



# DIAGNÓSTICO PERSONAS MIGRANTES TEMPORERAS



CAMPO ARAÑUELO CÁCERES



DIPLUTACIÓN DE CÁCERES



## Médicos del Mundo, 2022

### Equipo investigador

Guillermo Yunquera Núñez  
Sylvia Martín Sánchez

### Apoyo en traducción e interpretación

Salma afkir (Voluntaria de Médicos del Mundo Extremadura)

### Personas colaboradoras:

Patricia Jara Chinarro  
Coordinadora autonómica de Médicos del Mundo en Extremadura

Pablo Iglesias Rionda  
Técnico de Incidencia Política Médicos del Mundo España

### Diseño, maquetación y fotografía

Sylvia Martín Sánchez

### Impresión

Gráficas hervás

Cómo citar este documento:

**Médicos del Mundo (2022), "Diagnóstico: personas migrantes temporeras en Campo Arañuelo, Cáceres", Extremadura, España.**

Este diagnóstico ha sido financiado por la DIPUTACIÓN DE CÁCERES, dentro del proyecto DIAGNÓSTICO DE POBLACIÓN MIGRANTE TEMPORERA EN LA MANCOMUNIDAD DE CAMPO ARAÑUELO de Médicos del Mundo Extremadura.



# INDICE

## INTRODUCCIÓN

### 1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.1 Marco normativo relativo al derecho a la protección sanitaria
- 1.2 Marco contextual
- 1.3 Objetivo
- 1.4 Marco metodológico
  - 1.4.1 Descripción del diagnóstico
  - 1.4.2 Metodología para el trabajo de campo
  - 1.4.3 Enfoques de trabajo

### 2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

- 2.1 Población temporera migrante en Campo Arañuelo
- 2.2 Jóvenes descendientes de población inmigrante temporera
- 2.3 Entidades/ servicios relacionados con la población migrante en la comarca
- 2.4 Asociaciones de migrantes en la comarca

### 3. DERECHO A LA SALUD

- 3.1 Disponibilidad de recursos y servicios
- 3.2 Acceso al Sistema Sanitario Extremeño
- 3.3 Aceptabilidad entre la población temporera
- 3.4 Calidad del servicio

### 4. DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### 5. DERECHOS VINCULANTES AL DERECHO A LA SALUD

- 5.1 Trabajo saludable
- 5.2 Salud mental
- 5.3 Entorno saludable
- 5.4 Participación y convivencia

## CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES

## REFERENCIAS

# INTRODUCCION

Médicos del Mundo (MdM) está presente en Extremadura desde el año 2016 a través de personas socias y voluntarias. A partir de 2017, se fortalece el trabajo en Educación para la Transformación Social e inclusión social a nivel regional, centrandó nuestro trabajo de intervención en Tierra de Barros y Campo Arañuelo.

En el 2020 se implementa un proyecto en Navalmoral de la Mata, de mejora de la salud sexual y reproductiva en el colectivo de migrantes, con especial énfasis en las mujeres. Con este programa se pretende actuar directamente sobre el colectivo de mujeres y hombres migrantes residentes en la ciudad y reducir las barreras de acceso a los servicios de atención a la SSR. El objetivo es promover el empoderamiento de las mujeres, y la toma de decisiones libre en relación a su cuerpo, afectividad, sexualidad y reproducción, así como fortalecer la capacidad de incidencia política de las mujeres y su participación en las definiciones de políticas, programas sanitarios y servicios.

Siguiendo con nuestro trabajo en Campo Arañuelo, en el 2021 en Talayuela, se implementa el programa: Conviviendo en la diversidad. Se fomenta la participación activa, la comprensión y el respeto entre culturas, promoviendo condiciones de igualdad y entendimiento de la diversidad, como potencial para lograr una mayor cohesión social en la ciudad. A la vez, se empieza a mantener reuniones periódicas con titulares de responsabilidades, principalmente recursos sociosanitarios y asociaciones de migrantes y titulares de obligaciones (Ayuntamientos).

Estas intervenciones ponen en evidencia la existencia de barreras de acceso a la salud del colectivo migrante en la provincia de Cáceres, y más concretamente en la mancomunidad de Campo Arañuelo que se reflejan de forma exhaustiva y detallada en este diagnóstico.

Patricia Jara Chinarro. Coordinadora autonómica de Médicos del Mundo en Extremadura

## NOTA DEL EQUIPO INVESTIGADOR:

Han pasado ya más de 30 años desde que se aprobó la primera Ley de Extranjería en España, en 1985, y más de 25 desde que la inmigración comenzó a adquirir presencia pública y a percibirse como una nueva realidad social. En este período España ha pasado de ser una sociedad cultural y étnicamente homogénea a contar en la actualidad con un total de 5.579.947 de personas extranjeras a 1 de julio de 2022 provenientes de decenas de países, religiones, idiomas y características físicas diferentes (INE, 2022).

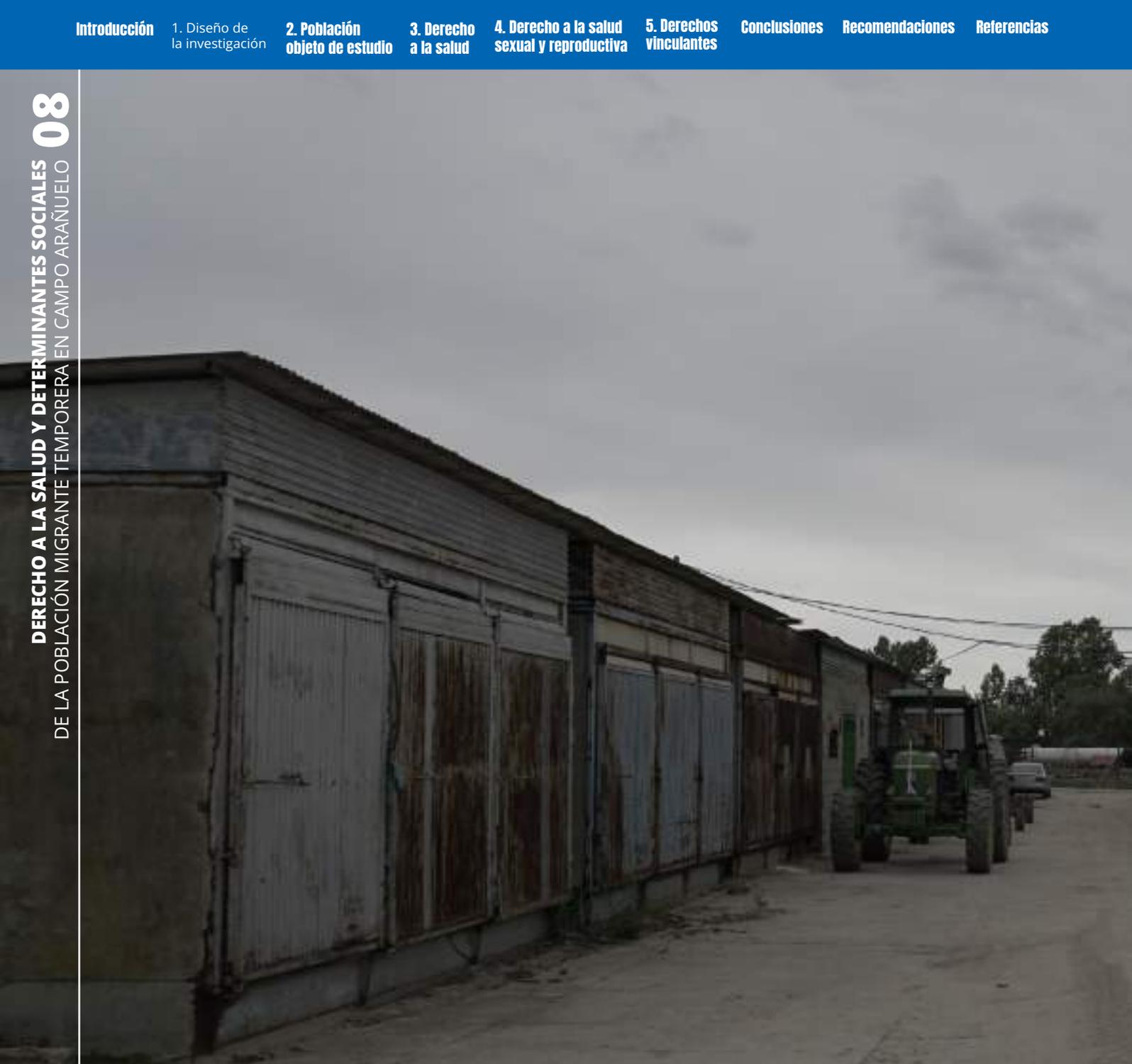
A pesar de los importantes avances que se han hecho en los últimos años en la mejora de la salud y el bienestar de las personas, todavía persisten desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria, impactando negativamente en la morbimortalidad de las poblaciones.

El objetivo de la investigación es conocer y describir la situación de la población migrante en los principales pueblos de la mancomunidad de Campo Arañuelo. La investigación ha priorizado, por ser el colectivo más numeroso, a la población migrante vinculada al trabajo en el campo, atendiendo a su diversidad interna tal y como se muestra en este informe.

En las siguientes páginas se han analizado las principales barreras que dificultan el ejercicio del derecho a la salud en todas sus dimensiones así como los diferentes factores de vulnerabilidad sociosanitaria y otros derechos y aspectos vinculantes.

También se ha considerado fundamental realizar un mapeo de las diferentes entidades y servicios que trabajan con población migrante así como asociaciones de inmigrantes presentes en la zona.

Queremos agradecer a todas y cada una de las personas y organizaciones que se han implicado y dedicado tiempo en conversar en cada una de las entrevistas y grupos de discusión. Con gran responsabilidad y compromiso hacia ellas se ha plasmado la información recibida. La motivación y necesidad de mejorar la calidad de vida en Campo Arañuelo, ha sido lo que ha movido a colaborar de manera abierta, sincera y desinteresada en la realización de este estudio. Queremos realizar un especial agradecimiento a nuestra compañera Salma Afkir, quien nos ha acompañado en muchas de las entrevistas, haciendo de las tareas de traducción e interpretación. Sin ella, esto no hubiese sido posible.



# DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1

## Marco normativo relativo al derecho a la protección sanitaria

### Marco Internacional

#### La Organización de las Naciones Unidas

Tras la experiencia y la gran conmoción de la Segunda Guerra Mundial, la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aprueba en 1948 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, sin carácter vinculante, pero siendo acogida como los valores esenciales de los 26 Estados firmantes y poco a poco ampliándose a la mayoría de la Comunidad Internacional. Es la firma del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966, legalmente vinculante<sup>1</sup> que establece un control internacional (art. 28):

*1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

*2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.*

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25.

En el caso del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966<sup>2</sup> su aplicación está limitada a los recursos disponibles de cada país (artículo 2.1). En él se aborda la protección de la salud de manera más exhaustiva en su artículo 12.1: "derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Cabe destacar la importancia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>3</sup> (CESCR, por sus siglas en inglés), órgano compuesto de 18 expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto por sus Estados Partes<sup>4</sup>. En la Observación general 14, agosto de 2000, plantea una serie de cuestiones sustantivas relativas a la aplicación del artículo 12 del Pacto.

