

### *El Estatus Social Subjetivo.*

El Estatus Social Subjetivo se midió a través de la Escala de MacArthur de Estatus Social Subjetivo y Salud (Adler & Stewart, 2007). La escala trata de captar el Estatus Social Subjetivo, presentando a las encuestadas el dibujo de una escalera con 10 peldaños y pidiéndoles que situaran una cruz en el nivel que ellas consideraran que representaba su lugar en la sociedad española (ver Apéndice II).

El texto que se incluyó en el instrumento es el siguiente:

*Piense en esta escalera como representativa de donde se sitúan socialmente las personas en España. Tiene 10 peldaños desde la parte superior a la inferior. En la parte alta de la escalera se encuentran las personas que están mejor en España- los que tienen más dinero, mejor educación y los trabajos más respetados. En la parte inferior se encontrarían las personas que están peor —los que tienen menos dinero, un nivel de educación más bajo, y los trabajos menos respetados o no tienen trabajo—. Cuanto más arriba esté en esta escalera, más cerca estará de las personas que están en lo más alto. Cuanto más abajo se sitúe, más cerca se encontrará de las personas que están en lo más bajo”. ¿Dónde se ubicaría usted en la escalera? Por favor, coloque una cruz en el peldaño donde usted cree que se encuentra en este momento de su vida en relación a otras personas en España.*

La escalera trata de captar como se ubican socialmente las personas teniendo en cuenta sus circunstancias actuales, las pasadas y futuras. El instrumento ha sido validado y utilizado en varios estudios con poblaciones hispana y en distintas zonas geográficas (Adler, Epel, Castellazzo, & Ickovics, 2000; Operario *et al.*, 2004; Ostrove *et al.*, 2000; Singh-Manoux *et*

al., 2003). El instrumento se aplicó en la prueba piloto con 20 mujeres, no precisando ninguna modificación.

La medida del Estatus Social Subjetivo ha demostrado su valor para predecir la salud autopercebida en población multiétnica, después de controlar las medidas tradicionales del estatus socioeconómico (Operario *et al.*, 2004)

Para llevar a cabo el análisis estadístico, los niveles se combinaron de dos en dos. Quedando las categorías de la forma siguiente: “muy bien” (niveles 9 y 10), “bien” (7 y 8), “regular” (5 y 6), “mal” (3 y 4) y “muy mal” (1 y 2).

### ***La Salud autopercebida.***

La salud percibida se valorará mediante la pregunta *¿En los últimos 12 meses, diría que su estado de salud ha sido?:* muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo.

Esta pregunta ha sido utilizada en otros estudios, mostrando que es un buen predictor de morbilidad y de mortalidad (Burström & Fredlund, 2001; Idler & Benyamini, 1997). También se ha demostrado que es un buen indicador de salud en diferentes grupos étnicos (Chandola & Jenkinson, 2000). Finalmente, en España, es el indicador utilizado para valorar la percepción de salud en la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Para llevar a cabo el análisis estadístico en este grupo de mujeres, las categorías “muy buena” o “buena” se combinaron dentro de un grupo, así como en otro a “regular”, “mala” o “muy mala” referidas, como “salud percibida positiva” y “salud percibida negativa” respectivamente.

### **4.6.2. DATOS CUALITATIVOS.**

Los datos de la parte cualitativa se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas que exploraban aspectos relacionados con: el proceso migratorio, la situación socioeconómica, el Estatus Social Subjetivo y la situación de salud (Apéndice III). La recogida de datos se realizó mediante la grabación de las entrevistas que tuvieron una duración aproximada de una hora. Las entrevistas se registraron por duplicado con el fin de asegurar que no perdiera nada de información. Las grabaciones fueron transcritas por personal con experiencia previa en transcripciones. Se realizaron de acuerdo con un guión específico de transcripción recogiendo de forma sistemática, con signos escritos, las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado. Posteriormente, la doctoranda que realizó las entrevistas, revisó los documentos para garantizar la veracidad de los contenidos. En esta fase, se incorporaron otras anotaciones, procedentes de las observaciones y del comportamiento no-verbal de las entrevistadas.

## 4.7. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.

### 4.7.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO.

Se creó una base de datos mediante el programa EpiInfo 6.04 (Atlanta, 2001), tras la informatización se procedió a la depuración de los datos mediante pruebas de rango y lógicas de manera uni y bivariable. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS®, versión 15 (Statistical Package for Social Scienc) (Nie, Bent & Hull, 1975).

En primer lugar se procedió a realizar un análisis descriptivo de las personas que participaron en el estudio según las variables recogidas, resumiendo las variables categóricas con números absolutos y porcentajes, y las variables cuantitativas, de interés, mediante las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar). También se calcularon los percentiles. Se elaboraron las tablas con las frecuencias encontradas de cada una de las variables.

Cuando dos variables son cuantitativas, el modo de determinar si están asociadas o no es a través de la técnica de regresión lineal (si es el caso de que la relación que las liga es lineal), y de estarlo, una medida de la fuerza con que se relacionan es el coeficiente de relación lineal o de Pearson ( $r$ ) que puede ser positivo o negativo. Su cuadrado se le llama coeficiente de determinación ( $r^2$ ) indica la fuerza de la asociación entre las dos variables y se interpreta como la proporción de la variabilidad total de  $y$  que está explicada por su regresión lineal en  $x$ . En el caso de que las variables  $x$  e  $y$  no verifiquen el modelo de regresión lineal, se utiliza un coeficiente de correlación no paramétrico, el coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ). Está basado en la asignación de rangos a los valores de las variables y es válido cualquiera que sea la distribución de las dos variables  $x$  e  $y$  implicadas, es decir es un test no paramétrico. La única condición a verificar es que la relación que existe entre ambas sea del tipo monótonico, es decir, siempre creciente o siempre decreciente. Su significado es como el coeficiente de correlación de Pearson entre los rangos de las variables  $x$  e  $y$ .

El coeficiente de correlación es un número que indica la fuerza con que están ligadas (grado de asociación) dos características cuantitativas  $x$  e  $y$ . Su valor absoluto indica fuerza, y su signo el sentido de ella (indicando el signo si es positivo que  $y$  aumenta o si es negativo que  $y$  disminuye, cuando  $x$  aumenta). A mayor magnitud de su valor absoluto, mayor fuerza. Cuando vale cero, indica independencia. Está entre -1 y +1 (en valor absoluto nunca puede ser mayor de la unidad) y es independiente de las unidades de medida y no varía por el hecho de permutar el orden de las variables. Con datos biológicos es difícil obtener una correlación perfecta o próxima a ella, pues la respuesta de un organismo vivo suele depender de multitud de causas de las que  $x$  es sólo una de ellas. Así valores de  $r$  como de 0,4 o 0,6 pueden considerarse como buenos.

¿Regresión o correlación? Cuando el objetivo sea solamente comprobar si los datos están relacionados o no y en qué grado, deberá utilizarse el coeficiente de correlación. Cuando el objetivo

sea, además del anterior, ver en qué modo varía y con los cambios de  $x$ , hacer predicciones acerca de  $y$  o de  $x$ , sólo la teoría de la regresión lineal permite responder a preguntas de este tipo.

En el análisis bivariable se calculó por un lado la correlación de Spearman para evaluar en primer lugar, si existe una asociación entre la escala del Estatus Social Subjetivo (variable ordinal con 10 categorías) y las variables de estatus socioeconómico recogidas: renta (5 categorías) nivel de estudios (4 categorías) y ocupación (3 categorías). En segundo lugar, se analizó la correlación de tanto el Estatus Social Subjetivo como de las variables de estatus socioeconómico con la salud percibida (5 categorías).

La influencia de cada variable sobre la salud percibida positiva/negativa se realizó comparando proporciones mediante la prueba de ji cuadrado (o la prueba exacta de Fisher, cuando corresponda) en el caso de las variables cualitativas y mediante la  $t$  de Student (o la  $U$  de Mann-Whitney, si no se cumplieran los criterios de la anterior) en el caso de las variables cuantitativas. Las asociaciones o diferencias se cuantificarán con un IC del 95%. Todos los análisis se considerarán significativos para un valor de  $p < 0,05$ .

Un estudio descriptivo transversal no es un diseño que permita realizar inferencias causales, simplemente permite evidenciar asociaciones entre las variables.

Con el análisis multivariable se ha medido la razón de probabilidad de que una determinada variable se relacione con una percepción de la salud positiva/negativa. Para ello se ha empleado la regresión logística, forzando la entrada de las variables sexo y edad, e introduciendo en el modelo aquellas variables relevantes identificadas en otros estudios o que alcancen una significación en el análisis univariante de  $p < 0,30$ . Los resultados se presentan con razón de probabilidad con su intervalo de confianza del 95% y el valor de  $p$  correspondiente. Se identificaron las variables predictoras de buena salud mediante un análisis multivariante de regresión logística.

#### 4.7.2. EL ANÁLISIS CUALITATIVO.

El método analítico utilizado es el análisis de contenido temático. Es un término genérico que engloba diferentes procedimientos. Se trata de una técnica que combina intrínsecamente la observación y producción de los datos, y la interpretación y análisis de los mismos (Calderón & Fernández de Sanmamed, 2008, p. 231). El análisis se realiza de forma abierta, circular y dinámica; y el objetivo final es elaborar marcos explicativos del fenómeno de estudio y desarrollar teorías a partir de los datos (Strauss & Corbin, 2002).

Este tipo de análisis, es compatible con las teorías expuestas previamente y nos permitirá explorar los determinantes del estatus social percibido por las inmigrantes y visualizar los mecanismos y las trayectorias que afectan a su salud. Se trata, en definitiva, de analizar la intersección de los principales determinantes sociales de salud, con el hecho de ser mujeres pertenecientes a minorías étnicas, viviendo en un espacio social transnacional. Se exploran la auto percepción de salud y la influencia del Estatus Social Subjetivo en su bienestar.

Para llevar a cabo el análisis se utilizó un método de análisis descrito por Friese (Friese, 2011) y originalmente desarrollado por Seidel (Seidel, 1998). El método permite trabajar de forma sistemática y es un procedimiento recomendado para trabajar con programas informáticos y más específicamente con el ATLAS.Ti (Scientific Software Development, 2011) que es el programa informático utilizado para el análisis en este estudio. El método se sustenta en los principios básicos metodológicos que se han descrito para el análisis de datos por métodos manuales tradicionales pero para Friese, el uso del software tiene las siguientes ventajas adicionales (Friese, 2011, p. 2).

1. Permiten modificar con facilidad los nombres de los códigos y los datos de los segmentos de texto, lo cual facilita el tratamiento de la información.
2. El software permite más opciones de análisis y plantearse diferentes preguntas por parte de los investigadores.
3. Facilita la combinación de datos cualitativos y cuantitativos; así como el trabajo en equipo y a distancia.
4. Permite a los investigadores cualitativos hacer el proceso de análisis más transparente añadiendo credibilidad, neutralidad, objetividad y fiabilidad”.

El mismo autor señala que el proceso de investigación se puede documentar junto con las decisiones que se van tomando a lo largo del proceso y con la presentación de los resultados. Estos datos pueden ser fácilmente comprobados y corroborados por otros. Los componentes básicos del proceso de análisis son: “notando cosas”, “coleccionando cosas” y “pensando acerca de las cosas” (Friese, 2011).

Una vez que las entrevistas fueron transcritas la investigadora procedió a su lectura con el fin de buscar los aspectos más relevantes para el tema de investigación. Se marcaron los segmentos de texto más significativos y se les asignaron, de forma inductiva los primeros códigos, teniendo siempre presentes los objetivos del estudio y siguiendo el método propuesto por Strauss y Corbin (Strauss & Corbin, 2002). En este nivel, los códigos son principalmente descriptivos, algunos se extrajeron directamente de los datos (códigos in-vivo) y sirvieron para señalar todas las cosas que se consideraron importantes en la entrevista y para asignarles un nombre. A continuación, se buscaron segmentos de datos similares y se agruparon bajo el mismo código; si estos no coincidían exactamente, se renombran los códigos dispares. Este proceso se realizó hasta que se produjo la saturación, es decir cuando tras la lectura de las entrevistas podían utilizarse la mayoría de los códigos existentes sin necesidad de crear unos nuevos. En este nivel se desarrollaron 125 códigos. Posteriormente, los códigos se ordenaron y se estructuraron en base a sus propiedades, características o dimensiones (Strauss & Corbin, 2002). En este nivel se desarrollan a nivel conceptual más abstracto y se asignaron a las diferentes subcategorías que fueron reunidas bajo categorías inicialmente establecidas en base a la revisión de la literatura y a las preguntas de investigación (Apéndice IV). A continuación se revisaron, nuevamente, todos

los segmentos de datos en relación con las subcategorías y categorías asignadas y se observó cómo se entrecruzaban y vinculaban sus características centrales. Este proceso se mantiene hasta que aparece en el conjunto de los datos algún patrón, a partir de los conceptos claves del postcolonialismo, que permite dar una explicación a la realidad observada. Este proceso resultó en un total de 39 códigos (Apéndice V). Una vez que los datos fueron codificados, entramos en la siguiente fase del análisis que consistió en mirar los datos nuevamente desde la perspectiva de las preguntas de investigación o los objetivos del estudio. La meta final era dar respuesta a las preguntas de investigación.

#### **4.8. RIGOR METODOLÓGICO, LIMITACIONES Y CONTRIBUCIÓN DEL ESTUDIO.**

Para asegurar la validez y el rigor metodológico se utilizó la triangulación de investigadores, datos, métodos y fuentes. De acuerdo con Kincheloe & MacLaren (2005) existen cuatro formas básicas de triangular: triangulación de los datos que consiste en el uso de una variedad de fuentes de datos en el estudio; triangulación entre investigadores, se trata de utilizar diferentes investigadores para evaluar; triangulación de la teoría, consiste en manejar múltiples perspectivas teóricas para interpretar un conjunto de datos; y finalmente, triangulación metodológica: es decir, la utilización de múltiples métodos para estudiar un mismo problema.

Los resultados obtenidos fueron compartidos con las participantes (inmigrantes) de las entrevistas para la verificación de los hallazgos. Además, la información se trianguló entre investigadores externos procedentes de la Universidad de Islas Baleares, la Universidad de Cantabria y de la Universidad de Toronto; con dos profesionales pertenecientes a los centros socio sanitarios; con las dos co-directoras de la tesis; y con otra profesional responsable del programa de atención a inmigrantes. Posteriormente, se realizó una triangulación de métodos con el uso de la metodología cualitativa y cuantitativa y según las diferentes técnicas de investigación cualitativa. Finalmente, se trianguló la información con la obtenida en la literatura científica y las bases de datos oficiales.

En este estudio existen una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En lo referente a la parte cuantitativa, una de las principales es la muestra. Se trata de una muestra no probabilística, mayoritariamente obtenida a partir de diferentes organismos y asociaciones que prestan servicios a la población inmigrante residente en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Esta forma de selección excluye a mujeres que no utilizan los servicios sociales de ayuda a los inmigrantes. Además, los datos fueron recopilados coincidiendo con el inicio de la crisis económica lo que pudo ocasionar una sobrerrepresentación de mujeres con problemas socioeconómicos.

Por otra parte, aunque no se ha logrado replicar, exactamente, los datos del Padrón en relación al país de origen, la distribución geográfica de la muestra se asemeja bastante a la

del Padrón y además, se han incluido a mujeres inmigrantes que se encontraban en situación irregular. Finalmente, los resultados obtenidos sobre la educación, la ocupación y los salarios, en la muestra, son similares a los obtenidos a nivel autonómico para la población inmigrante.

Otra de las limitaciones está relacionada con el diseño del estudio. Debido a que se trata de un estudio descriptivo transversal, los resultados se limitan a describir patrones de relaciones, no permitiendo evaluar las relaciones causales. Al mismo tiempo, el método utilizado para la recolección de los datos fueron los cuestionarios auto administrados, lo cual puede influir en el tipo de respuestas ya que tanto la educación como los ingresos o la ocupación pueden tener significados diferentes en los distintos países. Finalmente, otra posible limitación es el uso de la Clasificación Nacional de Ocupaciones para valorar el estatus socioeconómico. La variable ocupación se refiere a la ocupación actual o la más reciente. El 26,9% de la muestra estaba sin empleo, el 7,8% no respondieron a la pregunta, y de las que lo hicieron todas a excepción de 1 se situaron en las categorías V y IIIa de la clasificación. El escaso número de respuestas y su concentración en las categorías más bajas puede infravalorar la relación de esta variable con la salud percibida.

A pesar de estas limitaciones, los datos de este estudio pueden servir para ilustrar las relaciones que se producen entre el estatus socioeconómico, el Estatus Social Subjetivo y la salud percibida, en las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

En relación a los datos cualitativos proporcionan información sobre el contexto social estudiado por lo que limitará su aplicación a otros contextos sociales. No obstante, los datos generados son transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales, con el lugar de estudio. En este sentido, los resultados del estudio ayudarán a continuar investigando en este campo.

Este estudio presenta también una serie de fortalezas. En primer lugar, el objeto de estudio es novedoso, apenas existen estudios en Cantabria ni en España sobre la influencia del Estatus Social Subjetivo en la salud de las mujeres inmigrantes, tal y como se puede apreciar, por la escasez de bibliografía disponible. Si bien es cierto que se trata de un estudio exploratorio y de que los resultados deben de confirmarse con otros estudios. Los hallazgos interesan como un primer paso para el conocimiento sobre la influencia del estatus social en la salud de las mujeres y se pueden utilizar para generar nuevas hipótesis de investigación y obtener resultados que permitan introducir cambios en las políticas que mejoren las condiciones de vida y la salud de las inmigrantes.

Además, otra fortaleza del trabajo es la utilización de la metodología cualitativa y cuantitativa. El uso de las dos metodologías permitirá identificar los principales determinantes de salud de las mujeres y explorar desde sus propias perspectivas, las causas, los mecanismos y las trayectorias que ponen en riesgo su salud y bienestar. Estas dos aproximaciones permitirán tener una visión más amplia de los problemas de salud que afectan a mujeres inmigrantes, pertenecientes a grupos minoritarios, viviendo en espacios transnacionales.



#### 4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Antes del inicio del estudio, tanto el proyecto como el consentimiento informado que lo acompaña, fue sometido al Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria para su aprobación y obtuvo parecer favorable (Apéndice VI).

El estudio no contempla riesgos conocidos para las personas que participaron en ella. Los métodos utilizados no involucraron experimentos clínicos, ni conllevaron riesgos para su integridad física.

Todas las mujeres participaron de forma voluntaria y otorgaron su consentimiento después de recibir información sobre la naturaleza del estudio, de forma oral y escrita. El primer contacto fue hecho a través del teléfono o bien directamente en los locales de las asociaciones. A las participantes que realizaron las entrevistas en profundidad se les explicaron los objetivos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Antes de las entrevistas, las participantes recibieron información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado y firmaron la copia asegurando estar informadas y dando su consentimiento. Todos estos documentos están en poder de la investigadora y serán destruidos al finalizar el estudio (Apéndice VII y VIII).

A las diez mujeres entrevistadas se les facilitó el teléfono de contacto de la investigadora, y se les explicaron las estrategias que se utilizarían para mantener la confidencialidad de la información que previamente habían compartido. La investigadora, en todo momento, ha protegido la confidencialidad de los datos mediante el tratamiento agregado de los mismos y la codificación de los nombres, de forma que mantuvieran el anonimato de las personas e instituciones implicadas. Asimismo, los datos descritos y tabulados están guardados en ordenadores bajo códigos de acceso y en armarios con llave y bajo la tutela de la Universidad por siete años. Los cuestionarios y las cintas originales serán destruidos inmediatamente después de la aprobación de la tesis.

Consciente de que este estudio podía crear expectativas de resolución de situaciones concretas vividas por las mujeres inmigrantes, se les explicó que éste no era un objetivo del estudio.



## **CAPÍTULO 5**

# **Descripción de resultados**



## **5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE CUANTITATIVA.**

En este apartado se presentan los resultados del estudio de la metodología cuantitativa para examinar el primer objetivo planteado en la presente tesis.

### **5.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD PERCIBIDA.**

El primer objetivo fue estudiar las características socioeconómicas, el estatus social subjetivo y la salud percibida de las mujeres inmigrantes latinoamericanas incluidas en el estudio.

En este capítulo se presentan los resultados divididos en cinco apartados: El primero describirá las principales características de las participantes en el estudio cuantitativo, en relación a un conjunto de variables socio demográficas como: lugar de procedencia, tiempo de residencia en España, edad, situación familiar y de la vivienda, estatus legal y experiencias con los servicios de salud. En el segundo, se incluirán los resultados obtenidos sobre los indicadores del estatus socioeconómico como son: nivel de educación, actividad laboral e ingresos. En los dos apartados siguientes, se incluyen los resultados de la escala de MacAthur sobre el estatus social subjetivo y los de la salud percibida. En el último, se presenta la relación entre las medidas del estatus social con la salud percibida.

#### **5.1.1.1. Características socio demográficas.**

Las características generales de las mujeres inmigrantes estudiadas se presentan en la Tabla 4. La muestra la constituyeron 371 mujeres latinoamericanas, procedentes principalmente de Colombia (24,9%), Perú (24,3%), Ecuador (15,4%), Bolivia (9,7%), Paraguay (7,6%). El resto (18,3%) provenían de otros países de Latinoamérica. El tiempo residiendo en España se sitúa en un rango entre 1 y 20 años y la media viviendo es de 4,3 años (DT 2,8). El 73,0% llevan 5 años o menos y de estas, el 29,4% vive desde hace 2 años o menos tiempo.

Se trata de mujeres entre los 17 y los 64 años, con una media de edad de 36,7 años (DT 10,0). El grupo más numeroso corresponde al del grupo de edad de 30-39 años (35,6%), y una mayoría (87,6%) tienen menos de 49 años.

La mayor parte de las encuestadas (91,3%) manifiesta que tiene familia o amigos en España. De este grupo el 40,4% tienen esposo, el 53,7% hijos/as, el 49,7% padres, primos o tíos y el 40,0% amigos/as en España. El 8,7% manifiesta que no tienen familia ni amigos en España.

Viven de alquiler el 82,5% de las encuestadas, bien en casa alquilada (55,5%) o en habitación alquilada (27,0%). El 8,9% viven con las personas que le han contratado y el 6,7% dispone de vivienda propia. En torno al 1,9% no paga ningún tipo de alquiler. El precio medio que pagan por la vivienda, incluyendo el alquiler o la hipoteca, es de 417,8 euros al mes, con una desviación típica de 197,0 euros y un rango comprendido entre 80 y 1.500 euros al mes. Solo el 8,6% paga más de 600 euros al mes. En cuanto al tipo de convivencia, el 97,2% comparten vivienda, bien con su familia o con otras personas, solo el 2,8% manifiesta que viven solas. Ante la pregunta de cuantas personas viven en la casa, el 81,1% de las encuestadas convive con 3 personas o más, de las cuales en el 15,1% cohabitan más de 5 personas. La media de personas por casa es de 3,9 (DT 1,4) con un rango comprendido entre 1 y 8 personas. Algo más de la mitad (66,0%) comparte la vivienda con algún adulto, no obstante, en el 43,4% de las viviendas hay niños y de estas en más de la mitad (52,0%) conviven con más de un niño.

A la pregunta de si tienen personas dependientes en su país, el 65,1% de las mujeres afirma que tiene personas dependientes, en su país. De ellas, el 45,0% tiene niños dependientes y el 49,1% tiene adultos. En cuanto al número de personas dependientes el 74,2% tienen 2 o más, entre las cuales el 12,9% tiene hasta 5 o más personas dependientes. No tienen dependientes el 34,9% de las mujeres.

En lo referente a su estatus legal, señalar que hubo 19 personas (5,1%) que no respondieron a la pregunta. Del total de los que respondieron (ver Tabla 4), el 8,2% no poseían documentos legales en el momento de la encuesta, bien porque se encontraba a la espera de que se resolviera su solicitud de residencia (5,4%), o bien porque no había presentado la solicitud (2,8%). El 91,8% de las mujeres poseían documentos legales. De estas, la mayoría tenía concedido un permiso, ya fuera de residencia permanente o temporal (72,4%) o por reagrupación familiar (0,9%), un 13,9% poseía la nacionalidad española y un 4,5% tenía la tarjeta comunitaria.

Un alto porcentaje de los encuestados (92,0%) había obtenido la Tarjeta Sanitaria Individual en el momento de la encuesta, entre las que no la tenían, un grupo se encontraba realizando trámites para adquirirla (3,6%) y el resto no la había solicitado (4,4%).

En relación al uso de los servicios de salud en los últimos 12 meses, no hubo respuesta por parte del 18,6% de las mujeres. Entre las que contestaron, el 81,0% afirman haber utilizado alguna consulta médica o de enfermería en los últimos 12 meses y el 19,0% nunca había utilizado los servicios de salud en España.

### 5.1.1.2. Estatus socioeconómico.

En esta sección, se presentan los resultados obtenidos sobre el estatus socioeconómico (ESE), en particular, se trata de describir los resultados de los tres indicadores tradicionales de ESE: educación y ocupación e ingresos (ver Tabla 5).

Con respecto a la **educación**, dispone de, al menos, un título el 90,9% de las mujeres. El 14,4% ha obtenido el título de estudios primarios, un 45,2% estudios de bachillerato y el 31,3% superiores, ya sean diplomadas o técnicos superiores (18,6%), licenciadas (9,4%) o con titulación de máster o doctoras (3,3%). Un 9,1% no dispone de titulación. El 9,5% tiene reconocido alguno de sus títulos en España, y el 8,0% ha iniciado algún trámite para su convalidación, pero la mayoría de las mujeres con titulación (82,5%) manifiesta que no ha homologado ningún título en España.

En relación a la **ocupación**, el 7,8% no respondieron a la pregunta sobre su trabajo actual y el 24,8% no tenía empleo en el momento de la encuesta. Trabajaban el 39,1% a tiempo completo y un 28,3% a tiempo parcial. Ante la pregunta de cuántas horas trabajaban por semana, solo respondieron un 40,7% de las que trabajaban a tiempo completo y de estas, la mayor proporción (76,7%) se situó entre las 35 y 45 horas semanales, en torno al 33,7% trabajaban más de 45 horas, y entre ellas un 9,3% ocupaban más de 55 horas a la semana en el trabajo. La media de horas a la semana para las que trabajan a tiempo completo es de 43,7 (DT=10,1). El tiempo de dedicación de las que trabajaban a tiempo parcial, en varios trabajos, fue más difícil de precisar por las mujeres. Solo el 16,1% especificaron el número de horas. De ellas, la mayoría (el 82,4%) trabajaba 35 horas o más y de estas el 23,5% lo hacía más de 55 horas semanales. El resto 23,5% dedicaba 35 horas o menos. La jornada laboral de las que trabajaban a tiempo parcial, en un solo trabajo, se sitúa alrededor de las 15,0 horas semanales (DT=8,1) y en 41,7 horas/semanales (DT=22,4) para las que tenían varios trabajos a tiempo parcial.

En lo referente a **situación laboral** según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, la mayoría (92,0%) se encuentran en la categoría V de trabajadores “no cualificados”, el 7,6% en la categoría IIIa que se corresponde con administrativos y profesionales de apoyo a la gestión y un 0,4% en la IVa que incluye trabajadores manuales cualificados. Las ocupaciones más recientes al momento de la encuesta principalmente fueron: empleadas de hogar (37,7%), asistentes domiciliarios (19,4%), servicios de limpieza (15,6%), camareras (14,9%) o auxiliar de enfermería (5,2%). Una pequeña proporción desarrollaba trabajos de cocinera (3,5%), administrativa (1,4%) o dependienta (1,0%), y el 1,3% restante otras actividades como asistentes de odontología, en la madera y en publicidad.

En cuanto a la pregunta referente al **salario e ingresos** que reciben **al mes** destacar que el 22,6% de las participantes no respondieron a la misma. Entre las que respondieron, la mayoría de las participantes (86,1%) perciben una cantidad inferior a 1.000 euros, el 30,0% se sitúa por debajo de 500 euros al mes y recibe menos de 250 euros el 8,0% de las mujeres que respondieron. El mayor porcentaje se encuentra en el tramo comprendido entre 500 y 999 (56,1%). En

la Tabla 6 se presenta un resumen con los resultados de los principales indicadores del estatus socioeconómico.

**Tabla 6. Estatus Socio Económico n=371.**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nivel de Educación</b>	Sin estudios o estudios primarios	58	15,7
	Enseñanza secundaria	169	45,7
	Enseñanza técnica	77	20,8
	Estudios universitarios	66	17,8
<b>Total</b>		<b>370</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación</b>	V	266	92,0
	IIIa	22	7,6
	IVa	1	0,3
<b>Total</b>		<b>289</b>	<b>100</b>
<b>Ingresos</b>	Menos de 250	23	8,0
	De 250 a 499	63	22,0
	De 500 a 999	161	56,1
	De 1000 a 1499	40	13,9
<b>Total</b>		<b>287</b>	<b>100</b>

#### 5.1.1.3. Estatus Social Subjetivo.

Los datos concernientes a la **distribución del Estatus Social Subjetivo** se pueden ver en la Tabla 7. El 10,8% de las mujeres, se sitúan en la parte más baja de la escala social, considerando que su estatus social es muy malo, en relación a los españoles y el 20,5% creen que es malo. Piensan que es regular el 44,5% y bueno el 20,5%. El 3,8% consideran que su estatus social es muy bueno en España. La media de la muestra se ubica en 5,1 (DT=1,9) en la escala de 10 categorías. La distribución de las respuestas es normal y unimodal; en la figura se aprecia como ocupan todo el rango de la escala (1-10), y la mediana y la moda se sitúan hacia el centro de la escala (mediana y moda=5). (Figura 4).

#### 5.1.1.4. Salud percibida.

La valoración de la salud percibida obtenida mediante una pregunta sobre la percepción que tiene la persona sobre su salud se puede ver en la Tabla 8.

Los resultados obtenidos indican que de las mujeres entrevistadas, un 32,2% encuentran que su salud es regular y un 5,4% mala o muy mala. El 18,8% considera que su salud es muy



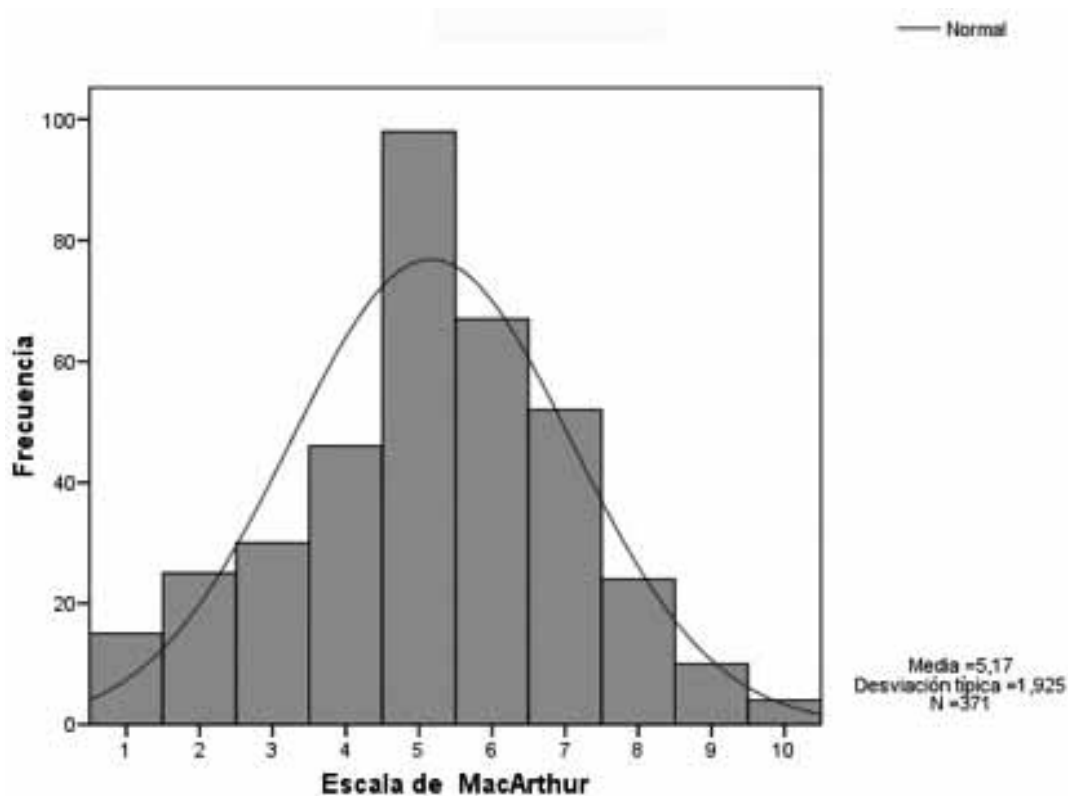


Figura 4. Escala de MacArthur de Estatus Social Subjetivo.

bueno y el 43,6% buena. Preguntadas las mujeres sobre cómo es **su salud en relación al momento en que salió de su país**, casi 8 de cada 10 cree que su salud no ha cambiado o incluso ha mejorado (52,0% y 26,8%, respectivamente), sin embargo, un 21,2% de las mujeres cree que su salud ha empeorado después de emigrar a España. El gráfico sobre la salud percibida se presenta en la figura 5

En la tabla 9 se pueden ver los resultados obtenidos de la media, la desviación estándar y los rangos para variables de interés del estudio

### 5.1.2. RELACIÓN ENTRE LAS MEDIDAS DE ESTATUS SOCIAL CON LA SALUD PERCIBIDA.

En este apartado se presenta los resultados de la relación entre las dos medidas del estatus social, el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo, con la salud percibida.

El análisis de correlación para verificar si los indicadores de estatus socioeconómico se relacionan con la salud percibida y con el estatus social subjetivo se presenta en la Tabla 10. En general, los indicadores de **estatus socioeconómico** tienen baja correlación con la salud percibida. Los ingresos están relacionados negativamente de forma significativa con la salud percibida ( $r = -0,124$ ;  $p = 0,02$ ), es decir, cuanto más bajos son los ingresos peor es la salud

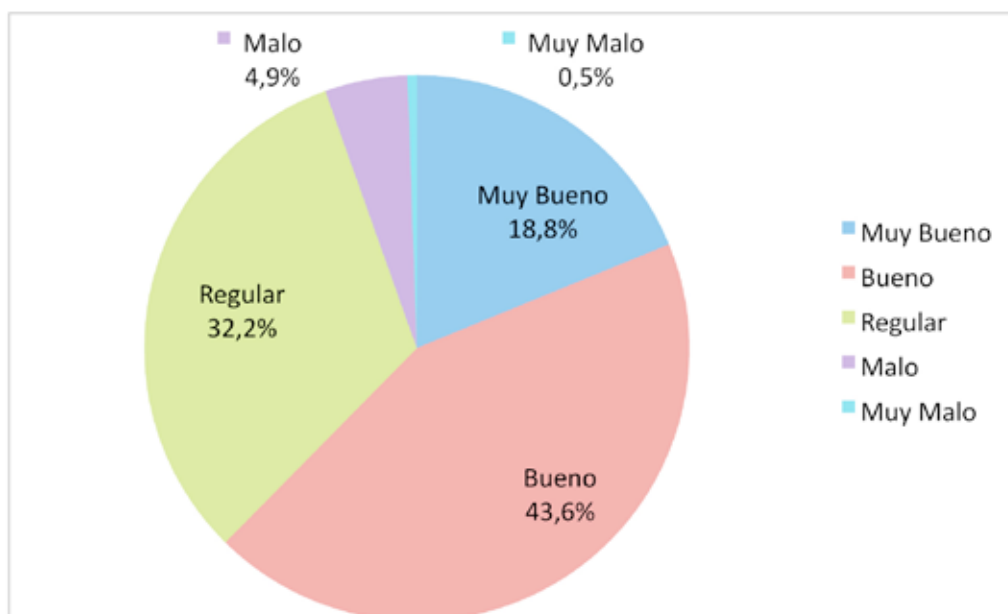


Figura 5. Estado de Salud Percibida.

percibida. Asimismo, a mayor nivel de educación mejor salud percibida ( $r=-0,125$ ;  $p=0,01$ ). Por último, también aumenta cuando mejora la ocupación pero no la relación es significativa estadísticamente ( $r=0,088$ ;  $p=0,13$ ).

Entre las dos medidas del estatus social, se obtiene que el **estatus social subjetivo** (escala de MaCArthur) mejora significativamente cuando aumentan los ingresos ( $r=0,193$ ;  $p=0,00$ ). Asimismo, aumenta con el nivel de estudios ( $r=0,030$ ;  $p=0,56$ ) y con la ocupación ( $r=0,087$ ;  $p=0,13$ ). El estatus social subjetivo mostró una correlación con la salud percibida ligeramente mayor ( $r=0,150$ ;  $p=0,004$ ) que con las otras medidas del estatus socioeconómico, como la educación o la ocupación. La asociación del estatus social subjetivo con las salud percibida fue estadísticamente significativa y ligeramente menor que la obtenida para los ingresos. Estos datos indican que cuanto mejor se posicionan las mujeres en la escala social mejor es su salud percibida.

