

## SERVICIOS SOCIALES DE SALUD PARA PERSONAS INMIGRANTES DE ESTOCOLMO

**Annika Halén**

Directora de Estudios del Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Gotemburgo.

En mi exposición me propongo ofrecer, en primer lugar, un breve resumen de los antecedentes históricos de la población inmigrante de Suecia, para describir a continuación a grandes rasgos el estado de salud física y social de las personas inmigrantes y presentar, finalmente, algunos ejemplos de los servicios sociales de salud que existen en Estocolmo.

### ANTECEDENTES

La política oficial de inmigración de Suecia está basada en una ideología pluralista. Esto significa que todos los miembros de la sociedad tienen los mismos derechos –y obligaciones– cualquiera que sea su origen nacional o étnico. Una de las consecuencias políticas de esta actitud es lo que a menudo se designa como «transversalidad» (*mainstreaming*). El gasto público se debe destinar a atender las necesidades, independientemente de quiénes sean las personas que las manifiesten. Esto, evidentemente, es retórica política, pero también significa que la mayor parte de los servicios sociales y sanitarios a los que recurren las personas inmigrantes no están dirigidos a la población inmigrante como grupo meta explícito. Los servicios que voy a co-

mentar no excluyen a ningún sector de la población, pero los utilizan primordialmente inmigrantes.

Inmigrante no es un término jurídico y tampoco resulta sencillo acotar su definición. A veces se indica que la población inmigrante de Suecia representa alrededor del 20% de la población total. Esta cifra incluye tanto a las personas inmigrantes de primera generación como a las de la segunda generación. En las estadísticas oficiales suele ser más habitual la cifra del 11%, que sólo incluye a la población inmigrante de primera generación. Más allá de la definición que se utilice, es importante recordar que Suecia sólo pasó a ser un país de inmigración a mediados del siglo XX. Es decir, que el paso de una nación étnicamente homogénea a la mezcla cultural y étnica que tenemos en la actualidad ha sido muy rápido. También es importante señalar que el tipo de inmigración ha variado con los años. En las décadas de 1950 y 1960, la mayoría de inmigrantes procedían de otros países escandinavos, sobre todo de Finlandia, y del centro y sureste de Europa. En las décadas de 1970 y 1980, Suecia comenzó a recibir un número creciente de inmigrantes de regiones no europeas como América del Sur y el Sureste asiático; y en la última década, la mayoría de inmi-

grantes procedían de Yugoslavia e Irak. La inmigración de los años cincuenta y sesenta estaba formada principalmente por personas que acudían a nuestro país por razones laborales, mientras que desde principios de los setenta ha predominado la inmigración de personas refugiadas y solicitantes de asilo.

Suecia es un país étnicamente segregado. La mayor parte de la población inmigrante reside en las tres zonas urbanas de Estocolmo, Gotemburgo y Malmö. La segregación étnica también es evidente, no obstante, a escala regional. Tanto en Estocolmo como en Gotemburgo y Malmö existen zonas con una proporción tan alta de población inmigrante que algunos investigadores las describen como *guetos urbanos étnicos*. La elección de la palabra «gueto» no responde únicamente a la alta proporción de inmigrantes. También expresa la situación globalmente vulnerable y socialmente precaria en que viven muchas de las personas que residen en estas zonas. La tabla siguiente ofrece una muestra de ello. Está tomada de un estudio que realicé hace poco sobre las condiciones de vida de la población inmigrante de Gotemburgo. Pero los datos podrían proceder igualmente de Estocolmo o Malmö. La columna de la izquier-

da indica las diferentes variables; la columna de la derecha muestra el índice para el conjunto de Gotemburgo, y en las columnas A-G se indica el índice equivalente correspondiente a siete de las zonas con mayor predominio de población inmigrante. No voy a examinar en detalle los datos concretos; lo que aquí me interesa es el cuadro general. En una tabla equivalente de siete zonas distintas de una ciudad no segregada, las cifras de todas las casillas se habrían aproximado a 100. Como pueden comprobar, no es lo que sucede en este caso.

#### SALUD FÍSICA Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Una información que se desprende de la tabla anterior es que la población inmigrante parece sufrir de mala salud con mayor frecuencia que el resto de la población. Hasta el momento no se

dispone de ningún estudio nacional que abarque a todos los grupos étnicos de Suecia y su estado de salud física, mental y social. La mayor parte de los estudios realizados sobre el estado de salud de la población inmigrante son estudios locales, centrados en grupos específicos y en determinados aspectos de la salud y los problemas de salud. Un inventario de los estudios disponibles revela, no obstante, un cuadro parecido. Las personas nacidas fuera de Suecia sufren de mala salud en mayor grado que el resto de la población. También dicen estar más enfermas. Los problemas de salud entre la población inmigrante se concentran en general en el aspecto de la salud mental y la mala salud asociada a la actividad laboral. Se observa la tendencia a un incremento a lo largo de los años de los síntomas asociados a la mala salud mental y de carácter psicosocial. Esto se explica primordialmente por el número creciente de

personas refugiadas e inmigrantes que en algún momento de su vida se han visto expuestas a situaciones de guerra, persecución, tortura u otros tipos de traumáticas.