Cabe destacar las libertades y derechos que entrañan el derecho a la salud, así como una serie de elementos esenciales e interrelacionados que abarcan el Derecho a la Salud (CESCR, 2000) y en los cuales se basa el presente estudio a la hora de analizar el sistema público de salud:

- **Disponibilidad:** Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

<sup>1</sup> BOE de 30 de abril de 1977

<sup>2</sup> BOE de 30 de abril de 1977

<sup>3</sup> <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/ceschr>

<sup>4</sup> En 2018, instó al gobierno español a adoptar medidas necesarias para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud, frente al RDL de 2012.

- **Accesibilidad:** Establecimientos, bienes y servicios accesibles a toda la población, sin discriminación en ninguna de sus cuatro dimensiones:
  - a. No discriminación y accesible para los sectores más “vulnerables y marginados de la población”.
  - b. Accesibilidad física, acceso adecuado y alcance geográfico
  - c. Accesibilidad económica, asequibilidad y principio de la equidad.
  - d. Acceso a la información y confidencialidad.
- **Aceptabilidad:** Respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad:** Junto a la aceptabilidad cultural deben de ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

También el Derecho a la Salud se reconoce, en particular, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965<sup>1</sup>; en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979<sup>2</sup>; así como en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989<sup>3</sup> (CESCR, 2000). El derecho a las prestaciones y servicios de la seguridad social es tratado en el Convenio n° 102 de la Organización Internacional del Trabajo de 1952.

La 51ª **Asamblea Mundial de la Salud** de la OMS de 1998, establece como objetivo conseguir que las personas alcancen su potencial de salud a través de la promoción y protección de la salud (OMS, 1997). Así mismo, el derecho a la salud ha sido promulgado por la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 1989/11; en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

En ellos se recogen principios universales como la igualdad, la libertad de expresión y de conciencia, el derecho a la vida, el derecho al asilo; así como el derecho a la educación, a una vivienda digna, el acceso a la salud, etc. Con el objetivo final de que todas las personas habiten en entornos seguros, de libertad, justicia y paz.

Se declara igualmente la indivisibilidad e interdependencia de los Derechos Humanos, más allá de toda jerarquía. Por ello, defender unos derechos conlleva defenderlos todos, dada su universalidad y sus diferentes dimensiones. Los derechos políticos<sup>4</sup> y civiles<sup>5</sup> (autonomía pública y privada) son de obligado cumplimiento y los derechos sociales<sup>6</sup> están condicionados a situaciones sociales y económicas propicias.

1 Inciso iv) del apartado e) del artículo 5.

2 Apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12.

3 Artículo 24.

4 Derecho de reunión, asociación y manifestación, libertad de sindicación y derecho a la huelga, derecho de participación y sufragio.

5 Derecho a la vida, derecho al honor, derecho a la seguridad personal, derecho a la propiedad y a la inviolabilidad del domicilio y de las comunicaciones; el derecho a la igualdad y la protección contra la discriminación, libertad de pensamiento y de religión.

6 Derecho a la salud y a la protección social, entre otros

## Los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La salud es un derecho humano fundamental y la cobertura sanitaria universal es crucial para garantizarlo, tal y como se reconoce en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son aprobados en 2015 por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas como parte de la Agenda 2030. Con ellos se adquiere un compromiso universal para acabar con la pobreza, mejorar el bienestar y las expectativas vitales de todas las personas y proteger el planeta. De entre los 17 objetivos, dado el objeto y sujeto de estudio se destaca el **Objetivo 3 Salud y Bienestar**: *"Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades"*.

## La Unión Europea

- **Convenio Europeo de Derechos Humanos**: Convenio de Roma de Derechos Humanos del 4 de noviembre de 1950. De los mecanismos de control de cumplimiento de estos convenios, el más importante es el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha dotado de una enorme eficacia al Convenio.

- **La Carta Social Europea** de 1961 en su forma revisada (art. 11), reconoce el derecho a la salud, para *"toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica"* (art.13). Remarcando, en su apartado 4, que este derecho será de aplicación en *"condiciones de igualdad con sus nacionales, (...) que se encuentren legalmente en su territorio"* (Europa, 1996).

- **El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea**<sup>1</sup> (TFUE) en su art. 4.2.f) establece que "los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública" son competencia compartida entre la Unión y los Estados miembros; debiendo apoyar y coordinar la acción de los Estados (art. 6.a) y situando la protección de la salud humana en el centro de sus políticas y acciones (art. 9). Por último, el art. 114 defiende una aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de salud. En el título XIV, art. 168 "salud pública", del Tratado se desarrolla el Derecho.

- **La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (art. 35), reconoce el derecho de toda persona a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria.

- **La jurisprudencia reiterada del Tribunal de Justicia de la Unión Europea** reconoce la necesidad de salvaguardar las finanzas del Estado miembro de acogida. Justificando la posibilidad de comprobar la regularidad de la residencia en el momento del reconocimiento de una prestación social. (STJUE, Sala Primera, de 14 junio de 2016).

Por tanto, la normativa internacional (supranacional y europea) ratificada por España, ofrece libertad a los Estados para aplicar el Derecho a la Salud de forma universal, excluyendo la discriminación en términos de igualdad. Este aspecto, según las interpretaciones, excluye a las personas en situación de irregularidad administrativa.

<sup>1</sup> Es uno de los cuatro documentos que configuran la constitución material de la Unión Europea, junto con el Tratado de la Unión Europea, el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea de la Energía Atómica y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea

## Marco Nacional

En el contexto español, la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030 establece en sus Metas a 2030:

*"Consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral a través de la Ley de medidas para mejorar la equidad, la universalización y cohesión del SNS."*

Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030, 2021

España es un Estado Democrático de Derecho que garantiza el respeto a la dignidad de las personas, en igualdad ante la ley y en el ejercicio de las libertades fundamentales, sin discriminación. La igualdad ante la ley, además de ser un principio fundamental de nuestro sistema jurídico nacional, es transversal a todos los tratados internacionales y regionales de derechos humanos que España ha ratificado.

El Derecho a la protección de la salud reconoce la condición innata a vivir en un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, tener acceso a una atención integral de salud en igualdad de oportunidades, así como el respeto del proceso individual de salud y enfermedad.

La **Constitución Española de 1978**, en su artículo 43, reconoce el "*Derecho a la Protección de la Salud*", al figurar como un derecho no fundamental, se contempla como un principio rector de la política social y económica, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su artículo 41 se establece la necesidad de un régimen público de Seguridad Social universal. En su título VIII se diseña la organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad (art. 148.1.21.<sup>a</sup>), las cuales han ido siendo asumidas en sus respectivos Estatutos de Autonomía.

El reconocimiento del derecho subjetivo a la atención sanitaria de las personas extranjeras y los requisitos que éstas deben cumplir se regula en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Incluyendo:

- Mayores facilidades para la obtención de permisos de trabajo (por cuenta propia y ajena)
- Mayor capacidad de trabajar para estudiantes extranjeros
- Menos requisitos para realizar contrataciones en origen en caso de "urgencia" de la empresa, extendiendo esta modalidad a otros sectores más allá del campo.

- Nuevo tipo de arraigo para personas que hayan trabajado durante los últimos 6 meses de manera irregular -de manera mucho más laxa que el actual arraigo laboral-y que quieran formarse en sectores con demanda de mano de obra (transporte o la construcción). Destacando el interés en luchar contra la economía sumergida y la explotación laboral, ofreciendo la posibilidad de regularizar la situación de la persona migrante sin necesidad de demostrar una estancia mínima en el país, si se interpone denuncia ante las autoridades laborales por empleo irregular (Martín, 2022).

La reforma es considerada como una oportunidad de mejora de las condiciones de vida de las personas migrantes residentes en España, si bien organizaciones de la sociedad civil consideran que debe ampliarse el plazo de aportaciones (CEAR, 2022). Sin embargo, el nuevo impulso que se quiere dar a las contrataciones en origen es visto con recelo, ya que puede generar tensión y brotes racistas ante las cada vez mayores tasas de paro y empobrecimiento de la población residente en España.

*"Es mentira que no queramos trabajar en el campo, de hecho aquí en los pueblos, casi todo el mundo quiere trabajar en el campo y está esperando la temporada, deseando echar más meses de trabajo"*

Ana Pinto, trabajadora del campo y activista de Jornaleras de Huelva en Lucha.

El problema se sitúa en las pésimas, en ocasiones ilegales, condiciones de trabajo. Seydou Diop, de la Asociación de Nuevos Ciudadanos por la Interculturalidad (ASNUCI), considera que impulsar aún más la contratación en origen supone evitar abordar el problema de la numerosa fuerza de trabajo migrante en situación irregular en España en situación de vulnerabilidad. Considera que con un trasfondo de racismo y miedo a problemas de convivencia, no se quiere fijar población migrante en los pueblos. (Babiker, 2022)

El derecho a la protección de la salud se reconoce por tanto en la Constitución y se concreta en la Ley General de Sanidad, **Ley 14/1986 de 25 de abril**, que instaura el Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado, estableciendo su financiación pública, universalidad y gratuidad. En su artículo 16 se establece que las normas de utilización de los servicios sanitarios sean iguales, independientemente de la condición en la que se acceda a los mismos. En su Título III "De la estructura del Sistema Sanitario Público" establece que en cada comunidad autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos sus centros, servicios y establecimientos (art. 50) integrándose en el propio SNS (art. 44).

Por lo tanto, desde la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1986, las diferentes legislaciones hasta el año 2011<sup>1</sup> han ido desarrollando y ampliando el acceso a la atención sanitaria pública gratuita y universal. Siendo el SNS de España un referente mundial por su carácter plenamente universal, a pesar de contar con uno de los gastos sanitarios más bajos del entorno.

<sup>1</sup> Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 05/10/2011.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo**, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en el artículo 3.1. 2: *"Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española"*.

Sobre esta, se han hecho modificaciones con los Real Decreto-Ley 16/2012 y el posterior 7/2018. Actualmente se están proponiendo enmiendas sobre sus carencias en aspectos de universalidad por parte de la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, Yo Sí Sanidad Universal y Amnistía Internacional (REDER, 121/000110. Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, 2022)

El citado **Real Decreto-Ley 16/2012**<sup>1</sup> introdujo de manera urgente y sin debate, un cambio profundo en la configuración del sistema sanitario y su cobertura poblacional. Instaurando barreras administrativas insalvables para personas inmigrantes en situación administrativa irregular y ascendientes reagrupados/as. De este modo se privaba del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a las personas migrantes en situación irregular (con la excepción de menores, mujeres embarazadas y urgencias).

La justificación dada por el gobierno del Partido Popular fueron cuestiones presupuestarias y de control del gasto público, cuya ineficacia ha quedado ampliamente demostrada. No solo se contradecía el principio de prevención propio de todo sistema sanitario público; si no que trasladaba los posibles casos a tratar desde la Asistencia Primaria a las Urgencias cuyos costes son más elevados.

Diversos estudios científicos publicados demuestran que el uso del sistema sanitario por parte de la población migrante en situación irregular es significativamente inferior proporcionalmente al del resto de la población.

Así mismo, *"los migrantes indocumentados presentan una prevalencia de multimorbilidad y enfermedades crónicas inferior a la observada entre los migrantes documentados y entre los nacidos en España"* (Gimeno-Feliu, Luis Andrés; Pastor-Sanz, Marta; Poblador-Plou, Beatriz; Calderón-Larrañaga, Amaia; Díaz, Esperanza; Prados-Torres, Alexandra, 2020). También ha sido demostrado, durante la pasada crisis, que los inmigrantes reciben menos del Estado de lo que aportan a la Hacienda pública española (La Caixa, 2011).