Los resultados del **análisis bivariante** entre la salud percibida y cada una de las variables consideradas independientes quedan reflejados en la Tabla 11. Se presentan los porcentajes de salud percibida negativa o positiva, según las variables siguientes: edad, nivel de estudios, ingresos, ocupación, estatus legal, familia, años residiendo en España y escala de MacArthur. Como se observa en la tabla, la percepción de una salud negativa aumenta de forma significativa con la edad ( $p=0,041$ ). Así, la prevalencia de salud percibida negativa es un 19,6% más frecuente en las mujeres de entre 44-64 años que en las jóvenes entre 17 y 29 años de edad (grupo de referencia). La proporción de mujeres con salud percibida negativa es mayor en el grupo de sin

estudios o estudios primarios (48,2%) que en el de tituladas universitarias (30,8%), que es el grupo con menor proporción de percepción de su salud negativamente. Sin embargo, las diferencias observadas entre los diferentes niveles de estudios con respecto a las mujeres sin estudios o estudios primarios no son significativas ( $p=0,216$ ). El porcentaje mayor de mujeres con salud percibida negativa corresponde a las de sin estudios o estudios primarios, seguido de las que tienen formación técnica o diplomadas (59,7%) y de las de educación secundaria (64,3%). Por último, el de las que tienen estudios universitarios.

Las diferencias en salud percibida también se observan en relación a los ingresos mensuales. El menor porcentaje de mujeres con salud percibida negativa se produce entre las que tienen ingresos comprendidos entre 1000 y 1490 euros (25,0%). Por el contrario, el porcentaje mayor de mujeres con salud percibida negativa se encuentra entre las que tienen ingresos de 250 euros o menos al mes (43,5%) y entre aquellas cuyos ingresos se encuentran entre 250 y 490 euros al mes (44,4%) pero sin diferencias significativas con respecto a las mujeres con más ingresos ( $p=0,179$ ). Además, se observa peor salud percibida entre las que no trabajan (40,0%) que en las que si lo hacen, bien en servicios no cualificados (38,4%) o en servicios de restauración (36,4%), y entre las que no poseen documentos (48,8%) frente a las que si los poseen (36,2%) pero no de forma significativa ( $p=0,699$  y  $p=0,117$ , respectivamente).

Valoran con mayor frecuencia su salud percibida como negativa las que se sitúan en los niveles más bajos de la escala de estatus social subjetivo. Así el 52,6% de las que se ubicaron en los niveles 3 y 4 y el 45,8% de las que lo hicieron en los dos últimos (1 y 2) percibieron su salud como negativa frente al 22,8% de las que se ubicaron en el 7 y 8 y el 37,7% que se situaron en los más altos (niveles 9 y 10). Estos resultados fueron estadísticamente significativos ( $p=0,005$ ). Se aprecia una pequeña diferencia en la percepción de salud negativa entre las que tienen familia y/o amigos en España (37,8%) y los que no los tienen (37,5%) ( $p=0,970$ ). Finalmente, se observa en la percepción de la salud de forma negativa una diferencia de un 3,8% entre las mujeres que llevan más tiempo en España y las que llevan menos de 4 años ( $p=0,984$ ). Por lo tanto, las diferencias observadas no resultaron estadísticamente significativas con ninguna de las variables analizadas salvo las ya comentadas de la edad y la escala de estatus social subjetivo.

Los resultados obtenidos en el **análisis multivariante** se presentan en la Tabla 12. En el modelo se incluyeron las siguientes variables independientes: edad, nivel de estudios, escala de estatus social subjetivo, estatus legal, apoyo social en España, ingresos mensuales y el tiempo residiendo. Se aprecia una tendencia creciente en la valoración negativa de la salud percibida al aumentar la edad. Las mujeres pertenecientes al grupo de 44-64 años de edad tiene 1,8 veces más posibilidades de tener salud percibida negativa que el grupo de 17 a 29 años (OR=1,8; IC 95%: 0,9 – 3,8). Asimismo, las mujeres que tienen estudios primarios tienen 1,8 más posibilidades de tener salud percibida negativa que las que tienen estudios universitarios (OR=1,8; IC 95%:0,7 – 4,4) y 1,5 veces si tienen estudios de secundaria. (OR=1,5; IC 95%:0,6 – 3,4).

Las odds ratios más elevadas para la salud percibida negativa se observaron con la escala de MacArthur. Cuanto más baja es la ubicación en la escala social mayor es la posibilidad de tener una percepción negativa de salud. Tienen 4,2 veces más probabilidad de percibir su salud como negativa las mujeres que se situaron en los niveles más bajos de la escala (niveles 1 y 2) (OR=4,2; IC 95%:1,6 – 11,2) y las que se posicionaron en los puestos 3 y 4 (OR=4,3; IC 95%:1,9 – 7,2) frente a las que se ubicaron en el puesto 7 y 8, tomados como referencia. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre las que se encuentran en el estatus social subjetivo más alto (niveles 9 y 10) en relación a los que lo hicieron en los niveles 7 y 8 (OR =3,0; IC 95%:0,7 – 13,3).

La percepción negativa de la salud varía aunque no de forma significativa según el estatus legal. Las que no tienen documentos legales tienen 1,4 veces más frecuente salud negativa que las que si los tienen. (OR=1,4; IC 95%:0,6 – 3,3). Para las personas que no tienen familia ni amigos en España la probabilidad de tener peor salud es similar que las que sí tienen (OR=1,0; IC 95%:0,4 – 2,5).

La percepción negativa de salud se modifica según los ingresos mensuales. Tienen 2,5 veces más probabilidades de tener salud percibida negativa las que ingresan entre 250 y 499 euros al mes (OR=2,5; IC 95%:1,0 – 6,3) que las que ingresan entre 1.000 y 1.499. Asimismo, las mujeres que ingresan menos de 250 euros al mes, o que no perciben ingresos, tienen 1,8 y 1,3 veces respectivamente, más posibilidades de tener salud percibida negativa (OR=1,8; IC 95%:0,5 – 5,7). (OR=1,3; IC 95%: 0,5 – 3,6) frente al grupo que más ingresa o de referencia. Finalmente, la percepción de salud no varía en función de los años que las mujeres llevan residiendo en España (OR =1,0; IC 95%:1,0 – 1,1).

## 5.2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE CUALITATIVA.

En este apartado se presentan los resultados del estudio de la metodología cualitativa para examinar el segundo objetivo planteado en la presente tesis.

### 5.2.1. DETERMINANTES DEL ESTATUS SOCIAL IDENTIFICADOS POR LAS MUJERES INMIGRANTES.

El propósito fundamental del análisis cualitativo, en este estudio, es explorar los principales determinantes del estatus social subjetivo y sus repercusiones en la salud y bienestar de las mujeres inmigrantes. Se trata de explicar los mecanismos que median en la relación entre la percepción de su posición social y su salud y bienestar. Estos mecanismos se analizarán teniendo en cuenta las interacciones que se producen entre el estatus socioeconómico, el género y la etnia, en el momento histórico en que se realiza el estudio, en el contexto de Cantabria.

La información recopilada mediante entrevistas en profundidad nos ha permitido obtener datos de primera mano sobre sus experiencias migratorias, sus expectativas o las dificultades encontradas en aspectos relacionados con la educación, el trabajo, la renta y otros factores que

afectan a la percepción de su posición social. Al analizar los datos de las entrevistas se puede comprender mejor los porqués de los resultados que nos han proporcionado los datos, más allá de las frías estadísticas. Estas, por sí solas, no pueden explicar los determinantes del estatus social subjetivo, ni los mecanismos mediante los cuales afectan a la salud de las mujeres.

El método analítico utilizado es el análisis de contenido temático. El examen de las entrevistas permitirá explorar los determinantes del estatus social percibido por las mujeres, visualizar los problemas relacionados con su nueva posición social y comprender mejor cómo afectan a su salud y bienestar. Al realizar el análisis de contenido, el interés lo centramos solo en aquellas partes de la entrevista que se referían a los determinantes de las desigualdades en salud, a los determinantes estructurales, a los intermedios y al impacto de ambos en la salud y el bienestar. Por tanto, con ayuda de la categorización previamente fijada (ver Apéndice IV), los segmentos de texto similares se agruparon para tratar de encontrar la respuesta a la pregunta que previamente nos habíamos planteado.

En este capítulo se describirán los resultados que se obtuvieron de las entrevistas de las participantes. Primero, se describirán los datos referentes a la educación la renta y el trabajo. De esta forma, obtendremos información sobre su estatus socioeconómico, expectativas, dificultades y los cambios producidos en su posición social tras la llegada a España. A continuación, se expondrán los resultados relacionados con el contexto cultural y político como: las políticas migratorias, las redes sociales, el choque cultural o los conflictos de valores, así como las experiencias con el sistema de atención a la salud. Esta información nos permitirá comprender los motivos que arguyen las mujeres para posicionarse en la escala social. Finalmente, se describirán los factores que contribuyen a mantener su salud junto con los elementos y las situaciones que suponen un riesgo para su bienestar. Se incluyen estilo de vida, conductas, aspectos psicosociales y principales problemas de salud.

#### **5.2.1.1. Percepción de la posición socioeconómica.**

El segundo objetivo del estudio pretende explorar los determinantes del estatus socioeconómico y del estatus social subjetivo identificados por las mujeres inmigrantes. En este apartado se presentan los resultados del estatus socioeconómico para las categorías definidas previamente: educación, ocupación y nivel de renta o ingresos.

##### **5.2.1.1.1. Educación.**

Esta categoría incluye todos los elementos relativos al nivel educativo, así como las percepciones y expectativas de las mujeres en relación a la educación. El nivel educativo obtenido, en sus países de origen, por las mujeres entrevistadas se corresponde con un nivel medio/alto. Dos poseían títulos universitarios, tres habían obtenido un título de técnico universitario y cinco tenían estudios de secundaria, de las cuales una se encontraba realizando estudios de enfermería. Sin embargo, sus expectativas educativas son limitadas, debido a las dificultades encontradas,

tanto para convalidar sus títulos en España, como para ampliar su nivel educativo. Solo dos de las entrevistadas habían homologado el título después de esfuerzos ingentes como una de ellas manifiesta.

*Yo porque tenía el apoyo de mi pareja, si no yo sola... Bueno, también lo hubiera podido hacer, pero cómo... O sea, estudiar para una homologación... Por favor... Ocho asignaturas, de unas cosas que yo ni había visto. Era como volverlas a hacer. Además con la presión, con la contravía, con todo lo que tienes que resolver... O sea, son esfuerzos ingentes. Son esfuerzos muy grandes. (E1, universitaria/profesional).*

*[...] habemos un sector en el que tenemos estudios universitarios, pero lamentablemente no podemos ejercer ello porque el convalidar esos cursos aquí es un poco más liado y cuesta ya el hecho de traer el documento. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

Independientemente del nivel educativo que tuvieran, estas mujeres valoran la educación como un elemento fundamental para el bienestar de sus hijos y como una inversión de futuro. El que sus hijos puedan estudiar lo destacan como un aspecto positivo y un motivo de satisfacción para ellas que justifica la emigración y los sacrificios que realizan en España.

*Yo lo que quiero que tenga una carrera. Yo quiero que tenga una carrera. Que sea ella el día de mañana alguien. "Porque hemos dejado todo para que tú hagas una carrera, para que tú estudies. Al final, ¿sabes qué?, no te vas a venir de cajera... Entonces, ¿qué pasa? Entrás y cuando se te termina la juventud te dan una patada, te votan y se acabó y traen a otra chica... Pero con tus patronas, con estudios nadie te va a quitar lo que tú estudies. (E9, Enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

*[...] y estudia, mi hijo se va a un colegio, el mejor que hay porque estoy aquí. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar interna/sin documentación).*

*La diferencia es cuando venía aquí y ves cómo se cambió la cosa, porque ves tus hijos que no podía antes tener y tiene ahora, no podían tener sus estudios, tienen sus estudios ahora; entonces a través de eso tú estás contenta y aguantas cada día eso de trabajar. (E10, Enseñanza secundaria/empleada de hogar/interna/sin documentación).*

*Y yo pienso que sí, he de volver o volver a venir... depende mucho, ¿verdad? Depende mucho de la situación, de mi hija que está estudiando, que tengo que ayudar... Entonces eso te da fuerzas para seguir adelante, porque siempre quieres para tus hijos e hijas lo mejor. (E7, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

**Figura 6. Categorías y subcategorías iniciales. Estatus Socioeconómico, género y etnia.**

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>Educación</b>	Nivel educativo previo Reconocimiento del título y formación previa Expectativas educativas Facilidades y dificultades Valoración educación como bienestar/clase social
<b>Ocupación</b>	Historia laboral previa Acceso y oportunidades Condiciones laborales Relaciones laborales Valoración rol laboral Expectativas laborales Desempleo
<b>Renta e ingresos</b>	Usos de la renta Seguridad económica Familia dependiente Cambios en el estatus económico Valoración renta como bienestar/clase social
<b>Estatus Social Subjetivo</b>	Percepción que tienen los individuos sobre su posición en la escala social. Incluye impresiones sobre su situación social, económica y laboral así como sus oportunidades presentes y futuras.
<b>Género</b>	Normas culturales. Roles y conductas relacionadas con el hecho de ser mujeres
<b>Etnia/raza</b>	Características raciales, culturales o religiosas

El no reconocimiento de los títulos educativos ni de la experiencia profesional, especialmente para las que poseen títulos universitarios, supone para las mujeres un descenso en su posición social, ya que las relega a los nichos laborales de mayor precariedad, produciendo una gran desigualdad entre su nivel educativo y salarial. Además, puede tener efectos negativos en su autoestima, y su salud emocional y física. De esta forma, se puede observar cómo las políticas públicas, de no reconocimiento de los títulos por parte de las instituciones, pueden afectar en la desprofesionalización de estas mujeres y producir un impacto negativo en su salud.

#### 5.2.1.1.2. Ocupación.

En esta categoría se recoge la información relativa a un conjunto de variables relacionadas con la situación laboral como son: historia laboral previa, acceso y oportunidades, condiciones y relaciones laborales, expectativas o situación de desempleo.

En general, el nivel educativo de las mujeres no se tiene en cuenta a la hora de acceder al trabajo, como ya indicamos previamente, tampoco se reconocen sus cualificaciones profesionales ni su experiencia laboral. De las diez mujeres entrevistadas, sólo una había conseguido convalidar su título y poseía un puesto como psicóloga profesional, una era estudiante, otra estaba sin empleo y el resto desempeñaba trabajos no cualificados, principalmente, como cuidadoras o empleadas del hogar, de las cuales tres trabajaban en régimen de internas.

El descenso en sus posiciones laborales y sociales se hace evidente a través de los trabajos que las mujeres se ven obligadas a aceptar y que, como puede apreciarse en sus relatos, perciben como degradantes. En general, la mayoría de las entrevistadas ocupan puestos laborales inferiores a los que habían ocupado previamente en sus países. El trabajo doméstico parecía que era la única oportunidad laboral que le ofrecía el mercado español, como manifestaron algunas profesionales.

*Si alguien me hubiera dicho en mi vida que yo iba a desarrollar estos trabajos, nunca lo hubiera creído, porque era un trabajo muy raro; (se refiere al trabajo de teleoperadora) pero era el trabajo que hacía para no estar en el servicio doméstico, porque en el servicio doméstico pues no estaba capacitada. (E1, universitaria/ profesional).*

*Era profesora. Sí. Entonces eso, venir acá a hacer los trabajos que... (se refiere a Cuidadora) bueno, psicológicamente me proyecto y me adapto a lo que estoy haciendo ahora, porque tampoco me voy a poner en otra situación. Trato de adaptarme a lo que tengo ahora. (E4, enseñanza técnica/cuidadora).*

*Yo de profesión tengo administración hotelera, entonces trabajé en hoteles en Cuzco, y después trabajé dos años en agencia de viajes; y bueno, y así fue que un poco aprendí cómo hacer los trámites para poder venir, y así me vine. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

*He cuidado a personas mayores como unas cuatro personas. Y cuidando niños. Y lo último que he hecho [...] como unos cinco años y así trabajando en las conserveras de bonito. Sí. Y luego pues también estuve de camarera de barra también un tiempo. Y así. El trabajo que te salga. La cosa es hacer algo, hacer dinerito y no estar parada. (E6, enseñanza técnica/sin empleo).*

Estas mujeres consiguieron sus primeros trabajos en el servicio doméstico con relativa facilidad, principalmente, a través de amigas o de una asociación religiosa. Cuando no tienen



papeles la situación se complica, aunque siempre tienen la posibilidad de incorporarse al servicio doméstico como internas, aceptando las condiciones laborales impuestas por quien les contrata. Los cambios en el estatus social también se configuran comparándose con miembros del grupo de referencia, es decir, con otros inmigrantes en circunstancias similares a las suyas. La salud se deteriora cuando no se presentan oportunidades para demostrar las habilidades que poseen, cuando no encuentran empleo o cuando carecen de control sobre las circunstancias del trabajo.

*Claro, ella (su prima) tuvo la suerte de llegar, casarse, tener un chalet... vivir muy bien, poner un negocio. Pues nada, pues ella me mandó a ver y nada. Pues al inicio a buscar trabajo y que no... “¿Tienes papeles? No tienes. Pues nada, no te podemos dar trabajo. Como optan todas las personas que vienen aquí, a trabajar internas y eso hice... (E6, enseñanza técnica/sin empleo).*

*Claro, cuando yo llegué que no tenía trabajo... estaba durmiendo en el suelo y encima me pedía ya dinero para dar, para la comida. Solamente una semana. Si no me voy a prostituir pues ya sé. Entonces a buscar trabajo y me fui a decir a la monja ... pues me encontraron, justamente allí en... a cuidar dos abuelitos. Y ahí gané seiscientos euros. Luego se murió el abuelito y tenía que buscar. Tengo suerte que encontré otra vez. (E5, cuidadora/sin documentos).*

Las expectativas que tenían en relación al trabajo y al salario del país de acogida también conforman las experiencias subjetivas de descenso en la movilidad social. Las mujeres entrevistadas venían con la esperanza de ganar dinero y ahorrar para enviar a sus familias e iniciar proyectos futuros aunque la realidad que algunas encontraron fue diferente. Tampoco esperan ninguna mejora en su situación laboral o social.

*Es totalmente diferente la gente que te dice... Sí, porque ella se fue diciendo que había mucho trabajo y se fue con..., aparentemente parece que llevó mucho dinero. Y entonces uno se ilusiona y viene. Yo por ejemplo así vine, con esa ilusión. Pero llegando aquí no es... Porque decía que mil quinientos, dos mil euros uno gana, pero es mentira. El año pasado ganaba seiscientos, setecientos. Ahora normalmente gano ochocientos... Claro, me arrepentí un poco después de llegar aquí que no era como decían, pero ¿qué voy a hacer? Estando aquí luego el billete hay que comprarlo otra vez y sin trabajo... (E5, cuidadora/sin documentos).*

*Bueno, no ha sido justamente como yo esperaba, porque el cambio, pues adaptarse aquí a este lugar, todo. (E4, enseñanza técnica/cuidadora).*

En ocasiones, las circunstancias familiares cambian y las mujeres tienen que alargar su permanencia en el país para costear gastos imprevistos. Se quejan de la actitud de los familiares y en ocasiones se sienten explotadas.

*Entonces yo me voy y para qué. Al llegar ahí ya te dice: “préstame, préstame mil euros, préstame dos mil euros”. Y le dices que no y eres la mala. Eso yo diría que es lo peor que a uno le puede pasar. Porque es mentira que aquí vienes y uno gana mucho dinero o que puedes juntar. Que no. (E5, cuidadora/sin documentos).*

En cuanto a las condiciones laborales, tres de las mujeres entrevistadas trabajaban en el servicio doméstico, como internas, cuidando a personas mayores dependientes. Estas mujeres compaginan el trabajo de cuidadoras con las tareas del hogar, en este sentido, comparten experiencias similares a otras mujeres en España. Algunas encuentran las condiciones laborales muy estresantes, sienten que la carga de trabajo es poco razonable ya que su jornada laboral dura las veinticuatro horas del día. Manifiestan que tienen poco apoyo por parte de los familiares de las personas que cuidan. Se sienten solas y aisladas. Declaran, que apenas pueden comunicarse ni manifestar sus propias emociones con las personas que cuidan, ya que normalmente, se trata de personas mayores, con niveles altos de discapacidad física o mental y con problemas de comunicación.

*No puedo. Porque yo estoy ahí 24 horas y entonces no puedo salir, a no ser que viene alguien; y yo..., antes cuando mi hermana no trabajaba yo le daba a mi hermana a estar ahí una hora o media hora, y yo le doy cualquier propina de mi dinero; pero ahora... Porque yo no puedo. Es que estando ahí 24 horas sin respirar te pone loca. Es que no hay dios que aguante eso. (E10, cuidadora/sin documentos).*

*El trabajo este yo creo que me está matando... Nosotras que estamos así las 24 horas es un poco duro. Y eso es lo que hay más... Si yo estuve en las monjas tres meses ir y venir, ir y venir así y no conseguí trabajo. Entonces tenía que aceptar esto pensando en mi hija. (E5, cuidadora/sin documentos).*

Algunas mujeres, que no tienen contrato, perciben mayores condiciones de abuso; no reconocen su trabajo, ni son dadas de alta en la seguridad social; tampoco perciben las pagas extras o el dinero que le corresponde por las vacaciones. Este colectivo es el menos visible y sus condiciones laborales de precariedad tienen consecuencias importantes para la salud. Algunas manifiestan que están cansadas y exhaustas, sufriendo problemas de salud mental.

*Ellos no ven lo que estoy haciendo sacando adelante a esa abuela; porque yo ahí el Doctor O puede decir, yo ahí soy la sirvienta, soy la familia, soy de todo. Cuando algo le pasa a M... Yo tengo que saber. Si le llama la nieta, le da igual. Yo hago todo, todo, todo. Y entonces yo ahí en ese día yo me discutí con la nieta porque estaban llegando mis vacaciones... me tenían que pagar y no me está pagando hasta ahora... Mis hermanas, por ejemplo, no tienen papeles pero tienen todo: tienen vacaciones, tienen esa media paga... Tienen todo. Pero aquí no. (E10, cuidadora/sin documentos).*

Las relaciones de poder con las personas que les contratan se ponen de manifiesto a lo largo de las entrevistas. No pueden quejarse de sus condiciones laborales porque necesitan el trabajo y temen ser despedidas. Ellas conocen la situación de crisis económica y los datos sobre el desempleo y se sienten en desventaja porque saben que sus oportunidades laborales son pequeñas.

*Yo me quejo, lo digo..., ¿pero qué dicen? Que si no me gusta que me marche, porque hay mucho trabajo; porque para ese trabajo yo acepté, y acepté para quedar 24 horas, no las horas que yo quiera. Pues vale, perfecto..., acepto. (E10, cuidadora/sin documentos).*

Las dificultades para cambiar de trabajo retrasan el proceso de adaptación a la nueva situación. En el siguiente párrafo una de las mujeres entrevistadas manifiesta cómo la cuestión del género afecta a esta situación.

*Tenemos que tener en cuenta que el servicio doméstico atrapa. Cuando un hombre llega a la construcción, si es ingeniero..., tiene un ascenso, tiene una vía. Puede llegar de peón, pero si sabe, si lee mejor los planos y conoce, si prevé los problemas, si le ayuda al encargado tiene una vía. En el servicio doméstico no hay vía...; no hay vía... (E1, universitaria/profesional).*

Las mujeres perciben muy poca valoración por parte de las familias, del trabajo que realizan como cuidadoras, a pesar de la responsabilidad que se les asigna en el cuidado de los mayores dependientes y del tiempo de dedicación.

*Ellos no te valoran lo haces, no te valoran lo que haces sacando adelante a la abuela, la estás sacando fuera, que la está viendo la gente... No te valoran. No valoran tu trabajo, no valoran..., lo que dicen es: “Yo le estoy pagando y está haciendo su trabajo”; y nada más. (E10, cuidadora/sin documentos).*

*Nos meten a todos en un mismo saco en condiciones o culturales, u obviamente sociales, o como si fueras un ignorante, o como que hay gente que no pudieras... No todo el mundo viene con las mismas condiciones ni de estudios, ni de educación, ni formación, pero si venimos a hacer lo que venimos a hacer. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

Una de las entrevistadas mantiene que, habitualmente, se reconoce su actividad laboral y se sienten muy reconfortada y valorada:

*Eso es sí me alegra, ¿sabes?, que donde los trabajos que he ido siempre me han dicho: “A ver si me traes otra chica como tú”; o han llamado a la hermana y le han dicho que: “Ay, X ha venido a mi casa, a ver si me envía otra como ella”, y tal; y esas cosas animan mucho. (E3, estudiante universitaria/cuidadora).*

La falta de oportunidades laborales para mejorar su posición social; unida al escaso reconocimiento y a unas condiciones laborales precarias; son vividas como experiencias frustrantes, afectando negativamente a la percepción de su estatus social. Al mismo tiempo, la precariedad laboral y la falta de control exponen a las trabajadoras a riesgos físicos y psicológicos.

#### 5.2.1.1.3. *Ingresos y situación económica.*

Esta categoría reúne los elementos relativos a la percepción de la situación económica de las mujeres y sus familias. Los datos referentes a la posición económica, en ocasiones, fueron difíciles de obtener. Algunas entrevistadas tuvieron dificultades para precisar la renta familiar, ya que sus esposos permanecían en los países de origen y era difícil establecer la equivalencia con los salarios en España. En otras ocasiones, los empleos precarios los complementaban con otro trabajo a tiempo parcial, por ejemplo, como cuidadoras de fin de semana, lo que suponía variaciones importantes en los salarios de cada mes. Los salarios son bajos y en algunos casos, insuficientes para atender las necesidades básicas de sus familias. De las entrevistadas, sólo dos percibían más de mil euros al mes, tres ganaban entre quinientos y novecientos euros, y el resto recibían entre doscientas cincuenta y quinientos, excepto una de ellas, que estaba sin empleo, y en el momento de la entrevista, no recibía ninguna prestación social. La pobreza y la exclusión social afectan a la percepción de la posición social e incrementan el riesgo de mala salud.

La mayoría de las mujeres entrevistadas tienen familia que depende económicamente de ellas, bien en su país de origen o en España. Por tanto, para ellas, uno de los usos prioritarios del salario es enviar el dinero para mejorar la situación socioeconómica de sus familias. En general explicaron que una de las causas principales de la emigración eran las dificultades económicas en el país de origen. Como consecuencia de ello, las mujeres permanecen atrapadas entre sus trabajos precarios y las obligaciones familiares. En general, a pesar de las condiciones de trabajo, valoran positivamente el salario que reciben. El descenso en las trayectorias laborales personales se puede compensar con las diferencias salariales entre los países de origen y de destino. Opinan que sus salarios permiten que sus familias tengan mejores condiciones de vida. El nuevo rol de sustentadoras del hogar les sirve para ganar mayor confianza en sí mismas. Además les permite obtener más bienes materiales para ellas y sus familias.

*Yo sola les he traído, y a mí me cuesta... Me cuesta, porque digamos te cuesta el pasaje, esto, y mandar... Trabajar, y mandar, y mandar... Yo no he necesitado que alguien me preste, sino que yo inclusive pagué hasta a una abogada para que me hiciera los papeles de la reagrupación familiar porque no quería que me vayan a rechazar los papeles. Dije: "Pago...", y prefiero pagar a alguien para que digamos me salgan bien las cosas. Y me salieron bien y ya están acá. (E9, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

*El primer año conseguí la residencia, el permiso de residencia y de trabajo. Seguí trabajando interna porque tenía que pagar... Para salir de mi país yo hipotecué mi casa, entonces yo tenía que pagar esa hipoteca...”; porque yo mes a mes tenía que mandar el dinero para mantener mis hijas, el dinero para pagar la hipoteca y tenía que mantenerme aquí. (E8, auxiliar de geriatría).*

*El que está aquí piensa que todo el mundo tiene dinero. Pero hay que comer, hay que pagar alquileres, todo. Solo hay que venir para valorar. Yo digo eso. El que quiere venir pues que venga a ver. No es como la gente piensa ... aquí todo lo que ganaba les mandaba todo... en mi país yo pago a una mujer o a una señora que se va a limpiar la casa y hacer la comida. Ya tenemos, yo por ejemplo yo ya tengo ordenador, chateo con mi hija, ella de mi casa me muestra mi casa. Y se cambió, muy bien. Porque gracias que estoy aquí también porque si no también no le iba a dar esas comodidades allí. Por poner el sacrificio y estar aquí sola. (E5, empleada de hogar/sin documentos).*

*La situación económica. Como dice la mayoría, ahora con la crisis al día, ahí apretados, sin darse caprichos. Y bueno, podré darme algún capricho pero eso que me lo voy a dar para mí se lo doy a mi hija, ¿sabes? (E6, enseñanza técnica sin empleo).*

En estas citas se puede apreciar los diferentes usos que hacen las mujeres de la renta; así como la percepción que tienen sobre sus responsabilidades como madres, esposas, y principales sustentadoras del hogar. En general, la vida de las mujeres ha cambiado a peor, pero consideran que la de sus hijos ha mejorado, principalmente, en el aspecto material. La idea de que tienen que sacrificarse y ser responsables de todo lo que le sucede a sus familias tiene consecuencias negativas para su salud.

Algunas mujeres hacen una valoración muy positiva de sus experiencias en España y se sienten satisfechas de su movilidad social y su estabilidad económica, especialmente en momentos de crisis económica, cuando saben que otras que conocen lo están pasando mal. En general, se trata de mujeres que no tienen grandes expectativas y sus aspiraciones profesionales son pequeñas.

*Claro, para muchas personas si no les ha pillado la crisis, estar aquí es haber cambiado unas cosas muy positivas. O sea de los pueblos hacer un mercado a venir aquí y tener un mercado lleno. De vivir en casas de una construcción muy pobre hasta un piso. Entonces eso hay que evaluarlo. (E1, universitaria/profesional).*

*[...] sobre todo la satisfacción de tú poder decir: “Bueno, me cuesta ganármelo pero me puedo dar ciertos gustos que allá hubiera sido imposible”. España me ha ayudado a mejorar mucho, a tener una estabilidad que no podía tener antes, una tranquilidad en cuestión económica, apoyo en muchas cosas... (E2, universitaria/empleada de hogar).*

#### 5.2.1.1.4. *El estatus social subjetivo.*

En esta categoría se recogieron las diferentes manifestaciones sobre las percepciones y creencias de las mujeres sobre su posición en la escala social. Para ello, se les pidió que se ubicaran socialmente en la sociedad española utilizando la escala de MacArthur sobre estatus social subjetivo y se indagaron las razones por las que se ubicaban en ese lugar de la escala social. Esta medida capta las impresiones sobre sus circunstancias educativas, económicas y laborales en el momento de la entrevista, así como sus oportunidades presentes y futuras en relación a la sociedad española (Adler, 2007).

Las mujeres son conscientes de la existencia de diferencias en la escala social basadas en la educación, la ocupación y los ingresos. Además, se situaron en la escala de acuerdo con sus contextos sociales actuales en España, teniendo en cuenta aquellos factores que ellas consideraran importantes para determinar su estatus. Todas, excepto una, se situaron por debajo del nivel seis sobre diez y tres lo hicieron en los tres últimos niveles de la escala. Asimismo, todas consideran que se ha producido un descenso en su posición social en España en relación a su país. Las razones que citaron para ubicarse, mayoritariamente, en la parte baja o muy baja de la escala en la sociedad española fueron de tipo económico y laboral. Algunas consideran que su estatus social en España ha cambiado drásticamente.

*Pues ha cambiado drásticamente. ¿A peor? —Sí. Sí, sí. A pesar de que yo me considero supremamente afortunada y supremamente valiente por haber luchado, por haber preservado mi estatus profesional con todos los esfuerzos que he hecho, aún así mi estatus, ...yo pues he pertenecido, o pertenezco a la clase media-alta en Colombia, lo cual implica..., por el colegio al que he asistido, por mis amigas, por mi entorno, por la universidad en la que he cursado, por mis relaciones..., entonces yo sí que claro, siento que..., lo siento mucho, a pesar de que los dos hemos mantenido el estatus profesional, el estatus social pues no... (E1, universitaria/profesional).*

*Aquí que no me sobra nada. Aquí para vivir bien no tengo... Claro porque aquí el que trabaja le sobra para sus vacaciones y a nosotras nada. Si nos sobra hay que mandar o comprar algo. Eso, por ejemplo, en mi país nunca yo tuve vacaciones. Nunca tuve ese lujo de ir una semana ni nada con mis hijos. Allí el salario es de 250 euros y comiendo y estudiando los niños no te sobra nada. (E5, empleada de hogar/interna).*

*Porque ahora mismo..., voy a hacer nueve años de estar aquí y estuviera nueve años de estar trabajando en mi país y estuviera ganando casi lo mismo que gano aquí si tuviera un trabajo fijo... Y un trabajo mejor. Si estuviera trabajando de maestra en cualquier escuela y estuviera ganando mi sueldo, tuviera mi casa, estuviera más organizada. (E6, enseñanza técnica/sin empleo).*

Estos comentarios ponen de manifiesto como la percepción de la posición social de las mujeres en relación a la sociedad española está basada, fundamentalmente, en cuestiones laborales y económicas teniendo en cuenta experiencias actuales, pasadas y futuras. Las secuencias que unen el estatus social subjetivo y la salud implican multitud de trayectorias: sociales, culturales, psicológicas y económicas. La percepción de una posición baja en la escala social puede generar, en las inmigrantes altos niveles de estrés y el desarrollo de conductas poco saludables que afecten a su percepción de salud.

### 5.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE OTROS DETERMINANTES DEL ESTATUS SOCIAL.

Esta categoría pretende examinar otros factores que afectan positiva o negativamente en la percepción de la posición social de las mujeres. Incluye aspectos relacionados con: el proceso migratorio, cultura y valores sociales, las redes sociales y las experiencias y acceso de las inmigrantes con los servicios de salud.

**Figura 7. Categorías y subcategorías iniciales. Otros determinantes sociales de salud.**

Categorías	Subcategorías
Política migratoria en España y en Cantabria	Proceso migratorio Estatus legal Políticas de integración
Cultura y valores sociales hacia la inmigración económica	Discriminación/Xenofobia Choque cultural Conflicto de valores culturales y roles
Redes sociales	Red familiar, amigos ONG/Asociaciones
Sistema sanitario	Acceso Relación profesionales Atención a los problemas

#### 5.2.2.1. Política migratoria.

Todas las participantes en las entrevista proceden de países Latinoamericanos de renta baja y media-baja, de acuerdo con la clasificación realizada por el Banco Mundial en base al Producto Interior Bruto de los países (Banco Mundial, 2012). La mayoría inició el proceso migratorio por razones económicas, con el objetivo de trabajar y ganar dinero, excepto una que lo hizo para ampliar sus estudios y otra que tuvo que abandonar su país por razones de conflicto político.

*Entonces vinimos por condiciones sociopolíticas-económicas y por aprovechar un bum que se presentaba, una coyuntura favorable. (E1, universitaria/profesional).*

*Pues yo vine a España porque no tenía más remedio de abandonar a mis hijos, porque mis hijos estaban a punto de estar en la calle, y tenía que pensar por mis hijos y no sabía ni cómo aquí era, ni cómo me iban a recibir, pero yo tenía..., no tenía otra salida.* (E 10, empleada de hogar/interna/sin documentos).

*Teníamos un problema de déficit económico muy grave.* (E2, universitaria/empleada de hogar).

*Mi principal meta fue venir a estudiar Enfermería.* (E3, estudiante universitaria/cuidadora).

La emigración en sí misma se considera un factor de riesgo para la salud, aunque son las condiciones que rodean el proceso migratorio, las que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia la enfermedad.

El tiempo de estancia en España de las mujeres entrevistadas se sitúa entre dos y nueve años. En ocasiones, necesitan alargar la estancia en España porque los salarios no son como esperaban y necesitan juntar dinero para llevar a cabo los objetivos que se plantearon previamente. En otras ocasiones, surgen nuevas demandas familiares que las obliga a permanecer más tiempo en España y aunque se encuentren mal no se quejan ocultando a sus familiares sus condiciones de vida.

*Claro, no quería que me vaya. Si estoy ahí, si me voy, ¿de qué se va a tratar mi hijo? entonces me decían para que me quede aquí. Y al final todo el mundo, los vecinos malos dicen que yo no les quiero a mis hijos. Estuvo muy mal y yo aquí trabajando.... Entonces con todo eso uno pasa mal... El accidente más de dos mil euros fue.* (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar interna/sin documentación).

En cuanto a su estatus legal, todas residen legalmente excepto dos que están trabajando en el servicio doméstico como internas y a la espera de que le hagan contrato laboral para conseguir su permiso de residencia. El hecho de no tener documentos limita sus posibilidades laborales e influye negativamente en el trabajo, particularmente a la hora de negociar las condiciones de empleo. La situación de estas dos mujeres se ha complicado aún más con la crisis actual.

*Este año yo creo que... Antes lloraba diez veces y ahora lloré cien veces, porque es más duro este año... No había trabajo. Yo buscaba de todo, tenía amistad con los españoles, con las españolas..., pero no había trabajo. No había trabajo para cuidar niños, para cuidar ancianos..., no había nada. Entonces yo dejando a mis hijos allí, yo no podía estar ni diez días, ni quince días sin trabajo; tenía que trabajar ya, y no había forma para que pudiera trabajar, porque..., uno porque no tengo papeles, segundo porque había crisis; porque yo trabajo no me asusta. Trabajo de todo. Todo lo que me presentan yo hago, pero este año sí que estaba dura.* (E5, empleada de hogar/interna/sin documentación).



Una de las prioridades principales es conseguir los papeles. El miedo a ser deportadas manifestado por alguna de las personas entrevistadas puede tener repercusiones importantes en la percepción de su posición social y en su salud.