No obstante, aunque el cuadro general sea el mismo, existen grandes variaciones entre los diferentes grupos. Un estudio publicado hace poco sobre las condiciones de vida de las personas inmigrantes procedentes de Chile, Irán, Polonia y Turquía revela que las mujeres de estos grupos están más expuestas que los hombres a sufrir de mala salud. Esto es particularmente cierto en el caso de la mala salud asociada a la actividad laboral, pero también en lo que respecta a la mala salud mental y de carácter psicosocial. Una de las diferencias más preocupantes entre la población inmigrante y el resto es la tasa de suicidios. Los estudios indican que el riesgo de muerte por suicidio es entre un 30% y un 60% superior para las personas nacidas fuera de Suecia

*Índice comparativo de las siguientes variables: (1) Origen extranjero, (2) En paro, (3) Mala salud, (4) Incapacidad laboral, (5) Familias que dependen de la asistencia social, (6) Ingresos medios, (7) Mujeres empleadas, (8) Población infantil de 0-6 años. (Gotemburgo = 100)*

	Norra Biskopsg.	SDN Biskopsg.	Hjällbo	Västra Bergsjön	Östra Bergsjön	Gårdsten	Gamlestan	Gotemburgo
(1)	314	201	352	213	283	305	174	100
(2)	239	150	230	169	209	206	141	100
(3)	214	186	202	185	214	191	162	100
(4)	144	176	108	169	160	139	146	100
(5)	361	157	436	238	352	316	165	100
(6)	60	82	42	70	53	63	78	100
(7)	38	76	35	70	43	62	80	100
(8)	208	121	235	113	147	169	73	10

que para el resto de la población. Este riesgo es todavía más alto para los y las inmigrantes jóvenes de procedencia no europea y de 15-18 años de edad. En este grupo concreto, el suicidio es la causa de mortalidad más frecuente. No obstante, a pesar de sufrir más problemas de mala salud que el resto de la población, también se dispone de estudios que indican que la población inmigrante no utiliza los servicios que ofrece el sistema sanitario público con mayor frecuencia que los demás grupos.

La Comisión de Salud Pública presentó hace poco un conjunto de objetivos y estrategias encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población inmigrante y, por consiguiente, también su estado de salud. La Comisión destaca que el factor más importante para mejorar las condiciones de vida de la población inmigrante es fomentar su participación en la sociedad y reducir cualquier tipo de influencias que puedan conducir a su aislamiento, segregación, pasividad y mala salud. En el marco de la lucha general por la mejora de sus condiciones de vida se mencionan algunos grupos meta. Uno de éstos es el de los niños, niñas y jóvenes, sobre todo aquellos cuyos padres son solicitantes de asilo o refugiados y que residen en lo que antes hemos descrito como guetos urbanos étnicos. Otro grupo meta es el de las mujeres, en particular las madres solas y mujeres con un largo historial de desempleo.

### **LOS CENTROS DE RECURSOS FAMILIARES Y LAS ESCUELAS ABIERTAS DE RECREO – EJEMPLOS DE SERVICIOS SOCIALES DE SALUD OFRECIDOS EN ESTOCOLMO**

Un 16% de los alrededor de 800.000 habitantes de Estocolmo han nacido fuera de Suecia. Si se incluye a la segunda generación de inmigrantes, la proporción de población inmigrante se incrementaría hasta el 30%. Estocolmo está dividida en dieciocho distritos. Dado que la población inmigrante no está distribuida de manera homogénea en toda la ciudad; algunos distritos tienen una proporción mucho mayor de inmigrantes que otros. En el distrito de Rinkeby, el 75% de la población está formado por inmigrantes de primera o segunda generación. Ésta es una de las zonas con mayor predominio de población inmigrante de Suecia. También es una zona donde se encuentra un gran número de servicios utilizados por la población inmigrante. Cuenta asimismo con un número creciente de servicios sociales ofrecidos por personas inmigrantes. Voy a dedicar el resto de mi intervención a presentar brevemente dos de estos servicios. Los servicios que he escogido como muestra son los Centros de Recursos Familiares y las Escuelas Abiertas de Recreo. Dos de los grupos metas identificados por la Comisión de Salud Pública, a saber, las mujeres y los niños y niñas, utilizan primordialmente ambos servicios.