Sin obviar que el tratar de buscar un ahorro presupuestario a costa de colectivos en situación de vulnerabilidad fue ampliamente criticado por parte de numerosos titulares de responsabilidades<sup>2</sup> que denominaron esta nueva situación de privación de derechos como *"apartheid sanitario"*.

El posterior **Real Decreto-Ley 7/2018** revirtió parcialmente la anterior reforma. En ella se establece como elemento fundamental para reconocer el acceso al derecho a la sanidad la residencia habitual en el territorio español, independientemente de la situación administrativa. Aproximándose a la configuración que venía teniendo el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde 1986, en la cual no se diferenciaba entre *"ciudadanos y asegurados"*. Sin embargo, la disparidad territorial entre Comunidades, posibilita distintos grados de cobertura y requisitos de entrada al SNS.

1 "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".

2 <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/reder-ante-el-fallo-del-tribunal-constitucional-sobre-el-recurso>

## Un Decreto Ley que continúa segregando y excluyendo

Continúan existiendo una serie de requisitos a cumplir para que el derecho a la asistencia sanitaria sea financiado por los fondos públicos<sup>1</sup>, siendo una barrera administrativa para aquellas personas que se encuentran de manera “temporal” en nuestro país (REDER, 2018). El actual RDL de 2018, contempla la necesidad de obtener un informe de servicios sociales que certifique que la persona tiene intención de quedarse en España para recibir atención sanitaria. Algunas Comunidades Autónomas, como Extremadura<sup>2</sup>, actúan de manera restrictiva exigiendo empadronamientos de más de 90 días para recibir asistencia o la emisión de un informe previo favorable de los Servicios Sociales de Base (SSB). Esto provoca situaciones de exclusión sanitaria, dadas las largas listas de espera en los SSB.

La exigencia de un Certificado de no exportación del derecho, que acredite que la asistencia recibida en España no puede ser cargada en el país de origen, constituye una barrera administrativa. Tal y como se expondrá en Campo Arañuelo, este documento no es sencillo ni rápido de conseguir, siendo en ocasiones imposible de cumplir (Padilla, 2021).

Tampoco existe igualdad en el derecho en el acceso a la prestación farmacéutica, ya que a día de hoy se mantiene un 40% del PVP al copago farmacéutico para personas extranjeras en situación irregular, o del 100% si no se dispone de Tarjeta Sanitaria, no contemplando excepciones en los casos de mayor vulnerabilidad, generando situaciones de pobreza farmacéutica.

## Proyecto de ley para consolidar la Equidad, Universalidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud

Esta nueva propuesta del Ministerio de Sanidad forma parte de los compromisos de investidura y del pacto de gobierno, prevista entre las reformas del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia; en un intento de retornar a la universalidad y gratuidad del Derecho a la Salud previa a 2012 y tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. Prevé una cartera única común de servicios que incluya todas las prestaciones públicas eliminando todos los copagos sanitarios. Así como la acotación de los procesos privatizadores para “blindar la sanidad pública” tal y como declaró la Ministra de Sanidad, Carolina Darias.

No obstante, lejos de mejorar algunas de las deficiencias del actual RDL las reafirma dándolas rango legal. Este es el caso de la exigencia de un tiempo mínimo de permanencia en España de 90 días, aplicado en algunas Comunidades<sup>3</sup>. Esta exigencia se quiere eliminar para aquellas personas que llegan a España de forma irregular, pero no para las que llegan como turistas. Lo cual actúa como barrera administrativa.

El nuevo documento en su segunda vuelta integra las demandas de la sociedad civil e incluye a las/os ascendentes reagrupados (progenitores con residencia legal) a los cual es la Ley de Extranjería les exige un seguro médico privado para conseguir la reagrupación. Esta exigencia ya no se prorroga durante el resto de su estancia, incluyendo a este colectivo de personas mayores, con dependencias y necesidades de cuidados, al acceso a la sanidad pública.

1 No privando del derecho pero si debiendo asumir el pago de la prestación como tercero obligado.

2 <https://saludextremadura.ses.es/web/normativa-sanitaria-de-extremadura>

3 <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/11/12/comunidad-facilita-acceso-sanidad-publica-extranjeros-situacion-irregular>

El documento sigue sin reconocer de forma explícita el derecho a la atención de menores de edad, embarazadas y las urgencias, lo cual deja una puerta abierta a que las Comunidades hagan una posible interpretación restrictiva, como sucede con el RDL de 2018.

Actualmente, aprobado por el Consejo de Ministros en segunda vuelta<sup>1</sup>, va a ser remitido a las Cortes.

## Sociedad civil movilizada por la Sanidad Universal y gratuita

Considerando esta propuesta de ley como un claro avance pero insuficiente, diversas plataformas, colectivos e individualidades se han movilizado y pronunciado para que se amplíe la titularidad del derecho a la sanidad a todas las personas que habitan en territorio español (Plaza Casares, 2022).

En abril 2022 se presentó un manifiesto promovido por once colectivos del todo el territorio nacional, al cual se adhirieron 316 organizaciones y 3.326 personas, incluidos 1.400 profesionales sanitarios. Así mismo, un grupo de siete sociedades científicas, hicieron público el 6 de marzo un comunicado denunciando las dificultades y demoras en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en personas con infecciones como VIH.

Algunas de estas recomendaciones, así como la creación de un Foro Abierto de Salud integrado por los principales agentes sociales como órgano asesor del SNS con capacidad propositiva han sido incluidas en el nuevo proyecto de ley remitido a las Cortes.

No obstante, la sociedad civil<sup>2</sup> sigue monitoreando y denunciando la exclusión de grupos poblacionales del sistema de salud. Trabajo necesario, como demuestra la documentación realizada por parte de los equipos de Médicos del Mundo de más de 5.000 casos de vulneraciones del derecho a la salud desde 2018<sup>3</sup>.

Por lo tanto, se hace patente que a pesar de este proyecto, y a la espera de su aprobación en las Cortes, no se garantiza la sanidad universal como se venía haciendo hasta 2012.

*“La exclusión sanitaria sigue siendo una realidad que confrontan miles de personas migrantes. La consecuencia es que muchas personas con enfermedades tan graves como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes o VIH no están siendo debidamente atendidas con el consiguiente impacto negativo en la salud y, en algunos casos, poniendo en riesgo de sus vidas”.*

**Nieves Turienzo, presidenta de Médicos del Mundo (Junio 2022)**

1 <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/resumenes/Paginas/2022/140622-rp-cministros.aspx>

2 Plataforma Yo Sí Sanidad Universal, Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) o el Grupo de afectadas por el INSS.

3 <https://www.reder162012.org/buena-direccion-sanidad-universal-consejo-ministros-ley-cohesion/>

# 1.2

## Marco contextual

### España una potencia agrícola demandante de mano de obra extranjera

España es una de las grandes economías europeas, 4ª economía de la UE y 14ª mundial. Desde la crisis económica y financiera de 2008 ha crecido de manera constante, incluso por encima de la media europea los últimos 5 años previos a la irrupción de la pandemia. La industria agroalimentaria española es el sector principal de la industria manufacturera del país, ocupando a casi medio millón de personas y facturando entorno al 2,7% del PIB (129.000 millones de euros). Situándose como la 4ª potencia agroalimentaria europea y la 10ª a nivel mundial (ICEX, 2021). Considerada como “la huerta de Europa” aumenta sus exportaciones alimentarias año tras año (4º exportador europeo y 7º a nivel mundial). Actualmente más de 30.000 empresas del sector agroalimentario exportan alimentos y bebidas gracias a la importante red de infraestructuras y logística existente (ICEX, Industria agroalimentaria. Un sector fuerte y resiliente, 2022).

Resultado de la evolución, desde los años 80, del mercado del trabajo europeo; las regiones periféricas europeas, como España, quedan reservadas a la fase de producción (plantar, cosechar y empaquetar). Esta fase, es en la que menos capital se produce y donde se dispone de menos margen de maniobra por los altos costes de producción (Garcés- Mascareñas & Güell, 2021).

Estas directrices, junto a la globalización, han provocado que cada vez se reduzcan más las pequeñas explotaciones, concentrándose la producción en menos y más grandes empresas. Las cuales centran sus esfuerzos en exportar a Europa y otros países, frente al comercio nacional. Este esquema fuerza a una mayor competitividad, debiendo ampliar la producción y reducir los costes (González Rodríguez, 2019). Junto a la desvalorización del trabajo agrícola y las duras condiciones laborales, la falta de relevo generacional en el campo es una realidad. El modelo agrícola español requiere de cada vez más mano de obra, que en gran medida es de origen extranjera.

El escenario actual post-Covid-19 y la invasión rusa a Ucrania han agravado problemas estructurales que venía denunciando el sector del campo:

- El aumento de los periodos de sequía o fuertes lluvias
- Los bajos precios de compra (en ocasiones por debajo de los costes de producción)
- El aumento de los insumos
- El incumplimiento de los cupos de importaciones de países terceros
- La Política Agraria Común (PAC)
- La aprobación de nuevas legislaciones (reforma laboral)
- El incumplimiento de la Ley de la cadena alimentaria

Esta situación ha unido a las principales organizaciones agrarias que vienen convocando manifestaciones por todo el territorio, con gran incidencia en Extremadura, desde principios de 2022 (Canal Extremadura, 2022).

Sin embargo, este crecimiento constante ha propiciado creación de empleo, aumento de los salarios y las exportaciones; generando beneficios que han recaído principalmente en el estrato más rico de la sociedad. El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Philip Alston, en su visita a España constató que:

*"sigue habiendo situaciones de gran pobreza muy extendidas, una alta tasa de desempleo, una situación de desempleo juvenil crónico, una crisis de vivienda de enormes proporciones, programas de protección social muy insuficientes, un sistema educativo segregado y cada vez más anacrónico, políticas tributarias y de gasto que favorecen mucho más a las clases acomodadas que a las pobres, y una mentalidad burocrática que permite a las autoridades eludir su responsabilidad y valora más el formalismo que el bienestar de las personas. Resulta más que evidente que el sistema de prestación de asistencia social está roto, no se financia adecuadamente, es imposible no perderse en él y no llega a las personas que más lo necesitan"*  
(Alston, 2020).

### ¿Quién recoge nuestros campos?

Las temporadas de recogida en los campos españoles requieren decenas de miles de contrataciones. Para cubrir esta demanda las organizaciones agrarias recurren a un gran número de mano de obra extranjera. Existiendo dos grandes modelos de contratación: contratos a población extranjera residente en España o contratada en terceros países.

La contratación en origen comenzó en España en 2001 por parte de los empresarios de Huelva, donde a día de hoy sigue siendo donde más presencia tiene, no habiéndose constatado en la comarca de Campo Arañuelo. En sus inicios fueron trabajadoras de países del Este europeo quienes eran contratadas (Polonia, Rumanía y Bulgaria). Con la entrada de estos Estados en la UE, si bien siguieron viniendo por sus propios medios, las empresas recurrieron al país vecino, Marruecos. Desde 2006 hasta hoy en día, las mujeres marroquíes son el colectivo extranjero contratado en origen más numeroso en los campos españoles, si bien se están ampliando acuerdos bilaterales con otros Estados, principalmente latinoamericanos. Este modelo llamado "win-win-win" o migración circular, se caracteriza por gestionar flujos migratorios regulados que responden a necesidades productivas temporales, regresando a sus respectivos países una vez finalizado los contratos de máximo 9 meses. Como se expone más adelante, el perfil de esta fuerza de trabajo para los campos españoles es de mujeres marroquíes de zonas rurales y con hijos a cargo debido a su "docilidad, su origen rural con poca cultura sindical, bajo nivel educativo, poco dominio del español, así como las probabilidades del retorno" (Garcés- Mascareñas & Güell, 2021).