*Claro y vivir tranquilamente porque sin papeles hay muchos lugares que no podemos ir. Que donde hay algo ya viene la policía, te lleva a la cárcel, te lleva... Entonces de eso es lo que evitamos. Hay muchos lugares que no podemos. Yo por ejemplo a muchos lugares no me voy. A la noche muy poco salimos. Los fines de semana casi no... Yo digo que teniendo papel que yo por ejemplo podría vivir más libremente. Así no. Tienes miedo... Esperando autobuses la policía a veces pide papel. Claro, hay que estar atento, esperando tren y eso. Eso sí que es mi miedo, eso... me pidieron papeles y me llevaron a la cárcel. Ya tuve esa experiencia, sí. En Santander, claro. Esperando los autobuses. (E5, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

#### 5.2.2.2. Cultura y valores sociales.

Todas las mujeres entrevistadas, a excepción de una, expresaron sentimientos de discriminación y rechazo en España. En las entrevistas se refieren tanto a la discriminación interpersonal como a la institucional. Algunas entrevistadas manifestaron que la percepción de discriminación interpersonal formaba parte de la vida diaria y el hacerles sentirse diferentes era muy común e incluso esperado entre las mujeres. Estas experiencias las perciben principalmente en el ámbito laboral mediante la infravaloración del trabajo, peores salarios o menor reconocimiento de sus derechos que a los españoles.

*De hecho me pasa con mucha frecuencia. Digamos que es una discriminación rara pero me pasa con mucha frecuencia. Yo he tenido la oportunidad de trabajar a un nivel profesional y cuando..., y he tenido unos escenarios muy amplios donde he tenido que contactar con mucha gente. Cuando yo llamaba..., llamo por ejemplo y pregunto, cuando no saben quién soy simplemente soy una inmigrante más con una voz diferente y soy descalificada. Inmediatamente me posiciono profesionalmente, pues tienen más cuidado de ese trato. Yo ya lo entiendo y lo manejo así, pero..., pero es claro que una sociedad como Santander es una sociedad cerrada, discriminatoria con los propios..., con la propia gente de aquí y mucho más con la gente inmigrante. Muy pocas veces he sentido que alguien vea la oportunidad de..., a pesar de moverme en este círculo, de que vea la oportunidad de la ganancia de la inmigración como algo positivo; y todas las actividades que llevan a la integración y todo eso, pues no las veo como de una forma natural o por un interés genuino, sino porque son políticamente correctas y porque..., pues hay que hacerlas. (E1, universitaria/profesional).*

*Hay muchas personas que te tratan mal. ¿Por qué? Porque eres de afuera.* (E10, empleada de hogar/interna).

*Por más educación que tú tengas siempre serás tú la extranjera, siempre serás tú la que tiene que mirar hacia arriba, ¿no?, como si ellos fueran..., no sé... todo el europeo es como que... No todos, claro, pero siempre hay un poco así como que tú eres tú y yo soy yo, entonces es un poco eso.* (E2, universitaria/empleada de hogar).

Estas experiencias les resultan humillantes y les recuerdan constantemente su estatus de inmigrante, en España. Una mujer se refiere a la discriminación institucional, más específicamente, a las políticas de inserción laboral y a las barreras que existen en España para homologar sus títulos educativos.

*Mucha gente hemos venido preparados, profesionales de nuestros países..., o sea, yo hago dignamente este trabajo, pero yo quiero superarme y tener otros trabajos, porque realmente yo estoy capacitada para ello, y yo espero que también aquí, este país pueda cambiar sus leyes para que nos favorezcan a nosotros, y nuestros títulos también sean convalidados.* (E4, enseñanza técnica/cuidadora).

A veces, son expuestas a mensajes explícitos y perversos, por ejemplo, por su visibilidad racial que les recuerda que pertenecen a un grupo marginado. Los efectos de la discriminación dependen de cómo la persona interiorice sus experiencias, en ocasiones incluso llegan a ser bastante tolerantes con el trato discriminatorio e injusto.

*Yo fui una vez donde las monjas (a buscar trabajo) arriba y ellas mismas me lo dijeron. “Es que no quieren negras (los españoles) quieren españolas o las que son de Perú, así cholitas”. Pues ya te quedas tú cortada, sabes que... Yo me lo tomo a risa porque sé que es algo que muchas veces la gente, como todos ignoramos, falta cultura, les falta mucho que conocer del mundo.* (E6, enseñanza técnica/sin empleo).

También perciben la discriminación a través del trato que reciben sus esposos en el ámbito laboral asociados a la migración.

*Por ejemplo mi esposo a pesar de haber trabajado como ingeniero y todo eso, ha tenido experiencias negativas con sus patronos. Porque han sido empresas pequeñas que se han quedado con dinero de él, o sea complicado, ¿me entiendes? Y yo creo que eso está, porque nosotros no somos personas, de que nos puedan hacer eso fácilmente. Pero creo que se sienten con el derecho de hacerlo porque somos de afuera. Entonces yo pienso que eso está ahí y no pienso que me lo imagine yo. Pienso que eso es real.* (E1, universitaria/ profesional).

Como puede apreciarse por las respuestas, las experiencias de discriminación que sufren estas mujeres afecta negativamente a la percepción de su posición social y tienen un impacto negativo en la salud.

Las entrevistas también ponen de manifiesto las diferencias culturales y los sentimientos de malestar y desorientación al tratar de adaptarse a la cultura española y más concretamente a la santanderina y cántabra; señalando barreras de comunicación tanto formal como simbólica. La descripción que realiza esta mujer es una manifestación típica de las opiniones expresadas por estas mujeres.

*Evidentemente hay un choque cultural frontal. Para mí ha sido muy difícil, y sigue siendo, aunque cada vez tengo más herramientas, entender la cultura, ya no digo española, porque creo que eso ya es generalizar mucho, sino principalmente la cultura santanderina y la cultura cántabra, donde fundamentalmente el choque tiene que ver con varias cosas en la forma de relación, en la forma de comunicación y ...; bueno, eso encajaría en las relaciones, entonces por ejemplo cuando yo encontré la forma de hablar tan dura, la forma de saludar, la desconfianza que primaba en las relaciones, la indiferencia que se generaba entre las personas, y los bloqueos como las distancias que nos ponían, y también el..., digamos el estigma de ser una inmigrante, que a mí se me nota principalmente por mi acento, pues todo eso vivirlo fue muy duro. Fue muy, muy duro. (E1, universitaria/profesional).*

*Porque en mi país por ejemplo es muy diferente a aquí el ambiente. Allí somos muy... como dicen aquí, que nosotros valoramos mucho la familia, y nuestras madres. De esa forma aquí yo veo que la persona es un poco fría. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar/interna/sin documentación).*

Los sentimientos negativos que experimentan en el día a día pueden influir negativamente en su autoestima y la percepción de su posición social.

### 5.2.2.3. Las Redes Sociales.

Todas las mujeres entrevistadas excepto una iniciaron solas el proceso migratorio. Cuatro están casadas, dejando a su marido e hijos en el país de origen, tres están separadas y otras tres solteras. En general, las relaciones sociales y comunitarias son escasas. La creación de redes sociales de apoyo, en el entorno que viven, es una de sus prioridades, especialmente, para las que eran madres y habían dejado a sus hijos o familiares dependientes en los países de origen. La pérdida de la protección psicológica que ofrece la familia produce un gran malestar emocional en el día a día. Una de las mujeres señala también, la importancia de disponer de redes sociales para el apoyo psicológico de mujeres que tienen sus hijos en España y que no disponen de una red familiar.

*Esas mujeres tienen el mandato claro de que ellas son el eje, porque si a ti te pasa algo en tu país y no falta la tía, la abuela, la madrina, lo que sea. Tienes una red psicológica, más que real, psicológica, una protección psicológica. Aquí no la tienes. O sea conozco a madres que han estado ingresadas y los niños, ¿qué?, son la parte más dura. Esa es la parte más dura... De pronto no tengo la red de apoyo para lo que es lo cotidiano; o sea, me he acostumbrado mucho a estar sola en lo que es mi mundo. (E1, universitaria/profesional).*

*Pero más que nada cuestión de soledad, un poco eso. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

*Lo que sí me he sentido ha sido sola, porque no tenía amigas en la clase; a comparación de mi curso allí en Bolivia. (E3, estudiante universitaria/cuidadora).*

Algunas mujeres viven desconectadas o aisladas. El aislamiento y la falta de apoyo social pueden afectar a la salud psicológica, a la física, y a la percepción de salud.

*El ambiente es totalmente diferente. Yo por ejemplo a llorar seis meses sin parar. Porque un fin de semana es que tenía que venir a descansar, pero yo no descansaba el extrañar a mis hijos. Les echaba de menos, no sabía, no sabía ni a dónde ir. Eso fue los primeros meses. No tenía amigas. No lo sé. Yo me voy a los parques, veo a todo el mundo con la familia y eso te hace algo. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar interna/sin documentación).*

*Así al comienzo fue difícil para mí. No por la costumbres sino que estás sola, no estás con tu familia. (E7, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

En alguna ocasión han sido las organizaciones no gubernamentales y los sindicatos los que han dado el apoyo social requerido. La cohesión social y la calidad de las relaciones sociales ayudan a proteger a las personas y su salud.

*Conmigo la gente ha sido muy buena. Las primeras personas donde yo me acerqué fue a la Cruz Roja para mirar qué necesitaba para conseguir el permiso de residencia y trabajo. Luego me acerqué a Cáritas para mirar lo del empleo, y luego me fui a lo que..., que tuve que demandar a uno de mis jefes, entonces ahí fue a la UGT... O sea, según las necesidades... (E8, enseñanza secundaria/auxiliar de geriatría).*

*Aquí (en Cáritas) el único sitio donde digamos que a veces, ante discusiones y cosas que nunca faltan, entre mismos compatriotas y tal, pero es que es en realidad pues donde encontramos gente amiga. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

Aunque las redes sociales ofrecen protección, algunas manifiestan que, en ocasiones, el control social ejercido por asociaciones procedentes de sus países de origen les afecta

negativamente oprimiéndolas y restándoles libertad. Algunas mujeres no quieren relacionarse con personas de su país, no les gusta compartir sus experiencias con miembros de su comunidad porque temen los cotilleos. Estas circunstancias afectan negativamente a sus relaciones sociales e incrementan el riesgo de soledad.

*Cuando te hablo del control social me refiero a esas redes, ¿no? Entonces sí que he identificado a muchas mujeres que estaban aquí que tenían un control excesivo por esas redes que en sus países no la han tenido, donde han sido más libres... mujeres que habían asumido su maternidad y su vida en pareja muy jóvenes, adolescentes, y que su proyecto migratorio se volcaba en la cuarentena... Entonces como que era otra la opresión cuando ya se enfrentaban a tener dinero, tiempo y posibilidades para, incluso, vivir otras relaciones con otros hombres dentro de un contexto de libertad y todo eso. Incluso los chismes y las comunicaciones le llegaban al marido rapidísimo y eso ejercía pues una forma de control muy dura para ellas. (E1, universitaria/profesional).*

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación favorecen la comunicación con la familia, aliviando la sensación de soledad y permiten el mantenimiento de sus roles de cuidadoras transnacionales, al mismo tiempo favorece la generación de una serie de expectativas de cuidados tanto por parte de los familiares como de los amigos o vecinos. Estas responsabilidades unidas a las adquiridas en el nuevo país pueden suponer una importante carga para las mujeres.

*Hablo por teléfono. Ayer por ejemplo envié un mensaje nada más por el móvil... Pero cualquier cosa me llaman o yo llamo. Una vez o dos veces a la semana. Pero así el sábado yo salgo de aquí y nada más para chatear. Y eso ellos ya extrañan si no hago eso. Les veo, ellos me ven. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar/interna/sin documentación).*

#### **5.2.2.4. El Sistema Sanitario.**

Todas las entrevistadas poseían la Tarjeta Sanitaria Individual y habían tenido algún tipo de contacto con el sistema sanitario. Al describir sus experiencias con el sistema sanitario español, en general, consideran que han sido positivas tanto en atención primaria como en la especializada. La mayoría considera que se atendieron de forma adecuada sus necesidades.

*Antes estuve fatal. Yo ya me iba a morir; te cuento, porque con todo lo que ya pasé y que me ayudó la Seguridad Social, te cuento..., que yo le agradezco. Siempre digo que... agradecer a la Seguridad cómo a mí me ha cuidado para que hoy esté así porque ya estaba mal; que muriéndome, ya... Uffff... (E9, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

*Bien, en el centro de salud a mí me cuidan bien. ...o sea que no, no, no, discriminaciones por el momento nada. ...Te cuento, cuando me dio una ansiedad de... eso también, aquí en Valdecilla. Madre mía, me hicieron todo. A mí me controlaron fenomenal. Nunca me trataron mal, al contrario, me dieron algo para la ansiedad. (E7, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*

*Mi experiencia ha sido buena; muy lentos (se refiere al diagnóstico), pero han sido buenos. (E8, enseñanza secundaria/auxiliar de geriatría).*

*Muy bien, Pues yo creo que aprendí muchas cosas yo con esto, porque X estaba malo, venía la enfermera de allí y me enseñaba cómo poner inyectable, cómo hacer las cosas, cómo tengo que dar la vuelta a una persona que está en la cama sin levantar..., que ellos se comportaron muy bien y yo aprendí muchas cosas con ellos. (E10, Enseñanza secundaria/empleada de hogar/interna/sin documentación).*

Tres de las mujeres hacen algunas puntualizaciones sobre el trato personal de algunos profesionales en determinados centros de salud e identifican barreras de acceso al sistema como: dificultades de comunicación con los profesionales, falta de competencia cultural y horarios de las consultas incompatibles con los horarios laborales. Dos de ellas perciben un trato desigual por el hecho de ser inmigrante. Los criterios para juzgar el trato recibido por los profesionales de la salud variaban mucho entre las mujeres pero cuando los profesionales proporcionaban un trato cercano y demostraban interés y preocupación por sus problemas y sus contextos, su trabajo era muy bien valorado. En general, no identificaron a los profesionales de la salud (médicos o enfermeras) como personas que pudieran ayudarle con sus problemas emocionales. En algunos casos, el contacto con el sistema constituyó una fuente de frustración, como manifiestan algunas mujeres.

*El contacto con los médicos me costó mucho, la forma de comunicación... Aunque he encontrado, el doctor X, tiene mi medalla, de verdad. Porque es que es querido, me deja preguntarle... pero es que es raro, es diferente. Luego he encontrado a más gente. Pero al principio..., en atención primaria es que no había forma de comunicarme, no había forma de comunicarme... (E1, universitaria/profesional).*

*La verdad que esa zona... ese centro de salud, el noventa por ciento, obviamente son españoles, entonces es como si le incomodases incluso ir a la emergencia, que siempre está vacío, ya es una molestia para el que está en recepción el hecho de abrirte la puerta; es como si le molesta. Te pone tal cara, como si le molestaras que vinieras a interrumpir su..., su tranquilidad. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

A veces las mujeres inmigrantes son percibidas por los sanitarios como si no fueran conscientes de la importancia de los cuidados de salud y de comportarse de forma inapropiada cuando lo que hacen es aplicar los conocimientos que han adquirido en su país sobre cuidados de salud.

*Que nos sabemos hacer nosotros nuestra higiene, que venimos de afuera y somos..., no sé. Eso fue lo que me dijo (la médica). Ustedes tienen manías de que vienen de fuera y tienen manía... Eso fue lo que no me gustó un poco. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar interna/sin documentación).*

*Tuve un choque ahí porque... Bueno, en mi país también hay, supongo, enfermeros, pero aquí que me pongan un hombre... O sea, cuando tuve la entrevista con la enfermera, que resultó ser hombre, o sea... Eso fue un inconveniente, claro... claro, yo esperaba una mujer y me salió un hombre... no he regresado (a la consulta) desde el año pasado. Ecuatoriana. (E4, enseñanza técnica/cuidadora).*

Cuando las mujeres valoran el sistema sanitario establecen una comparación con los sistemas de sus países de origen poniéndose de manifiesto la naturaleza transnacional de estas experiencias. Además, la valoración del sistema está determinada por el género, la clase social, la cultura y las expectativas personales. En estos párrafos se identifica una barrera relacionada con el género que condiciona el uso de los servicios de salud. El acceso inadecuado a los servicios de salud es uno de los factores que determina las desigualdades en salud. La percepción de un trato desigual a los españoles o la apreciación de barreras sociales o institucionales de acceso al sistema pueden afectar a la percepción de su posición social, aumentar su vulnerabilidad y las desigualdades en salud.

### 5.2.3. REPERCUSIONES DEL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO EN LA SALUD Y BIENESTAR.

Para explorar la salud percibida por las mujeres se analizaron los principales factores que afectan a su salud. Se definió la categoría de Impacto en la Salud, en la que se pretende recopilar todas aquellas manifestaciones sobre las percepciones y trayectorias de salud. Las subcategorías analizadas fueron: salud percibida, conductas de salud, problemas de salud mental y física.

**Figura 8. Categorías y subcategorías iniciales. Impacto en la Salud y el Bienestar.**

Categorías	Subcategorías
Salud Percibida	Concepción de salud
Estilo de vida y conductas de salud	Alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, otros hábitos y conductas relacionados con la salud
Problemas de salud	Mental, física

#### 5.2.3.1. Concepción de Salud.

La concepción que tienen estas mujeres de salud, está unida a sus condiciones sociales y culturales. Consideran que la salud es uno de sus capitales principales. Aunque a lo largo de

las entrevistas se observa que asocian la salud con el bienestar general, e incorporan las dimensiones social, emocional o espiritual, al preguntarles por su salud se refieren solo a los aspectos físicos. Por tanto, por ejemplo, un cuadro de crisis o estrés no lo consideran un problema de salud, tampoco la violencia de género la incluyen entre sus problemas de salud. La mayoría de las entrevistadas percibieron que su salud era regular y solo tres la consideraron buena. Posteriormente, se les pidió que compararan su salud antes de la inmigración con el momento de la entrevista, aunque algunas no perciben ningún cambio, la mayoría declaró que su salud se había deteriorado más que mejorado.

*Yo te voy a hablar de cómo mi salud ha cambiado durante los ocho años porque es que ha cambiado significativamente.*

#### 5.2.3.2. Estilo de vida y conductas de salud.

Las mujeres llevaban a cabo una serie de conductas para mantenerse saludables. Ante la pregunta de qué es lo que hacen para sentirse bien mencionaron una serie de estrategias para controlar el estrés entre las que se encuentran: pasear por la playa, salir con los amigos, caminar, hacer yoga o rezar, etc.

*Voy a la playa [...] Ahora voy yo a la playa y sé el efecto terapéutico que tiene. Además la playa yo lo concibo como un espacio democrático donde cabemos todos, económico, donde no hay que gastarse un peso para disfrutar; saludable porque ofrece la posibilidad de hacer ejercicio físico sin que te guste y sin darte cuenta. Entonces para mí es muy beneficioso. Yo exploto la playa al máximo para mi salud. O sea las uso en mi salud. Camino, lo que me da pereza caminar en otra parte, ahí no me da pereza. No calculo sino que camino, camino y camino. Disfruto, me relajo, limpio mi mente y me parece muy importante. (E1, universitaria/profesional).*

La idea que tienen de cómo sentirse saludable o lo que implica ser saludable variaron ampliamente, determinadas por sus experiencias, conocimientos, valores, y expectativas. Algunas mujeres mantenían las conductas de salud que llevaban a cabo en sus países, como por ejemplo, practicar ejercicio físico con regularidad. Además, de las diez mujeres entrevistadas solo una fumaba ocasionalmente y tres de ellas tomaban alcohol de forma moderada los fines de semana. La mayoría de las entrevistadas valoraba la importancia de tener una dieta equilibrada.

*Sí. Yo hago ejercicio..., bueno, eso es un estilo de vida mío de toda la vida, porque en mi país también lo hacía. Sí, entonces yo voy a caminar, hago ejercicio y llevo también una dieta equilibrada.. Sí, sí. Eso para mí es muy importante, la alimentación y eso lo compagino con ejercicio... Nada de vicios. (E4, enseñanza técnica/cuidadora).*



*Hago muy bien mi dieta. Sí, comemos mucho pescado, filete de pollo... también, yo como aquí, frutas y verduras.* (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar interna/sin documentación).

La intensidad de sus sentimientos religiosos también constituye un factor protector de su salud mental.

*Yo tengo una suerte o un privilegio de Dios, porque yo soy muy creyente, ¿eh?, te cuento. Yo confío, yo tengo fe y yo soy así... y conmigo misma me siento bien y me siento segura, y me siento que si estoy sola es... Soy muy católica en ese sentido.* (E7, enseñanza secundaria/empleada de hogar).

En otros casos, las nuevas condiciones de vida han producido cambios negativos en sus conductas de salud, bien abandonando hábitos saludables o adquiriendo conductas perjudiciales como el uso del tabaco o de fármacos para hacer frente a las situaciones de estrés. Las mujeres que trabajan en el servicio doméstico tienen más dificultades para realizar ejercicio físico debido a la falta de tiempo y a la dificultad para ausentarse de los domicilios donde viven aisladas con las personas dependientes. Una de ellas manifestaba.

*Pues antes yo hacía (se refiere al ejercicio físico) pero ahora no. Pero antes sí. Antes, cuando parecía que tenía más tiempo y salía. Antes, yo cuidaba a una señora nada más y venían los hijos y me dejaban una hora, dos horas para distraerme. Entonces yo me gusta caminar, me gusta hacer deporte, me gusta hacer de todo. Pero aquí no, ellos no te dejan eso. Porque uno también tiene que tener una hora de caminar y de distraerse un poco y venir otra vez a entrar ahí. Eso yo tenía antes, pero ahora no.* (E10, empleada de hogar/interna/sin documentación).

*Me dicen: "Sí, ¿por qué no haces una dieta?"; claro... ¿Dónde pesas tú los 30 gramos de tomate, o de lechuga, o de no sé qué..., o la fruta, o tal...?". No te da tiempo. ¿Fumas o tomas alcohol? A veces, para yo controlar..., porque soy muy ansiosa, en lugar de estar comiendo..., porque podría comer un poco de galleta, pan o lo que sea, pues... Pero nunca fumo en el trabajo. Nunca; y peor si trabajo con niños.* (E2, universitaria/empleada de hogar).

En general, las personas con carencias afectivas tienden a tener mayor prevalencia de conductas negativas para la salud y debido a sus condiciones sociales y económicas tienen que afrontar mayores barreras para llevar un estilo de vida saludable, como se pone de manifiesto en estos párrafos.

### 5.2.3.3. Impacto en la salud.

Los principales problemas de salud identificados son cuadros de crisis, depresión y estrés debido a las circunstancias especialmente difíciles de sus vidas y a la sensación de pérdida que

les produce el abandono del país de origen. Estos cuadros de estrés aparecen con más intensidad en las mujeres que son madres y han dejado a sus hijos en sus países de origen ya que a los síntomas depresivos como tristeza, llanto o aislamiento se une el sentimiento de culpabilidad y la añoranza de sus hijos.

*Nunca me he sentido, desde que estoy en España, nunca me he sentido segura. El sentir que no pertenezco. Y que además me voy distanciando de donde sí pertenecía y quedarme en el limbo. Eso es una de las cosas que más me afecta. Eso es una de las cosas más difíciles de encajar en este proceso. Yo creo que la crisis, la inestabilidad laboral, en todos los trabajos en los que nosotros hemos estado. (E1, universitaria/profesional).*

*Yo, a veces..., me he vuelto como perezosa. Ha habido una temporada en que sólo quería dormir... Sólo quería dormir (llora), porque no me gusta estar aquí. (E3, estudiante universitaria/cuidadora).*

*Quiero yo desconectar porque..., yo me doy cuenta que estoy mal. Ya me estoy dando que me hace daño. O sea lo hablo con mi amiga que me dice: "X, no puedes seguir encerrada". Son muchos años, cuatro años. Estar tan metida, sin salir y tal, tal, tal. Entonces me pongo a pensar... (E7, enseñanza secundaria/empleada hogar).*

La sintomatología de tipo depresivo y ansioso en ocasiones se acompaña de somatizaciones de diferentes tipos como manifiesta esta ecuatoriana.

*Hace dos días estaba comiendo y me dio como un bajón. Bueno, de hecho siempre de un tiempo a la fecha, ahora con los cambios bruscos así de temperatura me dio un bajón así... Y me tomé, ¿cómo se llama?, Lexatin, que mandan para los nervios y eso... Y me la tomé ayer. Pero hace dos días me dio también como un bajón. Estaba comiendo, tranquila y de repente las manos empezaron a sudarme... Y ya se te quita el hambre y se te quita todo, ¿no? Y luego ya me tomé una pastilla de esas... (E6, enseñanza técnica/sin empleo).*

*Y mi problema de salud era, estuvo fatal y los nervios y muy estresada y te hace daño, daño psicológico, para mí. (E5, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

La separación de los hijos tiene importantes repercusiones en el bienestar de las madres. Las experiencias cambian en función de la etapa del ciclo vital en que se encuentre la familia y del tipo de trabajo que desarrollen. El dolor por la separación es más intenso cuando terminan la jornada laboral y durante los fines de semana. Aunque continúan ejerciendo la maternidad a distancia y mantienen una comunicación permanente con sus hijos través del teléfono o de Internet.

*Cuando X se va a la cama tú pones ahí la tele y te quedas ahí..., empiezas ahí a darle..., a mirar por la calle, a lo mejor la terraza así y pensar por tu familia; y pensar y de decir si vale la pena estar aquí y lejos de tus hijos, porque eso es lo que yo pienso más: si vale la pena lo que estoy haciendo aquí... quiero irme porque..., es por la niña, porque ella me necesita, y está creciendo lejos de mí. Nosotros nos vemos por Internet, hablamos por teléfono pero no es igual; no es igual porque ella se va al cole, y yo quiero estar ahí con ella; quiero hacerle su tarea, quiero que me cuente las cosas, quiero eso. Entonces estoy dividida estando aquí y mis hijos allí. (E10, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

*Yo, por ejemplo, a llorar seis meses sin parar. Porque un fin de semana es que tenía que venir a descansar, pero yo no descansaba el extrañar a mis hijos. Les echaba de menos, no sabía, no sabía ni a dónde ir. Eso fue los primeros meses. No tenía amigas. No lo sé. Yo me voy a los parques, veo a todo el mundo con la familia y eso te hace algo... Y uno que no tiene hijos y venir a este lugar yo digo que va a pasar de maravilla en este país, si no tiene hijos y vivir y trabajar y estar. Yo digo que sí. Pero siendo madre es totalmente diferente. (E5, enseñanza secundaria/empleada de hogar/interna/sin documentación).*

La pérdida de estatus socioeconómico y el contacto permanente con su país de origen que le recuerda quienes eran habitualmente impacta negativamente en su ESS y en su salud mental.

Por otra parte, a lo largo de las entrevistas se identifican una serie de factores psicosociales que pueden actuar como mediadores en la asociación entre el estatus socioeconómico y la salud. Algunos están relacionados con las características personales de las inmigrantes y otros con el ambiente social en el que viven estas mujeres. Son: estrés, ansiedad, depresión, inseguridad, sentido de no pertenencia, la incertidumbre creada con la crisis económica, los sentimientos de culpa, la añoranza de la familia y sobre todo la soledad.

*Cuando estoy sola ya, y no tengo a X conmigo, yo ya lloro, me recuerdo de mis hijos porque..., y piensas que ¿vale la pena estar lejos de tus hijos? Si estás pensando una hija de ti lejos, y venía a aguantar a una persona que no es de tu familia. (E10, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

*De pronto no tengo la red de apoyo para lo que es lo cotidiano; o sea, me he acostumbrado mucho a estar sola en lo que es mi mundo. (E1, universitaria/profesional).*

*¿Lo más duro?... más que nada cuestión de soledad, un poco eso... Aquí, en realidad, no se nos ayuda mucho. (E2, universitaria/empleada de hogar).*

*Lo que sí me he sentido ha sido sola, porque no tenía amigas en la clase; a comparación de mi curso allí en Bolivia... Es que yo tenía mi grupo. (E3, estudiante universitaria/cuidadora).*

Los principales problemas de salud física encontrados están relacionados con las somatizaciones que acompañan a la sintomatología de tipo depresivo y ansioso y a las condiciones de precariedad laboral.

Una de las manifestaciones que expresan es el agotamiento físico y cansancio derivados de la cantidad de tiempo que dedican al cuidado, así como la aparición de problemas músculo esqueléticos como contracturas y dolores de espalda como consecuencia de la sobrecarga física en el trabajo, como por ejemplo, movilizar a las personas dependientes sin ningún tipo de ayuda ni de conocimientos sobre tratamiento a personas inmovilizadas.

*El señor ya no podía más, entonces estuvo en la cama un mes... pero un cuerpo muerto, y en la cama, cuando yo le voy a dar la vuelta, a cambiar... pues tenía dolor de aquí, y yo decía pues..., de coger el peso, o que yo no me acostumbro o no sé. Pues un día le dije al doctor eso, y a X ¿Por qué me duele tanto esto? Y yo me siento a veces como que ya no puedo más. Entonces me ha dicho: “Para una persona es mucho trabajo eso”; tenían que ser dos. (E10, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

*Yo tengo últimamente muchas contracturas en la espalda, porque al trabajar en varias casas, las demás son horas, que es prácticamente todo el día... Es que yo lo noto porque es que la plancha por ejemplo, pues malas posturas. Son cosas que a veces por las prisas como que no controlamos mucho, porque son la plancha de tres casas, o de cuatro casas. (E2, universitaria/empleada de hogar.)*

*A veces me mata porque a veces se me viene, tengo que ir con los brazos. A veces les digo a los hijos que no aguanto la espalda. Es que a veces me viene arriba. O sea encima de mí. ¿Tú has visto la escalera cómo es? Y cogiendo fruta y verdura aquí y ella... (E5, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

Presentan dificultades para dormir debido a que conviven solas con las personas mayores dependientes y con diagnóstico de alzheimer o demencia que se agitan y precisan cuidados nocturnos, lo que les obliga a estar en alerta y en ocasiones les impide conciliar el sueño lo que les produce mayor agotamiento.

*Cuando se murió X yo me quedé ahí 24 horas sin dormir, sin nada, cada cinco minutos el pobre hombre me estaba llamando y yo no dormí, y al día siguiente tengo que hacer todos los trabajos ahí, y ellos no me valoran. (E5, empleada de hogar/interna/sin documentación).*

Manifiestan también problemas de sobrepeso y obesidad, atribuido a componentes culturales, estacionales, emocional y a la disponibilidad de alimentos en España.

*Cuando yo llegué a España, a mí me encanta el embutido y me encanta el queso, y creo que me los comí todos de una. No me extraña que haya subido también. Porque son cosas de fácil acceso aquí. Allá también podría tenerlas pero es que aquí son cotidianas. Entonces, y claro, es el cambio. Me hicieron mucha falta las frutas que te ayudan a compensar... tener que tomar zumos de tetrabrik y todo eso, que tienen mucho más azúcar y no puedes controlar la azúcar. Estamos acostumbrados a tomar esas bebidas naturales... (E1, universitaria/profesional).*

*Bueno... Últimamente, bueno, ya digo, por la dieta, por..., hasta adaptarme he tenido esto de astenia... (E4, enseñanza técnica/cuidadora).*

*Yo te voy a hablar de cómo mi salud ha cambiado durante los ocho años porque es que ha cambiado significativamente. Yo siempre he tenido problemas con la obesidad, siempre he sido obesa, pero obesa un porcentaje. Pero al llegar aquí, y esto es muy importante porque está vinculado directamente con la emigración [...], al llegar aquí he subido treinta kilos, bueno veinte. Diez que tenía yo de exceso y bueno veinte, he subido veinte. Tuvo que ver con muchas cosas. Primero con el cambio de alimentación, principalmente con el cambio de las estaciones a las cuales mi cuerpo se resiste a adaptarse porque yo soy de tierra caliente y entonces esto es lo que a mí me va, esto es como funciona mi cuerpo y yo aspiraba a que no dependiera tanto de eso, o sea que no fuera tan física en ese aspecto. (E1, universitaria/profesional).*

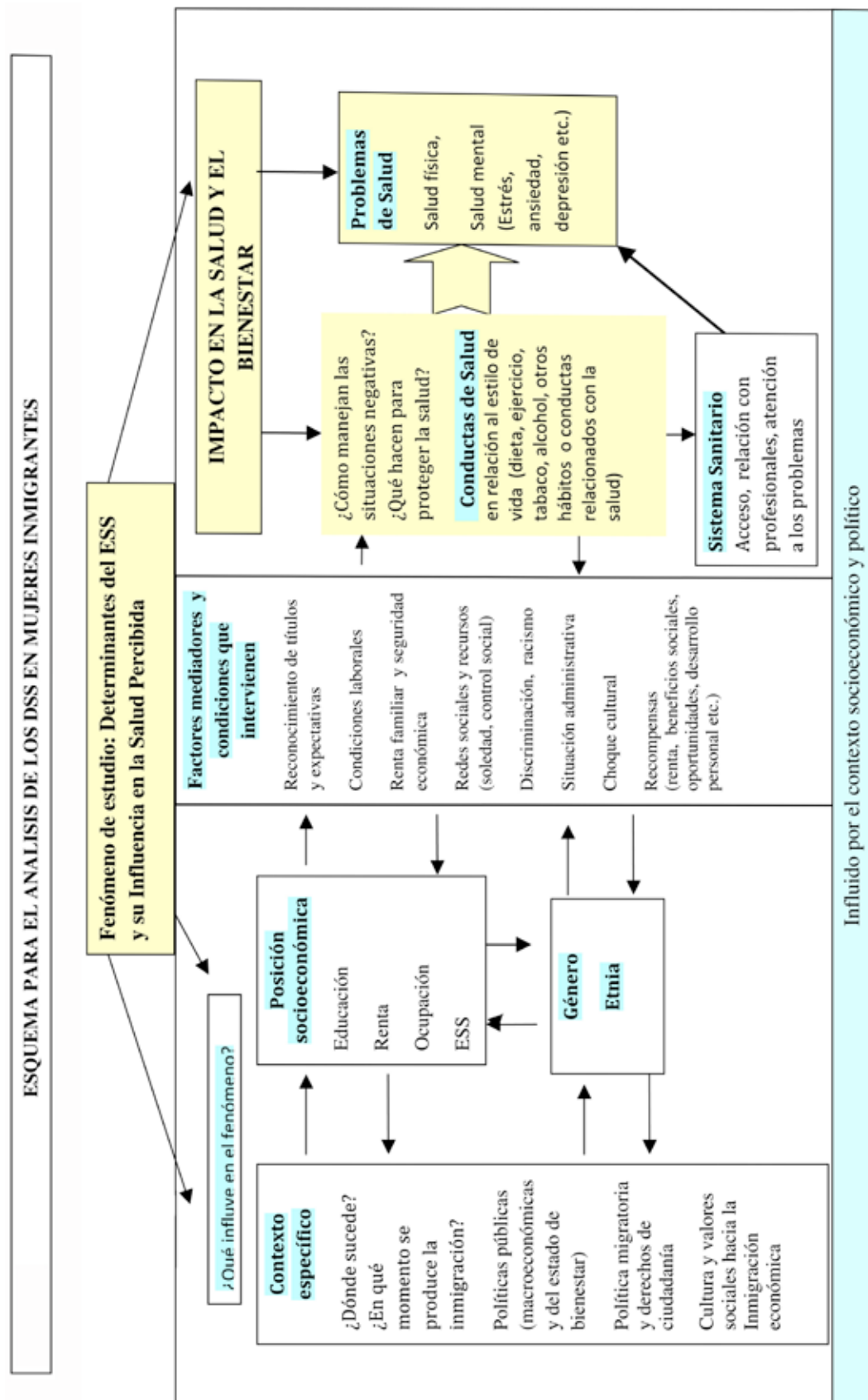
Esta mujer describe su trayectoria en relación con su obesidad. Los problemas relacionados con la alimentación tienen, por tanto un componente cultural, otro estacional y el componente emocional de vivir todos esos cambios. La mayoría de las mujeres entrevistadas manifiestan problemas de sobrepeso y obesidad, en otros casos fue al contrario problemas de astenia y anemias.

Sólo una de las entrevistadas manifestó que había venido con problemas de salud desde su país.

*Yo tengo problemas en el corazón, tengo que tarde o temprano me tienen que poner una válvula porque tengo insuficiencia en la aorta, ¿no?, y he venido con osteoporosis... Estoy con el reumatólogo y con la cardióloga; o sea, me chequean al año; me chequean pero no me tomo para el corazón nada... (E9, enseñanza secundaria/empleada de hogar).*



Figura 9. Esquema estudio de cualitativa.



- Columna 1. Contexto socioeconómico y político. Conjunto de condiciones generales y políticas relacionadas con la globalización, con las políticas migratorias, los derechos de ciudadanía y los valores sociales y culturales en relación a la inmigración económica. Al mismo nivel, se encuentra la influencia del estado de bienestar (políticas educativas, laborales o de vivienda (nivel macro)
- Columna 2. Condiciones causales, acontecimientos, circunstancias que producen el fenómeno y que se encuentran más pegados a las personas. Explican el por qué, donde, el cuándo. Explica condiciones contextuales específicas que se entrecruzan en tiempo y lugar para crear circunstancias a las que responden las personas.
- Columna 3. Factores mediadores y condiciones intervinientes. Ayudan a explicar el fenómeno y a mitigar o aumentar el impacto sobre el fenómeno. Entre ellos se encuentra el acceso y la satisfacción con el sistema sanitario
- Columna 4. Consecuencias y resultados de las acciones. Impactos en la salud y el bienestar. ¿Qué sucede o que no sucede? ¿Como responden? ¿Con que estrategias y recursos cuentan? ¿Qué conductas perjudican la salud? (mediadoras) y ¿que factores psicosociales intervienen?. ¿Qué problemas son más prevalentes, o más importante?