Los Centros de Recursos Familiares representan un nuevo mode-

lo de oferta de servicios sociales y de atención sanitaria. Su oferta se basa en los servicios ya existentes en el marco del sistema asistencial sueco, como centros de salud infantil, clínicas de atención prenatal, centros de maternidad, guarderías, servicios de bienestar social, etc. Estos servicios, que se habían venido ofreciendo tradicionalmente de manera separada, se han agrupado ahora bajo un mismo techo. La proximidad es importante para facilitar el acceso a las personas que puedan necesitar los servicios ofrecidos. Los Centros de Recursos Familiares nacieron como una iniciativa de las trabajadoras y trabajadores sociales y sanitarios para hacer frente a la situación a menudo desesperada de muchas de las familias residentes en zonas como los guetos urbanos étnicos. La base de su planteamiento ideológico es el desplazamiento del centro de atención de la intervención a la prevención, y de los servicios separados y aislados a la cooperación y la integración, así como el abandono de la «clientelización» para promover el «empoderamiento» o *habilitación (empowerment)* de las usuarias y usuarios.

Aunque no todos los Centros de Recursos Familiares están organizados exactamente del mismo modo, la mayoría de ellos ofrecen los siguientes servicios:

1. Atención sanitaria preventiva durante el embarazo. Este servicio forma parte del sistema de atención primaria de salud, es gratuito e incluye el control médico así como la posibilidad de participar en cursos de formación parental dirigidos a ambos progenitores.

2. Atención sanitaria infantil preventiva. Incluye controles sanitarios de los niños y niñas y un programa de vacunación. Los servicios son gratuitos y cubren casi al 100% de madres y niños/niñas.

3. Asistencia de trabajadoras/trabajadores sociales profesionales y psicólogos/psicólogas. Incluye seguimiento individual de los casos y trabajo en grupo y en equipo.

4. Escuela Abierta de Recreo (véase a continuación)

La Escuela Abierta de Recreo es un espacio en el que las madres y padres pueden estar con sus hijas e hijos pequeños durante el día bajo la orientación de profesoras/profesores de párvulos y otras u otros profesionales. No es un servicio público obligatorio, pero la mayoría de distritos de Estocolmo y otras zonas urbanas ofrecen este servicio a las personas residentes en la zona. Resulta particularmente útil en zonas como Rinkeby, con una gran proporción de familias numerosas y un elevado desempleo, ya que ofrece a las mujeres una oportunidad de salir de casa y reunirse con otras mujeres y criaturas. La Escuela Abierta de Recreo acoge tanto a las madres como a los padres, pero en las zonas con predominio de población inmigrante, es muy raro que acuda algún padre. Es importante señalar que la Escuela Abierta de Recreo es un espacio abierto a todas las familias, independientemente de que tengan problemas o no. Es un espacio de libre acceso sin ningún requisito de inscripción.

Las madres o padres y sus hijas e hijos pueden entrar libremente y permanecer allí el tiempo que lo deseen. En general, no existe un programa fijo. El objetivo general es adaptarse a las necesidades de las madres o padres y de los niños y niñas que acuden al centro y ayudarles y motivarles a participar de manera activa en el entorno social. La asistencia no tiene ningún coste para la niña/niño o progenitor concreto.

Entre las actividades que se desarrollan en la Escuela Abierta de Recreo cabe citar:

1. Formación lingüística para personas adultas. Las mujeres con muchas criaturas pequeñas a su cuidado raras veces tienen la posibilidad de asistir a las clases ordinarias de sueco obligatorias para todas las personas inmigrantes recién llegadas. En la Escuela Abierta de Recreo, la formación lingüística se desarrolla conjuntamente con todas las demás actividades habituales. A fin de ofrecer a las madres y padres la oportunidad de oír hablar sueco y aprenderlo sin tener que asistir a clase, es importante que la mayor parte del personal de las escuelas abiertas de recreo sea sueco. Para muchas madres y criaturas, son las únicas personas suecas con quienes se relacionan.

2. Habilidades sociales. Se anima y ayuda a las madres o padres a utilizar otros servicios de la zona, como bibliotecas, tiendas, organizaciones de voluntariado, transportes públicos, etc.

3. Información y formación. Se

invita con frecuencia a profesionales de todos los ámbitos de la sociedad –como, por ejemplo, enseñantes, psicólogas y psicólogos, personal de las oficinas de empleo, etc.– a dar charlas sobre su trabajo.

4. Diversión. Actividades como cocinar, elaborar pasteles y dulces, realizar los preparativos para determinadas festividades religiosas o públicas ocupan un lugar importante. Las mujeres aplican a ellas sus propias aptitudes personales, porque todas tienen algo que aportar y de lo cual enorgullecerse.

Tanto las Escuelas Abiertas de Recreo como los Centros de Recursos Familiares son actividades financiadas con fondos públicos y ofrecidas por la administración del distrito. En zonas como Rinkeby, en Estocolmo, también existe una serie de actividades y servicios gestionados y desarrollados por organizaciones privadas. Un número rápidamente creciente de éstas son organizaciones llevadas por mujeres inmigrantes y dirigidas a las mismas. Varias de estas organizaciones no gubernamentales reciben apoyo financiero del distrito. Sin embargo, todas dependen de la participación activa de sus miembros para poder mantenerse vivas y florecer como lo hacen. Resulta sumamente interesante y esperanzador observar el proceso de desarrollo de estas nuevas organizaciones de base gestionadas por grupos de población que solemos considerar dependientes y pasivos.