Las explotaciones agrícolas normalmente realizan subcontrataciones encadenadas a través de empresas de trabajo temporal (ETT), en la zona de Campo Arañuelo se realiza mayoritariamente de manera directa a través de capataces intermediarios. Esto no solo disminuye la responsabilidad que tiene el empresario, si no que resta capacidad a los/as temporeros/as de reivindicar y ejercer sus derechos. A este aspecto se suma la itinerancia de las cuadrillas que van recorriendo el territorio de campaña en campaña. Algunos autores han detectado posibles segmentaciones laborales según grupos étnicos y origen, así como sexo. Siendo las personas procedentes del África Subsahariana y del Magreb quienes se encuentran situación más precaria frente a las procedentes de Europa del Este o América latina (Garcés- Mascareñas & Güell, 2021).

En lo que respecta al derecho a la protección de la salud, la situación de la población temporera, migrante en situación administrativa irregular se vio profundamente vulnerado con la entrada en vigor del Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, solventado, en cierta medida por el RDL 7/2018 y en vías de mejora con el actual proyecto de Ley.

Estas denuncias, inadvertidas, de explotación laboral, desatención médica y vulneración del derecho a una vivienda digna y adecuada, vienen siendo documentadas desde hace décadas, incluso por órganos oficiales (Defensor del Pueblo Andaluz, 2001). La visita de Philip Alston, Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos de las Naciones Unidas, y la pandemia permitieron visibilizar esta realidad oculta.

Durante su estancia, el Relator mantuvo reuniones con autoridades públicas, representantes de la sociedad civil y población temporera de Galicia, País Vasco, Extremadura, Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid. Conociendo asentamientos de trabajadoras y trabajadores migrantes cuyas *"condiciones materiales se sitúan entre las peores que ha visto en cualquier parte del mundo"*. Al no disponer de agua y saneamiento, ni acceso a electricidad. Muchas de estas personas a pesar de llevar años viviendo y trabajando en estos asentamientos y poder pagar un alquiler continúan viviendo en infraviviendas de plástico y madera al no encontrar propietarios que les acepten como inquilinas (Palomo, 2020).

*"Ganan apenas 30 euros al día y prácticamente no tienen acceso a ningún tipo de ayuda pública", concluyendo que "un negocio, como el de la fruta, que gana 600 millones de euros al año, no puede permitirse trabajadores en estas condiciones"*  
(Alston, 2020).

Meses más tarde, en plena pandemia, el informe fue presentado por su sucesor en el puesto, Olivier de Schutter, el cual refiriéndose expresamente a las condiciones de la población temporera, en su mayoría migrantes en situación irregular, exigió a las autoridades españolas *"mejorar inmediatamente las deplorables condiciones (...) antes de que la gente muera"*. Lamentando un total desentendimiento por parte de Administraciones públicas centrales, autonómicas y locales, así como del sector empresarial. Estas declaraciones se enmarcan tras los incendios en varios asentamientos de temporeros en Huelva y en la constatación de que durante los meses más duros de la pandemia estos/as trabajadores/as esenciales estuvieron totalmente desprotegidos, siendo invisibles para el sistema (NNUU, 2020).

*"Los Gobiernos tienden a culpar a las empresas por las violaciones de los derechos de los trabajadores, y las empresas, a su vez, tienden a ver la aplicación de los derechos laborales como un deber de las autoridades, no suyo"*  
(De Schutter).

La Pandemia requirió medidas excepcionales para la contención del virus, lo que permitió visibilizar situaciones de calle, hacinamiento, desprotección y falta de higiene en las que viven habitualmente la población temporera durante las épocas de recogida de frutas y hortalizas en algunas zonas de España<sup>1</sup> (López Trujillo, 2020). Estas situaciones han sido documentadas durante el proceso de investigación en Campo Arañuelo, existiendo aspectos diferenciales propios de la zona y fruto de la larga trayectoria de estancia de la comunidad marroquí.

<sup>1</sup> <https://arrelssantignasi.cat/manifest-acollida-temporers/>

## ¿Qué ocurre con las mujeres migrantes temporeras?

Con un enfoque de Igualdad de género e inclusión (GESI) se han analizado las relaciones de poder y vulneración de derechos producidas en el sector agrario español, dónde determinadas identidades y rasgos aumentan el grado de opresión y vulneración que sufren las personas. Los mayores grados de vulneración de derechos se dan entre las mujeres migrantes temporeras, tanto contratadas en origen como residentes en España en situación administrativa irregular.

Representantes sindicales, trabajadoras/es y organizaciones de la sociedad civil han denunciado, sin éxito, esta desprotección institucional y vulneración de los derechos contra mujeres y niñas migrantes empleadas en la agricultura desde hace años sin éxito. La periodista Stefania Prandi, tras una investigación de dos años mostró las condiciones de trabajo de las mujeres temporeras en España, Italia y Marruecos. Documentando no solo desigualdad salarial y horarios extenuantes, si no acoso sexual y violaciones, chantajes y violencia verbal y física (Prandi, 2018). El libro pudo ser presentado en la sede del Parlamento Europeo en 2018, poniendo por primera vez el foco en los campos agrícolas de Huelva. Meses más tarde, junto a otra compañera periodista alemana, publicaron un reportaje en el que fotografiaban y recogían los testimonios del acoso sexual, humillaciones y violaciones que sufren miles de temporeras por parte de empresarios y capataces con total impunidad en los campos de las ciudades de Almonte y Palos de la Frontera en Andalucía, y en otras zonas de Marruecos e Italia (Müller & Prandi, 2018). Cabe destacar que Huelva recibe anualmente a aproximadamente 18.000 mujeres temporeras sólo de Marruecos. Un gran número de mujeres del este de Europa y marroquíes llegan también a otras zonas agrícolas españolas. En Campo Arañuelo se ha constatado la llegada de mujeres marroquíes provenientes de las campañas de Huelva, que han corroborado estas tremendas vulneraciones de derechos.

Desde las Administraciones Públicas, el Ministerio de Trabajo, ha considerado esta cuestión una "prioridad" y se ha comprometido a trabajar "en el marco de sus competencias" en perseguir las conductas que vulneran los derechos laborales "con un enfoque transversal para garantizar la inserción e integración de las personas migrantes en el ámbito laboral en condiciones de seguridad e igualdad" (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2021).

El compromiso se está cumpliendo, habiéndose incrementado el número de inspecciones laborales y concentrando un buen número durante las campañas de recogida, especialmente en Huelva. En Campo Arañuelo no hay constancia de este cambio. Desde el gobierno se están teniendo en cuenta otros factores vinculados a situaciones de pobreza y exclusión, como es el acceso a una vivienda digna. Por ello, las inspecciones de trabajo han sido habilitadas para tener acceso a las viviendas vinculadas al contrato de trabajo, o cedidas por las empresas contratantes.

Cabe destacar dos medidas adoptadas por parte de diferentes Titulares de Obligaciones en el pasado mes de julio 2022:

1. Firma entre España e Italia de una Declaración de Intenciones para reforzar la cooperación bilateral en las Inspecciones de Trabajo, incluyendo la posibilidad de desarrollar investigaciones coordinadas. (Yolanda Díaz defiende más derechos laborales para las personas trabajadoras en plataformas digitales de toda Europa, 2022)

2. Acuerdo institucional multinivel entre El Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, la Consejería de Igualdad de la Junta de Andalucía y los ayuntamientos de Lepe y Moguer (Huelva) para la aplicación de un protocolo para la *"integración residencial y sociolaboral"* de la población temporera de los asentamientos (Junta de Andalucía, 2022). Sin embargo, este acuerdo es únicamente una declaración de intenciones por lo que no supone *"la formalización de compromisos jurídicos concretos y exigibles para las partes"* (Alba Hortas, 2022) y viene precedido de anteriores intentos como el de la Fundación FECONS que fijó en 2020 el límite para acabar con la vulneración del derecho a la vivienda en Huelva (Cabanillas, 2017) o la dotación de 2,3 millones de euros por parte de la Junta de Andalucía para ayuntamientos con obligaciones directas en esta problemática (Ramajo, 2022).

Estas actuaciones coordinadas de las administraciones públicas, dotadas de financiación, debe comenzar a generar un entorno habilitante donde las personas trabajadoras del campo (especialmente quienes reúnen más condicionantes de vulnerabilidad) puedan ejercer en condiciones de igualdad y sin discriminación sus derechos. Acabando con la dejación de funciones por parte de los poderes públicos, quienes responsabilizan a los trabajadores de presentar denuncias y visibilizar sus situaciones y delegan funciones de vigilancia en el propio sector empresarial. Del mismo modo es deseable que estas medidas iniciadas en Huelva y Andalucía se extiendan más allá, donde existen del mismo modo injusticias que no han acaparado el interés mediático, como es el caso de la comarca de Campo Arañuelo.



## Contexto autonómico extremeño

Extremadura es una de las comunidades más pobres de España. La Tasa de Riesgo de Pobreza actualmente se sitúa en 32,3%, por encima del porcentaje nacional. Un 44,4% de los hogares no puede permitirse ir de vacaciones fuera de casa una semana al año. El 41,2% no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos y el 9,3% tiene retrasos en pagos básicos de vivienda (IEEX, 2021). Estos porcentajes aumentan si se habla de colectivos a los que se les sitúa en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de personas migrantes. Así como de personas vinculadas a sectores laborales precarios, con bajos salarios y alta temporalidad, como es el campo. (Cantero, 2022)

A nivel autonómico, la bibliografía existente sobre procesos migratorios y población extranjera es escasa, lo cual dificulta el diseño de intervenciones. Las tendencias demográficas en Extremadura muestran como en los últimos años la población autóctona (jóvenes y mujeres) y de origen migrante (2ª generación) migra en busca de empleos de mejor calidad. Esta tendencia, convive con la llegada de migrantes comunitarios y extracomunitarios para cubrir la demanda de mano de obra principalmente en el sector agrícola.

La mayor parte de los nuevos residentes de la región se asentaron en la provincia de Badajoz, donde encontramos 21.685 personas de origen extranjero frente a las 15.398 de Cáceres. A pesar de que Badajoz recibe más migración extranjera, más personas migrantes han podido regularizar su situación obteniendo la nacionalidad en Cáceres que en Badajoz (410 y 360 personas respectivamente). Siendo de origen marroquí el 39,2%, colombiano el 6,9% y hondureño el 5,8% (IEEX, 2021).

Otro aspecto diferencial respecto a anteriores décadas, es la ligera feminización de la inmigración. Esta tendencia contrasta con los primeros asentamientos de migrantes en secaderos y viviendas insalubres de los años 90, compuestos por un 85% de hombres solteros de entre 20 y 44 años. La gran mayoría se instalaba en zonas rurales para trabajar en el sector agrícola (El Quaroui, 2020). Posibilitando el desarrollo de la agricultura ultra-intensiva, muchos monocultivos, con una fuerte necesidad de mano de obra temporal (Morén Alegret, 2005).