**Figura 10. Esquema de los resultados principales**  
**DETERMINANTES DEL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO**

	<b>Categorías</b>	<b>Determinantes del ESS</b>	<b>Mecanismos</b>	<b>Consecuencias para la salud</b>
<b>ESTATUS SOCIOECONÓMICO</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	No reconocimiento de títulos ni de formación previa Expectativas no alcanzadas Alta valoración de la educación para el bienestar	Descenso en la posición social y laboral Pérdida de autoestima Falta de control	Ansiedad Frustración
	<b>OCUPACIÓN</b>	Pocas oportunidades laborales Falta de reconocimiento de las cualificaciones y de la experiencia profesional Trabajos no cualificados “degradantes” Expectativas laborales no alcanzadas Condiciones laborales precarias: carga de trabajo poco razonables, largas horas, escaso apoyo de las familias, mucha responsabilidad  Pequeño poder de negociación Falta de reconocimiento laboral Desempleo	Insatisfacción laboral Problemas de comunicación en el trabajo Dificultades para hacer una vida social. Aislamiento Sobrecarga física Obligadas a aceptar las condiciones e inseguridad laboral por la crisis	Estrés, Soledad, tristeza, depresión  Agotamiento físico cansancio Problemas musculoesqueléticos como: contracturas, dolores de espalda. Problemas de sueño y relajación
	<b>INGRESOS</b>	Salarios bajos Pocas prestaciones sociales Familia dependiente en España y en el país de origen Alta valoración de la renta para el bienestar	Valoración positiva de los salarios Mejora la situación económica de sus familias. Adquieren nuevo rol de sustentadoras del hogar	Aumenta la confianza en sí mismas y su autonomía, mejorando su salud emocional.  Estrés

<b>OTROS DSS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO</b>			
<b>Política migratoria en España y en Cantabria</b>	Falta de reconocimiento de derechos ciudadanos Proceso migratorio Estatus ilegal Escasas políticas de integración Discriminación étnica y de género	Condiciones laborales adversas, miedo, inseguridad, mayor vulnerabilidad social	Sufrimiento, ansiedad, estrés
<b>Cultura y valores sociales hacia la inmigración económica</b>	Sentimientos de discriminación interpersonal e institucional  Choque cultural	Infravaloración laboral y salarial, experiencias humillantes. Políticas de inserción laboral y barreras para homologar sus títulos Pérdida de autoestima Malestar y desorientación	Ansiedad Estrés Inseguridad  Sentimiento de no pertenencia
<b>Redes sociales</b>	Pérdida de Red familiar, amigos  ONG/Asociaciones	Escaso apoyo social y psicológico Añoranza de los hijos y familia  Control social de algunas asociaciones	Soledad Tristeza Llanto Depresión Sentimientos de culpabilidad
<b>Sistema sanitario</b>	Facilidad para obtener la tarjeta sanitaria Problemas de comunicación con los profesionales Falta de competencia cultural Horarios incompatibles con sus trabajos Dificultad para atender sus problemas	Percepción de un trato desigual Mayor vulnerabilidad.	Aumento de las desigualdades en salud.
<b>Estilo de vida y hábitos</b>	Condiciones laborales y personales	Consumo moderado de alcohol y tabaco. Abandono de hábitos saludables relacionados como: el ejercicio y la alimentación	Estrés, sobrepeso Obesidad

## **CAPÍTULO 6**

# **Discusión de los resultados**



El objetivo general de este estudio es explorar las características socioeconómicas y el estatus social subjetivo de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria y analizar su relación con la salud y el bienestar. El estudio utiliza el Marco conceptual de los Determinantes de las Desigualdades Sociales de Salud de la OMS y la teoría Postcolonial Feminista para discutir los resultados obtenidos, y poder así, generar nuevo conocimiento que pueda mejorar la prevención y promoción de la salud, tanto en el colectivo de mujeres inmigrantes en Cantabria, cómo en otros contextos sociales similares.

La discusión se desarrolla dando respuesta a las cuestiones planteadas en la metodología cuantitativa y cualitativa de la investigación, y comparando los resultados con otros estudios recogidos en la revisión de la literatura. A lo largo de la discusión se integrará la información cuantitativa y cualitativa. La estructura general será; primero, discutir las características obtenidas de los datos cuantitativos y después explicar los patrones observados contrastándola con la información cualitativa.

## **6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS EN CANTABRIA.**

Los datos del padrón de Cantabria indican que a 1 de Enero de 2009, la población inmigrante constituía el 6,5 % de la población total de la Comunidad Autónoma, lo que representaba casi la mitad de la registrada para el total de España (12,1 %) (ICANE, 2009). El flujo de población inmigrante en Cantabria se produce principalmente, en la década del 2000 pasando del 1,3 % en el 2000 al 6,5 % en el 2009. Este incremento se corresponde con el observado para el total de España (ICANE, 2009), caracterizándose la migración en España por un crecimiento súbito y acelerado, que se ha producido en un tiempo inferior al experimentado en otros países del entorno receptores de flujos migratorios (Molpeceres, 2011). Una de las razones principales se encuentra en el contexto socioeconómico de España. El crecimiento económico, que se originó en esos años, estimuló la llegada de inmigrantes económicos para atender la demanda de empleos, multiplicando por seis la población de personas extranjeras, tanto de hombres como de mujeres, en tan solo una década (INE, 2010). En cuanto a la composición de la población extranjera por

región de origen difiere en algunas zonas de procedencia en relación al total de España, siendo los inmigrantes de origen latinoamericano el grupo mayoritario. A principios del año 2009, constituían el 46,5 % del total de la población extranjera residente en la Comunidad Autónoma, mientras que para el resto de España representaban el 33,1 % del total (ICANE, 2009). Los tres principales países de procedencia son: Colombia (11,4 %), Perú (7,7 %) o Ecuador (5,4 %) (Gobierno de Cantabria, 2010). Igualmente, según las mismas fuentes, se observa que dentro del grupo latinoamericano hay una mayor presencia de mujeres (56,5 %) que de hombres (43,5 %). Finalmente, se comprueba que proceden, mayoritariamente, de países latinoamericanos de renta baja y media-baja, de acuerdo con la clasificación realizada por el Banco Mundial, en base al Producto Interior Bruto de los países (Banco Mundial, 2011), constatándose, que el porcentaje de inmigrantes pertenecientes a estas categorías de países, es mayor en Cantabria que en el total de España (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Los datos obtenidos con la metodología cuantitativa de este estudio sobre la procedencia de las participantes, concuerdan con los citados previamente a nivel autonómico, en relación a la población latinoamericana. Los principales lugares de procedencia son Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia y Paraguay. Estos resultados sugieren que en esta Comunidad, la mayoría de las mujeres inmigrantes son personas que se han desplazado a Cantabria para trabajar por motivos económicos. Si bien, es necesario tener en cuenta que los datos aquí descritos corresponden a la muestra estudiada y no puede inferirse para todo el colectivo de mujeres inmigrantes latinoamericanas por las limitaciones del estudio.

En cuanto a la situación legal, el corto periodo de permanencia en España, de algunas encuestadas (la media viviendo es de 4,3 años y el 75,0 % lleva 5 años o menos) puede influir en que el asentamiento aún no se haya consolidado y en que un pequeño porcentaje (8,2 %) no haya adquirido los documentos o la nacionalidad, dificultando el proceso de integración e incrementando su vulnerabilidad, tanto social como sanitaria. El porcentaje de inmigrantes con estatus legal de irregular hallados en el estudio es ligeramente inferior (8,2 %) al publicado por el gobierno de Cantabria para todos los colectivos de inmigrantes, el cual, a 1 de enero de 2009 se situaba en el 11,5 % (Gobierno de Cantabria, 2010). Los datos proceden de la estimación entre el número de irregulares empadronados de todas las nacionalidades y el total de personas con autorización de residencia. Según las mismas fuentes, estos son datos aproximativos imposibles de validar debido a la alta movilidad de quienes carecen de residencia fija y a las reticencias a empadronarse por parte de aquellos que se encuentra en situación irregular. La comparación de estos datos con otros estudios llevados a cabo en España, en la última década, muestra cifras similares en cuanto al número de personas sin autorización de residencia en España. En dichos estudios, se estima que el porcentaje de colombianos en situación irregular en el 2008 era del 10,6 % y el 7,5 % el de los ecuatorianos (Parella y Cavalcanti, 2010). Otros grupos como los brasileños con un 66,4 % o los bolivianos con un 71,5 % de personas en situación irregular, en ese mismo estudio) están menos representados en la Comunidad de Cantabria y también en la

muestra del estudio. Además, hay que tener en cuenta que en el año 2000 y 2005 el gobierno español, ante el aumento de la inmigración irregular, llevo a cabo dos procesos de regularización extraordinarios cuyos objetivos eran según la Secretaría de Estado de Emigración e Inmigración “emerger puestos de trabajo de la economía sumergida y acabar con el empleo ilegal de los inmigrantes sin papeles” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

Por otra parte, como ya señalamos previamente, la estimación que se puede tener sobre los inmigrantes irregulares tiene ciertas limitaciones, particularmente en España donde los porcentajes de economía sumergida se encuentra entre los más altos (en torno al 23%) de los países desarrollados (Sanchis, 2005). El mismo autor apunta que la irregularidad se produce en todos los sectores, siendo el servicio doméstico el que presenta mayor irregularidad, y por tanto, las mujeres las que más participan en la economía sumergida. Al mismo tiempo Reyneri (2006) señala que los países con una amplia economía sumergida y con políticas migratorias restrictivas (como es el caso de España) favorecen la entrada de inmigrantes en situación irregular ya que, a través de las cadenas migratorias, les resulta más fácil encontrar trabajo y no precisan los permisos que requiere el trabajo regular. Se puede pensar que dadas las características del mercado laboral en España y del sector laboral en el que se insertan mayoritariamente las mujeres de la muestra, el porcentaje de inmigrantes en situación irregular este infrarrepresentado en nuestro estudio. Estas entre otras razones pueden explicar el pequeño porcentaje de inmigrantes con estatus irregular halladas en el estudio.

Los resultados indican que hay una alta proporción de mujeres que migraron por si solas, bien por recomendación de amigas o de otros familiares, ya que una gran mayoría (91,3%) manifiesta que tiene familia o amigos en España, poniéndose de manifiesto la importancia de las redes en los procesos migratorios (Reyneri, 2006). Más de la mitad no tiene esposo en España, y sin embargo, tienen algún hijo a su cargo lo que hace suponer que afrontan sin pareja el cuidado de los hijos. Estos datos coinciden con otros estudios que revelan el incremento de la migración femenina de los últimos años, en el mundo y que contrasta con la escasa relevancia atribuida a las mujeres en los flujos migratorios, desde las ciencias sociales (Imsero 2005; Parella, 2005). Al mismo tiempo, ponen de manifiesto la feminización de la migración latinoamericana e ilustra como las mujeres se convierten en actores sociales autónomas, iniciando solas los procesos migratorios, tomando decisiones, y redefiniendo sus roles familiares y laborales cuando cruzan las fronteras internacionales, en busca de una vida mejor, en un mundo globalizado (Raijman, Schammah y Kemp, 2003; Adanu & Johnson, 2009).

El perfil obtenido de la muestra de estudio demuestra que se trata de mujeres jóvenes, con una media de edad de 36,7 años, confirmándose los datos de otros estudios que muestran que los inmigrantes económicos se concentran principalmente, en las edades medias de la vida laboral (Molpeceres 2011, Parella 2003). Son inmigrantes de llegada reciente a España, coincidiendo con la expansión económica que se produjo desde el año 2000 hasta el 2008, en que se inició la crisis económica (Pajares, 2010). Proviene principalmente de países de renta baja y media baja y se han desplazado a España, principalmente, para trabajar.

Una de las causas de la feminización actual de los flujos migratorios se encuentra en la transferencia del trabajo reproductivo desde las mujeres autóctonas de los países ricos hacia las de origen inmigrante, las cuales se ven obligadas a delegar sus propias cargas familiares para poder emigrar en solitario (Parella, 2005). Por tanto, la misma autora señala que “en la era de la globalización la migración internacional femenina, revela una emergente internacionalización del trabajo reproductivo” originándose un trasvase de desigualdad entre mujeres; las occidentales y las “otras” consideradas inferiores por su procedencia étnica. Por ello, es importante considerar la perspectiva de género, la clase y la etnia en los procesos migratorios y en el análisis sobre la segregación laboral de la mujer inmigrante, teniendo en cuenta que el género no es una categoría universal ya que el significado de la condición de mujer se define en base a la clase social y a la etnia, tal y como establece el debate central del feminismo (Molpeceres, 2011; Parella, 2003).

En las entrevistas ponen de manifiesto que los factores principales que han motivado la inmigración a España son: las diferencias de salarios entre sus países de origen y España y la falta de oportunidades para mejorar social y económicamente en sus países de origen. Aunque estas mujeres vienen a España en busca de una vida mejor y de lograr un ascenso en la posición social de ellas y sus familias, sin embargo, el proceso migratorio conlleva unos costes asociados que se ponen de manifiesto principalmente en el descenso de la posición laboral y en las alteraciones que se originan en la vida familiar, situaciones que se agravan cuando no tienen la documentación en regla (Raijman, Schammah y Kemp, 2003). Todos estos factores pueden tener un impacto negativo en su salud como veremos posteriormente.

En el siguiente apartado se discuten otras características sociodemográficas relacionadas con la posición social que ocupan las mujeres inmigrantes en la sociedad española. Para ello, se analiza el estatus socioeconómico a través de las tres medidas: el tipo de ocupación, el nivel de educación y el de renta.

## **6.2. ESTATUS SOCIOECONÓMICO.**

Los inmigrantes y las minorías étnicas, en general, muestran un estatus socioeconómico más bajo que la población autóctona (Ministerio de Sanidad y Política social 2010; OPAM, 2011). Los resultados del estudio indican que el estatus socioeconómico de la mayoría de estas mujeres se encuentra por debajo de la media de los españoles (INE, 2009). Los datos se manifiestan de forma objetiva a través de los tres indicadores estudiados: el tipo de ocupación, el nivel de estudios y el nivel de renta.

### **6.2.1. TIPO DE OCUPACIÓN.**

En relación a la ocupación, en la población estudiada, los datos reflejan que casi una cuarta parte (24,8%), de las que respondieron estaba desempleada en el momento de la encuesta. En el período en que se realizó el estudio (2009-2010), ya se había originado un descenso en la



tasa de ocupación como consecuencia de la crisis económica mundial iniciada en el año 2008. El paro estructural afectó, de forma notable, a los inmigrantes en España (Pajares, 2010) y las asociaciones e instituciones colaboradoras en el estudio manifestaron que se había originado un incremento de las solicitudes de atención en todos los ámbitos, y particularmente, en la demanda de empleo. Nuestros resultados, en relación al desempleo, son similares a los obtenidos entre las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Cantabria, donde en el último trimestre de 2009, se registró un 23,0% de desempleo entre las mujeres extranjeras y aumentó hasta el 27,1% en el primer cuatrimestre de 2010 como consecuencia de la crisis económica. A nivel nacional, la tasa de paro entre el colectivo de mujeres latinoamericanas es superior al de las autóctonas así en el cuarto trimestre del 2009, se situó en el 22,7% mientras que el de las mujeres españolas era de 21,27%, según los datos obtenidos por la Encuesta de Población Activa, en ese mismo año (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

En relación a los cambios que se han originado en la situación laboral de las y los inmigrantes en España como consecuencia de la crisis, un estudio llevado a cabo por el Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM) revela que a pesar de la crisis la incorporación de la mujer a la actividad laboral se ha mantenido, aunque a un ritmo más lento que durante el período de crecimiento económico, mientras que en los varones ésta se ha reducido, viéndose más afectados por la pérdida de empleo los hombres que las mujeres (OPAM, 2011). No obstante, la tasa de paro de las mujeres inmigrantes ha aumentado con la crisis y ha ampliado su diferencia con las mujeres autóctonas. En el tercer trimestre de 2011, alcanzaban el 29% frente al 20% de las españolas (INE 2011). En la actualidad, el desempleo continúa aumentando en todos los sectores, así, en el primer trimestre de 2012, la tasa de paro de la población extranjera era de 36,95%, casi 15 puntos superior a la de las personas de nacionalidad española (INE; 2012)

Las razones que explican el impacto diferencial de la crisis entre mujeres y hombres, y entre mujeres inmigrantes y autóctonas, está relacionado con los sectores económicos y el tipo de empleo que llevan a cabo cada uno de estos grupos ya que en general el trabajo femenino se concentra en el sector servicios mientras que el masculino lo hace en los sectores agrario e industrial y, especialmente, en el sector de la construcción que es uno de los más afectados por la crisis (OPAM, 2011). Esto explicaría las diferencias entre mujeres y hombres.

En relación con las mujeres inmigrantes y autóctonas las diferencias se hallarían en una distribución desigual de las actividades que se llevan a cabo dentro del sector servicios (OPAM, 2011). Los mismos autores en un estudio llevado a cabo con datos obtenidos de la Encuesta de Población Activa de 2006-2011 a nivel estatal, encontraron que la tasa mayor de ocupados, en el sector servicios, es la de las mujeres inmigrantes y dentro de este sector, el subsector que registra las tasas más altas de feminización es el de “otros servicios” que es donde se incluye el servicio doméstico. La segregación laboral de las mujeres extranjeras supone la presencia de nichos laborales en los que se evita la competencia con los hombres, protegiéndolas contra el desempleo, por esa razón el crecimiento del paro ha sido menos elevado en las mujeres

extranjeras (Molpeceres, 2011). Estos datos han sido corroborados en las entrevistas cuando las mujeres manifiestan que era más fácil encontrar trabajo en el servicio doméstico para ellas que para los hombres.

Los resultados encontrados en nuestro estudio muestran que todas las mujeres del estudio a excepción de una, que trabajaba como profesional, realizaban trabajos de los que se concentran en las categorías más bajas en la clasificación nacional de ocupaciones (Regidor, 2001). El 99,6% de la muestra forma parte del grupo de trabajadores manuales o semi-cualificados frente al 43,5% de la población Cántabra (Instituto Cántabro de Estadística, 2009). Dentro de este sector, el 60% llevaba a cabo trabajos relacionados con el servicio doméstico y cuidados personales, y un 20% con la limpieza y la hostelería.

Al igual que otros estudios llevados a cabo en España (Parella, 2005; Perreten *et al.*, 2010; OPAM, 2011; Molpeceras 2011) los datos ponen en evidencia la elevada concentración de las trabajadoras extranjeras en las tareas del sector servicios más des cualificadas (servicio doméstico, limpieza, hostelería etc.). Actividades laborales segregadas por género que no quieren ocupar las mujeres ni los hombres españoles. Esta tendencia que también se ha observado en otros países, tiene ciertas peculiaridades en el mercado español debido a la terciarización, la precarización y la segmentación del empleo en España

Por tanto, un grupo importante de mujeres han perdido su identidad profesional y han sido relegadas a la parte más baja de la estructura ocupacional. En las entrevistas, manifiestan que, a su llegada a España, se han visto obligadas a aceptar trabajos que nunca antes habían realizado (como el servicio doméstico) y para los que no estaban preparadas, teniendo que afrontar un ambiente cultural muy diferente al que tenían en sus países de origen.

La concentración de mujeres en nichos de empleo menos valorados va unida a otro rasgo representativo de la situación laboral de estas mujeres, la sobrecualificación que mantienen en relación con el nivel de cualificación que requiere el trabajo que realizan y que analizaremos en el siguiente apartado

### 6.2.2. NIVEL DE ESTUDIOS.

Los resultados muestran que el nivel educativo de las mujeres se corresponde con un nivel medio-alto. En Cantabria entre las mujeres latinoamericanas entrevistadas el 38,6% posee estudios universitarios, ya sean diplomadas, licenciadas o con títulos de Master o Doctor, y el 45,7% tienen estudios de secundaria. Estos niveles son superiores a los obtenidos por la población de Cantabria y por la de España, especialmente, en los datos referentes a la educación superior cuyo porcentaje se sitúan en el 26,2 y el 24,7% respectivamente (ICANE, 2011).

Una explicación para ello puede ser porque la emigración produce un proceso selectivo en lo referente al nivel de educación. Habitualmente, los inmigrantes tienen mejor nivel educativo que los que permanecen en el país, principalmente, cuando la inmigración es espontánea y está muy controlada por las políticas de los países de destino (Reyneri, 2009) ya que se requieren

habilidades personales, sociales y recursos económicos para superar los obstáculos encontrados en el asentamiento del nuevo país. Sin embargo, no es posible estimar la relevancia de la selección positiva ante la imposibilidad de disponer de datos sobre el nivel educativo de los que permanecen en los países de origen.

Los datos sobre el nivel de estudios, también revelan un problema general encontrado en esta muestra, ya señalado previamente y manifestado reiteradamente por las mujeres en las entrevistas, es la desigualdad entre su perfil educacional y ocupacional, particularmente para las mujeres con títulos universitarios. Al igual que ocurre en este estudio, otros autores afirman que la sobrecualificación o el subempleo es un rasgo típico de la situación laboral de las mujeres inmigrantes en el mercado laboral español y en otros países (Molpeceres, 2011; Reyneri, 2009; Raijman et al, 2003).

Por tanto, para las mujeres inmigrantes los niveles educativos altos no garantizan la dotación de mayor capital humano ni facilita la inserción en el mercado laboral. Una de las razones es porque sus credenciales profesionales y sus títulos educativos no son reconocidos en España y por tanto, no pueden utilizarlos. En nuestro estudio el 82,5 % de las mujeres entrevistadas con alguna titulación no había podido homologar sus títulos en España.

### 6.2.3. NIVEL DE RENTA.

Respecto al nivel de renta de las mujeres participantes, los salarios de las encuestadas son bajos. El salario medio se encuentra en 665 euros al mes y la mayoría recibe menos de 1000 euros al mes. Muchas de estas mujeres son las principales sustentadoras del hogar, por tanto tienen que repartir sus salarios y hacer frente a todos los gastos que comporta vivir en España y enviar dinero a sus familiares dependientes (Parella, 2005). Un ejemplo de lo que supone este nivel de renta en sus vida es cuando manifiestan que el precio medio de la vivienda de alquiler es de 417,8 euros al mes y una gran mayoría (97,2 %) tiene que compartir la vivienda, bien con su familia o con otras personas para hacer frente a los gastos.

Podemos afirmar que la posición económica de las mujeres inmigrantes de la población de estudio muestra datos de pobreza superiores a los de la población Cantabria. Para medir la pobreza se pueden utilizar diferentes indicadores, si tomamos como referencia el utilizado por el ICANE en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), de 2008, se define el umbral de pobreza como “el valor del 60 % de la mediana de ingresos por unidad de consumo, teniendo en cuenta la distribución de personas”. En Cantabria, según los últimos cálculos realizados este valor es de 7.121 euros al año (ICANE, 2008). Así pues, todas las personas en Cantabria cuyas rentas disponibles se encuentren por debajo de esa cifra se consideran pobres. En Cantabria en 2007 se encontraban en esa situación el 13,6 % de la población general. A nivel nacional, este porcentaje aumenta de forma considerable en la población inmigrante, alcanzándose hasta el 30 % de índice de pobreza en los inmigrantes procedentes de Latinoamérica (Moreno y Bruquetas, 2011). Estos datos concuerdan con otros estudios llevados a cabo en Europa que indican que el riesgo

de pobreza es entre 2 y 4 veces mayor entre los migrantes y los más afectados son los indocumentados, los solicitantes de asilo y los refugiados (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Comisionado por la Presidencia Española de la UE, 2011).

En nuestra muestra, el nivel de pobreza se sitúa en el 20,7%, pero dada la situación de intensificación del desempleo, que afecta con especial intensidad a los inmigrantes, pensamos que la situación actual debe haberse deteriorado considerablemente (Moreno, y Bruquetas, 2011). Finalmente, hay que tener en cuenta que los salarios tienen que repartirlos con los países de origen, ya que un 65,1% de la muestra tiene personas dependientes económicamente en su país, bien niños o adultos dependientes; lo que hace que sus ingresos reales para mantener su calidad de vida sean menores que el salario supuesto.

En definitiva, los resultados indican que tras su llegada a España, la mayoría de estas mujeres sufren un descenso en su estatus social en relación a sus países de origen, por la falta de reconocimiento de su nivel de educación, lo que contribuye a una baja cualificación en el tipo de ocupación, y a unos niveles de renta por debajo de la media de la población autóctona. Otro grupo es pobre y está desempleada o subempleada con riesgo de estigmatización y de exclusión social. Este proceso, que algunos autores señalan como inevitable en cualquier asentamiento nuevo, está influido por la intersección de un conjunto de factores contextuales que interactúan con otros factores estructurales como el género, la raza o la etnia (Kelson and DeLaet, 1999) y se manifiesta de forma objetiva, a través de varios indicadores entre los que se encuentran; la ocupación, el desempleo o los bajos salarios.

La posición socioeconómica (ocupación, educación, renta) ha demostrado ser uno de los factores estructurales más poderosos que explica la capacidad de las personas a acceder a condiciones de vida y bienestar que impactan directamente en su nivel de salud (Solar & Irwin, 2010). En el colectivo de estudio se suman otros determinantes de posición social, cómo son: el género y la etnia, que tienen un efecto adicional en su posición social como discutiremos más adelante en este capítulo.

### 6.3. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO.

Cómo ya señalamos en el capítulo 2, el estatus social subjetivo, se define como la creencia de la persona acerca de su posición en la escala social (Franzini & Fernandez-Esquer, 2006). Algunos autores (Wolff, 2010; Adler & Stewart, 2010) señalan que para comprender y captar el fenómeno del posicionamiento social, dentro de un contexto cultural específico, no es suficiente con los datos objetivos del estatus socioeconómico sino que hay que incorporar las percepciones de los sujetos que conforman esa sociedad.

Por tanto, a las experiencias objetivas de descenso en la movilidad social, que han experimentado estas mujeres y que se han expuesto en el apartado anterior, hay que incorporar las percepciones sobre su estatus social. Las personas, en general, utilizan dos formas para evaluar

su posición en el orden social; la material basada en datos objetivos como; renta educación y ocupación; y otra valorando su bienestar psicológico y su satisfacción con la vida a través de la comparación con los grupos sociales de referencia, (Operario *et al.*, 2004; Wilkinson, 2005; Adler & Stewart, 2010). De esta manera se genera cierto grado de pertenencia subjetiva. En este estudio al pedirles a las mujeres que se posicionaran en la jerarquía social, en relación a los españoles, el 65,0 % de las encuestadas se ubicaron alrededor del punto medio de la escala, afirmando que su estatus social subjetivo es regular o malo en relación a los españoles. Además, observamos que los segmentos del estatus social subjetivo bajo están sobrevalorados en la distribución (31,3 %) frente al 21,3 % que perciben su estatus como buen o muy bueno.

En España, carecemos de referentes analíticos que nos permita comparar estos resultados con la población española. Si bien es cierto, que esta tendencia general hacia la media acompañada por una sobrerrepresentación de los niveles de bajo estatus también está documentada en otros estudios (Evans & Kelley, 2004; Singh-Manoux, 2005; Demakokos *et al.*, 2008). Como ya señalamos previamente, el estatus social subjetivo puede ser un indicador muy útil para valorar la posición social de los inmigrantes, ya que las medidas de estatus socioeconómico, generalmente, son inapropiadas en estos grupos de población. El estatus social subjetivo viene determinado además de por la posición laboral, el nivel de educación y el de renta, por la satisfacción de las personas con sus condiciones de vida y sus sentimientos de seguridad en relación al futuro (Singh-Manoux *et al.*, 2003). Por tanto, consideramos que el estatus social subjetivo puede estar reflejando la valoración que realizan las mujeres sobre sus circunstancias personales y sociales; incluidas, las percepciones de desventaja y subordinación que mantienen en la sociedad española.

Ello, parece corroborarse en las percepciones de las participantes, al observar en las entrevistas cómo las mujeres son conscientes de las diferencias sociales basadas en los trabajos y los salarios que reciben en relación a los españoles, manifestando de forma reiterada “que realizan los trabajos que los españoles no quieren hacer”. Sin embargo, no es solo el tipo de ocupación lo que determina su posición social, sino las condiciones laborales y el trato recibido en el ámbito laboral. Algunas, manifiestan que el aceptar determinados trabajos era una estrategia para conseguir dinero y alcanzar otros objetivos más importantes. Es decir, que aunque sus ocupaciones se ubiquen en uno de los niveles más bajos de de la escala social; estas mujeres buscan otras posiciones sociales para proporcionar bienes materiales a sus familias y así elaborar sus estrategias de resistencia. En general, lo que determina el estatus de las mujeres, más que el tipo de trabajo, son las condiciones laborales. Las que tenían mejores condiciones (contratos laborales, reconocimiento laboral, trato respetuoso por parte del contratante etc.) se situaron en las posiciones más altas de la escala, en cambio, las que trabajaban como internas y se encontraban en situación irregular se ubicaron en la parte más baja de la jerarquía. Principalmente, se trataba de cuidadoras de personas mayores con unas condiciones laborales adversas. El ejemplo extremo que muestra esta situación fueron dos de las entrevistadas que se situaron en los niveles

más bajos (1 y 2) de la escala. Estas mujeres no poseían documentos ni contratos laborales en el momento de la entrevista y refirieron cargas de trabajo en régimen de explotación.

Las expectativas creadas en el período pre migratorio, en relación al trabajo y al salario en España suponen para algunas un factor de frustración. Algunas venían con la esperanza de ganar mucho dinero y ahorrar para regresar a sus países e iniciar nuevos proyectos, pero la realidad que encontraron fue muy diferente. Se sienten atrapadas ya que con sus sueldos mantienen a sus familias, en mejor posición socioeconómica; y aunque ellas no pueden mejorar su situación laboral en España, al menos, los suyos ascienden socialmente en sus países de origen.

De las diez mujeres entrevistadas, dos de ellas hacen una valoración positiva de sus experiencias en España y se sienten satisfechas con su movilidad social y su estabilidad económica, particularmente, en estos tiempos de crisis económica. Estas dos mujeres pueden constituir un ejemplo de la diversidad de proyectos migratorios y servir para dismantelar la visión que presenta a las inmigrantes como víctimas (del patriarcado o del capitalismo), tanto en las sociedades de origen como en las de destino. Desde la perspectiva postcolonial feminista, “la victimización” de las mujeres en lugar de mejorar su reconocimiento, las relega a los márgenes de la sociedad y las hace dependientes de un proteccionismo paternalista y “salvacionista” del cual es difícil salir, dificultándoles ejercer sus derechos de ciudadanía con dignidad (Guzmán y Guillén de Castro, 2008). Desde la perspectiva transnacional se puede analizar y comprender, que si bien muchos inmigrantes se encuentran en situación de desarraigo y vulnerabilidad, también pueden desarrollar mecanismos de resistencia transnacionales (como en este caso, el reconocimiento de su posición social en sus países de origen) que permitan, a algunas mujeres, conseguir cierta capacidad de emancipación y empoderamiento, encontrando la libertad que buscaban y no pueden encontrar en sus países.

#### 6.4. SALUD PERCIBIDA.

Como ya señalamos previamente, la salud percibida es un indicador de cómo las personas valoran en general su salud. Se considera una buena medida del estado de salud ya que ha mostrado ser un buen predictor de morbilidad, de mortalidad incluyendo el uso de los servicios sanitarios en diversos grupos de población (Burström & Fredlund, 2001). Al mismo tiempo, es una medida de salud subjetiva sensible a las experiencias de vida individuales, incluyendo la influencia de la cultura; por tanto, puede variar en los diferentes grupos étnicos (De Salvo, 2006).

La salud percibida de las mujeres inmigrantes es peor que las de las mujeres de la Comunidad autónoma de Cantabria, a pesar de que son más jóvenes. El 62,4% de la muestra valora su salud como buena o muy buena y el 37,6% como regular, mala o muy mala. Si se comparan estos datos con los obtenidos en Cantabria o en España de la población general de mujeres (ver tabla 13 en el anexo) se observa que la salud es ligeramente peor en la muestra de inmigrantes. Así, vemos que en España la proporción de mujeres con regular, mala o muy mala salud se encuentra 5,3 puntos porcentuales por debajo de las inmigrantes de la muestra y 15,1 de la de

las mujeres cántabras. Sin embargo, cuando se comparan esos datos teniendo en cuenta la clasificación nacional de ocupaciones, vemos que las mujeres extranjeras que se ubican en el nivel V de la clasificación (qué es donde se encuentran el 92 % de la muestra) tienen mejor salud percibida que las españolas situadas en el mismo nivel de la clasificación (INE, 2009; Moreno y Bruquetas, 2011). La explicación a estos hallazgos puede ser, que como ya indicamos previamente, se trata de mujeres jóvenes, provenientes de países de recursos escasos que han emigrado recientemente a Cantabria para trabajar. Tanto su juventud, como el proceso de selección asociado a su reciente migración, pueden contribuir a que tengan mejor salud percibida que las españolas de igual clase social (Moreno y Bruquetas, 2011). Los datos son similares a los hallados en otros estudios que confirman la importancia de la ocupación como indicador del gradiente social en salud (Adler *et al.*, 2008; Theodossiou & Zangelidis, 2009).

Al mismo tiempo, al valorar la salud de estas mujeres hay que tener en cuenta, que según algunos estudios, la salud de los inmigrantes procedentes de países con recursos escasos, empeora a medida que aumenta el tiempo de estancia en España (Ingleby, 2009; Malmusi, Borrell, & Benach, 2010; Perreten *et al.*, 2010; Sanz, 2008). El impacto en la salud de algunos factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo puede experimentarse a largo plazo. En este sentido, debido al corto periodo de estancia en España, de la muestra estudiada, su salud podría empeorar con el tiempo.

En las entrevistas se constata que la concepción que estas mujeres tienen de la salud coincide con la definición de salud que figura en la constitución de la OMS de 1948 (Organización Mundial de la Salud, 2012) que asocia salud al bienestar general y que incluye aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales.

Por otra parte, la percepción de salud es el resultado de la intersección de múltiples factores individuales y familiares, unido a las condiciones sociales y culturales, y al proceso migratorio (Martínez and Tuts, 2004). En sus relatos se observa como la salud y el bienestar de las mujeres está vinculado al bienestar de los miembros de sus familias y moldeada por las relaciones que establecen con ellos, tanto si residen en España como en sus países de origen. Un ejemplo de factor determinante de la percepción de salud identificado ha sido la presencia o no de red familiar en España ya que en nuestras entrevistas las demandas de la familia, particularmente, las demandas afectivas de los hijos que permanecen en el país de origen, suponen una fuente importante de estrés para las mujeres.

Por tanto, la conceptualización de la salud de las mujeres es un fenómeno transnacional, cuyos significados son fruto de las relaciones que se establecen entre los dos países el de origen y el de recepción (Hilfinger, 2002). Estos resultados, ponen de manifiesto la importancia de considerar a las mujeres como personas transmigrantes; y la necesidad de tomar en consideración los contextos familiares, en los que las mujeres realizan la propia valoración de salud para lograr una evaluación más precisa de su situación y llevar a cabo estrategias de promoción y prevención de la enfermedad.

## 6.5. RELACIÓN ENTRE EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO, EL ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y LA SALUD PERCIBIDA.

En este apartado se examina la relación entre el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo; y la relación de ambos con la salud percibida. En cada subapartado, se discutirán los resultados obtenidos en el análisis estadístico de los datos (metodología cuantitativa) y se discutirán con los datos obtenidos mediante las entrevistas (parte cualitativa) con el fin de explicar con las dos metodologías los resultados encontrados.

### 6.5.1. ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y SALUD PERCIBIDA.

Los resultados hallados en este estudio muestran que los indicadores del estatus socioeconómico, como educación, ocupación y renta se relacionan modestamente con la salud percibida ya que, solamente, se encuentra una débil correlación entre el nivel de renta y la educación con la salud percibida. No obstante, estos datos es preciso tratarlos con precaución ya que se trata de una muestra bastante homogénea, en relación al tipo de ocupación y en el momento de las encuestas el 24,8% de las mujeres no tenía empleo. Esta puede ser una de las razones por la cual los resultados no son estadísticamente significativos.

En el análisis bivalente se observa una mayor proporción de mujeres con salud percibida negativa entre las que no tienen estudios, las que tienen ingresos más bajos y entre las que tienen peores trabajos o están desempleadas, sin embargo, en ninguno de estos casos, las diferencias son estadísticamente significativas. Estos resultados son, en parte, divergentes con la literatura que existe en las sociedades industrializadas donde se ha demostrado una relación importante entre los indicadores del estatus socioeconómico y la salud percibida. (Mackenbach *et al.*, 2008; Marmot, 2006; OMS, 2007; Wilkinson, 2005). Sin embargo, otros investigadores manifiestan que los indicadores del estatus socioeconómico pueden ser irrelevantes para estudiar grupos minoritarios, como los inmigrantes; ya que debido al proceso migratorio y a factores contextuales dependientes tanto del país de origen como del de recepción, los indicadores tradicionales de estatus socioeconómico no consiguen captar la situación socioeconómica real de estos colectivos, presentando limitaciones para el estudio de las desigualdades en salud (Adler & Stewart, 2010; Sanz, 2008).

Otra posible explicación de por qué los resultados no son estadísticamente significativos es por el tamaño de la muestra y su homogeneidad en relación a los indicadores estudiados, especialmente en relación a la ocupación, ya que el 92,0% de las mujeres realizan trabajos correspondientes a la categoría de “no cualificados” en el momento de la encuesta

Los datos cualitativos pueden ayudar a interpretar los datos cuantitativos ya que se puede constatar cómo para las mujeres latinoamericanas inmigrantes, los niveles de educación, la ocupación y de renta tienen significados y usos diferentes que para la población española. Por ejemplo, niveles medios o altos de educación no les proporcionan los mismos recursos



materiales, sociales o psicológicos que a la población autóctona. Al no proporcionarle los recursos esperados, la educación no contribuye a mejorar su percepción de salud. Tampoco se reconocen sus cualificaciones profesionales ni sus experiencias laborales lo que contribuye a la pérdida de su identidad profesional y las relega a las ocupaciones menos valoradas en la escala social, afectando a su autoestima y a su salud percibida. Finalmente, sus salarios son bajos y tienen que compartirlos con sus familiares dependientes. Estas razones pueden explicar la falta de consistencia en la asociación entre las medidas objetivas del estatus socioeconómico y la salud percibida en este estudio y acentúan la importancia de considerar, tanto las características del grupo étnico como los procesos migratorios, cuando se examina la asociación entre el estatus socioeconómico y la salud. Estos resultados están en concordancia con otras publicaciones donde los indicadores de estatus socioeconómico (educación, ocupación y renta) no consiguen captar completamente, el significado del estatus y como resultado no están unidos a la salud percibida de forma significativa (De Castro *et al.*, 2010; Demakakos *et al.*, 2008; Gong *et al.*, 2011).

Finalmente, en las entrevistas se identifica la presencia de otros factores relacionados con el proceso migratorio que afectan a la percepción de la posición social y que pueden mediar en la asociación entre el estatus socioeconómico y la salud percibida. Por ejemplo, factores relacionados con: las expectativas creadas antes de emigrar, la situación familiar, los recursos sociales, las condiciones laborales, o la percepción de experiencias discriminatorias, entre otras. Estos factores pueden explicar por qué el patrón encontrado, en este grupo de mujeres latinoamericanas, no coincide con el de la población española, en lo referente a la relación entre la educación, la ocupación y los ingresos con la salud percibida. Es importante explorar más en profundidad estas interacciones e identificar estos factores para diseñar estrategias dirigidas a la promoción de la salud en estos grupos.

### **6.5.2. ESTATUS SOCIOECONÓMICO Y ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO.**

Las personas que manifiesten mejor estatus social subjetivo es más probable que tengan más ingresos, mayor nivel de estudios y mejor ocupación. Sin embargo, en este estudio, el estatus social subjetivo solo mantiene relación significativa con el salario.

Investigaciones previas, realizadas en población general, han encontrado asociación entre estatus socioeconómico y estatus social subjetivo (Adler *et al.*, 2000; Operario *et al.*, 2004; Singh-Manoux *et al.*, 2003). Los autores señalan que el estatus social subjetivo, o la percepción que tienen los individuos sobre su posición en la escala social, se basan en los indicadores del estatus socioeconómico (educación, ocupación y renta). Sin embargo, en otros estudios (Gong *et al.*, 2011; Ostrove *et al.*, 2000; Yip, 2003) en los que se ha investigado la percepción de la posición social en grupos étnicos diferentes, las relaciones entre el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo fueron más débiles. Estos autores señalan que aunque las medidas del estatus socioeconómico son las principales determinantes del estatus social subjetivo, los grupos que se encuentran en desventaja social, tienden a establecer su estatus social utilizando criterios diferentes a los del resto de la población.

Los resultados encontrados en nuestra muestra de mujeres latinoamericanas presentan mayor similitud con los estudios antes mencionados de autores como, Gong (2011), Yip (2003) y Ostrove (2000), en los cuales la valoración del estatus social subjetivo no incorpora los indicadores del estatus socioeconómico como se ha demostrado en la población general. Podemos señalar que en este estudio, de los tres indicadores de estatus socioeconómico, el único predictor del estatus social subjetivo son los ingresos económicos. Al igual que señalamos previamente, hay que tener en cuenta que la homogeneidad de la muestra puede afectar a los resultados.

Una explicación a estos resultados podemos encontrarla en la parte cualitativa del estudio. En las entrevistas se puede apreciar que al tratarse de inmigrantes procedentes de países con recursos escasos establecen diferente valor a los componentes del estatus socioeconómico. Por ejemplo, asignan un valor prioritario a los ingresos económicos. Así al preguntarles sobre los usos que hacen de la renta, se observa que una de sus prioridades es enviar dinero para mejorar la situación económica de sus familias y la mayoría mencionan que la causa principal de la emigración fueron las dificultades económicas de sus familias en sus países de origen.

Por otra parte, como ya se indico previamente, el no reconocimiento de sus credenciales educativas y de sus experiencias laborales previas reduce la validez de los indicadores de estatus socioeconómico. Es decir, que más que los trabajos que realicen; donde la posibilidad de elección es mínima y en la zona más baja de la escala laboral; o el nivel de educación que hayan adquirido, que no se les reconoce oficialmente, lo que mayoritariamente determina su posición social es el dinero que obtienen.

En general, a pesar de que los salarios son bajos y no cubren todas sus necesidades, los valoran positivamente debido a las diferencias de renta entre los países de origen y España. Consideran que aunque sus condiciones de vida han empeorado las circunstancias materiales de ellas y sus familias han mejorado. El nuevo rol adquirido en España, de sustentadoras del hogar les sirve para mejorar su autoestima y puede influir en su estatus social subjetivo.

Existen además, otros factores que pueden interferir con el estatus socioeconómico y contribuir a la ubicación de las mujeres en la escala social, por ejemplo; los relacionados con factores estructurales como; los valores discriminatorios hacia la inmigración que a su vez afectan a los factores intermedios, cómo el acceso a la vivienda, las redes sociales, las condiciones de vida y trabajo o a los factores psicosociales. Todos estos determinantes sociales contribuyen a la ubicación de las mujeres en la escala social y podrían explicar la importancia relativa de la educación y la ocupación como determinantes del estatus social subjetivo, en este grupo de población.

### **6.5.3. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y SALUD PERCIBIDA.**

El análisis concerniente a la relación entre el estatus social subjetivo y la salud percibida muestra que entre todas las variables analizadas como; nivel de estudios, nivel de renta, edad, estatus legal, apoyo social y tiempo de residencia en España, la única variable predictora de salud percibida negativa en este grupo de mujeres inmigrantes latinoamericanas fue el estatus social subjetivo.

Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en la salud percibida entre las mujeres que se ubican en la parte más baja de la escala social subjetiva y las que se sitúan en la parte superior, mostrando que la salud percibida mejora cuando lo hace la percepción de la posición social. El estatus social subjetivo fue significativamente asociado con la salud percibida incluso después de ajustar por las variables tradicionales del estatus socioeconómico (nivel de estudios, ingresos, tipo de ocupación) y otras variables demográficas como edad, estatus legal, apoyo social y tiempo de residencia en España.

En este estudio, se produce una relación lineal entre el estatus social subjetivo y la salud percibida, al igual que sucede en otros estudios (Adler & Stewart, 2010; Marmot, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003). Las odds ratios más elevadas para la salud percibida negativa se produjeron con la escala de MacArthur de estatus social subjetivo, aunque estas son más significativas en los niveles más bajos de la escala (niveles 1, 2, 3 y 4). Estudios recientes sugieren que existe un efecto umbral, y solo los que se sitúan en los niveles más bajos de la escala social tienen una relación significativa con la salud percibida negativa. (Dunn, Veenstra, & Ross, 2006; Wolff, Subramanian, Acevedo-Garcia, Weber, & Kawachi, 2010).

Algunas personas que se situaron en la parte más alta de la escala (niveles 9 y 10) manifestaron peor salud autopercebida que las que se ubicaron en los niveles inmediatamente inferiores (7 y 8). Estas discrepancias pueden ser debidas al tamaño de la muestra (en los niveles 9 y 10 solo se situaron cinco personas), a un error en el uso de la escala (las personas utilizan la escala al revés), a fallos en la recolección o transcripción de los datos etc. Finalmente, puede que existan otros factores que influyan más que el estatus social subjetivo en la percepción de salud. La salud, además de por los determinantes sociales, está influenciada por otros factores constitucionales, hereditarios, o relacionados con la edad que no son modificables y que hacen que se produzcan diferencias en la salud entre las personas.

En resumen, los resultados indican que el estatus social subjetivo es un predictor importante de salud percibida, además, sugieren que esta medida puede proporcionar información acerca del estatus social que los indicadores tradicionales del estatus socioeconómico como la educación, la ocupación o los ingresos no pueden captar. En este sentido, el estudio replica otros estudios que demuestran la existencia de un gradiente entre el estatus social subjetivo y salud (Adler & Stewart, 2010; De Castro *et al.*, 2010; Demakakos *et al.*, 2008; Franzini & Fernandez-Esquer, 2006).

Estos resultados son concordantes con los identificados en la parte cualitativa del estudio. Como ya señalamos previamente, en las entrevistas se puede constatar como el estatus social subjetivo está condicionado por las circunstancias laborales y económicas; y como éstas son las principales determinantes de su percepción de salud en las categorías más bajas del estatus social. Así, podemos afirmar que las mujeres que se ubican en el nivel 1 y 2 de la escala de estatus social subjetivo son las que manifiestan tener peor salud percibida. En ambos casos, la percepción de mala salud está directamente asociada con sus condiciones laborales y con su estatus legal de irregularidad. En cambio, para las mujeres que se ubican en posiciones medias y altas

de estatus social subjetivo, las percepciones de salud pueden ser mejores o peores dependiendo de sus circunstancias personales.

La explicación posible a estos resultados es que además del estatus social subjetivo, existen otros factores relacionados que pueden afectar a su salud. La generalización de latinoamericanas como colectivo homogéneo es una gran incoherencia ya que se trata de un grupo heterogéneo procedente de distintos países, con diferentes objetivos y proyectos en su inmigración a España. Además, hay que tener en cuenta, que el proceso migratorio es complejo, conlleva cambios importantes en las trayectorias personal y profesional de las mujeres e incluye tomar decisiones, objetivos y retos que pueden ocasionar problemas de salud (Vissandjee *et al.*, 2007). La percepción de la posición social es una medida global que puede captar todos esos cambios y reflejar mejor que las medidas tradicionales de estatus socioeconómico la posición socioeconómica real de estas mujeres. En general podemos afirmar que el estatus social subjetivo es un buen predictor de salud percibida.

## **6.6. ESTATUS SOCIAL SUBJETIVO Y LAS TRAYECTORIAS DE SALUD. EL MODELO DE DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y LA MIGRACIÓN FEMENINA EN CANTABRIA.**

Uno de los objetivos de este estudio es explorar como afecta el estatus social subjetivo en la salud de las mujeres después de emigrar a Cantabria. Tanto con la metodología cualitativa como con la cuantitativa se identifican un conjunto de factores que determinan el estatus social subjetivo, y que potencialmente pueden influir en las trayectorias de salud de las mujeres. Los datos se discuten siguiendo el Marco Conceptual de los Determinantes de las Desigualdades en Salud (OMS, 2008) teniendo en consideración las intersecciones que se producen entre el contexto socioeconómico y de posición social, así como los determinantes intermedios, y en congruencia con la perspectiva crítica postcolonial feminista.

### **6.6.1. DETERMINANTES MACRO ESTRUCTURALES: EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO; CULTURA Y VALORES SOCIALES.**

Una de las características del Modelo Conceptual de las Desigualdades Sociales en Salud (ver Figura 2), que lo diferencia de otros marcos conceptuales, es la importancia que atribuye a los contextos socioeconómicos y políticos como determinantes estructurales de las desigualdades de salud (OMS, 2007). La misma organización señala que las desigualdades sociales y de salud son el resultado de las diferencias en el acceso al poder, al dinero y a los bienes, propiciadas por la distribución injusta de los recursos sociales y materiales, que llevan a cabo ciertos gobiernos incompetentes (OMS, 2011).

Por tanto, las diferencias en salud que se originan en los grupos sociales son injustas y evitables, y son responsabilidad de los gobiernos nacionales y locales.

Partiendo de estas premisas, en nuestros datos, dentro del contexto socioeconómico y político, se pueden identificar un conjunto de factores estructurales, culturales y funcionales del sistema social que influyen en la estratificación y en las oportunidades de salud de las mujeres inmigrantes.

La globalización económica mundial constituye una dimensión fundamental del contexto y es un proceso que afecta a la salud de la población a través de determinantes institucionales, económicos, socio-culturales y ecológicos (Huynen *et al.*, 2005). El carácter asimétrico de la globalización actual está aumentando las desigualdades sociales y de salud entre países y dentro de los mismos y permite explicar la naturaleza de las migraciones y la feminización de los flujos (Labonté & Schrecker, 2007).

La mundialización de la economía ha supuesto una reorganización del mercado laboral y ha originado una nueva división internacional del trabajo que impulsa a muchas personas a emigrar, obligadas por las escasas oportunidades de empleo, los bajos salarios y por la presencia de empresas y actores transnacionales, que imponen unas políticas de ajuste muy restrictivas en sus países de origen (Labonté & Schrecker, 2007).

Pero igual que ocurre con otros aspectos de la globalización, la transformación del mercado laboral afecta de forma diferente a mujeres que a hombres (Parella, 2005). La globalización del trabajo doméstico y de cuidados constituye un punto clave para entender los procesos de feminización de las migraciones internacionales y los efectos que esta produce en las desigualdades de género. Como ya se expuso previamente, el aumento de la demanda, por parte de los países industrializados de una fuerza de trabajo segmentado, con patrones diferenciados según el género para atender las necesidades de cuidados personales, ha originado un aumento de las mujeres que trabajan en servicios tradicionalmente femeninos. Estas mujeres no pueden acceder al mercado laboral en igualdad de condiciones que la autóctonas y por ello se reclutan en los trabajos menos valorados por los españoles. La globalización, por tanto, está intensificando la estratificación social en el mundo actual (Solé, Cavalcanti y Parella, 2011) y propiciando el aumento de las desigualdades de clase y etnia entre mujeres (Parella, 2005).

Las políticas públicas del estado de Bienestar son otro de los factores principales en explicar muchos de los determinantes sociales de salud. Estas políticas incluyen determinantes políticos, sociales, económicos y culturales, y son los componentes más importantes para explicar el nivel de salud en un país (Navarro, 2007).

En este contexto se enmarca la progresiva aplicación de las políticas neoliberales que están desmantelando los Estados del bienestar y dañando la salud en diferentes partes del mundo (OMS, 2010; Benach, Muntaner, Tarafa y Valverde, 2012). Tras la crisis económica iniciada en España en el 2008, las políticas públicas neoliberales que están siendo adoptadas, están produciendo un aumento en las desigualdades sociales y efectos negativos en la equidad a la atención a la salud (Navarro, 2012). El impacto actual de la crisis se caracteriza por el incremento de las tasas de desempleo, los recortes en los salarios, en la educación y en los servicios sociales y sanitarios.

Estos acontecimientos están teniendo efectos desproporcionados sobre los grupos más desfavorecidos como los inmigrantes, ya que el desempleo está afectando principalmente a los empleos informales y a los de baja cualificación, en los que los inmigrantes estaban concentrados ya antes de la crisis (Moreno y Bruquetas, 2011). Los mismos autores señalan que estos grupos son los más afectados por los recortes sociales, ya que por su situación de mayor vulnerabilidad, tienen más dependencia de los servicios públicos. La inseguridad económica, junto con las medidas de austeridad y la reducción del estado de bienestar que se están llevando a cabo en España está agravando los riesgos para la salud de todos los españoles, y particularmente, de los grupos más vulnerables socialmente como las mujeres inmigrantes económicas (Benach, *et al.* 2012).

Una variedad de estudios llevados a cabo en Europa han mostrado como las políticas de austeridad fiscal para reducir los gastos en salud, educación y los programas de empleo tienen efectos regresivos en las condiciones laborales y en la salud de las personas (HAPI, 2012).

En relación a las políticas migratorias, es bien conocida la paradoja de la globalización neoliberal según la cual mientras que los bienes de capitales y los servicios se liberalizan y estimulan, el flujo de los trabajadores se restringe cada vez más por los mismos estados (Davies *et al.*, 2009). Así en los últimos años las políticas migratorias de los gobiernos de la Unión Europea y de España se han endurecido volviéndose más restrictivas y represivas con los flujos migratorios. En España, estas políticas se han concretado con la firma de la Directiva de Retorno o el Pacto Europeo sobre Inmigración y asilo (Ministerio de Empleo y Seguridad social, 2012). Además, se ha dificultado la reagrupación familiar y las contrataciones en destino se han suprimido. Finalmente, estas medidas además de tener un efecto limitado en la reducción de los flujos, pueden aumentar la desconfianza y la xenofobia con consecuencias negativas para los derechos de los inmigrantes y sus familiares en los países de procedencia, no contribuyendo a reducir la pobreza y las desigualdades sociales (European Observatory of Health Systems and Policies, 2011).

En este estudio se puede constatar cómo las políticas migratorias de la Unión Europea y la actitud del Estado español y de los organismos locales en el contexto de recepción de los inmigrantes, influyen en las oportunidades y en las condiciones de vida de las mujeres, afectando a la percepción de su posición social y a su salud. Por ejemplo, la política migratoria española se rige por la Ley de extranjería del 2000 (Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, 2010). Al igual que en Europa (European Observatory of Health Systems and Policies, 2011), se trata de un sistema legal restrictivo, que se ha agravado con la crisis económica actual cuyo objetivo principal es ajustar la corriente migratoria a las necesidades del mercado de trabajo de la sociedad española. De esta forma, controlando la normativa que rige los flujos de entrada, se limitan las oportunidades laborales de las inmigrantes y se produce el traspaso del trabajo doméstico de las mujeres españolas a las inmigrantes. De esta forma se pone de manifiesto como estas políticas contribuyen a la división internacional del trabajo y favorecen las desigualdades de clase entre las mujeres de los diferentes países (Kelson and DeLaet, 1999; Sen, Östlin, & George, 2007).

Estos factores, relacionados con el contexto de recepción y con las políticas migratorias impuestas por Europa y el Gobierno Español son los causantes de la discriminación que soporta la mujer inmigrante, y explica en gran parte, la escasez de oportunidades, y la reclusión de la mujeres, en los peores trabajos en relación a los salarios y a las condiciones laborales, en general (Castro, 2008; Parella, 2003).

Dentro del contexto socioeconómico y político, existen otros factores relacionados con la cultura y los valores sociales hacia la inmigración que pueden originar patrones de discriminación institucional y constituirse como elementos claves de las desigualdades en salud (OMS, 2008). Un ejemplo de ello es el valor atribuido a la salud y a la atención a la salud en los contextos regionales y nacionales. El valor social atribuido a la salud en España quedó reflejado en la Constitución española, en el artículo 43, donde se reconoce “el derecho de todas las personas a la protección de la salud...y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Sin embargo, como posteriormente veremos, en la actualidad, como consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales, se ha producido un cambio en los valores y muchos representantes políticos están tomando medidas que van en la dirección contraria, no garantizando el derecho de la atención a la salud ni a los españoles ni a los inmigrantes (Benach et al, 2012).

Desde el marco conceptual del estudio, y especialmente, desde la perspectiva postcolonial feminista se puede observar como la posición histórica y las construcciones raciales estructuran el espacio social y determinan las condiciones materiales de la vida diaria de estas mujeres (Anderson, 2004). La misma autora explica que existen dos conceptos de especial relevancia, relacionados con la salud son: el concepto de “raza” y el de “cultura”. Ambas son categorías construidas socialmente que son utilizadas por los grupos dominantes en el proceso de colonización. Estos conceptos y el uso que se hace de ellos afectan a las oportunidades y a la vida de las mujeres inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes de nuestro estudio por su condición de mujer y por los prejuicios de la sociedad española hacia determinados grupos étnicos tienen que hacer frente a unas políticas discriminatorias y permanecer relegada a la parte más baja de la escala social, siendo más vulnerables a la exclusión social y al deterioro de su salud.

En la misma línea, algunos autores postcoloniales (Fanon, 1968; Said, 1978; Spivack, 1992; Anderson, 2006) explican cómo se produce la desvalorización de unas culturas sobre otras y cómo se construye la imagen del “otro” como persona o país inferior (en nuestro caso las mujeres inmigrantes latinoamericanas procedentes de países con recursos escasos). De esta forma, se legitima la explotación de unas personas sobre otras en base a la supuesta superioridad natural de unos sobre otros. Estas nociones pueden operar de forma muy sutil mediante asunciones que hacemos acerca de las personas y en ocasiones son la base de gran sufrimiento humano.

En las entrevistas se pone de manifiesto como el problema principal de estas mujeres, con trabajos y salarios precarios no es la escasez de bienes materiales, sino la baja valoración social y las pocas fuentes de autoestima, que habitualmente, les acompañan. Si la cohesión social es importante para la salud, entonces, quizás el componente de la misma que más importa es que

las personas tengan posiciones y roles en la sociedad que ellas consideren “dignos” y “respetables”. Las mujeres buscan el reconocimiento de la sociedad, que se respeten sus valores, que se considere su trabajo y se valore su contribución a la sociedad española. Wilkinson señala que cuando a una persona no se le reconoce socialmente, se le niega el pleno derecho a las interacciones sociales o se le impide participar como miembro de pleno derecho en la vida social, puede tener efectos negativos en la percepción de su posición social y de su salud (Wilkinson, 2005).

Mediante el estudio se hace evidente como el diseño de las políticas migratorias en Europa y en España, así como, las medidas de integración de la sociedad española desde el ámbito local y nacional, continúan reproduciendo un ideario sobre la migración de las latinoamericanas como las personas más apropiadas para llevar a cabo las tareas del hogar (limpieza y cuidados) en la sociedad española, sin tener en cuenta la educación o las competencias profesionales de estas mujeres. El no reconocimiento de sus credenciales educativas y laborales, por parte de las instituciones, afecta a la desprofesionalización de las mujeres, aumentando su vulnerabilidad social y originando efectos negativos en su autoestima y en su salud mental.

#### **6.6.2. DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.**

Como recoge el modelo de los Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud de la OMS, otro de los determinantes estructurales son los llamados de posición social (ver Figura 2). En este apartado se incluyen todos los factores generadores de estratificación social y de las divisiones por clase en la sociedad. La OMS y muchos otros autores señalan que los principales estratificadores estructurales son: Renta, Educación, Ocupación, Género y Raza/Etnia, entre otros. Estos mecanismos, que vienen determinados a su vez por el macro contexto socioeconómico y de valores, influyen en la posición y el poder social de las mujeres y determinan las oportunidades de tener acceso a los determinantes intermedios de las condiciones de vida que pueden contribuir a una buena salud. Se considera que los determinantes estructurales de posición social son los principales responsables de las desigualdades en salud.

En el modelo Conceptual de los Determinantes de las Desigualdades en Salud, la posición social aparece como una categoría central que condiciona el acceso al poder, al prestigio y a los recursos. En este estudio, se refiere a la posición socioeconómica, un concepto combinado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio.

A continuación se describen los determinantes principales de la posición socioeconómica hallados y se analiza los mecanismos por los cuales pueden afectar a la salud.

##### **6.6.2.1. Renta.**

En general, se puede afirmar que la situación económica de la población de inmigrantes estudiada es precaria, mostrando datos de pobreza superiores a los de la población Cántabra (ICANE, 2008). Los salarios son bajos, si bien, debido a las diferencias salariales entre los países, algunas mujeres los valoran positivamente. La mayoría está dispuesta a trabajar a cambio



de un salario inferior ya que precisan ingresos económicos para su subsistencia y para enviar a sus familias. Otro grupo de mujeres está desempleada y no percibe prestaciones sociales, Esta situación de debilidad económica en la población inmigrante, en España, también ha sido descrita por otros autores (Perreten *et al.*, 2010).

La renta influye en la salud bien directamente por la adquisición de recursos materiales necesarios para atender las necesidades básicas (alimentos, vivienda, o vestido, etc.), o bien, permitiendo el acceso a otros bienes sociales (educación, servicios sanitarios o actividades de tiempo libre) que contribuyen a la salud (Adler & Stewart, 2010; OMS, 2010). Finalmente, la disponibilidad de recursos materiales aumenta la autoestima y mejora la percepción de la posición social, incrementando la participación en la sociedad, que es un factor que influye positivamente en la salud. Por el contrario, los mismos autores señalan que los ingresos bajos afectan a la salud a través de la privación de bienes materiales, el estrés y los comportamientos no saludables.

La pobreza es la mayor responsable de las muertes en el mundo y la principal causa de mala salud y de sufrimiento en el mundo (OMS, 2010). Puede definirse en términos absolutos o relativos. La pobreza absoluta se define como la falta de recursos para la supervivencia; la relativa se define en relación con el resto de la sociedad. Las principales causas de tener mala salud no se encuentra en la pobreza absoluta, sino en la percepción de tener mayor pobreza en relación a la comunidad donde se vive y las consecuencias sociales y personales que esto conlleva. Benach y Muntaner (2005) afirman que el planeta está enfermo de desigualdad y consideran que la epidemia más importante de nuestra época es la desigualdad en salud.

Como ya señalamos previamente, en este estudio el nivel de pobreza se situó en 20,7% pero la crisis actual, está aumentando la pobreza entre los inmigrantes, al mismo tiempo, se están recortando los recursos sociales destinados a la protección social, haciéndose más vulnerables e incrementando el riesgo de exclusión social y de mala salud (Moreno y Bruquetas, 2011).

#### 6.6.2.2. Educación.

El nivel de educación se considera un indicador importante de la posición socioeconómica y de vital importancia para adquirir un buen empleo y buena posición social (WHO, 2010). La educación refleja los recursos materiales, intelectuales y otros recursos de la persona y de la familia de origen, desde la infancia hasta la edad adulta. Sin embargo, según los datos recopilados en este estudio, la educación no le aporta a los inmigrantes los beneficios esperados ya que, en España existen muchas barreras para homologar sus títulos educativos y profesionales. Como ya expusimos previamente, el nivel educativo de las encuestadas se corresponde con un perfil de cualificación media, situándose las que poseen títulos de educación superior por encima de la media de la sociedad española. Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud de la OMS, los beneficios de la educación se acumulan a lo largo de la vida del individuo desde la infancia hasta la edad adulta (WHO, 2010). La educación puede afectar a la salud, bien proporcionando conocimientos, recursos y habilidades para autocuidar mejor la salud, o bien facilitando

la recepción y la comprensión de mensajes relacionados con la educación para la salud. En este sentido la educación podría reportar a las inmigrantes los beneficios esperados para cuidar su salud.

### 6.6.2.3. Ocupación.

La ocupación es un indicador que refleja la posición que la persona ocupa en la jerarquía social en relación al resto de la sociedad y puede proporcionar información sobre su posición social, su nivel de renta y de educación (OMS, 2008). Al mismo tiempo, a través de la ocupación se pueden identificar relaciones laborales de dominación y subordinación o de explotación entre los empleadores y los empleados.

Como ya señalamos previamente, los trabajos disponibles a las inmigrantes en el mercado laboral español son los destinados a satisfacer las necesidades de cuidados de las familias, el denominado “trabajo doméstico” ó “reproductivo”, cuyas actividades, están poco valoradas socialmente, son inherentes a la condición femenina y muchos de ellos, se realizan desde la economía informal. De esta forma se puede apreciar como el género, la etnia y la clase social interactúan en el espacio social (Parella, 2004). Al mismo tiempo, desde la perspectiva postcolonial feminista se puede comprender cómo las construcciones raciales y los prejuicios creados sobre las inmigrantes económicas como “el otro como inferior” determinan las condiciones laborales y de vida de las mujeres latinoamericanas (Anderson, 2004).

La ocupación puede afectar a la salud a través de varios mecanismos. Primero, relegando a las mujeres al nivel más bajo de la escala social, a pesar de sus cualificaciones educativas y profesionales, produciéndose una “inconsistencia de estatus” que puede tener efectos negativos en la salud. En segundo lugar, por los salarios precarios que determinan el acceso a los recursos materiales y otros bienes que influyen en las condiciones de vida y en la salud. En tercer lugar, a través de las relaciones que se establecen en el ámbito del trabajo doméstico que se caracteriza por: la escasa capacidad de control, la falta de autonomía y por el pequeño apoyo recibido por parte de las familias, particularmente, en el cuidado de las personas mayores. Finalmente, la ocupación puede afectar a la salud a través de la exposición a los riesgos materiales y psicosociales relacionados con el lugar y el tipo de trabajo que llevan a cabo. Por ello, para valorar la situación laboral de las inmigrantes además de conocer el tipo de trabajo que realizan es preciso identificar sus historias laborales y las relaciones que mantienen con los empleadores (OMS, 2008).

### 6.6.2.4. El Estatus Social Subjetivo.

El concepto de posición socioeconómica incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, que a su vez dependen de la posición en la niñez y en la vida adulta (Krieger, 2001). Las medidas que se basan en el prestigio se refieren al estatus del individuo en la jerarquía social que generalmente se valora por el nivel de educación, de ocupación y los ingresos. Sin embargo, para captar el fenómeno del posicionamiento social en una sociedad, según el modelo de los determinantes sociales de salud, es preciso incorporar además de los datos objetivos las

percepciones de los sujetos que comportan esa sociedad (Adler & Stewart 2007). Este posicionamiento social es de gran relevancia en la población inmigrante ya que, como ya se explicó previamente, los indicadores tradicionales no captan la posición socioeconómica real en estos grupos (Adler, 2010). Para ello se ha utilizado la escala de MacArthur de Estatus Social Subjetivo.

El 65 % de las mujeres manifiesta que su estatus social subjetivo es regular o malo en relación a los españoles. El estatus social subjetivo puede afectar a la salud bien directamente mediante una serie de mecanismos psicológicos que producen estrés o indirectamente a través de las conductas de salud (Franzini, 2006).

#### 6.6.2.5. Género.

Las mujeres y los hombres experimentan de forma diferente los determinantes sociales de salud (Raphael, 2009). El género se refiere a las características de los hombres y las mujeres que son construidas socialmente. Incluye las normas, los roles, los comportamientos, las actividades y los atributos que una determinada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Los roles de género pueden cambiar de una cultura a otra y variar a lo largo del tiempo.

Según la OMS (2010) el género constituye una de las bases principales para la discriminación de las mujeres al considerar que estas son las principales responsables de la crianza de los hijos y de atender las necesidades de salud de las familias. Los roles de género se construyen de forma individual, a través de la socialización de los individuos en la sociedad, y en la interacción con ciertas estructuras sociales que ejercen un control sistémico para mantener y promover la jerarquía de género. La dimensión individual y la social convergen en presunciones y creencias que justifican la discriminación de las mujeres por razones de género; asignándoles el trabajo doméstico, legitimando la discriminación que sufre en el acceso al mercado laboral o limitando su promoción profesional y relegándolas a las posiciones más bajas del estatus ocupacional (Parella y Cavalcanti, 2010).

A partir de los datos obtenidos en este estudio, podemos afirmar que las mujeres inmigrantes por su condición de mujer sufren discriminación sistemática en el acceso al poder, al prestigio y a los recursos en la sociedad española. Estas desventajas se hacen evidentes en las encuestas por las escasas oportunidades laborales, las condiciones y la inseguridad laboral y económica o por las altas cargas asignadas en las tareas domésticas y en el cuidado de la familia. Por tanto, las mujeres inmigrantes, por su condición de mujer, tienen una doble desventaja: por una parte, aceptar trabajos que suponen para ellas un descenso en su estatus social (inconsistencia de estatus), y por otra, hacer frente a un mercado laboral muy limitado (el servicio doméstico) poco regulado, que incluye relaciones verticales con los empleadores e fundada en valores patriarcales (Parella, 2005). Además de los costes relacionados con el descenso de su estatus ocupacional, en las entrevistas también se pone de manifiesto como las mujeres tienen que afrontar el estrés emocional que supone la separación de sus familias, especialmente, para aquellas que dejaron hijos pequeños en los países de origen.

Desde la perspectiva transnacional se puede comprender como las construcciones de género y las expectativas sociales en relación al rol de género de hombres y mujeres se construyen y negocian entre las dos culturas (Gastaldo 2005). Estas mujeres tienen que redefinir sus identidades como madres migrantes y adaptarse como resultado de los nuevos roles que adoptan simultáneamente en la sociedad de origen y en la de destino (Raijman *et al*, 2003).

Así surge el concepto de maternidad “transnacional” que supone nuevas formas de maternidad que las mujeres inmigrantes tienen que incorporar para llevar a cabo la educación de sus hijos en los países de origen. Estas formas de maternidad incluyen circuitos de afecto, así como el soporte financiero para que sus hijos tengan una vida mejor (Solé y Parella, 2005). De acuerdo con esta perspectiva el concepto de maternidad universal (de mujer blanca y de clase media) es cuestionado, ya que para mujeres de diferentes clases sociales, grupos étnicos o nacionalidades su incorporación al mercado laboral puede colisionar con los modelos tradicionales de maternidad (Raijman *et al*, 2003). Estas mujeres rompen con los roles tradicionales asignados por las sociedades patriarcales a la maternidad y se convierten en sustentadoras del hogar, proporcionando seguridad económica a sus familias y convirtiéndose en actores sociales que buscan su autonomía personal (Solé y Parella, 2005).

En las narraciones se evidencia como las mujeres junto a sus responsabilidades de hijas, esposas o madres transnacionales, la mayoría ha adquirido el nuevo rol de sustentadoras de la familia, lo cual puede tener consecuencias positivas y negativas para ellas. Por una parte, están atrapadas entre los trabajos precarios y las obligaciones familiares de proporcionar ayuda a sus seres queridos; por otro lado, el nuevo rol, les permite adquirir mayor autonomía, estabilidad económica y confianza en sí mismas. Estos cambios en los roles que trascienden los roles tradicionales de género también han sido experimentados por otros grupos de inmigrantes al cambiar de una cultura a otra. En general, la idea de estas mujeres de que son las encargadas del soporte económico de sus familias y de que tienen que sacrificarse y ser responsables de todo lo que les sucede a sus hijos tiene consecuencias negativas para su salud (Kelson and DeLaet, 1999).

En resumen, el género y como se construyen sus significados dentro de la sociedad patriarcal española, interacciona con la etnia y la clase social y explica, por ejemplo, el enclaustramiento de las mujeres en una actividad laboral tan poco valorada socialmente, como es el servicio doméstico y de cuidados. De esta forma, la mujer inmigrante por su condición de mujer y por los prejuicios de la sociedad autóctona tiene que hacer frente a unas políticas discriminatorias, quedando relegada a la parte más baja de la escala social y siendo más vulnerable a la exclusión social y al deterioro de su salud.

#### 6.6.2.6. Raza/etnia.

La figura del inmigrante conlleva una serie de estereotipos y prejuicios que normalmente se manifiesta en prácticas discriminatorias, ya que por su condición de extranjero, ciertas nacionalidades, tienen limitados sus derechos laborales, sociales y políticos (Parella y Caval-

canti, 2010). La mayor parte de los países practican la discriminación contra los extranjeros y otras minorías dentro de sus fronteras.

La discriminación se define como el proceso a través del cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente e injusta por su inclusión en el grupo (Krieger, 2001). La discriminación puede afectar también a otros grupos de la sociedad que no son extranjeros por diferentes factores como: la posición socioeconómica, el género, la religión que profesan, o la pertenencia a un grupo étnico (Hyman, 2009).

La discriminación puede ser de dos tipos: interpersonal e institucional. La interpersonal es la que se produce en la interacción con los individuos y se puede percibir personalmente. La discriminación institucional se refiere a la incapacidad colectiva de una organización para proporcionar servicios adecuados y profesionales a las personas a causa de su color, su cultura o su origen étnico (Giddens, 2009). Esta forma de discriminación es menos visible, cala en todas las instituciones sociales (los servicios sanitarios, los servicios sociales o el sistema educativo) de forma sistemática y alientan políticas que favorecen a ciertos grupos mientras que discriminan a otros (Karisen and Nazroo, 2001; Giddens, 2009).

Por lo que se refiere a la población de estudio, como ya señalamos al presentar los determinantes macro estructurales, la discriminación institucional se ha puesto de manifiesto en las políticas migratorias existentes en el contexto actual de España, así como, en las organizaciones relacionadas con el contexto de recepción de los inmigrantes ya que a través de prácticas y procedimientos establecen barreras que limitan el acceso a determinados trabajos y servicios; y les excluyen de los derechos de ciudadanía. Por tanto, la discriminación institucional puede originar exclusión social, así como, otros factores estresantes que afectan negativamente a la salud. Estos resultados también se han obtenido en otros estudios, llevados a cabo en diferentes ciudades de España (Agudelo-Suárez *et al.*, 2011).

La discriminación personal ha sido asociada directamente con la salud y con los comportamientos de salud (Karisen and Nazroo, 2001; Hyman, 2009; OMS, 2010). En las entrevistas la mayoría de las mujeres describen experiencias personales de discriminación, en su contacto con la población española, en el día a día. Las percepciones de discriminación están principalmente asociadas a su situación de desventaja en relación a los españoles en el ámbito laboral e incluyen: las oportunidades laborales, las condiciones de empleo, la inestabilidad, los bajos salarios y la explotación, especialmente, de las que se encuentran en situación irregular.