Gran parte de esta mano de obra fue y es de origen marroquí, originaria de tres zonas: Marruecos oriental y Rift, la región de Tadla y la zona de Garb. La primera, de donde procede la práctica totalidad de la población marroquí de Campo Arañuelo, es conocida como el "*Marruecos inútil*" debido a la sequía, el abandono institucional y las altas tasas de natalidad y desempleo que han fomentado una fuerte inestabilidad y conflictos internos y fronterizos con Argelia. Por su parte, Tadla, tradicional zona de extracción minera e industrial posee una larga tradición migratoria campesina. Por último, Garb se ha caracterizado por concentrar una profunda desigualdad arraigada al reparto de la tierra, deuda externa, ajustes estructurales y altas tasas de natalidad. A finales del siglo XX este movimiento migratorio se concentró en torno a las zonas de regadío, como es Campo Arañuelo. Sin embargo, en los últimos años se han producido movimientos a otros territorios de Extremadura (El Quaroui, 2020).

Otra comarca eminentemente agrícola y con fuerte demanda de mano de obra extranjera es Tierra de Barros. Médicos del Mundo ha constatado que entre 7.000 y 9.000 personas llegan en los últimos años, siendo principalmente población autóctona retornada tras la crisis del ladrillo de 2008 y personas migrantes que acuden a la campaña de la aceituna. La mayoría es de nacionalidad rumana y etnia gitana, encontrándose con barreras lingüísticas y culturales que dificultan el acceso a recursos sociales y sanitarios, así como a condiciones de habitabilidad y laborales dignas (Jara Chinarro & Conde Caballero, 2020).

## Campo Arañuelo

Extremadura produce el 98% del tabaco que se cultiva en España. Siendo España el tercer país productor de hoja de tabaco de Europa. Este sector genera más de 40.000 empleos, 2.800 millones de euros de valor añadido bruto y recauda fiscalmente 9.000 millones. El cultivo de la hoja de tabaco y su primera transformación facturan 130 millones de euros y aportan un valor añadido bruto a la economía extremeña de casi 140 millones. En la provincia de Cáceres, donde está concentrada esta actividad, el tabaco aporta un 1,8% del producto interior bruto (PIB), aglutina más del 2% del empleo y supone casi el 20% de las exportaciones. (Gaspar, 2021)

En los años 90 se crean varias de las agrupaciones de tabaco de la zona de Campo Arañuelo. Que pasan a llevar la comercialización. El tabaco Virginia es el tabaco más cultivado en Extremadura, siguiéndole de manera testimonial las variedades Burley y Kentucky. Esto se debe a un proceso de reconversión que permite una mayor mecanización de los procesos y el menor empleo de mano de obra. (CCOO, 2011)

La Mancomunidad de Campo Arañuelo, al igual que el resto de la España rural, destaca por un sistema de producción intensivo tecnificado. El modelo agrícola español y extremeño en el contexto de fuerte competitividad, demanda grandes cantidades de mano de obra extranjera y bajos costes de producción.

Campo Arañuelo atrajo desde la década de los 90 a población migrante de Europa del Este y del Magreb, y latinoamericana en menor medida (El Quaroui, 2020). Produciéndose una transformación social en la comarca unida a la fundación de aldeas de colonización agrícola (Arenal Grupo Consultor, S.L., 2004). Las explotaciones agrícolas son la mayor fuente económica de la zona, donde Talayuela (2.600 ha), Casatejada (650 ha) y Navalmoral de la Mata (400 ha) poseen el mayor número de hectáreas, principalmente de tabaco tipo Virginia. Otros cultivos que tienen cada vez mayor presencia son el espárrago, el girasol, el maíz y el pimiento (Arenal Grupo Consultor, S.L., 2004). La mayoría de las parcelas agrícolas son explotaciones familiares pequeñas, sobre todo en Talayuela, sin embargo también hay explotaciones de mayor tamaño en Rosalejo, Casatejada, Navalmoral de la Mata y Serrejón.

No únicamente existen cultivos, también están presentes empresas de transformación de productos agroalimentarios en la mayoría de pueblos. Destacando la transformación de pimiento (Navalmoral de la Mata), la fabricación de jugos y conservas vegetales (Casatejada y Talayuela), el sacrificio y despiece de ganado (Almaraz, Navalmoral y Talayuela), primera transformación de tabaco (Navalmoral y Talayuela), fabricación de queso y mantequilla (Navalmoral y Peraleda) y fabricación y envasado de aceite de oliva (Berrocalejo, Navalmoral y Peraleda). (Arenal Grupo Consultor, S.L., 2004).

No se ha podido tener acceso a fuentes bibliográficas recientes, sin embargo estos aspectos han sido contrastados en el proceso de observación participante.



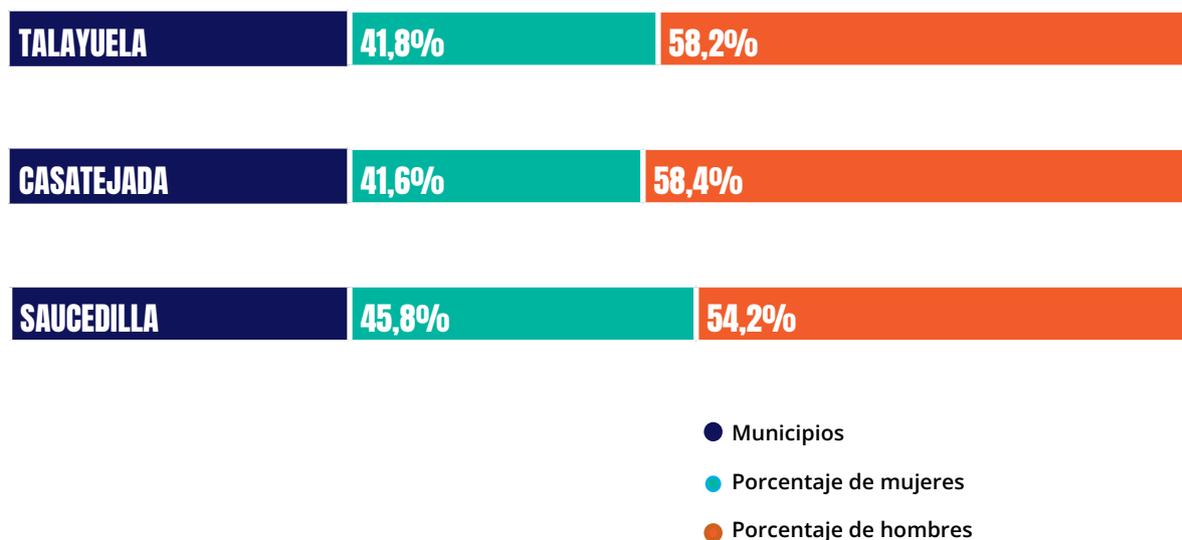
Campo Arañuelo es una de las zonas de Extremadura con mayor porcentaje de población inmigrante. En comparación con Cáceres donde reside un 3,5% de personas inmigrantes respecto al total de la población, Talayuela cuenta con un 26,3%, Saucedilla 20%, Casatejada 15%, Toril 14%, Majadas 14% y Navalmoral de la Mata 9,3%. Todos ellos, municipios con grandes explotaciones agrarias (INE, 2021).

POBLACIONES	POBLACIÓN	AUTÓCTONA	EXTRANJERA	%
CÁCERES	389.558	375.955	13.603	3,5%
CASATEJADA	1.343	1.141	202	15,04%
NAVALMORAL DE LA MATA	17.010	15.422	1.588	9,3%
SAUCEDILLA	869	692	177	20%
TALAYUELA	7.328	5.401	1.927	26,3%

Fuente INE 2021

Contradiendo la tendencia autonómica, en los municipios de Campo Arañuelo se produce una ligera masculinización de la inmigración (entre el 50% y 60%), posiblemente debido a la demanda de mano de obra masculina en el sector agrícola del tabaco y el espárrago.





En cuanto al heterogéneo colectivo migrante, en Talayuela la inmensa mayoría de la población de origen extranjero es marroquí (94%), residiendo en mucha menor medida personas originarias de Latinoamérica, Europa del Este y África subsahariana. Esta tendencia se repite en la mayoría de los pueblos analizados (INE, 2021). En lo referente a la población americana y de Europa del este destaca una fuerte feminización, exceptuando Talayuela. La gran mayoría de estas mujeres desarrollan trabajos domésticos y de cuidados. En el caso de las personas procedentes de países subsaharianos la gran mayoría son hombres.

Los datos anteriormente expuestos realizan una primera aproximación a la realidad de la zona objeto de estudio. Teniendo en cuenta que Extremadura es una de las regiones que más invierte en sanidad, con un crecimiento de casi un 8% en 2021 respecto al año anterior (INE 2021). Se va a profundizar en las páginas siguientes en este sentido y en el derecho a la salud de las personas migrantes en la zona de Campo Arañuelo.

Varias han sido las organizaciones que en los últimos años están denunciando la situación de las personas migrantes temporeras en los campos españoles como Huelva, Almería, Murcia, etc. Sin embargo, de esta región extremeña poco se ha hablado a pesar de el gran porcentaje de población migrante temporera existente en la zona.

Organizaciones como Mujeres Migrantes de Extremadura denunciaba en el 2021 que se estaban dando casos en la región de personas migrantes en situación administrativa irregular que estaban siendo interrogadas en los centros de salud y enviadas a la policía cuando se dirigían a solicitar la tarjeta sanitaria (Sánchez Rodríguez, 2021). Se manifiestan barreras lingüísticas, culturales y religiosas que dificultan el acceso a la información, la relación médico-paciente y el ejercicio al derecho a la salud. En el caso de las mujeres y niñas tiene mayor impacto, ya que condiciona su derecho a la salud, sexual y reproductiva. (Ceriani Cernadas, Levoy, & Keith, 2015).

La Asociación de Derechos Humanos de Extremadura publicaba en el 2019 su quinta guía orientativa para profesionales, "Higía: la salud de las mujeres migrantes", con recomendaciones al respecto.

La revisión de fuentes bibliográficas ha permitido constatar que son numerosas las organizaciones extremeñas que reclaman la aplicación de una perspectiva intercultural y social a la hora de abordar la cuestión migratoria, la convivencia y el ejercicio de los derechos por parte de todos los habitantes de la región.

Ya en el año 2002, el CES alertaba que las condiciones de acogida de los migrantes temporeros posibilitaban situaciones de explotación laboral y vulneración de derechos (Castro-Serrano, Mora Aliseda, & Castellano- Álvarez, 2019). Dos años más tarde en el 2004, salía a la luz un estudio territorial en el que se manifestaba la existencia de carencias en los alojamientos que se facilitaban a las personas migrantes

*“La incorporación de estos trabajadores conlleva, entre otras necesidades, la de alojamiento, siendo utilizados como tal tanto viviendas en alquiler como, en algunos casos, antiguos secaderos y cortijos abandonados, con las consiguientes carencias (electricidad, saneamiento, etc.)”*  
(Arenal Grupo Consultor, S.L., 2004).