En una revisión reciente de la literatura llevada a cabo por Willians & Mohammed (2009) encuentran que la discriminación percibida supone un alto riesgo para la salud. Además, la discriminación personal puede interactuar con el estatus socioeconómico y con el género, mostrándose más severa, para las personas con un estatus social más bajo. En los grupos más desfavorecidos, como es el caso de las inmigrantes, la discriminación puede ser menos visible y estar más legitimada (Williams & Mohammed, 2009). De esta forma se puede observar cómo la discriminación, el estatus socioeconómico, la etnia y el género interactúan y afectan a la salud de las mujeres.

Otros estudios demuestran que la discriminación junto con el estigma de inferioridad puede afectar negativamente a la percepción de la posición social y originar estrés (Hyman, 2009; Williams & Mohammed, 2009). El estrés puede afectar a la salud a través de varios mecanismos originando problemas importantes de salud mental y física (Achotegui, 2012; Matthews, Gallo, & Taylor, 2010).

En resumen, la globalización económica y la crisis económica actual, entre otros, determinan el contexto socioeconómico y político que afecta a las desigualdades estructurales de la sociedad española. El contexto sociopolítico de Cantabria junto con los factores estructurales refuerzan la estratificación social y condicionan la posición socioeconómica de las mujeres inmigrantes latinoamericanas, dentro de las jerarquías de poder y de prestigio, y por tanto, las condiciones de vida que les permita una buena salud. Los mecanismos estructurales están arraigados en las instituciones y son junto con el contexto los principales determinantes de las desigualdades sociales en salud que experimentan los inmigrantes. De esta forma, se pone de manifiesto las intersecciones que se producen entre los principales ejes de desigualdad: la clase social, el género, la etnia y la influencia de los valores sociales, económicos y culturales dominantes en el mundo globalizado y más concretamente, en España y en Cantabria.

### **6.6.3. DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD: LAS CIRCUNSTANCIAS MATERIALES, LAS CONDUCTAS DE SALUD, LAS REDES SOCIALES, EL SISTEMA SANITARIO.**

La influencia de los determinantes estructurales en la salud se produce a través de una serie de factores llamados intermedios de la producción de salud. Estos factores incluyen el ambiente social y el material, en el domicilio, en el lugar de trabajo, en el barrio o en la ciudad, y pueden contribuir positivamente o ser un riesgo para la salud. Al mismo tiempo, estos factores están relacionados con las redes sociales, y con un conjunto de influencias individuales como son los comportamientos y los factores psicosociales. La relación con la salud viene determinada por las diferencias en la exposición y en la vulnerabilidad, modulados por la presencia y acceso a los servicios de salud.

En este estudio nos referiremos a las circunstancias materiales, las redes sociales, los comportamientos y conductas de salud; así como al sistema sanitario.

#### **6.6.3.1. Circunstancias materiales.**

Las circunstancias materiales incluyen el ambiente físico, las condiciones de la vivienda, la disponibilidad de recursos y las condiciones ambientales del trabajo y del barrio. Unas circunstancias materiales favorables pueden promover la salud o bien aumentar los riesgos de enfermedad (WHO, 2010).

El acceso a una vivienda en condiciones adecuadas es uno de los principales factores intermedios ya que es un prerequisite para la salud física y mental (Jacobs, 2011). Debido al bajo estatus socioeconómico, al que nos hemos referido previamente, las condiciones de la vivienda de la población inmigrante, en Cantabria, también son precarias. La mayoría viven de alquiler y un pequeño porcentaje (5,8 %) disponen de vivienda propia. Los principales problemas con el acceso a la vivienda están relacionados con los altos precios de los alquileres y de compra;

y las pocas ayudas sociales disponibles. Además, por el hecho de ser extranjeros se les exigen más requisitos para el acceso a las viviendas de alquiler (dinero para la fianza, avales bancarios, registro en el censo etc.). Lo cual da lugar a alquileres más altos y mayor presupuesto para dedicar a la fianza. Estos resultados coinciden con otros estudios llevados a cabo en la Comunidad de Cantabria (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2009). La mayoría de las encuestadas (81,1 %) comparte el piso con tres personas o más. Siendo la media de persona por casa de 3,9 %. El hacinamiento y la no disposición de al menos, una habitación por persona pueden afectar negativamente a la salud mental y a la física (WHO, 2010). El acceso a una vivienda digna es un derecho humano fundamental y un requisito para la salud (OMS, 1986).

Las condiciones laborales están mediadas por los roles de género y pueden afectar a la salud física, psicológica y social (Solar & Irwin, 2010).

Los diferentes mecanismos de estratificación como el género, la clase y la etnia explican como las mujeres inmigrantes en el ámbito laboral están expuestas a una serie de riesgos para su salud. Como ya apuntamos previamente, la mayoría, por su condición de mujer se concentra en los trabajos relacionados con el servicio doméstico lo cual las relega a la posición más baja de la escala ocupacional. Estos empleos los complementan con otros trabajos a tiempo parcial o haciendo horas sueltas los fines de semana. Más de la cuarta parte realiza este tipo de trabajos a tiempo parcial. Las condiciones de empleo son precarias; la tasa de desempleo es del 24,8 %; los trabajos están mal remunerados; son inestables y están expuestas a importantes riesgos psicosociales en sus puestos de trabajo. Estos datos están en concordancia con estudios previos llevados a cabo en España con mujeres inmigrantes (Parella, 2003; Arellano, 2006; Carrasco *et al.*, 2007; Jiménez & Redondo, 2007; Llácer *et al.*, 2007; Perreten *et al.*, 2010).

La falta de oportunidades laborales, la inestabilidad, la invisibilidad y la acumulación de diferentes factores ambientales negativos, a lo largo del tiempo, puede tener efectos negativos en su salud. Particularmente, las mujeres sin documentación fueron más vulnerables a las condiciones precarias, al no disponer de documentos, trabajaban sin contratos y sin posibilidades de negociar las condiciones laborales (Ahonen *et al.*, 2010). Por ello, estas personas tienen grandes obstáculos para acceder a unas condiciones dignas de vida y de trabajo, lo cual produce gran sufrimiento y consecuencias para la salud.

### 6.6.3.2. COMPORTAMIENTOS Y CONDUCTAS DE SALUD.

Las conductas de salud representan un condicionante de salud bien reconocido (Adler and Newman, 2002). Los resultados de este estudio reafirman la concepción de salud como un fenómeno transnacional por parte de las inmigrantes. Los comportamientos y las decisiones que adoptan en relación a su salud están determinados por las condiciones sociales, políticas y culturales, tanto en sus países de origen, como en España.

En general, las mujeres preservan algunas conductas para mantenerse saludables, que llevaban a cabo en sus países de origen, cómo realizar ejercicio físico o cuidar la alimentación,

sin embargo, el descenso en su estatus social y las nuevas circunstancias sociales y laborales que soportan en España han producido cambios en su estilo de vida y en sus hábitos que pueden tener efectos negativos en su salud. En unos casos abandonando hábitos saludables y en otros adquiriendo conductas perjudiciales como el uso del tabaco o de fármacos para hacer frente a las situaciones de estrés. Por tanto, las conductas de salud y los autocuidados se producen en el espacio transnacional, en la intersección entre los factores individuales (estatus económico, género y etnia), y los contextos familiares, sociales, culturales, económicos y políticos del momento actual en España y en los países de origen (Llácer *et al.*, 2007).

### 6.6.3.3. La redes sociales.

Una de las principales prioridades de las mujeres entrevistadas es disponer de redes sociales de apoyo en el entorno en el que viven. En relación al apoyo social, en la población de estudio se identifican tres grupos diferentes de mujeres. Uno formado por mujeres que tienen la familia en España, para las cuales, la familia constituía un soporte emocional, en general, muy bien valorado; este grupo se correspondía con las mujeres que estaban más asentadas y con mejor posición social. Otro grupo constituido mujeres solas solteras y sin hijos, bien relacionadas socialmente, que perciben la migración como una oportunidad para llevar a cabo sus proyectos personales y/o profesionales. Y un tercer grupo, formado por madres de familia que habían iniciado solas el proyecto migratorio, forzadas por las condiciones económicas de su país, dejando a sus hijos en el país de origen y adquiriendo el estatus de madres transnacionales. Generalmente, estas últimas trabajan como internas, cuidando personas mayores en sus domicilios, su objetivo es acumular dinero para mejorar la posición de su familia, no poseen documentación y aceptan condiciones laborales extremas con tal de poder enviar dinero. Las posibilidades de establecer relaciones sociales para este grupo eran muy escasas, por lo que el riesgo de aislamiento social es elevado. Estas condiciones laborales, caracterizadas por aislamiento y la falta de apoyo social pueden afectar negativamente a la salud mental de las mujeres (Llácer *et al.*, 2007).

La importancia del apoyo social ha sido ampliamente reconocida en la literatura (Wilkinson and Marmot, 2003; Whitehead and Dahlgren, 2010). Las personas que mantienen buenas relaciones sociales tienen mejor salud. El pertenecer a una red de apoyo hace, según los mismos autores, que la persona se sienta cuidada, querida y valorada, ejerciendo un poderoso efecto protector sobre la salud. Por tanto, la presencia de una red social o de organizaciones comunitarias de apoyo puede contribuir a mantener mejores niveles de salud y, especialmente, de su salud mental.

En las entrevistas se observa como la pérdida de apoyo social y familiar junto a la separación física de sus hijos afecta negativamente al bienestar psicológico y a la salud mental de las madres (Solé y Parella, 2005). La nostalgia, el dolor y la ansiedad aumentan cuando el período de separación se prolonga o es incierto, situación que se complica por la situación legal, la distancia de su país y el alto coste del viaje. Junto al dolor y la nostalgia que le supone la



separación física de sus hijos luchan contra los valores de la maternidad que previamente han interiorizado y que implican el cuidado directo de los hijos (Graham, 2011).

Sin embargo su papel de madre lo mantienen en la distancia. La disponibilidad de las nuevas tecnologías y la facilidad para contactar con sus familias sirve para aliviar la soledad de estas mujeres, y les permite, a través de Internet, mantener sus roles de madres o cuidadoras transnacionales, incrementando su autoestima y su valoración personal. Al mismo tiempo, generan unas expectativas, ligadas a la condición de mujer, que incrementan las demandas y las responsabilidades familiares, produciendo unas cargas adicionales que limitan su autonomía. Estos resultados han sido corroborados por otros estudios realizados con metodología cualitativa (Gastaldo *et al.*, 2005; Gentil, 2009).

Los lazos sociales con personas del país de origen ejercen, en general, un efecto protector en la salud ya que les proporciona recursos materiales y apoyo emocional. Sin embargo, algunas mujeres manifiestan que no quieren compartir sus experiencias personales con miembros de su comunidad étnica. En ocasiones, el control ejercido por las asociaciones procedentes de sus países de origen les afecta negativamente, ya que estos grupos pueden ejercer una acción opresora, al juzgarlas en base a los valores patriarcales dominantes en sus comunidades de origen. Otros estudios llevados a cabo con inmigrantes Canadienses encontraron resultados similares a los aquí expuestos (Anderson, 1999; Magalhaes *et al.*, 2010). Nuevamente, se pone de manifiesto como las mujeres tienen que compaginar las nuevas exigencias laborales con los roles familiares tradicionales y con las expectativas sociales. Estos son aspectos transnacionales que deben tomarse en consideración.

#### 6.6.3.4. El sistema sanitario.

El sistema sanitario es en sí mismo un importante determinante social de la salud que a su vez interacciona con otros determinantes sociales, pudiendo originar desigualdades en salud (OMS, 2007).

En las entrevistas, en general, las mujeres muestran una visión holística de la salud, en el que la salud se define no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como buena calidad de vida y bienestar psicológico y social. Esta visión no concuerda con la concepción actual del Sistema Sanitario Español, con una visión biologicista, que considera que la salud es una entidad aislada, y que la enfermedad es consecuencia de las deficiencias genéticas, antecedentes familiares, hábitos personales o de conflictos individuales. Por ello, la atención y las intervenciones del sistema sanitario se orientan, principalmente, al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones biológicas del individuo, sin tener en cuenta las dimensiones psicológicas, emocionales ni la influencia de los determinantes sociales en la salud (OMS, 2007). Esta puede ser la razón por la que las mujeres consideran que se atienden bien las necesidades físicas, pero no sus problemas psicosociales.

La valoración que realizan las mujeres del sistema sanitario está determinada por el género, la clase social, la cultura y las expectativas personales. Al mismo tiempo, evalúan al sistema y a

los profesionales estableciendo la comparación con los sistemas sanitarios de sus países de origen. Al igual que ocurre en otros estudios (Anderson, 1999; Hilfinger, 2002) el uso de los servicios de salud que realizan las mujeres y las decisiones que adoptan en relación a la utilización de los servicios sanitarios están condicionados por sus experiencias transnacionales.

El acceso inadecuado a los servicios de salud es uno de los factores que determina las desigualdades en salud. La percepción de un trato desigual a los españoles o la apreciación de barreras sociales o institucionales de acceso al sistema pueden afectar a la percepción de su posición social, aumentar su vulnerabilidad y las desigualdades en salud (OMS, 2007).

En este estudio, las mujeres identifican una serie de barreras de acceso al sistema relacionadas con los profesionales y con los servicios prestados en los centros sanitarios como: problemas de comunicación, lentitud para atender sus demandas por las largas listas de espera, percepción de discriminación, horarios incompatibles con su jornada laboral, escasa sensibilidad cultural y problemas relacionados con sus prácticas culturales. El hecho de que no identificaran a los profesionales de la salud (médicos o enfermeras) como expertos que pudieran escucharles y ayudarles con sus problemas psicosociales o emocionales propicio que, en ocasiones, el contacto con el sistema constituyera una fuente de frustración. No obstante, a pesar de las dificultades encontradas la mayoría de las mujeres encuestadas expresaron que estaban satisfechas con el sistema sanitario español.

En el período de realización de las encuestas un ocho por ciento de las mujeres no disponía de tarjeta sanitaria, y por tanto, no tenía acceso efectivo a las prestaciones sanitarias. El hecho de que el acceso a la tarjeta sanitaria no se reconozca automáticamente, como un derecho vinculado a la residencia en España, dificulta el acceso a la atención sanitaria a los inmigrantes que no disponen de documentos legales (Moreno y Fuentes, 2011). En la población estudiada, trece personas manifestaron que se encontraban resolviendo los trámites para adquirir la tarjeta sanitaria (registro en el padrón municipal o demostrar su residencia en España) y otras dieciséis personas se encuentran sin ningún tipo de cobertura sanitaria, ni prestación farmacéutica.

La reforma sanitaria llevada a cabo, recientemente, por el Gobierno español, mediante el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, ha endurecido estas medidas y supone la ruptura de la universalidad del Sistema Nacional de Salud. La nueva legislación priva de servicios esenciales (curativos y preventivos) a los inmigrantes sin documentación, salvo en situaciones de urgencia, en la maternidad o en el caso de los menores de edad (BOE, 2012). Asociaciones de profesionales sanitarios y organizaciones no gubernamentales han creado una plataforma y lanzado la campaña “Derecho a curar, derecho a ser tratado” para denunciar y luchar contra estas medidas ya que suponen “una violación de los derechos humanos, por limitar el derecho a la salud de algunos de los colectivos más vulnerables de la sociedad y por ser una medida regresiva y discriminatoria” (Derecho a curar.org).

Al mismo tiempo, son medidas que no ahorran dinero y perjudican la salud pública. Según el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2008) el acceso a los servicios de salud y a

la información relacionada con la salud es importante para mantener un buen estado de salud. Cuando las personas tienen facilidad para acceder a las consultas de Atención Primaria es probable que reciban mejor atención preventiva y los diagnósticos se realicen con más prontitud. Esto, conlleva menos pruebas diagnósticas y menos tratamientos y hospitalizaciones suponiendo un ahorro de costes al sistema sanitario. Al mismo tiempo el acceso a la información de salud facilita el control de los problemas crónicos de salud y mejora los autocuidados de las personas dirigidos a la salud (OMS, 2008).

En la actualidad, el perfil de la población Latinoamérica con tarjeta sanitaria en la Comunidad de Cantabria responde a mujeres jóvenes, en edad reproductiva, lo cual puede originar un incremento en el uso de las consultas médicas y de enfermería. Varios estudios, llevados a cabo en España (Carrasco, 2007; Rivera, *et al.*, 2008; Hernando, 2009; Muñoz de Bustillo; Anton, 2010) ponen de manifiesto que los inmigrantes hacen un uso adecuado de los servicios de salud, no originando más costes al Sistema Sanitario que el producido por la población autóctona. Sin embargo, estos resultados no han podido ser corroborados en nuestra población de estudio, al no disponer de datos sobre frecuentación de consultas en los centros de Atención Primaria de la Comunidad (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2010).

Resumiendo, el contexto socioeconómico y político de las mujeres inmigrantes en Cantabria afecta a una serie de factores intermedios entre los que se encuentran: las circunstancias materiales como; los recursos económicos, las condiciones de las viviendas, las laborales o el desempleo. Las circunstancias psicosociales, el soporte social y los comportamientos de salud también pueden afectar positiva o negativamente a la salud. La distribución desigual de todos estos factores tiene diferentes consecuencias para la salud. Las reformas recientes del Sistema Nacional de salud español no garantizan la gratuidad ni el acceso universal a la asistencia sanitaria, lo cual puede contribuir a incrementar las desigualdades en salud.

#### **6.6.4. IMPACTOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA EQUIDAD EN SALUD Y EN EL BIENESTAR.**

Como ya hemos expuesto en este capítulo la salud de las personas está influida principalmente por los determinantes sociales. A lo largo del estudio se puede comprobar cómo las mujeres inmigrantes participantes tienen más posibilidades que los españoles de ser pobres, estar desempleadas, tener peores trabajos, salarios inferiores, sufrir discriminación, barreras para acceder al sistema sanitario, y diferencias en otros determinantes sociales de salud que contribuyen a tener un bajo estatus social subjetivo y peor salud física y mental. Todas estas diferencias y otros factores sociales contribuyen a las desigualdades de salud observadas en este grupo.

Los resultados del estudio muestran que en el momento actual hay un grupo de mujeres particularmente proclives a caer en la exclusión social. La exclusión social se refiere a como los individuos pueden verse apartados de su participación en el conjunto de la sociedad. Es un concepto más general que el de la pobreza aunque incluya a esta, también abarca un conjunto

de factores sociales, culturales y políticos (Giddens, 2010). Es un proceso multidimensional y complejo que impacta en las desigualdades de salud, implicando a un conjunto de determinantes sociales que actúan como mecanismos causales (Comisión Europea, 2011).

La Red de Conocimiento sobre Exclusión Social de la Comisión sobre Determinante Sociales de Salud ha desarrollado un marco de análisis que describe la relación entre exclusión social y las desigualdades en salud (Comisionado por la Presidencia Española de la UE, 2011). Las cuatro dimensiones fundamentales de la exclusión social según el modelo (social, política, cultural y económica) confluyen originando estratificación social. A su vez, la estratificación condiciona la exposición y aumenta la vulnerabilidad hacia la enfermedad, originando el incremento de las desigualdades en salud.

Así pues, la exclusión social se entiende como un proceso de distanciamiento progresivo de una situación de integración social que puede constar de varios estadios en base a la intensidad; desde situaciones de vulnerabilidad hasta las de exclusión más graves (Subirats *et al.*, 2004). Los mismos autores señalan que los tres elementos fundamentales para la inclusión social son: en primer lugar, garantizar los derechos de ciudadanía y los derechos económicos, políticos y sociales correspondientes. En segundo lugar, la existencia de redes de reciprocidad social ya sea de carácter afectivo, familiar o comunitario, y finalmente, el otro pilar que sustenta la inclusión social es la participación en el mercado laboral ya que proporciona recursos materiales y da sentido e identidad a las personas.

Por tanto, las posiciones de las mujeres inmigrantes, en Cantabria, pueden conducir a la exclusión social por: el escaso reconocimiento de sus derechos sociales y políticos como ciudadanas, por el insuficiente apoyo social que reciben y por las pequeñas oportunidades de empleo que les ofrece el mercado laboral, en España. Un mercado laboral segmentado, precarizado con pérdidas progresivas de derechos y coberturas sociales que le proporciona un bajo estatus socioeconómico (Navarro, 2012). El estatus bajo puede originar discriminación social e institucional, la cual genera más desempleo, barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales, violencia, mala salud y discapacidad. Al mismo tiempo, los mecanismos que originan la exclusión social generan una posición social que conduce a unas circunstancias de vida adversas que aumentan la exclusión (Comisionado por la Presidencia Española de la UE 2011).

El riesgo de exclusión social se ha visto agravado con la crisis económica actual, principalmente por el desempleo que se ha generado, y por la pérdida de protección social que están sufriendo la sociedad española como consecuencia de los recortes sociales. Por ello, es preciso reforzar las políticas y fomentar los proyectos a favor de la inclusión social.

En relación a la salud percibida, la metodología cuantitativa muestra que la salud percibida, de las inmigrantes es peor que la de las mujeres cántabras y un alto porcentaje percibe su estatus social subjetivo como regular o malo en relación a los españoles. La influencia del estatus social subjetivo en la salud se hace evidente en los resultados del análisis estadístico donde encontramos un gradiente social entre el estatus social subjetivo y la salud, manifestando peor salud las

mujeres que se posicionaron en la parte más baja de la escala social. Estos resultados también han sido corroborados en numerosos estudios sobre la influencia del estatus social subjetivo en la salud (Adler & Stewart, 2007).

La metodología cualitativa demuestra que la salud de las mujeres se produce en el espacio transnacional. Las decisiones y conductas relacionadas con la salud se producen en la intersección entre los factores individuales (estatus económico, género y etnia), y los diferentes contextos (familiares, sociales, culturales, económicos y políticos) del momento actual; tanto de España, cómo de sus países de origen. De esta forma, se pone de manifiesto, como la inmigración es un proceso dinámico y multidireccional, y como las mujeres construyen y reconstruyen sus vidas e identidades de forma simultánea entre las dos sociedades.

Aunque entre los objetivos del estudio no se encuentra identificar los problemas de salud, en las entrevistas las mujeres refieren una serie de alteraciones y molestias relacionadas con las intersecciones que se producen entre sus condiciones de vida en España, los contextos sociales y familiares de sus países de origen y los roles de género. Por un lado las condiciones de precariedad laboral y el trabajo doméstico con las cargas que conlleva exponen a las trabajadoras a una serie de riesgos físicos y psicológicos. Entre los problemas que refieren relacionados con la actividad laboral se encuentran; molestias músculo-esqueléticas, sobrepeso y obesidad. Otros problemas son: “agotamiento”, dificultades para dormir, cefaleas, pérdida de autoestima y otras molestias de origen psicosomático. Finalmente, refieren problemas de salud mental como: ansiedad/depresión y el estrés crónico que experimentan en su proceso de adaptación a España. Estos hallazgos también han sido identificados en otros estudios llevados a cabo en España con mujeres inmigrantes (Castillo *et al.*, 2001; Mazarrasa *et al.*, 2005; Achotegui, 2008; Porthé, 2009; Garcia y Oliva, 2009; Ahonen *et al.*, 2010) y pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo intervenciones para responder de forma adecuada a las necesidades de las mujeres inmigrantes.

En resumen, en este apartado se describe el impacto de los determinantes sociales en las desigualdades de salud experimentado por las mujeres inmigrantes en Cantabria. El análisis de los resultados demuestra la presencia de desigualdades en los determinantes sociales de las inmigrantes en relación a la población cántabra. El estudio permite visualizar la conexión entre los determinantes estructurales de las inequidades en salud con los determinantes intermedios; y muestra las posibles trayectorias a través de las cuales los determinantes sociales impactan en la salud de las inmigrantes.

Desde el año 2004 hasta la actualidad, el gobierno español impulsado por el Consejo de la Unión Europea ha puesto en marcha un “Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración” basado en “Principios básicos comunes para las políticas de integración de los inmigrantes en la Unión Europea” (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2012). En dichos planes se define la integración como “un proceso bidireccional y dinámico de ajuste mutuo por parte de los inmigrantes y residentes en los estados miembros”, insistiendo en el carácter holístico y no solo económico de las políticas de integración.

Sin embargo, estos planes no han conseguido los resultados esperados y las estrategias actuales están incrementando las desigualdades en salud. Las políticas sociales en relación a la recepción de inmigrantes, el acceso al trabajo, a la educación, o a la asistencia sanitaria están originando una distribución desigual e injusta de los recursos y condicionando las circunstancias materiales (condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de recursos etc.), los factores psicológicos y las conductas de salud de las personas inmigrantes.

La salud y las inequidades en salud son fruto de las condiciones en que las personas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2008). A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Las decisiones políticas llevadas a cabo recientemente en Europa y en España en relación a la crisis financiera están debilitando la calidad de los determinantes sociales de salud, y originando problemas de salud física y mental e incluso un aumento de la mortalidad (Marmot, 2012; Benach et al, 2012). Las políticas de austeridad reducen los gastos sociales, afectando, principalmente, a las personas que se encuentran en los estratos más bajos de la sociedad, como es el caso de las mujeres inmigrantes.

Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles (Ministerio de Sanidad y Política Social 2010: Comisionado por la Presidencia Española de la UE, 2011). La mejora y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes y los gobiernos a nivel nacional y global deben poner la equidad en el centro de todas las políticas.

Finalmente, para fomentar la equidad en salud globalmente es necesario empoderar a los individuos, las comunidades y las naciones. Las personas necesitan tener control sobre las circunstancias de sus vidas y vivirlas con dignidad. Ello implica, lograr que la población entienda que son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud y atender todos los determinantes de salud a lo largo de la vida de las personas, desde la infancia hasta la vejez.

## **CAPÍTULO 7**

# **Conclusiones y consideraciones finales**





## 7.1. CONCLUSIONES.

Los resultados de este estudio han permitido ampliar los conocimientos sobre las características demográficas, y sobre los principales factores determinantes del estatus social subjetivo y de la salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Cantabria. Además pone de manifiesto, las desigualdades en salud generadas por los determinantes sociales de salud que afrontan las mujeres inmigrantes en Cantabria

1. El perfil de las mujeres latinoamericana residentes en Cantabria se corresponde con mujeres jóvenes, de llegada reciente a Cantabria, procedentes, mayoritariamente, de países de renta baja y media baja, que se han desplazado a España para trabajar. Su estatus socioeconómico es bajo, y la tasa de desempleo ligeramente superior a la de los españoles. Su nivel educativo es medio/alto, sin embargo, su estatus laboral y sus salarios son bajos, en relación al de los españoles. Su situación económica, muestran datos de pobreza superiores a la población cántabra, encontrándose casi la tercera parte en riesgo de exclusión social. La mayoría tiene familiares dependientes económicamente en sus países de origen y un 8% no tiene acceso efectivo a las prestaciones sanitarias.
2. Tras su llegada a España se produce un descenso en la percepción de su estatus social. Un alto porcentaje perciben su posición social como regular mala o muy mala en relación a los españoles, produciéndose en la escala de estatus social subjetivo una sobre representación de los niveles de estatus más bajo. Entre los principales factores que determina la percepción de la posición social se encuentran los ingresos y el trabajo, fundamentalmente, las condiciones laborales y el trato recibido por parte de los contratantes.
3. La salud percibida de las mujeres inmigrantes es peor que la salud de las mujeres cántabras, teniendo peor salud las que se posicionan en la parte más baja de la escala social. Sin embargo, si los datos se comparan con los de las mujeres españolas que tienen su mismo estatus ocupacional, las mujeres inmigrantes tienen mejor salud percibida, poniéndose de manifiesto la importancia de la ocupación para la salud percibida de todas las mujeres.
4. Para estas mujeres, la salud es un fenómeno transnacional, resultado de las interacciones que se establecen entre el país de origen y de recepción. Las decisiones, acciones y conductas

que adoptan se producen en el espacio transnacional, en la intersección entre los factores individuales y los contextos sociales, políticos y económicos de la sociedad de origen y la española.

5. En cuanto a la relación entre el estatus socioeconómico, el estatus social subjetivo y la salud percibida, se halla una débil asociación entre el estatus socioeconómico y la salud percibida, esto no significa que las características socioeconómicas no afecten a la salud de los inmigrantes, sino que existe una limitación importante al usar el indicador de estatus socioeconómico ya que este no es sensible a los factores contextuales, étnicos y otros relacionados con el proceso migratorio.

Se presenta un gradiente social entre el estatus social subjetivo y la salud percibida. Por tanto, esta medida es un predictor de salud y puede proporcionar información adicional acerca del contexto y de la posición social de las personas que los indicadores del estatus socioeconómico no pueden captar. El estatus social subjetivo mantiene relación significativa con los ingresos pero no la tiene con el nivel de estudios ni con la ocupación, por las propias condiciones de la migración.

6. Los principales determinantes del estatus social subjetivo y de la salud se encuentran en el contexto socioeconómico y político. La globalización, la crisis económica actual, el colonialismo junto con otros factores estructurales refuerzan la estratificación social por clase, género y etnia; produciéndose unos mecanismos que afectan a la posición socioeconómica, a las circunstancias materiales y a los comportamientos con repercusiones en el estatus social subjetivo y en la salud.
7. Los principales problemas de salud referidos por las mujeres participantes son de origen psicosomático relacionados con la ansiedad y el estrés crónico experimentado en su proceso de adaptación a España. Otros problemas son la exclusión social y los relacionados con la actividad laboral: molestias músculo-esqueléticas, agotamiento, insomnio, sobrepeso y obesidad.
8. A pesar de la existencia de un sistema sanitario con cobertura universal (en el periodo del estudio) se constataron dificultades en el acceso a los servicios como; barreras administrativas, problemas de comunicación con los profesionales y escasa competencia cultural por parte de los profesionales sanitarios, lo que demuestra que se precisan intervenciones educativas para garantizar la equidad en salud. Cuestiones que se verán agravadas en el futuro por las mayores dificultades de acceso al sistema de salud y de protección salud de los inmigrantes no regularizados.
9. Las políticas de austeridad y la reducción de los gastos sociales tienen un impacto profundo en las desigualdades de salud, afectando principalmente, a los grupos más desfavorecidos socialmente como es el caso de las mujeres inmigrantes, cuyos apoyos institucionales y sociales son reducidos.

## 7.2. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones para la política, para la práctica interdisciplinaria en salud, para la docencia y para la investigación

### 7.2.1. IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA.

- El modelo conceptual de determinantes sociales de salud expuesto en esta tesis permite actuar sobre las desigualdades en salud a través de cuatro puntos de entrada: haciendo frente a las desigualdades estructurales; a las diferencias en la exposición a los factores que amenazan la salud; a las diferencias en la vulnerabilidad y a las diferencias en las consecuencias de las enfermedades. Todos estos puntos de entrada tienen que abordarse con políticas a nivel global, nacional, local e individual.
- Aunque en los últimos años, las políticas para reducir las desigualdades en salud, tanto en España como en el resto del mundo, se han considerado prioritarias y han ido escalando posiciones en las agendas políticas nacionales e internacionales, los discursos y prácticas políticas actuales, basadas en la doctrina neoliberal están ampliando las desigualdades. La reducción del estado de bienestar y la renuncia a las políticas redistributivas en educación, renta, vivienda, empleo, atención a la salud y otras está incrementando la injusticia social y por lo tanto aumentando la producción de enfermedades. Debe ser de alta prioridad asegurar que las políticas de los gobiernos no aumentan las desigualdades de salud evitables.
- Es preciso poner la equidad en el centro de las políticas. La acción sobre los determinantes sociales de salud incluye a toda la sociedad, siendo el sector salud un foco importante, entre otros muchos sectores donde se precisan intervenciones para reducir las desigualdades. Es preciso mantener el enfoque de la Atención Primaria de Salud ya que sitúa a la equidad como valor central, junto con la cobertura universal, las medidas intersectoriales y la participación y la negociación del liderazgo en el sector salud. La Atención Primaria de Salud tiene como uno de sus pilares la promoción de la salud y por lo tanto, los determinantes sociales de salud son parte constitutiva de sus prácticas (OMS, 2008).
- Los tres principios básicos de acción que define la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud para reducir las desigualdades en salud son: a) mejorar las condiciones de vida de la población, b) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y c) medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, capacitar al personal, y sensibilizar a la opinión pública sobre los determinantes sociales de salud. Las políticas varían desde el ámbito macro; poder político, políticas sociales, macroeconómicas o de mercado de trabajo; a políticas dirigidas a los individuos para mejorar sus condiciones materiales o psicosociales; así como las destinadas a mantener el Sistema Nacional de Salud.

### 7.2.2. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA INTERDISCIPLINAR EN SALUD.

- Entre las funciones principales de los profesionales de enfermería y del equipo de salud están la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Estas actividades requieren intervenciones que en la mayoría de los casos dependen de otros sectores distintos al sanitario. Por consiguiente, la prevención requiere, principalmente, de intervenciones sociales y económicas, tanto macro como micro-estructurales, fuera del ámbito sanitario. Los profesionales de la salud tienen un papel importante para abordar los determinantes sociales de la salud de los individuos y comunidades, no medicalizando la atención de los determinantes sociales de salud, sino utilizando la evidencia científica para visualizar el daño que originan los factores socioeconómicos en el bienestar. Se trata de asegurar que los programas de promoción de la salud no se centran solo en los estilos de vida y las conductas individuales e incluyen los principales determinantes sociales de las desigualdades en salud.
- En necesario desarrollar intervenciones y diseñar programas de salud comunitaria dirigidos a la población inmigrante para facilitar su asentamiento e integración en la sociedad española. Los profesionales de salud deben estar alerta antes las situaciones de racismo, sexismo y clasismo, y tomar conciencia de los problemas sociales, laborales, económicos y culturales que afectan a la salud de estos grupos, particularmente, a las mujeres inmigrantes cuya salud mental se encuentran en mayor riesgo debido a las condiciones laborales, la soledad y a la falta de apoyo social. Es preciso trabajar con una orientación comunitaria potenciando la creación de grupos intersectoriales, donde se facilite la representación y participación de todos los grupos implicados; así como, promover la formación de redes de apoyo social a los colectivos de inmigrantes. Las actividades comunitarias deben estar incluidas en las agendas de trabajo de los profesionales, formar parte de su actividad regular y ser reconocidas por parte de las administraciones públicas.
- Es prioritario abordar los determinantes de salud desde una perspectiva holística, lo que implica tener en cuenta todas las dimensiones de las personas: física, emocional, espiritual, mental y ambiental, dentro de sus contextos familiares y sociales. La acción holística, también exige tener en cuenta todos los intereses e incluir a todas las personas envueltas en el proceso de toma de decisiones, especialmente, a los grupos más desfavorecidos como es el caso de los inmigrantes.
- Es preciso enfocar la práctica habitual hacia los determinantes sociales, incluyendo en la valoración de los usuarios preguntas sobre: nivel de renta, educación, trabajo, vivienda, discriminación, apoyo social, etc. Incorporar la valoración del estatus social subjetivo para conocer la percepción de las personas sobre su posicionamiento social, particularmente, en los grupos de inmigrantes, ya que las medidas tradicionales no captan la posición socioeconómica real de estos grupos Además, considerar los determinantes sociales en los tratamientos y

en los planes de seguimiento, asegurándose de que las personas entiendan la relación entre la salud y los determinantes sociales, y minimizando su impacto, con intervenciones interdisciplinarias adecuadas. Es necesario que todos los profesionales de la salud determinen la posibilidad de acceso a todos los servicios disponibles; y si no, ayudar a que las personas encuentren los recursos para hacerlos accesibles. Finalmente, se precisa tener conocimiento de los recursos sociales y de salud disponibles en la Comunidad, especialmente, para los que se encuentran en desventaja social. Se trata de garantizar que el sector salud vigila las inequidades en salud y los efectos de las políticas sobre los determinantes sociales.

- Los profesionales de la salud tienen como cometido “empoderar” a los usuarios del sistema de salud y a sus comunidades, con el fin de que las personas dispongan de más habilidades para gestionar sus recursos y adquieran más control sobre sus vidas. De esa forma, mejorará la participación efectiva de los ciudadanos y usuarios en el sistema sanitario y aumentará la calidad de la relación clínica, mejorando la satisfacción de los usuarios y fomentando la equidad en salud globalmente. Debe velarse por la inclusión preferente de los grupos más desfavorecidos, como los inmigrantes.

### 7.2.3. IMPLICACIONES PARA LA DOCENCIA.

- Incorporar los conocimientos sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación del pre y postgrado en todas las disciplinas de salud; así como, en los programas de formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de los servicios. Esta formación es fundamental para aumentar la sensibilidad de los profesionales hacia las desigualdades en salud y reorientar el sistema sanitario de un modelo biomédico a otro orientado hacia los determinantes sociales de salud.
- Integrar la formación intercultural como parte fundamental en los planes de estudios de grado y postgrado de todas las disciplinas de la salud para garantizar que los servicios y las instituciones son culturalmente competentes.
- Educación continuada para los profesionales de la salud que no han recibido formación sobre cómo trabajar en los determinantes sociales de salud, ni en competencia cultural para disminuir la brecha generacional en la profesión.

### 7.2.4. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.

- Los estudios referentes a la influencia del estatus social subjetivo en la salud son inexistentes en España, y a nivel internacional los conocimientos teóricos son limitados. Es preciso realizar más estudios que determinen con precisión que aspectos capta el estatus social subjetivo y cuáles son los mecanismos que median en la asociación entre la percepción de la posición socioeconómica y la salud. Así mismo, se precisan estudios longitudinales e investigaciones utilizando metodología cualitativa para averiguar la relación entre el estatus social subjetivo

y la salud. El conocimiento de las trayectorias de salud permitirá programar actividades de promoción y prevención y reducir las desigualdades en los grupos más vulnerables.

- En España es necesario redefinir las prioridades en investigación en salud e incrementar los presupuestos para averiguar el impacto de los determinantes sociales en las desigualdades de salud. El gasto destinado a investigación y desarrollo es escaso en relación a otros países del mismo nivel socioeconómico y a la meta establecida por el Consejo de Europa. Además, tanto en España como en el mundo, la producción científica sobre determinantes sociales y desigualdades en salud es escasa, si se compara con otras áreas de investigación relacionadas con determinantes de salud como la genética.
- Para investigar sobre las desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los principales determinantes de salud, así como, todos los mecanismos y los procesos causales que intervienen en la mala salud o el bienestar. Es preciso analizar cómo afectan los factores estructurales como; la clase, el género, la etnia/raza a la forma en que las personas experimentan los problemas de salud y desarrollar iniciativas y políticas que aborden esos ejes de desigualdad.
- Las desigualdades sociales deberían ser un área prioritaria para la investigación práctica de los profesionales de la salud, ya que son elementos constitutivos de la producción de enfermedad y sufrimiento innecesario para la sociedad. Los profesionales de enfermería se encuentran en la primera línea del sistema de salud, y por lo tanto, pueden detectar el impacto de los determinantes sociales en la salud de las personas. En la actualidad, las intervenciones para prevenir la enfermedad, normalmente, se enfocan hacia el individuo y sus conductas; sin embargo, para abordar la equidad en salud es de vital importancia valorar, también, los contextos sociales y los factores estructurales que influyen en la vida de las personas.
- Es necesario promover las políticas basadas en la evidencia. Una herramienta que ayuda a las personas a tomar decisiones, bien informadas, sobre los programas y los proyectos, poniendo a disposición la mejor evidencia científica disponible a la hora de formular y poner en práctica las políticas de salud. Para ello, es preciso facilitar la difusión de los hallazgos de investigación a todas las partes implicadas para incorporarlos a las políticas locales y nacionales; y hacer partícipes a los científicos de los procesos de toma de decisiones y los contenidos de las políticas. De esta forma se facilitaría la integración entre la ciencia y la política.

## **Bibliografía**





- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (1).
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome de duelo migratorio extremo). Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/la-crisis-como-factor-agravante-del-sindrome-de-ulises-sindrome-del-duelo-migratorio-extremo1/>
- Adanu, R. M. K., & Johnson, T. R. B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 179-181.
- Adler, N., Espel, E., Castellazzo, G., & Ickovics J.R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology* 19(6), 586-592.
- Adler, N., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health pathways and policies. *Health Affairs*, 21(2), 70-76.
- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K., & Marmot, M. (2008). Social status and health: A comparison of british civil servants in whitehall-II with european-and african-americans in CARDIA. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1034-1045.
- Adler, N., & Stewart, J. (2007). *The MacArthur scale of subjective social status*. Retrieved from <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/subjective.html>
- Adler, N., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health*, 1186, 5-23.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, white women. *Health Psychology*, 19(6), 586.
- Agudelo, S. A., Ronda, E., Gil, G. D., Vives, C., C., García, A. M., Ruiz, F. C., et al. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 11(1), 652.

- Ahonen, E. Q., López, J., M. J., Vázquez, M. L., Porthé, V., Gil, G. D., García, A. M., et al. (2010). Invisible work, unseen hazards: The health of women immigrant household service workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 405-416.
- Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo etnográfico en salud una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, Otoño 2000, IX, 30.
- Anderson, J. (1987). Migration and health: Perspectives on immigrant women. *Sociology of Health and Illness*, 9(4), 410-438.
- Anderson, J. M. (1999). Migration and health. perspectives on immigrant women. *Social Health Illness*, 9(4), 419-38.
- Anderson, J. (2004). Lesson from a postcolonial-feminist perspective: Suffering and path to healing. *Nursing Inquiry*, 11(4), 238-246.
- Anderson, J. (2006). Reflections on the social determinants of women's health. exploring intersections: Does racialization matter? *The Canadian Journal of Nursing Research* 38(1), 7-14.
- Arellano, M. (2006). Trabajadoras latinoamericanas en España: Migraciones laborales y género. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 24(1), 151-179.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., & Cortés, I. (2004). Género, trabajo y salud en España. *Gac Sanit* 18(Supl 2), 24-35.
- Banco Mundial (2012). *Clasificación de países*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises>
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2009). Can subjective and objective socioeconomic status explain minority health disparities in israel? *Social Science & Medicine*, 69(10), 1460-1467.
- Benach, J., & Amable, M. (2004). Los determinantes demográficos y sociales de la salud. las clases sociales y la pobreza. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):16-23, 18, 1-9. Retrieved from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000700005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700005&lng=en). doi: 10.1590/S0213-91112004000700005
- Benach, J. & Muntaner, C. (2005). In Benach J., Muntaner C. (Eds.), *Aprender a mirar la salud: Como la desigualdad social daña nuestra salud*. España: El viejo topo.
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G., & Valverde, C. (2012). *La sanidad está en venta y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria.
- Bermúdez, E. (2006). *Mujeres inmigrantes y salud. testimonios colombianos* (1ª ed.). Valencia: Universitat de Valencia.
- Berra, S., Elorza, J. M., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Suton, V., & Rajmil, L. (2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante*

- en cataluña: Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Informe técnico. Agencia de Evaluación de la tecnología y de la investigación médica. Barcelona
- Bhabha, H. K. (1994). *The location of culture*. London: Psychology Press.
- Borrell, C., Azlor, E., Rodríguez-Sanz, M., Puigpinos, R., Cano-Serral, G., Pasarín, M. I., et al. (2008). Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern european urban setting at the turn of the 21st century. *J Epidemiol Community Health*, 62(3), 258-266.
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20, 396-406.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (Suppl 1), 101-108.
- Borrell, C., Muntaner, C., Solé, J., Artazcoz, L., Puigpinos, R., Benach, J., et al. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: The importance of material deprivation, work organisation and household labour. *J Epidemiol Community Health*, 62(5), e7.
- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario; percepciones y estrategias de cuidados ligadas al género y a la generación*. (Tesis doctoral). Disponible en la base de datos Dialnet. Universidad de Islas Baleares. Palma de Mallorca.
- Buján, M. R. (2010) Servicio doméstico y trabajo de cuidados; hacia la privatización del cuidado familiar. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*. N. 17. ISSN 1133-0473, 157-179.
- Burström, B. & Fredlund, P. (2001). Self rated health. Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiology Community Health*, 55, 836-840.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5): 473-482. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009&lng=en). doi: 10.1590/S1135-57272002000500009
- Calderón, C. & Fernández de Sanmamed, M. J. (2008). Investigación cualitativa en Atención Primaria. En Martín Z. y Cano J.F. (Eds.), *Atención primaria; conceptos, organización y practica clínica* (6ª ed., pp. 211-240). Barcelona: Elsevier.
- Cano, G., Azlor, E., Rodríguez, M., Pasarín, M., Martínez, J., Puigpinós, R., et al. (2009). Socioeconomic inequalities in mortality in Barcelona: A study based on census tracts (MEDEA project). *Health Place*, 15, 186-92.

- Carrasco, P., Gil, A., Hernández, V., & Jiménez, R. (2007). Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 1-5. doi: 10.1093/eurpub/ck1279
- Castillo, S., Mazarrasa, L., & Sanz, B. (2001). Mujeres inmigrantes hablando de su salud. *Index de Enfermería*, 34, 9-14.
- Castro, M. G.; Guzmán R. (2008). El laberinto de la ciudadanía visto desde la feminización de la inmigración latinoamericana. *Memorias del III Coloquio Internacional Migración y Desarrollo. Migraciones Internacionales: los Desafíos de la Exclusión y la Desigualdad para la Ciudadanía en la Globalización* (3), 1-25. Costa Rica. Heredia.
- Cebrián, I., & Moreno, G. (2008). *Cómo abordar la integración de las mujeres inmigrantes. guía para las administraciones públicas*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad. Recuperado de [www.inmujer.es/documentacion/Documentos/DE0278.pdf](http://www.inmujer.es/documentacion/Documentos/DE0278.pdf)
- Chandola, T., & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity and Health*, 5(2), 151-159.
- Clougherty, J. E., Souza, K., & Cullen, M. R. (2010). Work and its role in shaping the social gradient in health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 102-124.
- Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Adler, N., Treanor, J., & Turner, R. (2008). Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychology*, 27(2), 268-274.
- Colomer, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev. Esp. Salud Pública*, 81(2), 91-93.
- Comision para reducir las desigualdades en salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en españa*. Madrid: Ministerio de sanidad y política social. Recuperado de [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud*, 11(1), 86-99.
- Davies, A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Migration Health Department. Geneva. Switzerland. Recuperado de [http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1\\_9914\\_392596992.pdf](http://ec.europa.eu/ewsi/UDRW/images/items/doc1_9914_392596992.pdf)
- De Atlanta, C. (2001). Epi info (programa de ordenador) versión 6.04 d. Atlanta. Georgia.
- De Castro, A. B., Gee, G. C., & Takeuchi, D. T. (2010). Examining alternative measures of social disadvantage among Asian Americans: the relevance of economic opportunity,

- subjective social status, and financial strain for health. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 12(5), 659-671.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330-340.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general Self-Rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-275.
- Dolado, J. (2006). Los efectos económicos y las políticas de la inmigración: panorámica y reflexiones. Universidad Carlos III. Madrid. Recuperado de [www.inside.org.es/docs/activities/9noviembre.pdf](http://www.inside.org.es/docs/activities/9noviembre.pdf)
- Dove, D. (2005). *Subjective social status and health among HIV positive latino men who have sex with men*. Doctoral Dissertation. George Washington University,
- Dunn, J., & Dyck, I. (2000). Social determinants in Canada's immigrants population: results from the national population health survey. *Social Science & Medicine* 51, 1573-1593.
- Dunn, J. R., Veenstra, G., & Ross, N. (2006). Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: predictors of self-rated health in a canadian national survey. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1465-1473.
- Edna, A., & Viruell, F. (2007). Beyond acculturation: Immigration, discrimination, and health research among mexicans in the United States. *Soc Sci Med.* 65(7), 1524-1535.
- Evans, M. & Kelley, J. (2004). Subjective social location: Data from 21 nations. *International Journal of Public Opinion Research*, 16(1), 3-38.
- Faist, T. (2000). *The volume and dynamics of international migration and transnational social spaces* Oxford University. Oxford. Retrieved from [http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=gXvkL\\_g2h5IC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Transnationalization+in+international+migration.+implications+for+the+study&ots=IkMDgVdAud&sig=lpLxK-oQVp2YNzMe2IFtD-hO6vM#PPP1,M1](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=gXvkL_g2h5IC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Transnationalization+in+international+migration.+implications+for+the+study&ots=IkMDgVdAud&sig=lpLxK-oQVp2YNzMe2IFtD-hO6vM#PPP1,M1)
- Fanon, F (1968). *The wretched of the earth*. New York, NY. Grove Press, Inc.
- Franzini, L., & Fernandez-Esquer, M. (2006). The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine*, 63, 788-804.
- Friese, S. (2011). Using ATLAS. ti for analyzing the financial crisis data. *Forum Qualitative Social Research*, 12(1). Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101397>
- Fuertes, C., & Martín, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales*, 29, (1), 1-21. Retrieved from <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple2a.html>

- Gallo, L. (2007). Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology*, 26(6), 668-674.
- Gallo, L. C., Penedo, F. J., Espinosa De Los Monteros, K., & Arguelles, W. (2009). Resiliency in the face of disadvantage: Do hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *Journal of Personality*, 77(6), 1707-1746.
- Garbarski, D. (2010). Perceived social position and health: Is there a reciprocal relationship? *Social Science & Medicine*, 70(5), 692-699.
- García-Gómez, P., & Oliva, J. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gaceta Sanitaria*, 23, 38-46.
- Gastaldo, D., Gooden, A., & Massaquoi, N. (2005). Transnational health promotion: social well-being across borders and immigrant women's subjectivities. *Transnational Health Promotion Wagadu*, 2, 1-16.
- Gentil, I. (2009). Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas: autoestima y resiliencia. *Index Enferm*, 18(4) 229-233. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000400003>
- Ghaed, S. (2008). *Subjective social status, socioeconomic status and health following acute coronary syndrome. Doctoral dissertation* University of California. San Diego. US.
- Ghaed, S., & Gallo, L. (2007). Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology*, 26(6), 668-674.
- Ghosh, S., & Wang, L. (2003). Transnationalism and identity: A tale of two faces and multiple lives. *The Canadian Geographer* 47 (3). doi: 10.1111/1541-0064.00022
- Giddens (2009). *Sociology*. 6º Ed. España: Alianza Editorial
- Glick, S., Bash, L., & Blanc-Szanton, C. (1992). Transnationalism: A new analytic framework for understanding migration. In S. Glick, L. Bash & C. Blanc-Szanton (Eds.), *Toward a transnational perspective on migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered* (pp. 1-24). New York Academy of Science. New York.
- Gong, F., Xu, J., & Takeuchi, D. T. (2011). Beyond conventional socioeconomic status: examining subjective and objective social status with self-reported health among asian immigrants. *Journal of Behavioral Medicine* 1-13. DOI 10.1007/s10865-011-9367-z
- Goodman, E., Adler, N., Kawachi, I., Frazier, A., Huang, B., & Colditz, G. (2001). Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics* 108, (2). Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/2/e31>
- Goodman, E., Huang, B., Schafer, T., & Adler, N. (2007). Perceived socioeconomic status: A new type of identity that influences adolescents' self-rated health. *Journal of Adolescent Health*, 41(5), 479-487.

- Graham, S. V. (2011). *Transnational Motherhood: The Impact of Immigration Related Mother-Child Separation on Latina Mothers* (Doctoral dissertation). Columbia University. New York. US
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman, & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. (pp. 113-145). Sonora: Colegio de Sonora. Méjico.
- Guruge, S., Khanlou, N., & Gastaldo, D. (2010). Intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103-113.
- Hernández-Aguado, I., Santaolaya C., M., & Campos E., P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la Atención Primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 6-13
- Hernando, L., Palomar, J., Márquez, M., & Monteagudo, O. (2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: Frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 208-215.
- Hilfinger, M. (2002). Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian Immigrant Women's narratives. *Journal of Immigrant Health*, 4(4).
- Hu, P., Adler, N., Goldman, N., Weinstein, M., & Seeman, T. (2005). Relationship between subjective social status and measures of health in older taiwanese persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), 483-488.
- Hyman, I. (2009). Racism as a determinant of immigrant health. *Strategic Initiatives and Innovations. Directorate of the Public Health Agency of Canada, Ottawa: Canada*.
- Huynen, M.; Martens, P.; Hilderink H. (2005). The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health* 1:14
- ICANE. (2009). *Boletín de Síntesis Demográfica*. Recuperado de [www.icanes.es/](http://www.icanes.es/)
- ICANE. (2011). *Explotación estadística Padrón municipal Cantabria 2010*. Gobierno de Cantabria. Retrieved from <http://www.icanes.es/web/icanes/publicaciones>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1), 21-37.
- IMSERSO. (2005). *Cuidado a la dependencia e inmigración: Informe de resultados No. 12002*. Madrid.
- Ingleby, D. (2009). *European research on migration and health*. International Organization for Migration. Background paper. Brussels. Belgium. Recuperado de [http://www.migrant-health-europe.org/files/Research%20on%20Migrant%20Health\\_Background%20Paper.pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Research%20on%20Migrant%20Health_Background%20Paper.pdf)

- Instituto Cántabro de Estadística. (2009). *Encuesta de población activa Cantabria 2008*. Consejería de Economía y Hacienda. Santander. España.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de población activa. Cuarto trimestre 2008*. Santander. España. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_mercalab.htm#1](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_mercalab.htm#1)
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007: una monografía*. Madrid: Disponible en [www.ine.es/prodyser/pubweb/eni07/eni07.htm](http://www.ine.es/prodyser/pubweb/eni07/eni07.htm)
- Instituto Nacional de Estadística. (2010). *Cifras de población y censo*. Madrid: Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
- Jacobs, D. E. (2011). Environmental health disparities in housing. *Journal Information*, 101(1)
- Jiménez, C., & Redondo, A. (2007). Mujeres inmigrantes en la ciudad de Madrid: algunos aspectos sobre su inserción laboral, conciliación familiar y salud. *Anales de Geografía de La Universidad Complutense*, 27, 59-76.
- Karlsen, S., & Nazroo, J. (2002). Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health*, 92(4), 624-31.
- Kelson, G. and DeLaet, D. (1999). *Gender and immigration* (1ª ed.). Great Britain. Macmillan.
- Kincheloe, J., & MacLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In Denzing, N. and Lincoln, Y. *The sage handbook of qualitative research* (3ª ed). 303-334. California: Thousand Oaks.
- Kirkham, S., & Anderson, J. (2002). Postcolonial nursing scholarship: From epistemology to method. *Adv Nurs Sci* 25 (1), 1-17.
- Kofman, E., Phizacklea, A., & Raghuram, P. (2000). *Gender and international migration in europe* (1ª ed.). London: Routledge.
- Kopp, M., Skrabski, A., Réthelyi, J., Kawachi, I., & Adler, N. (2004). Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30(2), 65-72.
- Krieger, N., Williams, D., & Moss, N. (1997). Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies and guidelines. *Annu Rev Public Health* 18, 341-378.
- Labonté, R., & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: promoting health equity in global governance (part 3 of 3). *Global Health*. 19, 3(7), 1-10.
- Leu, J., Yen, I., Gansky, S., Walton, E., Adler, N., & Takeuchi, D. (2008). The association between subjective social status and mental health among Asian immigrants: Investigating the influence of age at immigration. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1152-1164.



- Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de *Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, (2003). Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolumar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(2): DOI:10.1136/jech.2007.061770
- MacArthur, J., & MacArthur, C. (2002). *Sociodemographic questionnaire*. Recuperado de <http://www.macses.ucsf.edu/Research/Social%20Environment/notebook/measure.html>
- Mackenbach, J., Stirbu, I. R., A., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *N Engl J Med* *358*:2468-81.
- Macleod, J., Davey, S., Metcalfe, C., & Hart, C. (2005). Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status?; evidence from a prospective observacional study of scottish men. *Social Science & Medicine*, *61*, 1916-1929.
- Magalhaes, L., Carrasco, C., & Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *12*(1), 132-151.
- Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1610-1619.
- Markovic, M., Manderson, L., & Kelaher, M. (2002). The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *Journal of Immigrant Health*, *4*(1), 1-15.
- Marmot, M. (2006). Status syndrome. A challenge to medicine. *JAMA*, *295*(11), 1304-1307.
- Marmot, M., Shibly, M., & Rose, G. (1984). Inequalities in death: specific explanations of a general pattern? *Lancet*, *1*(83), 1003-1006.
- Marmot, M. G. (2012). Policy making with health equity at its heart. *JAMA*. *307*(19):2033-2034. Doi:10.1001/jama.2012.3534,
- Martínez, L., Tuts, M. (2004). *Derechos humanos, mujer e inmigración: hacia una educación intercultural en el aula*. Plataforma para los derechos humanos de las mujeres. Instituto de la mujer. Disponible en <http://www.nodo50.org/ddhmmujeres/dossier/web/introducc.htm>
- Matthews, K. A., Gallo, L. C., & Taylor, S. E. (2010). Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1186*(1), 146-173.
- Mazarrasa, L., Martínez, L., Llácer, A., & Castillo, S. (2005). Globalización, género e inmigración: La salud de las mujeres inmigrantes en España. *Globalización y salud*, *1*, 353-375. Madrid. Recuperado de <http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf>

- Meadows, L., Thurston, W., & Melton, C. (2001). Immigrant women`s health. *Social Science & Medicine*, 52, 1451-1458.
- Milunpalo, S., Pekka, L., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology* 50, 5, 517-528.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Informe salud y género 2006. Las edades centrales de la vida* (1ª ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Comisionado por la Presidencia Española de la UE (2010). *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades sociales*. Informe independiente. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Recuperado de <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2008). *Directiva de retorno*. Recuperado de [http://www.mtas.es/es/migraciones/Integracion/IntegraInmigrantes/docs/Info\\_General\\_Programa\\_Retorno.pdf](http://www.mtas.es/es/migraciones/Integracion/IntegraInmigrantes/docs/Info_General_Programa_Retorno.pdf)
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2012). *Plan estratégico de ciudadanía e integración 2007-2010*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Molpeceres Alvarez, L. (2012). Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 91-113.
- Mora, C., A. (2007). Inmigración, servicios públicos e integración social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 25-34.
- Moreno, F. J., Arriba, A., & Moreno, L. (2005). *Inmigración, diversidad y protección social en España. Unidad de políticas comparadas* (CSIC). Documento de trabajo 07-01. Disponible en: [www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0701.pdf](http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0701.pdf)
- Moreno, F. J. Fuentes, C. (2011). *Inmigración y estado de bienestar en España*. Barcelona. Obra Social La Caixa.
- Muñoz, C. J. (2011). Evolución del empleo y del paro de las mujeres inmigrantes en el mercado de trabajo Español. El impacto de la actual crisis económica. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 30, 1,115-137.
- Muñoz de Bustillo, R., & Antón, J. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud pública de México* 52.4 (2010): 357-363.

- Navarro, V. (2006). *Las políticas de la tierra. Las causas del subdesarrollo*. En A. Guerra, & J. Tezanos (Eds.), 111-134. Madrid. Sistema.
- Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *Int J Health Serv.* 37(1): 47-62.
- Navarro, V. (2012). *La transformación de la Europa social a la Europa Neoliberal*. <http://www.vnavarro.org/?p=7336>
- Nie, N. H., Bent, D. H., & Hull, C. H. (1975). *SPSS: Statistical package for the social sciences*. McGraw-Hill. New York.
- Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2010). *Estudio sobre determinantes de la salud y acceso a servicios sanitarios de la población inmigrante en Cantabria*. Santander. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
- Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (OPAM) (2011). Junta de Andalucía. *Las mujeres inmigrantes en el mercado laboral español*. Tema OPAM nº 5. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/empleo/www/adjuntos/publicaciones/1\\_2170\\_TemaOPAM\\_n5\\_diciembre2011.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/empleo/www/adjuntos/publicaciones/1_2170_TemaOPAM_n5_diciembre2011.pdf)
- Oliva, A. (2004). Feminismo postcolonial: la crítica al eurocentrismo del feminismo occidental. *Aura digital. Cuaderno nº 6*. Recuperado de: [http://cv.uoc.edu/~04\\_999\\_01\\_u07/oliva.html](http://cv.uoc.edu/~04_999_01_u07/oliva.html)
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- OMS (2003). *Migración internacional, salud y derechos humano*. Recuperado de [Http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr\\_HHR-Spanish%20edition.pdf](Http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf)
- OMS. Commission on social determinants of health (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. (Discussion paper). Geneva: Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca*. Ginebra. Suiza.
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Génova. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
- OMS. (2011). *Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.ops-oms.org>

- OMS (2012) *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- Operario, D., Adler, N. & Williams, D. (2004). Subjective social status: reliability and predictive utility for global health. *Psychology and Health*, 19(2), 237-246.
- Organización Internacional sobre las Migraciones (2011). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2010; el futuro de la migración: creación de capacidades para el cambio*. Ginebra. IOM
- Oriol, R. (2002). La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad; una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9(7), 498-504.
- Ösliim, P. (2005). What evidence is there about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? WHO. *Regional Office for Europe*, 1-15.
- Ostrove, J., Adler, N., Kuppermann, M., & Washington, E. (2000). Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychology*, 19(6), 613-618.
- Pajares, M. (2010). *Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2010*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Recuperado de [http://extranjeros.mtin.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/Inmigracion\\_\\_Mercado\\_de\\_Trabajo\\_OPI25.pdf](http://extranjeros.mtin.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/Inmigracion__Mercado_de_Trabajo_OPI25.pdf)
- Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona. Anthropos.
- Parella, S. (2005). Segregación laboral y vulnerabilidad social de la mujer inmigrante a partir de la interacción entre clase social, género y etnia. En C. Solé, & L. Flaquer (Eds.), *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Instituto de la Mujer 97-132). Madrid, AG Grupo SA.
- Parella S., & Cavalcanti, L. (2011). La movilidad ocupacional de las mujeres inmigrantes brasileñas en España. *Sociedad y Economía*, (19), 11-32.
- Perreten, N. A., Gutiérrez, M. R., Maceín, J. L. C., Rieiro, C. R., González, S. G., & Laso, Á. R. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la comunidad de madrid. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 136-144.
- Porthé, V. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en España y su relación con la salud: Una aproximación cualitativa. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona
- Racine, L. (2003). Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to no-western populations. *Nursing Inquiry* 10(2), 91-102.
- Racine, L., & Petrucka, P. (2011). Enhancing decolonization and knowledge transfer in nursing research with non-western populations: examining the congruence between primary health-care and postcolonial feminist approaches. *Nursing Inquiry*, 18(1), 12-20.

- Raijman, R., Schammah-Gesser, S., & Kemp, A. (2003). International migration, domestic work, and care work. *Gender & Society, 17*(5), 727-749.
- Raphael, D.(2009). *Social Determinants of Health*. Canada: Marquis Book Printig Inc.
- Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Regidor, E. (2001). La clasificación de clase social de Goldthorpe: Marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. *Revista Española De Salud Pública, 75*(1).
- Reitz, J. (1995). A review of the literature on aspects of ethno-racial access, utilization and delivery of social services. *Multicoalition for Access to Social Services*: Toronto. Ministry of Community and Social Services. Recuperado de <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/other/reitz1/reitz3.html>
- Reitzel, L., Vidrine, J., Li, Y., Mullen, P., Velasquez, M., & et al. (2007). The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *Am J Public Health, 97*(8), 1476-1482.
- Reques Velasco, P. (2007). La globalización imperfecta: la inserción de España y Cantabria en el sistema migratorio internacional. In R. Dominguez Martin (Ed.), *Inmigración: crecimiento económico e integración social*. 1st ed. 61-75. Santander. Universidad de Cantabria y Parlamento de Cantabria.
- Reyneri, E. (2006). De la economía sumergida a la devaluación profesional: Nivel educativo e inserción en el mercado de trabajo de los inmigrantes en Italia. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas, 116*(-1), 213-237.
- Rivera, B., Casalb, B., Cantarero, D., & Pascual, M. (2008). Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit. 22*(Supl 1), 86-95.
- Rodríguez, E., Lanborena, N., Pereda, C., & Rodríguez, A. (2008). Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemograficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Revista Española de Salud Pública, 82*(2), 209-220.
- Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M. (2010). La nueva legislación de extranjería e inmigración. *Diario La Ley, (7423)*, 1.
- Salazar Torres, C. (2009). La situación de las mujeres latinoamericanas víctimas de la violencia de género en españa en función de su situación administrativa. *Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época, (9)*.

- Sanchis, E. (2005). Trabajo no remunerado y trabajo negro en España. *Papers n° 75*, 85-116.
- Sanromán, E., Ramos, R., & Simón, H. (2005). Inmigración reciente en España: sobre educación y asimilación en el mercado de trabajo. *Encuentro De Economía Aplicada*, 1-49.
- Santamaría, C. (2005). *Consumo y ocio de las inmigrantes latinoamericanas en España*. Observatorio Permanente de Inmigración. Ministerio de trabajo. Disponible en: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/CONSUMO\\_Y\\_OCIO.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/archivos/CONSUMO_Y_OCIO.pdf)
- Sanz, B. (2008). Comentario. Variables sociodemográficas, estilos de vida y salud autopercebida en la población inmigrante. *Gac Sanit.* 22(5), 413-414. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500004&lng=es&nrm=iso)>
- Said, EW.(1979). *Orientalism*. New York. Vintage Books
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2006). *Manual de metodología. construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (Florencia Enghel ed.). Buenos Aires: GLACSO.
- Seidel, J. (1998). *Qualitative data analysis in the ethnographic 5.0: A users guide*, appendix E, Colorado Springs, Colorado: Recuperado de: [www.qualisresearch.com](http://www.qualisresearch.com)
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient. gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, WHO
- Singh-Manoux, A., Adler, N., & Marmot, M. G. (2003). Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 56, 1321-1333.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M., & Adler, N. (2005). Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 67, 855-861.
- Smith, M. P., & McQuarrie, M. (2012). *Remaking urban citizenship. Organizations, institutions, and the right to the city*. New Jersey. Transaction Publishers.
- Solar O., & Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. Ginebra. WHO. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)
- Solé, C., & Parella, S. (2005). *Discursos sobre la maternidad transnacional de las mujeres de origen latinoamericano residentes en Barcelona*. Mobilités Au Feminin, CEDIME. Barcelona. recuperado de: [http://lames.mmsh.univ-aix.fr/Papers/ParellaSole\\_ES.pdf](http://lames.mmsh.univ-aix.fr/Papers/ParellaSole_ES.pdf)

- Solé, C., Cavalcanti, L., & Parella, S. (2011). *La inmigración brasileña en la estructura socioeconómica de España* No. NIPO 790-11-164-X. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo. Gobierno de España.
- Spivak GC. (1988). *Can the subaltern speak?*. *Marxism and the Interpretation of Culture*, eds C Nelson and Grossberg 271-313. Urbana and Chicago: University of Illinois
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community & public health nursing*. Mosby. St Louis.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia. Colombia. Sage
- Subirats, J. ; Humet, I; Alfama E (2007). Ciudadanía e Inclusión Social frente a las inseguridades contemporaneas. La significación del empleo. *Health Psychology*. Vol 26(6), 668-674.
- Teng, L., Robertson, E., & Stewart, D. (2007). Health care worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study. *Arch Women's Ment Health* 10, 93-101.
- Theodossiou, I., & Zangelidis, A. (2009). The social gradient in health: the effect of absolute income and subjective social status assessment on the individual's health in Europe. *Economics & Human Biology*, 7(2), 229-237.
- Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). (2007). *Inmigración, diversidad y protección social en España*. Documento de trabajo 07-01, Retrieved from [www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0701.pdf](http://www.iesam.csic.es/doctrab2/dt-0701.pdf)
- Viruell-Fuentes, E. (2005). *Mexican immigrant women making life/re-making ethnicity: A critical inquiry into the "latina/o health paradox"*. (Doctoral dissertation). University of Michigan. Michigan.
- Vissandjee, B., Hyman, I., Spitzer, D., Apale, A., & Kamrun, N. (2007). Integration, clarification, substantiation: sex, gender, ethnicity and migration as social determinants of women's health. *Journal of International Women's Studies* 8(4), 32-48.
- Weber, M. (1997). *The theory of social and economic organization*. New York. First Paperback.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud; desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*. España: OMS Oficina Regional para Europa.
- WHO. (2010). *Health of migrants: the way forward, report of a global consultation*. Madrid, Spain: Retrieved from [http://www.who.int/hac/events/consultation\\_report\\_health\\_migrants\\_colour\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf)
- WHO. European Observatory of Health Systems and Policies Series. (2011). In Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R. and McKee M. (Eds.), *Migration and*

- health in the European Union*. Open University Press. Recuperado de <http://mcgraw-hill.co.uk/html/0335245676.html>
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality, how to make sick societies healthier*. New York, United States: The New Press.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. (2nd edition ed.). Denmark: WHO Regional Office.
- Williams, D. (2003). *La raza la situación económica y la discriminación; los efectos sumados del racismo y la discriminación*. Organización Panamericana de la Salud, Washington. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/Laraza.pdf>
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20-47.
- Williams, D. R. (1999). Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173-188. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08114.x
- Wolff, L., Acevedo-Garcia, D., Subramanian, S., Weber, D., & Kawachi, I. (2010). Subjective social status, a new measure in health disparities research. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 560.
- Wolff, L. Subramanian, S., Acevedo-Garcia, D., Weber, D., & Kawachi, I. (2010). Compared to whom? subjective social status, self-rated health, and referent group sensitivity in a diverse US sample. *Social Science & Medicine*, 70, 12, 2019-2028.
- Wright, C., & Steptoe, A. (2005). Subjective socioeconomic position, gender and cortisol responses to waking in an elderly population. *Psychoneuroendocrinology*, 30(6), 582-590.
- Yip, D. N. (2003). *Subjective social status, objective socioeconomic status, ethnicity and health*. (Doctoral dissertation). Alliant International University. California.



## **Apéndices y Tablas**



## APÉNDICE I

### Cuestionario Sociodemográfico

N.º de cuestionario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Edad \_\_\_

País de Nacimiento \_\_\_\_\_

Años residiendo en España \_\_\_

Lugar de residencia \_\_\_\_\_

**Por favor, marque su respuesta con una X**

1. Indique si tiene en España:

- Esposo
- Hijos /as
- Padres/hermanos/as, primos/as, tíos/as
- Amigos/as u otras personas importantes para usted
- Sin familia ni amigos/as

2. Indique cuál es su nivel de estudios

- Estudios primarios
- Enseñanza general secundaria
- Enseñanza técnica
- Estudios universitarios
- Estudios de postgrado
- Otros especificar \_\_\_\_\_ n.º de años

3. Indique cuál es el título más alto que ha obtenido:

- No tengo ningún título
- Título de estudios primarios
- Bachillerato
- Diplomado o técnico universitario (3 años)
- Licenciado universitario (4 o 5 años)
- Máster o maestría
- Doctorado
- Otros, especificar \_\_\_\_\_

4. ¿Ha convalidado u homologado esos títulos en España?

- Sí
- No
- Estoy en trámite

5. En relación con el **trabajo** actual o la actividad laboral más reciente

a) ¿Cuál de lo siguiente describe mejor sus actividades diarias y responsabilidades?

- Trabajo a tiempo completo    \_\_\_ n.º de horas/semana  
 Trabajo a tiempo parcial    \_\_\_ n.º de horas/semana  
 Estoy sin empleo  
 Si tiene varios trabajos diga el n.º total de horas/semana \_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_    \_\_\_ n.º de horas/semana

b) ¿Qué clase de trabajo o actividad realiza?

\_\_\_\_\_

c) ¿Cuánto dinero recibe al mes por su trabajo?

(Incluir todos los ingresos que se perciban de forma regular)

**Si indica cantidad** \_\_\_\_\_ Euros**Si la cantidad no es fija indique en qué tramo se encuentra:**

- Menos de 250 Euros/mes  
 De 250 a 499 Euros/mes  
 De 500 a 999 Euros/mes  
 De 1.000 a 1.499 Euros/mes  
 De 1.500 a 1.999 Euros/mes  
 De 2.000 a 2.999 Euros/mes  
 Más de 3.000 Euros/mes  
 No sabe  
 No contesta

Si no se encuentra en ese tramo calcular la media de los 6 últimos meses \_\_\_\_\_ Euros/mes \_\_\_\_\_

## 6. ¿Cuántas personas viven en su casa, incluyéndole a usted?

- Número de personas  
 De estas personas cuántos son niños  
 De estas personas cuántos son adultos  
 De los adultos cuántos aportan dinero a la vivienda  
 Vivo sola  
 Otros especificar

## 7. ¿Cuántas personas dependientes tiene en su país?

- N.º de personas  
 De estas personas cuántos son niños  
 De estas personas cuántos son adultos  
 No tengo personas dependientes

## 8. La casa donde vive en España

Es propia o de alguna de las personas que viven en la casa

Hipoteca \_\_\_\_\_ Euros/mes

Es alquilada con renta de \_\_\_\_\_ Euros/mes

Habitación alquilada con renta de \_\_\_\_\_ Euros/mes

Vivo con las personas que me han contratado

No paga renta

Otros especificar \_\_\_\_\_

9. ¿En cuál de los siguientes tramos se encuentra su **renta familiar** mensual?

(Incluir todos los ingresos familiares incluidas las ayudas por desempleo)

Menos de 360 Euros/mes

Entre 361-600 Euros/mes

Entre 601-900 Euros/mes

Entre 901-1200 Euros/mes

Entre 1.201-1.800 Euros/mes

Entre 1.801-3.600 Euros/mes

Mas de 3.600 Euros/mes

No sabe

No responde

## 10. ¿Cuál de los siguientes documentos tiene en el momento actual?

Autorización de residencia permanente

Autorización de residencia temporal

Tarjeta de residencia comunitaria

Solicitud de residencia presentada

Solicitud de residencia no presentada todavía

Estatuto de refugiado

Solicitante de asilo

No sabe/ No contesta

Otros especificar \_\_\_\_\_

**Información acerca de su salud:** Tenemos algunas preguntas acerca de su salud

## 11. En los últimos 12 meses ¿diría que su estado de salud ha sido?:

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

12. ¿Si la compara con el momento en que salió de su país, hoy es?:

\_\_\_ Mejor

\_\_\_ Igual

\_\_\_ Peor

13. ¿Cuántas veces ha consultado con un/a médico/a o enfermero/a en los últimos 12 meses por algún problema, molestia o enfermedad suya?

\_\_\_ N.º de veces

\_\_\_ No ha consultado

\_\_\_ No sabe/no recuerda

\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

14. ¿Dispone de tarjeta sanitaria en España?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

\_\_\_ Estoy en trámites para conseguirla

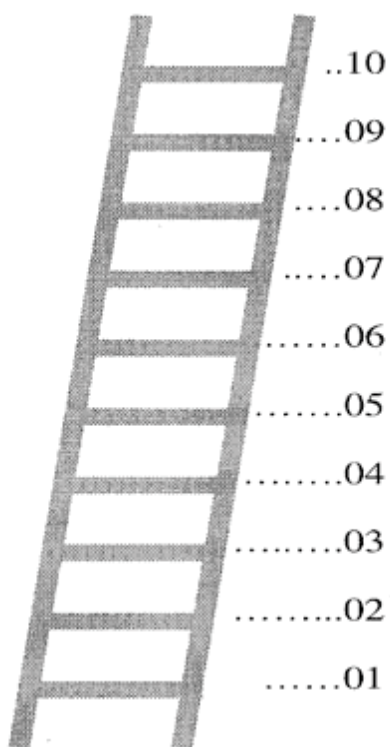
\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## APÉNDICE II

### La Escala de MacArthur sobre Estatus Social Subjetivo

Esta escalera representa dónde se sitúan socialmente las personas en España. Tiene 10 peldaños desde arriba hasta abajo. En la parte alta de la escalera se encontrarían las personas que están mejor en España los que tienen más dinero, mejor educación y los trabajos más respetados. En la parte inferior se encontrarían las personas que están peor que tienen menos dinero, un nivel de educación más bajo y los trabajos menos respetados o no tienen trabajo. Cuanto más arriba este en esta escalera, más cerca estará de las personas que están en lo más alto. Cuanto más abajo se sitúe estará más cerca de las personas que están en lo más bajo.