Esta nueva población residente se fue diseminando por la región, habitando viviendas y secaderos diseminados por las explotaciones agrícolas. (Arenal Grupo Consultor, S.L., 2004)

Amnistía Internacional en su último informe lamenta la falta de refuerzo en Atención primaria y la inexistencia de un mecanismo de análisis de calidad dentro del sistema de salud. Todo ello a pesar de ser la Comunidad Autónoma con uno de los mayores gastos sanitarios (Amnistía Internacional, 2022)

El derecho a la salud está estrechamente vinculado a otros derechos humanos, y depende de ellos; por ejemplo, los derechos de alimentación, vivienda, trabajo, la no discriminación, la igualdad, la prohibición de la tortura, la privacidad y el acceso a la información, y de las libertades de asociación, reunión y movimiento. (Ceriani Cernadas, Levoy, & Keith , 2015)

Por lo que para que el derecho a la salud esté garantizado deben darse los siguientes aspectos: acceso a agua segura y potable y adecuado saneamiento; acceso a un adecuado suministro de alimentos y nutrición seguros; acceso a una vivienda adecuada; acceso a educación e información relacionadas con la salud, inclusive sobre salud sexual y de la reproducción, y; participación de la población en todo el proceso de formulación de decisiones sobre salud a nivel comunitario, nacional e internacional. (Ceriani Cernadas, Levoy, & Keith , 2015)

# 1.3

## Objetivo

El Objetivo General de este diagnóstico participativo es contribuir al ejercicio del derecho a la salud por parte de las personas migrantes (temporeras) residentes en la comarca natural de Campo Arañuelo, a través de la eliminación de las barreras existentes que limitan el acceso a este derecho humano fundamental en todas sus dimensiones.

Dada la situación compleja con problemáticas multicausales se requiere la implicación de todos los actores presentes en la zona en la búsqueda de soluciones. Este documento quiere servir de orientación para el diseño e implementación de acciones con titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones en los próximos años, por parte de entidades públicas y privadas.

Para ello se ha analizado las principales barreras de acceso a la salud y los factores de vulnerabilidad socio-sanitaria del heterogéneo colectivo migrante de Campo Arañuelo desde un punto de vista administrativo, laboral, habitacional y sanitario. Así como la percepción que los principales actores presentes en la zona tienen sobre la situación analizada.

Con un enfoque de gestión del conocimiento este informe busca adquirir, aumentar, organizar, distribuir y compartir el conocimiento obtenido entre todos los actores de la provincia de Cáceres.

# 1.4

## Marco metodológico

### 1.4.1 Descripción del diagnóstico

Habiendo detectado una deficiencia en cuanto al conocimiento de la situación de las personas temporeras en Campo Arañuelo, en lo que respecta al ejercicio del derecho a la salud. La organización Médicos del Mundo – Extremadura, consideró pertinente la realización de un estudio.

El presente Informe es el resultado de un proceso de investigación desarrollado entre los meses de mayo y noviembre de 2022 en los municipios de Navalmoral de la Mata, Talayuela, Casatejada y Saucedilla, pertenecientes a la comarca de Campo Arañuelo, Cáceres.

En todos ellos se han analizado las principales barreras de acceso a la salud y los factores de vulnerabilidad socio-sanitaria del heterogéneo colectivo migrante de Campo Arañuelo desde un punto de vista administrativo, laboral, habitacional y sanitario. Así como la percepción que los principales actores presentes en la zona tienen sobre la situación analizada.

La investigación ha priorizado, por ser el colectivo más numeroso, a la población migrante vinculada al trabajo en el campo, mayoritariamente de origen marroquí. Además, dada la situación compleja con problemáticas multicausales, se ha requerido la implicación de todos los actores presentes en la zona en la búsqueda de soluciones.

## 1.4.2 Metodología para el trabajo de campo

El equipo de investigación, por encargo de la organización Médicos del Mundo – Extremadura ha realizado el descrito proceso de investigación. Durante el cual se han utilizado diferentes metodologías participativas y de revisión bibliográfica. Tras un primer momento de revisión de fuentes secundarias y análisis documental se llevaron a cabo reuniones con entidades, servicios públicos y privados, así como con organizaciones de inmigrantes presentes en la zona. Obteniendo un mapeo de los principales actores presentes, con quienes se ha mantenido una relación de colaboración y cooperación durante todo el proceso.

Posteriormente se han mantenido 53 entrevistas, individuales y grupales, y dos grupos de discusión para analizar la percepción de los diferentes Titulares de Derechos, Responsabilidades y Obligaciones en relación con la situación del colectivo migrante, analizando aquellos grupos que presentan mayores vulnerabilidades y la capacidad de ejercicio de sus derechos.

Entrevistas realizadas según titulares:

TIPO DE TITULARIDAD		Nº entrevistas	Nº personas	Mujer	Hombre
OBLIGACIONES	CONCEJALÍAS	2	2	2	0
	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

TIPO DE TITULARIDAD		Nº ENTREVISTAS	Nº PERSONAS	MUJERES	HOMBRES
RESPONSABILIDAD	SINDICATOS	3	3	1	2
	ONGS	5	13	10	3
	SERVICIOS SOCIALES	4	4	3	1
	ÁREAS SOCIALES CENTROS SALUD Y HOSPITAL	4	4	4	0
	PERSONAL SANITARIO	4	4	3	1
	CUERPOS DE SEGURIDAD	1	1	1	0
	EMPRESAS	2	3	1	2
	ASOCIACIONES MIGRANTES	7	10	4	6
	<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>15</b>

TIPO DE TITULARIDAD	PERFIL	NÚMERO
DERECHOS	HOMBRES 1ª GENERACIÓN	8
	MUJERES 1ª GENERACIÓN	5
	HOMBRES HIJOS DE MIGRANTES	3
	MUJERES HIJAS DE MIGRANTES	5
	<b>TOTAL</b>	<b>21</b>

TIPO DE TITULARIDAD	GRUPOS DE DISCUSIÓN	NÚMERO
DERECHOS	MUJERES 1ª GENERACIÓN	19
	JÓVENES HIJOS DE MIGRANTES	6 (2 mujeres y 4 hombres)
	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

En total han participado un total de 90 personas (60 mujeres y 30 hombres) en encuentros programados, tanto entrevistas como grupos de discusión. Durante los meses de convivencia en la zona, se mantuvieron numerosos encuentros y conversaciones informales con personas pertenecientes al tejido empresarial, sistema de salud, trabajadora industrial o agraria, juventud, etc.

Siendo todas las opiniones pertinentes para el estudio, se ha procurado realizar una escucha y comprensión de sus puntos de vista con una actitud abierta y libre de prejuicios por parte del equipo investigador.

Una vez analizados los resultados obtenidos en el trabajo de campo se procedió al envío de un primer borrador a los titulares de responsabilidad donde realizaron una serie de aportaciones al informe final. El análisis y sistematización de la información extraída de este segundo proceso metodológico nos permitió precisar e incidir en aspectos relevantes.

Las entrevistas que se han llevado a cabo se han adaptado a cada perfil de titularidad y ámbito de trabajo. Siendo todas ellas entrevistas en profundidad semiestructuradas, las cuales se iban adaptando al tiempo disponible de cada participante. A la hora de la realización de las entrevistas a las personas migrantes que no hablaban castellano, se contaba con personas intermediarias que actuaban de traductoras, normalmente del ámbito de confianza de la persona.

Los primeros contactos con los titulares de derechos se han realizado a través de informantes claves, las asociaciones de migrantes, algunas ONGs y los servicios sociales de base. Y a partir de estos se identificaban más personas interesadas en la investigación.

Es destacable que a pesar de, en un principio, haber encontrado dificultades para la localización y la disponibilidad de las personas temporeras, sumado a actitudes reticentes por si les afectaba en lo laboral, la participación ha sido mayor de la prevista.

Esperamos y deseamos que este Informe contribuya a orientar en el diseño de intervenciones por parte de entidades públicas, organizaciones de la sociedad civil y todos los actores con un grado de responsabilidad en el ejercicio del derecho a la salud en la Mancomunidad de Campo Arañuelo.

Este Estudio, por su acotación temática y temporal, abre muchos interrogantes y futuras líneas de investigación de necesario estudio. Al cual animamos y nos mostramos disponibles a colaborar y apoyar de la mejor manera posible.

### 1.4.3. Enfoques de trabajo

**Derechos Humanos** El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación, siguiendo los principios de libertad e igualdad que rigen la Declaración Universal.

Este enfoque requiere de un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder, así como de las condiciones socioculturales en las que se encuentran las personas, a fin de garantizar que las intervenciones que se realizan tanto desde la sociedad civil como desde las administraciones públicas lleguen a todas las personas por igual y que tengan un impacto sobre las libertades individuales y colectivas de las personas, por lo que necesariamente tienen que poner una mayor atención en aquellos grupos de población que sufren mayores discriminaciones.

El EBDH dirige las acciones al fortalecimiento de las capacidades de los Titulares de derechos para que puedan ejercer sus derechos (ciudadanía); los Titulares de responsabilidades para que puedan ejercer sus responsabilidades como ciudadanos; y a los Titulares de obligaciones para que puedan cumplir con sus obligaciones: respetar, proteger y garantizar (voluntad política) superando de este modo la vulneración del derecho identificada.

**Antropológico:** El Enfoque Antropológico pone el foco en las personas, estudiando y teniendo en cuenta a todas las actorías presentes en el territorio mediante la observación participante libre de prejuicios y estereotipos. Promoviendo una participación libre e inclusiva se estudian las diferentes realidades sin ningún tipo de discriminación por ningún motivo.

Considerando que todas las personas poseen capacidades y necesidades particulares, se busca que tanto el análisis de las problemáticas como la búsqueda de soluciones vengan de la propia comunidad y/o actorías.

**Igualdad de Género e Inclusión Social (GESI, por sus siglas en inglés):** Este enfoque aborda las relaciones de poder que experimentan las personas a partir del estudio de las identidades sociales solapadas o intersectadas y sus respectivos sistemas de opresión, dominación o discriminación. Este análisis parte de la teoría de la interseccionalidad que sugiere y examina cómo varias categorías biológicas, sociales y culturales como el género, la etnia, la clase, la capacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad, la nacionalidad y otros ejes de identidad, interaccionan en múltiples y a menudo simultáneos niveles (Ruiz-González, 2021).

Este enfoque analiza cada elemento o rasgo de una persona de manera combinada y conectada a todos los demás rasgos, para poder comprender de forma completa su propia identidad y realidad en un contexto determinado; es decir abordando cuestiones tanto macro-sociológicas (sistemas de opresión) como micro-sociológicas (interseccionalidad), basándose en el análisis estructural de la violencia de Patricia Hill Collins (Hill Collins, 1990).

Este marco puede usarse para comprender cómo se produce e impacta la injusticia sistemática y la desigualdad social desde una base multidimensional. La interseccionalidad es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

**Género y Medio Ambiente:** Este enfoque analiza la manera en la que las brechas de género se interrelacionan con el medio ambiente: el acceso a los recursos naturales, la exposición a sustancias químicas y/o peligrosas, la participación en los procesos de toma de decisiones, etc.

La manera en la cual estructuras, normas y prácticas tradicionales de las sociedades y culturas perpetúan los desequilibrios y restringen la capacidad de las mujeres para salir de situaciones de desigualdad, provocando una feminización de la pobreza.

**Gestión del conocimiento:** Es la dinámica que permite administrar saberes y generar procesos que posibiliten sistematizar, distribuir, y generar conocimiento nuevo o mejorar el que existe en los procesos de desarrollo. Implica distribuir socialmente un bien que se genera colectivamente, a partir de múltiples experiencias y reflexiones, que generalmente se hallan dispersas y desordenadas; creando valor a partir de los llamados activos intangibles.

Es el proceso de captura de la experiencia y conocimiento colectivos y su distribución hacia cualquier lugar donde ayude a producir los mejores resultados.

Este estudio basado en un diagnóstico participativo supone un esfuerzo por parte de Médicos del Mundo y el equipo investigador adquirir, aumentar, organizar, distribuir y compartir el conocimiento entre todos los actores de la provincia de Cáceres.



# POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

# 2.1

## Población temporera migrante en Campo Arañuelo

En todos los pueblos de la zona hay núcleos de población migrante temporera, siendo Navalmoral de la Mata y Talayuela los principales. En Casatejada y Saucedilla, municipios de menor tamaño, también tiene peso el sector agrícola entre la población migrante que lo compatibiliza con otros trabajos como servicios múltiples del Ayuntamiento, cuidado de fincas o servicio a domicilio.

El sector del campo ofrece un trabajo duro, temporal y con baja remuneración que no suele querer la gente, muchos empresarios lamentan tener dificultades para encontrar mano de obra. En la Comarca de Campo Arañuelo son principalmente los hombres y mujeres marroquíes o de origen marroquí quienes desarrollan estos trabajos, seguidos de la población de Europa del este, española y subsahariana. El trabajo es duro pero técnicamente sencillo, no requiere un buen manejo del idioma ni conocimientos técnicos específicos, exceptuando la aplicación de productos fitosanitarios o el manejo de maquinaria. Sí que requiere de una habilidad que se adquiere con la experiencia y que hace que año tras año las cuadrillas se repitan.

Mayoritariamente las familias marroquíes asentadas en Campo Arañuelo son originarias de la zona de Uchda, con hábito y experiencia en el trabajo agrícola. Uchda, capital de la región homónima, es una ciudad del Rif marroquí con una población de entorno a medio millón de habitantes y altos niveles de pobreza. Se encuentra a pocos kilómetros de la frontera con Argelia y cerca de la costa del mar Mediterráneo. También hay numerosas familias de la vecina y menor ciudad de Taorirt, y del municipio de Yerada, situado entre ambas. Esta zona rifeña, rural y poco desarrollada, es predominantemente agrícola y minera, y desde hace décadas emisora de migración hacia la vecina Argelia y Europa. Las similitudes con Campo Arañuelo han hecho que la adaptación al entorno resultase relativamente sencilla.

Como se analizará en el apartado "D. Participación y Convivencia", esta migración tan focalizada en origen y destino, ha trasladado antiguas costumbres y aspectos de la vida cotidiana. Existiendo entre la población marroquí de Campo Arañuelo diferencias entre las personas de las tres ciudades mencionadas. Conformando las redes vecinales y de apoyo, siendo motivo de encuentro y de exclusión. Por ejemplo, en el caso de que un empresario agrícola necesite mano de obra y contacte con su capataz. Si éste es de Taorirt siempre va a contratar a alguien de su ciudad, rara vez va a ofrecer el trabajo a alguien de Uchda. En la escuela o en el vecindario sucede lo mismo. Se generan vínculos entre las familias de la misma ciudad y no se promueve el contacto tan cercano con familias de otras ciudades. Esto, en gran medida se debe al idioma que facilita el entendimiento. En la ciudad de Taorirt está más extendido el Bereber, mientras que en Uchda, la lengua más hablada es el Dariya. También hay algunas familias marroquíes de El Aaiún (Sahara Occidental).

*“En Uchda nunca había escuchado a la gente hablar bereber, pero aquí sí. Aquí hay muchísima gente, sobre todo de Taorirt. Hablan bereber y también sus hijas”*

Mujer marroquí 2ª generación | Talayuela

Muchas de estas familias están instaladas en la Comarca desde los años 90, cuando llegaron los hombres solos, de entre 30 y 40 años y con altas tasas de analfabetismo. Una vez asentados, realizaron reagrupaciones familiares para traer a sus mujeres e hijos. Ahora, suelen moverse menos que en décadas pasadas, pero cuando las campañas se acaban o el trabajo es escaso, durante varios meses marchan cuadrillas compartiendo coche. Se mueven por España de campaña en campaña: la fresa en Murcia, la aceituna en Jaén, la cereza en el Jerte, la naranja en Valencia, la uva en Castilla y León y La Rioja, la fruta de Aragón, la castaña, almendras, nueces, etc.. Viajando también por Europa a: Francia, Holanda o Bélgica; en ocasiones con modelos de contratación similar a la “contratación en origen”. Para ello deben de tener tarjeta comunitaria, que permita trabajar en la Unión Europea.

Las mujeres marroquíes de esta primera generación suelen trabajar también en el campo y en las industrias agroalimentarias de la zona, en la selección y transformación de los productos. Algunas, sin cargas familiares, trabajan como empleadas del hogar por horas. Sin embargo las familias contratantes son más reticentes por las diferencias culturales o prejuicios existentes. Otras trabajan en hostelería y comercios, normalmente en sitios de sus paisanos, pero con contratos que no corresponden a las horas reales y bajos salarios. En campañas como el arándano o el pimiento se suele priorizar la contratación de mujeres al tener las manos más pequeñas y finas.

*“Mis padres la verdad es que siempre me han dado pena. Porque no han estudiado ni saben nada, ¿sabes? Solo saben decir “hola, adiós y sí, quiero trabajar” y ya está. Te dan pena porque no tuvieron la oportunidad de estudiar”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

La amplia comunidad marroquí asentada y las redes de apoyo que genera, ofrece soporte a otros paisanos que acuden para trabajar en los periodos de campañas y en ocasiones para asentarse. Se han detectado casos de personas en situación administrativa irregular, así como varias mujeres contratadas en origen para las campañas de Huelva, y que han decidido venir a la comarca a seguir trabajando en el campo. También se han identificados trabajadores en tránsito de nacionalidad rumana y portuguesa.

El proceso migratorio es diferente en función de los países de origen, en el caso de las personas marroquíes y subsaharianas, normalmente lo inician los hombres. Mientras que entre la población latinoamericana son las mujeres. Ciudadanos de países europeos como rumanos o portugueses lo hacen junto a toda la familia.

La población sudamericana trabaja principalmente en el ámbito doméstico; algunas mujeres como internas, y los hombres en el cuidado y mantenimiento de fincas. Rápidamente crean vínculos afectivos y de amistad con la población de los pueblos. En este ámbito se han identificado situaciones de abusos y desprotección, agravándose en los casos de mujeres en situación irregular o trabajando sin contrato, y con mayor crudeza en aquellas trabajadoras internas que cuidan a hombres o temporeras que viven aisladas en fincas o cortijos. Además de jornadas laborales intensas, bajos salarios e impagos, dificultades para conciliar la vida laboral y familiar; también se han referido abusos sexuales, racismo y malos tratos.

En el caso de la población de Rumanía y otros países de Europa del este hay familias viviendo en fincas, realizando el mantenimiento y cuidado de animales. Pero mayoritariamente instaladas en los núcleos urbanos y trabajando en campañas agrícolas como el pimiento.

Existe una comunidad importante de senegaleses (y otros países subsaharianos en menor medida) en Talayuela y Navalmoral. Suelen trabajar en la venta ambulante, los mercadillos y algunos en las empresas cárnicas. Es una migración más reciente y en general vienen solos y no han hecho reagrupación familiar.

También se realizan contrataciones en origen en Perú y Chile, al existir acuerdos específicos, para empleadas del hogar, sector mecánico y telefónico.

## 2.2 Jóvenes descendientes de población inmigrante temporera

En este sector poblacional cabe realizar una diferenciación entre los nacidos en España y los nacidos en Marruecos que llegaron a la zona durante su infancia. Se realiza esta distinción porque se ha observado que aquellos nacidos en Marruecos han conocido el proceso migratorio familiar y la forma en que se vivía en Marruecos. Influyendo de manera clara en su percepción y manteniendo en mayor medida las tradiciones familiares. Valoran positivamente el cambio que han conseguido sus padres desde que vivían en Marruecos hasta hoy, y manifiestan la necesidad de esforzarse para no volver atrás.

*“Llegué con 8 años, vinimos por necesidad sino no dejamos nuestra tierra.”*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

*“La forma de vida es muy diferente. Nosotros venimos de la zona más pobre de Marruecos, por lo que aquí estamos mucho mejor. Éramos pobres, pobres, muy pobres. Teníamos necesidad de todo. Al colegio íbamos andando varios kilómetros, y cuando llovía nos teníamos que quedar en casa”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

Aquellos jóvenes nacidos en la comarca crecen con un sentimiento de desarraigo. Les tratan como marroquí, son los hijos de los inmigrantes, pero ellos son españoles. Sin embargo, cuando una vez al año van unas semanas a sus pueblos o ciudades de origen, son tratados como españoles, al desconocer muchas costumbres, hábitos de vida e incluso el idioma. Se desarrolla un sentimiento de no ser de ninguna parte.

En ambos casos, es común que estos jóvenes adultos criados en España recuerden haber pasado mucho tiempo sin sus padres. Viéndoles trabajar en el campo largas jornadas, perjudicando el vínculo afectivo, y debiendo ejercer de tutores de sus hermanos pequeños.

*“El trabajo en el campo es muy difícil. Yo una vez fui con mi tío y no volví”*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

La mayoría de los entrevistados, sobretodo los nacidos aquí, han probado el trabajo en el campo, durando muy poco tiempo, sobre todo los nacidos aquí. Si la economía familiar lo permite, buscan alternativas laborales en otros sectores y a través de formaciones cualificadas, como mostraremos más adelante. También tienen más conocimientos sobre sus derechos y deberes laborales y sociales.

*“Aquí falta trabajo en el campo. El trabajo no para mí, yo ya estoy enferma, me duele el hombro y no puedo. Es para mis hijos”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Navalmoral de la Mata

En menor medida, y como ocurre en otros perfiles poblacionales, hay cierto número de jóvenes que prefieren o deben quedarse en casa haciéndose cargo del cuidado de sus hermanos menores, de las tareas domésticas o viviendo de los sueldos de sus padres.

Como se desarrollará en el apartado “C. Derecho a un entorno natural y de trabajo saludable / Salud Mental” existe la percepción de un consumo de drogas y alcohol generalizado y abusivo entre los jóvenes, tanto autóctonos como de origen extranjero. En gran medida se debe a que la alternativa de actividades de ocio saludable o alternativo a los bares o botellones es escasa o no está adaptada ni ha sido diseñada con y para la juventud. En ocasiones estos hábitos conllevan problemas de delincuencia y/o enfermedades mentales detectándose en algunos municipios problemas concretos vinculados a estos jóvenes.

## 2.3 Entidades/ servicios relacionados con la población migrante en la comarca

Se ha considerado fundamental realizar un mapeo de las diferentes entidades, asociaciones y servicios que trabajan o tienen vínculos con la población migrante en la zona.

A nivel general ONG, Sindicatos, Centros de Salud y Administraciones Públicas coinciden en que a principios de los 2000 hubo una gran inversión e interés en toda Extremadura, y en Campo Arañuelo en particular, en financiar programas que favoreciesen la inserción socio laboral de las personas migrantes. Sin embargo, a finales de la primera década, con la llegada de la crisis de 2008, la gran mayoría de los programas fueron disminuyendo o desapareciendo, específicamente aquellos servicios de traducción y mediación intercultural, formación de profesionales en aspectos de interculturalidad o programas de inserción socio laboral.

Cabe destacar que algunas de las líneas de acción o servicios, están directamente dirigidos o priorizan a determinados segmentos o perfiles poblacionales. Varias han sido las organizaciones que han manifestado haber recibido quejas e incluso agresiones verbales por parte de individuos que se oponen a esta discriminación positiva, a veces real y otras percibidas.