Por favor marque una x el escalón en el que usted cree que se encuentra en este momento de su vida, en relación a otras personas en España.



¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!





### APÉNDICE III

#### Contenidos de la Entrevista

Tema	Subtemas
Proceso migratorio y situación actual	Características y expectativas del proceso migratorio Situación actual y perspectivas de futuro Familia dependiente en país de origen Soporte social en España de familiares o amigos Apoyo de organizaciones Situación administrativa
Situación socioeconómica	Percepción de su Situación laboral/condiciones laborales Percepción de la renta individual/familiar Reconocimiento de sus méritos (educación, profesión)
Estatus Social Subjetivo	Percepciones de desventaja y subordinación en relación al trabajo y al salario Seguridad económica y sentimiento de control Sentimientos negativos Barreras
Situación de salud	Percepción de salud y calidad de vida Relación con el Sistema de Salud/Tarjeta sanitaria Utilización de los servicios Conductas relacionadas con la salud en relación a dieta, ejercicio, hábitos, autocuidados

#### CONTENIDOS DE LA ENTREVISTA.

La entrevista constará de una serie de cuestiones generales que servirán para explorar los objetivos propuestos en la investigación. El orden y contenido de las preguntas serán flexibles con el objetivo de adaptarlas al ritmo de las personas entrevistadas. El entrevistador debe orientar la entrevista hacia los objetivos propuestos. El tiempo máximo de la entrevista será de 90 minutos.

1. En relación a **la inmigración**.

- a. Explique las circunstancias que la motivaron a venir a España. ¿Qué planes tenía? ¿Qué esperaba encontrar?

- b. Explique cómo fue su llegada a España ¿tenías amigas, familiares o contactos? ¿cómo le ayudaron a adaptarse?
  - c. Cree que su lugar de procedencia, su acento, su apariencia o su forma de expresarse están afectando a su trabajo y a su adaptación a España. En alguna ocasión se ha sentido discriminado por su etnia, su acento o su apariencia? Explíqueme cómo sucedió
  - d. ¿Cómo ha cambiado su vida después de venir a España? (su trabajo, su salud, su estatus social, su vida familiar)
  - e. ¿Tiene amigos en España? ¿Y en su país?
  - f. ¿Se siente de aquí?
2. En relación al **estatus social subjetivo**
- a. Usted se ha situado en el nivel \_\_\_\_\_ de la escalera ¿Por qué se ha situado en ese nivel?
  - b. ¿Y antes de venir a España dónde se hubiera situado?
  - c. ¿Cómo diría usted que es su situación económica? Y ¿la de la familia?
  - d. ¿Qué bienes o servicios destaca? Tiene móvil, coche (fijarse en su imagen, apariencia física)
3. En relación a su **trabajo**
- a. Explique cómo fue la búsqueda de trabajo en España. ¿Por qué eligió su trabajo? ¿Trabajaba en su país?
  - b. ¿Cómo cree que ser mujer le afectó a la búsqueda de trabajo? ¿Cree que en un hombre sería diferente?
  - c. ¿Siente que se han reconocidos su nivel educativo o títulos en España? ¿Y la experiencia laboral en su país? ¿Por qué?
  - d. ¿Qué es lo que más y menos le gusta de su trabajo?
  - e. ¿Cree que el trabajo que realiza es importante? ¿Por qué?
  - f. ¿Siente que su trabajo es valorado adecuadamente? ¿Por qué?
  - g. ¿Y las condiciones laborales, son adecuadas? ¿Por qué?
4. En relación a su **salud**
- a. Usted ha comentado que su salud es..... ¿Por qué se sitúa en ese nivel?
  - b. ¿Qué es lo que le hace sentirse bien? ¿Por qué?
  - c. ¿Qué le hace sentirse mal? ¿Por qué?
  - d. Qué actividades hace para cuidar su salud, tanto física como social o mental?
  - e. ¿Cree que el trabajo afecta a su salud y bienestar? ¿cómo? ¿y a la de su familia?
  - f. ¿A quién acude cuando se siente mal?
  - g. ¿Ha tenido alguna experiencia con el Sistema Sanitario?, cuénteme como fue \_\_\_\_\_
5. **Preguntas generales** para cerrar la entrevista
- ¿Si pudiera cambiar una cosa en su vida que cambiaría? ¿Cuál sería para usted la situación ideal para una mujer inmigrante en España? ¿Le gustaría comentar alguna cosa más de lo que hemos hablado en esta entrevista?

**APÉNDICE IV**  
**Categorías Iniciales y Subcategorías**

<b>CATEGORÍAS</b>		<b>SUBCATEGORÍAS</b>
<b>Estatus socioeconómico</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	Nivel educativo previo Reconocimiento del título y formación previa Expectativas educativas Facilidades y dificultades Valoración educación como bienestar/clase social
	<b>RENTA</b>	Usos de la renta Seguridad económica Familia dependiente Cambios en el estatus económico Valoración renta como bienestar/clase social
	<b>TRABAJO</b>	Historia laboral previa Acceso y oportunidades Condiciones laborales Relaciones laborales Valoración rol laboral Expectativas laborales. Desempleo
	<b>ESS</b>	Percepción que tienen los individuos sobre su posición en la escala social. Incluye impresiones sobre su situación social, económica y laboral así como sus oportunidades presentes y futuras.
	<b>GÉNERO</b>	Normas culturales. Roles y conductas relacionadas con el hecho de ser mujeres
	<b>ETNIA/RAZA</b>	Categoría social que puede originar divisiones sociales. Incluye características raciales, culturales, religiosas etc.
<b>OTROS DSS</b>		
<b>Contexto cultural y político</b>	Política migratoria en España y en Cantabria	Situación administrativa Políticas de integración
	Cultura y valores sociales hacia la inmigración económica	Discriminación/Xenofobia Choque cultural Conflicto de valores culturales y roles

Contexto cultural y político	Sistema sanitario	Acceso Relación profesionales Atención a los problemas
	Redes sociales	Red familiar, amigos ONG/Asociaciones
Impacto en la salud y el bienestar	Estilo de vida y conductas	Estilo de vida (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, otros hábitos y conductas relacionados con la salud)
	Factores psicosociales y recursos	Factores emocionales-sentimientos negativos, ansiedad, estrés, depresión, miedo/temor, control, etc. Recursos personales, autoestima Estrategias y resiliencia
	Problemas	Salud Física Salud Mental Salud Social Salud Espiritual

### Definiciones de Categorías y Subcategorías

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN
<b>EDUCACIÓN</b> Esta categoría incluye todos los elementos relativos a la educación y a las percepciones y expectativas de las mujeres	Nivel Educativo previo	Hace referencia a los títulos obtenidos o la formación recibida en el país de origen
	Reconocimiento del título y formación previa	Las apreciaciones sobre el reconocimiento o no de su formación previa
	Expectativas educativas	Las manifestaciones sobre la posibilidad ampliar su nivel educativo en España
	Facilidades y dificultades	Las facilidades o dificultades encontradas como mujeres inmigrantes para convalidar sus títulos o reconocer su experiencia laboral en España
	Valoración educación como bienestar/clase social	Incluye las apreciaciones sobre la importancia de la educación para el bienestar

<p><b>RENTA</b> Reúne los elementos relativos a la percepción de la situación económica de las mujeres y sus familias</p>	Usos de la renta	Se refiere a los diferentes usos que se hacen de la renta tanto en España como en el país de origen
	Seguridad económica	Concierne a la disponibilidad de renta o recursos necesarios para mantener niveles aceptables de bienestar.
	Familia dependiente	Incluye la familia dependiente económicamente tanto en España como en el país de procedencia
	Cambios en el estatus económico	Se refiere a la percepción del cambio en el estatus económico en relación a su país
	Valoración renta como bienestar/clase social	Importancia que atribuyen al salario para el bienestar
	Percepción de la situación económica	Se refiere a la percepción que tienen las mujeres sobre su situación económica y los salarios que reciben
<p><b>TRABAJO</b> En esta categoría se recoge información sobre un conjunto de variables relacionadas con la situación laboral de las mujeres y que impactan en la salud</p>	Historia laboral previa	Incluye la descripción del trabajo antes de emigrar a España
	Acceso y oportunidades	Incluye las oportunidades laborales que existen para las mujeres inmigrantes en España
	Condiciones laborales	Incluye las manifestaciones sobre la realización de las tareas concretas que llevan a cabo las mujeres y el entorno en que se realizan. También se valora la protección social
	Relaciones laborales	Hace referencia a las relaciones que se establecen entre las inmigrantes y las familias o personas que contratan. Incluye relaciones de poder
	Valoración rol laboral	Percepciones sobre la valoración del trabajo que realizan
	Expectativas laborales	Contiene las manifestaciones sobre la posibilidad de cambiar de empleo o mejorar su situación laboral
	Desempleo	Incluye las afirmaciones de las mujeres que están sin empleo y que lo buscan activamente

<b>ESS</b> Manifestaciones sobre la percepción de su posición social en relación a la sociedad española. Incluye oportunidades presentes y futuras		Afirmaciones sobre el reconocimiento social y la percepción del estatus social en Cantabria y en España
<b>GÉNERO</b> (Categoría transversal)	Roles Conductas Normas culturales	Se refiere a las características de mujeres que son construidas socialmente Incluye normas culturales, roles y conductas
<b>ETNIA</b> (Categoría transversal)	Características raciales, culturales, religiosas, etc.	Categoría social que puede originar divisiones sociales. Se recoge información sobre las características raciales, culturales, religiosas, etc. que caracterizan a este grupo
<b>OTROS DSS. Esta categoría pretende examinar otros factores que afectan (positiva o negativamente) en la percepción de la posición social de las mujeres</b>		
Políticas migratorias en España y en Cantabria	Políticas de integración	Se refiere a las políticas para facilitar la integración de las mujeres inmigrantes. Incluye medidas a nivel municipal, autonómico y nacional.
	Situación administrativa	Se refiere a las manifestaciones sobre la posesión de documentación o permisos de residencia y/o trabajo
Valores sociales hacia el inmigrante económico	Discriminación/ Xenofobia	Percepción de situaciones en que ha recibido un trato de inferioridad. (Incluye razones étnicas, de género y de posición social)
	Choque cultural y conflicto de valores	Sentimientos de desamparo, malestar y desorientación en un intento de adaptación a la cultura española
Sistema sanitario. Incluye la posesión de la Tarjeta Sanitaria y las barreras de acceso al sistema	Acceso	Incluye las experiencias de las inmigrantes con el Sistema sanitario español
	Relación con los profesionales	Recoge las experiencias vividas con los profesionales de la salud (enfermeras/os, médicos/as ) en las instituciones de salud
	Atención a las necesidades y satisfacción	Incluye experiencias vividas en el Sistema sanitario y las respuestas a sus necesidades de salud

<b>IMPACTO EN LA SALUD Y EL BIENESTAR.</b>		
En esta categoría se pretende recoger todas aquellas conductas, situaciones y manifestaciones que describan las consecuencias que tienen las condiciones de vida en la salud y el bienestar de las mujeres		
Factores conductuales	Estilo de vida (alimentación, ejercicio, tabaco alcohol, otros hábitos y conductas relacionadas con la salud y sus cuidados)	Incluye las conductas derivadas de las condiciones de vida que afectan positiva o negativamente a la salud
Estrategias/Recursos	Recursos personales, familiares y étnicos	Conjunto de acciones que llevan a cabo con el objetivo de lograr los fines que se hayan propuesto
	Resiliencia	Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas
Factores psicosociales	Factores emocionales, sentimientos negativos, estrés, ansiedad, depresión, miedo/temor	Incluye los sentimientos positivos y negativos expresados por las mujeres, así como las manifestaciones de alerta y angustia por la presencia de algún peligro ya sea real o imaginario
	Autoestima	Expresiones sobre la valoración que hacen sobre sí mismas
Alteraciones y salud percibida	Problemas de salud física, social, espiritual y mental	Problemas de salud manifestados por las mujeres como consecuencia de sus condiciones de vida





## APÉNDICE V

### Códigos

Code Manager [HU: Inmigración y salud (Mayo 2011)]			
Codes	Edit	Miscellaneous	Output View
EDU_EDUCACION {0-0}	renta_dependiente_h...	salud mental_inseguri...	trabajo_previo empre...
edu_homologación dif...	renta_dependiente_h...	salud mental_muy reli...	trabajo_previo_ama ...
edu_nivel edu_medio ...	renta_dependiente_...	salud mental_sentimi...	trabajo_previo_cuida...
edu_nivel edu_superi...	renta_ESE_empeoro ...	salud mental_soy feli...	trabajo_previo_peluq...
edu_no homologacion...	renta_ESE_mejoro su...	salud mental_sufrimie...	trabajo_previo_profe...
edu_valoracion {2-0}	renta_ESS_mejoro s...	salud_autocuidados {...	trabajo_previo_resta...
OTROS FDS {0-0}	renta_ESS_empeoro ...	salud_conductas_diet...	trabajo_previo teleo...
otros_ciudadania y P...	renta_ESS_mejoro es...	salud_conductas_eje...	trabajo_oportunidades {9-
otros_ciudadania y P...	renta_no dependient...	salud_conductas_fum...	trabajo_relaciones_j...
otros_ciudadania y p...	renta_salario-menos ...	salud_conductas_no ...	trabajo_valoracion ro...
otros_ciudadania y P...	renta_salario_500-10...	salud_percsalud_bue...	
otros_ciudadania y P...	renta_salario_mas de...	SALUD_SALUD_FISIC...	
otros_ciudadania y P...	renta_seguridad_mej...	SISTEMA SANITARIO...	
otros_cultura y VS ...	renta_usos_alquiler/c...	sistema sanitario_ba...	
otros_cultura y VS_c...	renta_usos_hijos {5-0}	sistema sanitario_pr...	ionales experiencia negati...
otros_cultura y VS_x...	renta_usos_hipoteca...	sistema sanitario_fent...	
otros_fisicosociales_a...	renta_usos_mandar ...	sistema sanitario_no ...	
otros_fisicosociales_e...	renta_usos_mandar/...	sistema sanitario_profesionales/buena experiencia {	
otros_fisicosociales_s...	renta_usos_mis gast...	situacion ideal tener c...	
OTROS PROCESO MI...	renta_usos_viajar ca...	situacion ideal_no dis...	
otros_proceso migrat...	renta_valoracion_par...	situacion ideal_no dis...	
otros_proceso migrat...	renta_valoración_bie...	Situación ideal tener ...	
otros_proceso migrat...	salud fisica_cambio e...	situación ideal_tener...	
otros_proceso migrat...	salud fisica_clima/alim...	situación ideal_mejor ...	
otros_proceso migrat...	salud fisica_contractu...	TRABAJO {0-0}	
otros_proceso migrat...	salud fisica_digestivo...	trabajo_previo_admi...	
otros_proceso migrat...	salud fisica_dolores e...	trabajo_previo_inter...	
OTROS_RED {0-0}	salud fisica_gripe {1-0}	TRABAJO_ACTIVI LA...	
otros_red apoyo limit...	salud fisica_obesidad...	trabajo_activi laboral...	
otros_red apoyo prof...	salud fisica_obesidad...	trabajo_activi laboral...	
otros_red incondicion...	salud fisica_osteopor...	trabajo_activi laboral...	
otros_red incondicion...	salud fisica_astenia/a...	trabajo_activi laboral...	
otros_red limitada_af...	salud fisica_contractu...	trabajo_activi laboral...	
otros_red limitada_di...	salud fisica_obesidad ...	trabajo_condiciones l...	
otros_red limitada_na...	salud fisica_sudoracio...	trabajo_condiciones l...	
otros_red limitada_pa...	Salud mental_"hay co...	trabajo_condiciones l...	
otros_red limitada_tr...	salud mental_aislamie...	trabajo_condiciones_j...	
otros_red_control so...	salud mental_depresi...	trabajo_condiciones_...	
otros_red limitada_cr...	salud mental_dificulta...	trabajo_expectativas...	
RENTA_A.RENTA {0-0}	salud mental_extraña...	trabajo_experiencias ...	
renta_cambio ES_mej...	salud mental_género ...	trabajo_no valoracio...	
renta_cambio ES_su ...	salud mental_incertid...	trabajo_oportunidad...	

<b>EDUCACIÓN (0-0)</b>
edu_dificultades {5-0}
edu_nivel edu_medio {2-0}
edu_nivel edu_superior {7-0}
edu_valoracion {2-0}
<b>OTROS PDS (0-0)</b>
otros_ciudadania y PS_situacion regular {5-0}
otros_ciudadania y PS_discriminacion laboral {7-0}
otros_ciudadania y ps_estigma {2-0}
otros_ciudadania y PS_miedo/temor {4-0}
otros_ciudadania y PS_no discriminacion {2-0}
otros_ciudadania y PS_situación irregular {3-0}
otros_cultura y VS_machismo {3-0}
otros_cultura y VS_choque cultural {9-0}
otros_cultura y VS_xenofobia {9-0}
otros_fisicosociales {24-0}
otros_procnigratorio_porqueviene {23-0}
otros_procnigratorio_expectativas {11-0}
<b>OTROS RED (0-0)</b>
otros_red apoyo profesional {1-0}
otros_red limitada {22-0}
otros_red_incondicional {22-0}
<b>RENTA_A RENTA (0-0)</b>
renta_cambio ES_mejoró su vida {29-0}
renta_cambio ES_su vida es peor {11-0}
renta_dependientes familia {4-0}
renta_no dependientes {2-0}
renta_percepcion {0-0}
renta_salario-menos 500 {2-0}
renta_salario_500-1000 {3-0}
renta_usos {16-0}
<b>SALUD_ASALUD (0-0)</b>
salud_conduc/autocuidado {10-0}
salud_fisica {17-0}
salud_mental {46-0}
salud_percsalud_buena {2-0}
<b>SISTEMA SANITARIO (0-0)</b>
sistema sanitario_problemas {14-0}
sistema sanitario_profesionales/buena experiencia {8-0}
<b>TRABAJO (0-0)</b>
trabajo_activi laboral {10-0}
trabajo_condiciones laborales_buenas {3-0}
trabajo_condiciones laborales_precarias {17-0}
trabajo_condiciones_internas {21-0}
trabajo_expectativas {6-0}
trabajo_oportunidades {9-0}

**APÉNDICE VI****Consentimiento Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria**

**Felipe de la Llama Vázquez, Secretario del COMITE ETICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA**

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor del estudio:

**TÍTULO: Influencia del Estatus Social Subjetivo en la Salud de las Mujeres Inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Cantabria**

**PROMOTOR: M<sup>a</sup> Visitación Sanchón Macías**

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIC , resuelve **AUTORIZAR** que dicho proyecto sea realizado en la Universidad de Cantabria, actuando como investigadora principal, Sanchón Macías, M<sup>a</sup> Visitación.

**Lo que firmo en Santander, a 4 de Septiembre de 2009**

  
**Felipe de la Llama Vázquez**





## APÉNDICE VII

### Consentimiento Informado para participar en la entrevista

*Influencia del Estatus Social Subjetivo en la Salud de las Mujeres Inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Cantabria*

He recibido y comprendido toda la información sobre la investigación que aparece en las páginas adjuntas y que yo he precisado para consentir en participar. Las posibles dudas que tenía sobre el estudio me han sido aclaradas.

Soy consciente de mi derecho a no participar y/o a retirarme del estudio en cualquier momento.

He comprendido que mi nombre y toda la información que me identifique a mí o a mis allegados se mantendrá confidencial y que ninguna parte de esta información será difundida, excepto en situaciones en que así sea requerida por motivos legales de índole del quebranto de los derechos humanos.

Conozco el propósito de esta investigación de generar conocimiento sobre cómo los determinantes sociales de la salud, las medidas de prevención y la asistencia sanitaria influyen en la salud y el bienestar de las mujeres latinoamericanas inmigradas a España que trabajan.

**Acepto participar en una entrevista, con una duración total aproximada de 2 horas. Entiendo que la entrevista será grabada y que el/la investigador/a tomará notas durante la entrevista.**

Por la presente consiento en participar en este estudio de investigación, conducido por M.<sup>a</sup> Visitación Sanchón Macías del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Entiendo que, en caso de considerarlo oportuno o necesario, podré establecer y mantener contacto con esta persona en el teléfono 942 201670.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante o pseudónimo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigadora

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha



## APÉNDICE VIII

### Consentimiento Informado de la Investigación

#### Título de la investigación

Influencia del Estatus Social Subjetivo en la Salud de las Mujeres Inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Cantabria.

#### Investigadora

M.<sup>a</sup> Visitación Sanchón Macias.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito de esta investigación es conocer cómo influye el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo en las percepciones de salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Cantabria.

#### Descripción de la investigación

En una primera fase se administrará, alrededor de 500 cuestionarios para conocer cuál es el estatus socioeconómico y el estatus social subjetivo de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en Cantabria. El cuestionario contiene algunas preguntas personales sobre las participantes como: edad, nivel educativo, ocupación laboral, ingresos económicos, personas dependientes y renta familiar. Además se incluyen tres preguntas relacionadas con las percepciones de salud. Al final se solicita una dirección y teléfono de contacto.

En una segunda fase, de los datos obtenidos a través de la metodología cuantitativa, se escogerá una muestra de 6 mujeres, con perfiles representativos de los datos. Se seleccionaran los sujetos y que hayan puntuado próximas a la mediana (casos típicos) en la escala de MacArthur. A esta muestra, se le realizaran entrevistas semiestructuradas de una hora y media de duración. Las preguntas versarán sobre los principales determinantes del estatus social subjetivo y su influencia en la salud.

El contenido de las entrevistas será registrado en una cinta grabada y transcrita en forma de texto y después estas cintas serán destruidas.

#### Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes

Su contribución permitirá comprender mejor cuáles son las necesidades de las Mujeres latinoamericanas residentes en Cantabria y así ayudar a planificar acciones y recursos desde los sistemas socio-sanitarios que puedan contribuir a mejorar el bienestar de personas como usted y sus familias.

Participar implica un tiempo dedicación de quince minutos para el cuestionario y noventa para el desarrollo de la entrevista. Si usted esta de acuerdo en participar, es importante que comprenda que:

— Si cambia de idea y quiere retirarse del estudio antes de realizar las entrevistas, simplemente debe informar a la investigadora, ello no conlleva ningún tipo de consecuencias negativas para usted.

- Antes de empezar las entrevistas se le volverá a preguntar si usted todavía está dispuesto a participar en el estudio.
- Se realizarán todas las medidas para salvaguardar su privacidad.

**Confidencialidad**

Su identidad no será revelada en ningún informe sobre este estudio. Toda la información que sea recogida se mantendrá estrictamente confidencial. Ninguna información que revele su identidad se difundirá a nadie a menos que sea requerido legalmente (por ejemplo, información sobre abuso de niños o maltratos a personas mayores o dependientes).

**Participación**

Su participación es enteramente voluntaria. Usted puede negarse a participar en este estudio tanto ahora como más tarde en el tiempo si cambia de opinión.



## APÉNDICE IX

### Información encuestadores

- **Presentación.** Debemos presentarnos por nuestro nombre y apellidos, y si procede, señalar quién amablemente nos ha facilitado la forma de contacto.
- A continuación debemos explicar que **estamos participando** en un proyecto de investigación, para la realización de una tesis doctoral de una profesora enfermera y socióloga de la Universidad de Cantabria.
- Se les explicará breve y claramente, **el propósito de la investigación:** *conocer cómo afecta su situación socioeconómica y su actividad laboral en su salud y bienestar, y el de su familia si la hubiere.*
- Se les explicará el perfil de la muestra que se precisa:
  - Mujeres latinoamericanas y del Caribe.
  - Entre 16-65 años.
  - Que trabajen y residan en Cantabria por lo menos un año.
- Se les señalará la **utilidad de su aportación en la investigación.** Su contribución permitirá comprender mejor cuáles son las necesidades de las mujeres latinoamericanas residentes en Cantabria y así ayudar a planificar acciones y recursos desde los sistemas sociales y sanitarios que puedan contribuir a mejorar el bienestar de personas como usted y sus familias.
- Se especificará claramente la **total confidencialidad** de la información recogida. Si usted está de acuerdo en participar, es importante que comprenda que:
  - Las encuestas son anónimas, no tiene que poner el nombre en ninguna parte.
  - Toda la información recopilada se mantendrá estrictamente confidencial.
- **Su participación** es enteramente voluntaria.
- Si no está de acuerdo en participar, se le agradecerá su amabilidad por atender a nuestra llamada, y se le administrará una forma de contacto con nosotros/as por si cambia de opinión.
- Si esta de acuerdo en participar, se les explicará brevemente el tiempo que le llevará el cuestionario y cómo rellenarlo.
- Al final, se agradecerá su colaboración y si lo solicitara, se le facilitarán las formas de contacto con el equipo investigador para las cuestiones que crea convenientes.



**Tabla 4. Características Demográficas y variables de interés n=371.**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
País de nacimiento	Colombia	92	24,9
	Perú	90	24,3
	Ecuador	57	15,4
	Bolivia	36	9,7
	Paraguay	28	7,6
	Otros	67	18,3
	<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>
Años residiendo en España	Hasta 2 años	109	29,4
	De 3 hasta 5 años	162	43,6
	6 o más	100	27,0
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Grupos de edad	Hasta 29 años	97	26,1
	30 a 39 años	132	35,6
	40 a 49 años	96	25,9
	50 a 59 años	39	10,5
	59 a 65	7	1,9
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Familia y/o amigos en España	Sí	337	91,3
	No	32	8,7
	<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100</b>
Esposo	Sí	136	40,4
	No	201	59,6
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
Hijos/as	Sí	181	53,7
	No	156	46,3
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
Padres/primos tíos	Sí	148	49,7
	No	189	50,3
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
Amigos/as / personas importantes	Sí	134	40,0
	No	203	60,0
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

**Tabla 4. Características Demográficas y variables de interés n=371 (continuación).**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casa donde vive en España	Casa alquilada	204	55,5
	Habitación alquilada	99	27,0
	Interna	33	8,9
	Casa propia	25	6,7
	No paga renta	7	1,9
	<b>Total</b>	<b>368</b>	<b>100</b>
Personas que viven en casa	Con personas	350	97,2
	Sola	10	2,8
	<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>
N.º de personas que viven	1	6	1,7
	2	59	17,1
	3	77	22,3
	4	96	27,8
	5	55	15,9
	6 o más	52	15,1
	<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100</b>
Adultos	Sí	231	66,0
	No	119	34,0
	<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100</b>
Niños	Sí	152	43,4
	No	198	56,6
	<b>Total</b>	<b>350</b>	<b>100</b>
Personas dependientes en su país	Sí	222	65,1
	No	119	34,9
	<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100</b>
Niños	Sí	100	45,0
	No	112	50,5
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>95</b>
Adultos	Si	109	49,1
	No	113	50,9
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

**Tabla 4. Características Demográficas y variables de interés n=371 (continuación).**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
N.º de personas dependientes en su país	1	54	25,8
	2	67	32,1
	3	44	21,1
	4	17	8,1
	5	15	7,2
	6 o más	12	5,7
	<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>
N.º niños dependientes	1	44	44,0
	2	37	37,0
	3 o más	19	19,0
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
N.º adultos dependientes	1	45	41,3
	2	40	36,7
	3 o más	24	22,0
	<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
Estatus legal	Con documentación	323	91,8
	Sin documentación	29	8,2
	Total	352	
	No contestan	19	
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Documentos que posee	Residencia temporal	158	44,9
	Residencia permanente	97	27,6
	Reagrupación familiar	3	0,9
	Nacionalidad	49	13,9
	Tarjeta Comunitaria	16	4,5
	Solicitud de residencia	19	5,4
	Solicitud NO presentada	10	2,8
	<b>Total</b>	<b>352</b>	<b>100</b>
	No contestan	19	
<b>Total</b>	<b>371</b>		
Tarjeta Sanitaria Individual	Sí tiene	333	92,0
	En trámites	13	3,6
	No tiene	16	4,4
	<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>100</b>

**Tabla 5. Estatus Socio Económico y Estatus Social Subjetivo n=371.**

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estudios realizados</b>	Sin estudios o estudios primarios	58	15,7
	Enseñanza secundaria	169	45,7
	Enseñanza técnica	77	20,8
	Estudios universitarios	66	17,8
	<b>Total</b>	<b>370</b>	<b>100</b>
<b>Nivel de estudios</b>	Ninguno	33	9,1
	Estudios primarios	52	14,4
	Bachillerato	163	45,2
	Diplomado o Técnico	67	18,6
	Licenciado Universitario	34	9,4
	Máster	10	2,8
	Doctorado	2	0,6
	<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>100</b>
<b>Homologación títulos en España</b>	No	292	82,5
	Sí	34	9,5
	Estoy en trámite	28	8,0
	<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
<b>Trabajo actual</b>	Tiempo completo	145	39,1
	Tiempo parcial	105	28,3
	No trabajo	92	24,8
	NC	29	7,8
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
<b>Horas trabajo semana TC</b>	Menos de 34 h/semana	2	2,3
	Entre 35 y 45 h/semana	66	76,7
	Entre 46-55	10	11,6
	Más de 55	8	9,3
	<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Tabla 7. Escala de MacArthur n=371.**

Escala MacArthur de 10 niveles		n	%
Nivel más bajo	1	15	4,0
	2	25	6,7
	3	30	8,1
	4	46	12,4
	5	98	26,4
	6	67	18,1
	7	52	14,0
	8	24	6,5
	9	10	2,7
Nivel más alto	10	4	1,1
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100</b>
Escala MacArthur de 5 niveles		n	%
Muy Mal (1 y 2)		40	10,8
Mal (3 y 4)		76	20,5
Regular (5 y 6)		165	44,5
Bien (7 y 8)		76	20,5
Muy bien (9 y 10)		14	3,8
<b>Total</b>		<b>371</b>	<b>100</b>

**Tabla 8. Resultados sobre Salud Percibida n=371.**

Variable	Categorías	n	%
Estado de Salud Percibido	Muy Bueno	69	18,8
	Bueno	160	43,6
	Regular	118	32,2
	Malo	18	4,9
	Muy Malo	2	0,5
	<b>Total</b>		<b>367</b>
Estado de Salud Percibido en comparación con cuando salió de su país	Mejor	96	26,8
	Igual	186	52,0
	Peor	76	21,2
	<b>Total</b>		<b>358</b>

**Tabla 9. Variables continuas de interés, rangos, media, desviación estándar, mediana y moda.**

Variable	n	Rango del instrumento	Rango en este estudio	Media	DT	Mediana	Moda
Edad	371		17-64	36,7	10,0	36	32,0
Años en España	371	>1	1-20	4,3	2,8	4	3
Escala de MacArthur	371	1-10	1-10	5,1	1,9	5	5
Salud Percibida	367	1-5	1-5	2,3	1,0	2	2

**Tabla 10. Correlación entre el Estatus Socioeconómico el Estatus Social Subjetivo y la Salud Percibida**

		Salud percibida	<i>p</i>	Estatus Social Subjetivo	<i>p</i>
Estatus Socioeconómico	Ingresos	-0,124	0,02	0,193	0,000
	Nivel de estudios	-0,125	0,01	0,030	0,560
	Clase social	0,088	0,13	0,087	0,130
Salud percibida		—	—	0,150	0,004

*Coefficiente Rho de Spearman*

*Salud percibida (de 1 = muy buena a 5 = muy mala)*

*Estatus Social Subjetivo (de 1 = nivel más bajo a 10 = nivel más alto)*



**Tabla 11. Distribución del (%) de salud percibida en función de la edad, nivel de estudios y salario. Tablas de contingencia.**

		Salud Percibida						Valor <i>p</i>
		Negativa		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>	17 a 29 años	27	28,1	69	71,9	96	100	0,041
	30 a 35 años	30	34,5	57	65,5	87	100	
	36 a 43 años	39	40,6	57	59,4	96	100	
	44 a 64 años	42	47,7	46	52,3	88	100	
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>37,6</b>	<b>229</b>	<b>62,4</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	
<b>Nivel estudios</b>	Sin estudios	27	48,2	29	52,8	56	100	0,216
	Secundaria	60	35,7	108	64,3	168	100	
	Técnica o diplomadas	31	40,3	46	59,7	77	100	
	Universitaria	20	30,8	45	69,2	65	100	
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>37,7</b>	<b>228</b>	<b>62,3</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	
<b>Ingresos</b>	Sin ingresos	21	39,6	32	60,4	53	100	0,272
	Menos de 250	10	43,5	13	56,5	23	100	
	De 250-499	28	44,4	35	55,6	63	100	
	De 500-999	54	34,0	105	66,0	159	100	
	1000-1499	10	25,0	30	75,0	40	100	
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>3,4</b>	<b>215</b>	<b>63,6</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	
<b>Ocupaciones CNO*</b>	No trabaja	36	40,0	54	60,0	90	100	0,699
	Restauración y personales	39	36,4	68	63,6	107	100	
	No cualificados	53	38,4	85	61,6	138	100	
	Administrativos y cuenta propia	1	16,7	5	83,3	6	100	
	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>37,8</b>	<b>212</b>	<b>62,2</b>	<b>341</b>	<b>100</b>	
<b>Escala de MacArthur</b>	1	5	33,3	10	66,7	15	100	0,005
	2	14	58,3	10	41,7	24	100	
	3	16	55,2	13	44,8	29	100	
	4	23	50,0	23	50,0	46	100	
	5	30	30,6	68	69,4	98	100	
	6	26	38,8	41	61,2	67	100	
	7	15	28,8	37	71,2	52	100	
	8	4	16,7	20	83,3	24	100	
	9	4	50,0	4	50,0	8	100	
	10	1	25,0	3	75,0	4	100	
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>37,6</b>	<b>229</b>	<b>62,4</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	

**Tabla 11. Distribución del (%) de salud percibida en función de la edad, nivel de estudios y salario. Tablas de contingencia (continuación).**

		Salud Percibida						Valor <i>p</i>
		Negativa		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Familia y/o amigos en España</b>	Familia y/o amigos	126	37,8	207	62,2	333	100	0,97
	Sin familia ni amigos	12	37,5	20	62,5	32	100	
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>37,8</b>	<b>227</b>	<b>62,2</b>	<b>365</b>	<b>100</b>	
<b>Años en España</b>	Hasta 3	65	37,1	110	62,9	175	100	0,984
	De 4 a 6	45	37,2	76	62,8	121	100	
	De 7 a 9	19	38,8	30	61,2	49	100	
	Más de 9	9	40,9	13	59,1	22	100	
	<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>37,6</b>	<b>229</b>	<b>62,4</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	

**Tabla 12. Análisis de regresión logística para salud percibida negativa (0=buena/muy buena. 1=regular, mala o muy mala).**

Variables		B	OR	I.C. 95,0% OR		Valor p
				Límite inferior	Límite superior	
Edad	17 a 29 años		1			0,396
	30 a 35 años	0,218	1,2	0,6	2,5	0,547
	36 a 43 años	0,415	1,5	0,8	3,0	0,239
	44 a 64 años	0,612	1,8	0,9	3,8	0,101
Nivel de estudios	Estudios universitarios		1			0,334
	Enseñanza técnica	-0,075	0,9	0,4	2,4	0,878
	Enseñanza secundaria	0,38	1,5	0,6	3,4	0,379
	No título o estudios primarios	0,56	1,8	0,7	4,4	0,230
Niveles de Escala MacArthur	Bien (7 y 8)		1			0,006
	Muy mal (1 y 2)	1,433	4,2	1,6	11,2	0,004
	Mal (3 y 4)	1,469	4,3	1,9	9,9	0,000
	Regular (5 y 6)	0,825	2,3	1,1	4,8	0,030
	Muy bien (9+10)	1,100	3,0	0,7	13,3	0,148
Estatus legal	Con papeles		1			0,450
	Sin papeles o ns/nc	0,333	1,4	0,6	3,3	
Apoyo social en España	Familia y/o amigos		1			0,928
	Sin familia ni amigos	0,04	1,0	0,4	2,5	
Ingresos	De 1000 a 1499		1			0,247
	De 500 a 999	0,204	1,2	0,5	2,8	0,633
	De 250 a 499	0,897	2,5	1,0	6,3	0,062
	Menos de 250	0,56	1,8	0,5	5,7	0,355
	No trabaja	0,299	1,3	0,5	3,6	0,549
Años en España	Por cada año	0,042	1,0	1,0	1,1	0,348
Constante		-2,689	0,1			0,000

**Tabla 13. Estado de Salud Percibida por grupos de procedencia mujeres.**

	<i>Cantabria</i>	<i>España</i>	<i>España clase social V</i>	<b>Muestra</b>
<b>Buena o muy buena</b>	70,4	66,5	57,93	<b>62,4</b>
<b>Regular, mala, muy mala</b>	29,5	32,3	42,09	<b>37,6</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENS 2006.