Los principales servicios ofertados y entidades implicadas son:

**Prestaciones del Sistema Nacional de Salud:** Los Centros de Salud de Navalmoral y Talayuela cuentan con una Trabajadora Social encargada de tramitar todo tipo de prestaciones relacionadas con la salud como pueden ser solicitudes de reconocimiento del grado de dependencia y acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas, reconocimiento y calificación del grado de discapacidad, informes médicos para la tele asistencia o presentación de solicitudes para la obtención de la Tarjeta Sanitaria. El servicio no cuenta con un apoyo de traducción ni mediación, ni el personal ha recibido formación en interculturalidad o en habilidades de trabajo con grupos con características culturales diversas. Estas cuestiones, como veremos más adelante, son comunes a todo el personal sanitario y genera fricciones o malestar.

**Servicios Sociales de Base:** Los SSB se organizan de diferente manera, los técnicos de Navalmoral y Talayuela dependen de sus respectivos ayuntamientos, mientras que las de Casatejada y Saucedilla son contratadas por la Mancomunidad cuya sede se sitúa en Majadas. Entre las muchas tareas que realizan cabe destacar: la tramitación de Rentas Básicas, Ingreso Mínimo Vital, ayuda de suministros de mínimos vitales de agua y luz, ayudas de urgencias y trámites para los procesos de arraigo o reagrupación familiar como son las visitas domiciliarias. Los requisitos son comunes y no existen criterios de discriminación positiva, sin embargo entorno al 60% de los beneficiaron de ciertas ayudas son inmigrantes. Esto se debe a un menor nivel de vida, peores condiciones de trabajo, viviendas más precarias y mayor número de hijos.

### TALAYUELA

<b>Clases de alfabetización de lengua castellana:</b> Escuela de Adultos La Liga	<b>Sensibilización y convivencia:</b> La Liga	<b>Actividades de ocio y tiempo libre:</b> La Liga	<b>Reparto de alimentos:</b> Cáritas *Coordinación con Ayuntamiento y Centros de Salud
----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

### NAVALMORAL

<b>Clases de alfabetización de lengua castellana:</b> CEPAIM La Liga	<b>Traducción y mediación intercultural:</b> CEPAIM La Liga	<b>Protección Internacional:</b> CEPAIM	<b>Reparto de alimentos:</b> Cáritas *Coordinación con Ayuntamiento y Centro de Salud
<b>Sensibilización y convivencia:</b> La Liga CEPAIM	<b>Atención y acompañamiento:</b> CEPAIM	<b>Orientación e inserción socio laboral:</b> Fundación Mujeres CEPAIM La Liga Cruz Roja UGT CCOO	

### CASATEJADA Y SAUCEDILLA

<b>Clases de alfabetización de lengua castellana:</b> Mancomunidad (intermitentemente)	<b>Reparto de alimentos:</b> Cáritas *Coordinación con Ayuntamiento y Centro de Salud
-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

## 2.4 Asociaciones de migrantes en la comarca

Se considera fundamental el asociacionismo promovido y dirigido por la población migrante o de origen extranjero, a la hora de reivindicar y ejercer derechos y de exigir las administraciones la generación de un entorno habilitante que posibilite y garantice mejores condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Tras varias reuniones con la mayoría de las organizaciones identificadas en la zona, se muestra a continuación un breve resumen de su composición y actividad.

Cabe destacar que la mayoría de las asociaciones de migrantes están vinculadas a las comunidades religiosas (Islam y Cristianismo -evangélicos y protestantes). Varias personas de referencia en el ámbito asociativo local han hablado de intentos de creación de asociaciones de migrantes sin motivaciones o vínculos religiosos. Sin embargo pocas han sido las que han prosperado y actualmente de las ocho identificadas y entrevistadas, las tres que no tienen estos vínculos están inactivas o con escasa afiliación y actividad: (Asociación Morala de Inmigrantes, Asociación de Mujeres Inmigrantes de Campo Arañuelo (AMICA) y Asociación Sociocultural Macoudou Sall (ASOCMACS)).



## TALAYUELA

<b>Clases de alfabetización de lengua castellana:</b> GHI Asociación An-Nur.	<b>Clases de alfabetización de lengua árabe:</b> Asociación An-Nur	<b>Clases de apoyo extraescolar:</b> GHI Asociación An-Nur.	<b>Reparto de alimentos:</b> Asociación An-Nur.
<b>Sensibilización y convivencia:</b> GHI	<b>Actividades de ocio y tiempo libre:</b> Asociación An-Nur.	<b>Atención y acompañamiento:</b> GHI	<b>Traducción y mediación intercultural:</b> GHI

## NAVALMORAL

<b>Clases de alfabetización de lengua árabe:</b> Asociación Assalam	<b>Reparto de alimentos:</b> Asociación Assalam Klessi
<b>Atención y acompañamiento:</b> Asociación Assalam AMICA	<b>Traducción y mediación intercultural:</b> Asociación Assalam AMICA

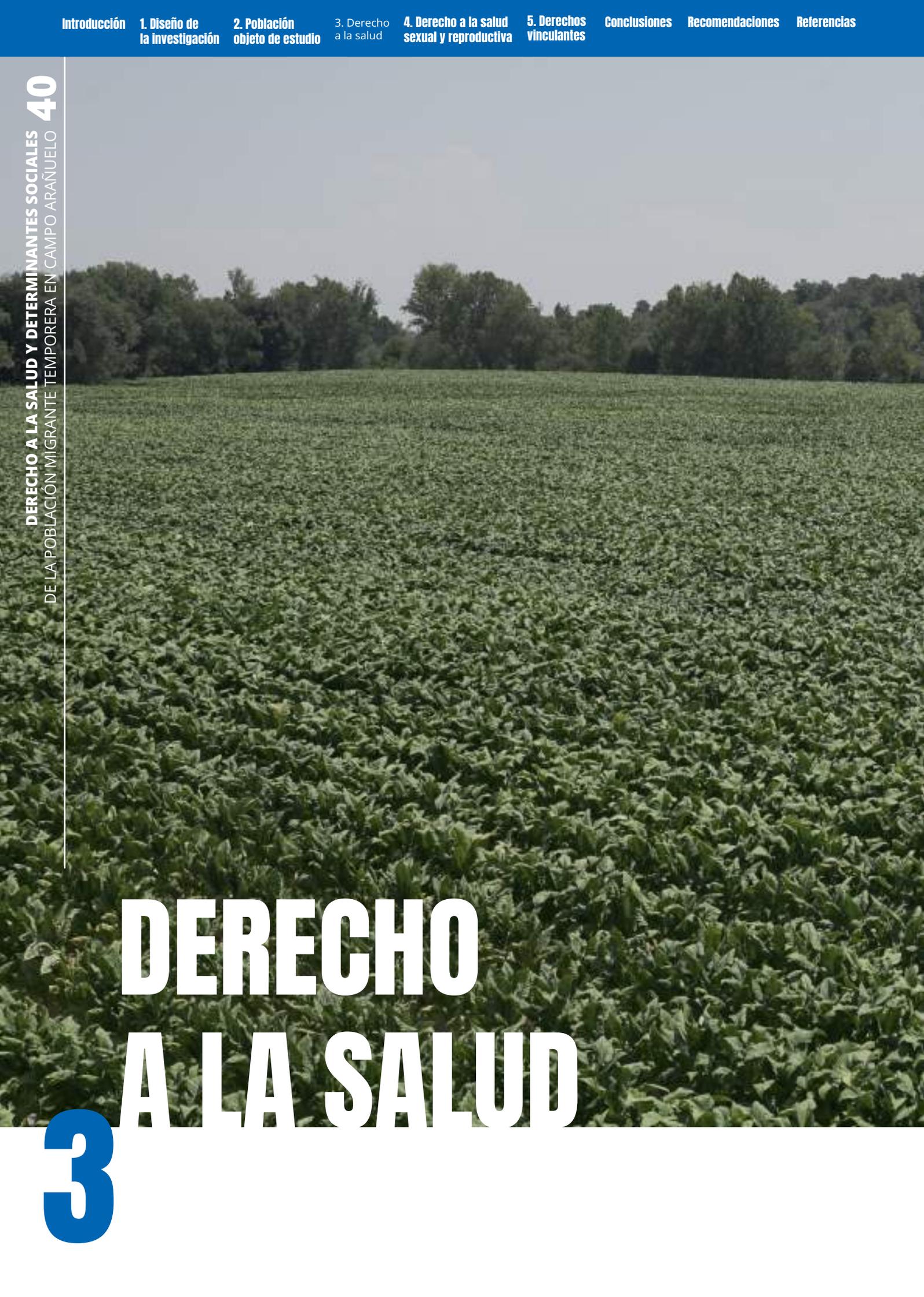
## CASATEJADA Y SAUCEDILLA

<b>Clases de alfabetización de lengua castellana:</b> Mancomunidad (intermitentemente)	<b>Reparto de alimentos:</b> Cáritas
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

En general las asociaciones, ONG, sindicatos y Administraciones Publicas no cuentan con un protocolo, espacio o sistema de coordinación. Los Servicios Sociales de Base y los Centros de Salud refieren una coordinación fluida y habitual entre sí, sobretodo en tema de prestaciones. Las entidades que realizan reparto de alimentos tienen convenios y/o acuerdos de colaboración entre sí. Pudiendo derivar casos, contrastar y compartir información que mejora la asistencia y evita la duplicidad de ayudas entre organizaciones que ofrecen servicios similares. El resto de entidades hablan de contactos puntuales, informales y con mayor o menor periodicidad, para derivaciones.

Todas las entidades entrevistadas han destacado la importancia y necesidad de la coordinación entre organizaciones. Se ha mencionado una mesa de coordinación existente donde se reunían Servicios Sociales de Base y las principales organizaciones de la sociedad civil. Este protocolo se desactivó con la desaparición en 2010 de la Oficina Permanente de Inmigración (OPI) dependiente de la Junta de Extremadura.

La mayoría de entidades, trabajadores sociales o representantes públicos han considerado pertinente establecer una mesa o reuniones periódicas para compartir buenas prácticas y experiencias exitosas. Así como, la elaboración de un listado de los recursos disponibles en la zona, que facilite y agilice la búsqueda de recursos por parte de la población beneficiaria. Pudiendo acceder más fácilmente a la información y evitando una "ruta por los diferentes recursos".



# DERECHO A LA SALUD

# 3.1

## Disponibilidad de recursos y servicios

En Navalmoral de la Mata se encuentran la mayoría de recursos y servicios sanitarios existentes en la zona, debido a ser el municipio con más habitantes y capital de la Comarca. En este municipio se encuentra el Hospital de Campo Arañuelo, único de la zona y al cual llega la población derivada de los Centros de Salud. En todas las poblaciones estudiadas hay establecimientos sanitarios: Centros de Salud en Talayuela y Navalmoral de la Mata; y consultorios médicos en Casatejada, Saucedilla y la pedanía de Barquilla de Pinares en los cuales existe un horario reducido de atención sanitaria presencial y telefónica. Fuera de este horario la población debe desplazarse a Talayuela, Almaraz o al hospital de Navalmoral de la Mata, dependiendo del lugar de residencia.

La disponibilidad de recursos y servicios en el área de salud objeto de estudio es considerada por parte de los trabajadores del ámbito social e instituciones como adecuada. En contraposición, la totalidad del personal sanitario entrevistado perteneciente al Hospital de Campo Arañuelo señala que a raíz de la pandemia de coronavirus, el servicio ha empeorado, principalmente por el recorte de personal y la escasez de materiales. Agravándose esta situación en verano por las vacaciones del personal.

En mayo de este año 2022, el sindicato CCOO denunció la mala gestión del Área y la falta de personal, especialmente en servicios como rehabilitación, medicina general, medicina familiar, medicina de guardia y el Punto de Atención Continuada, así como la necesidad de cubrir las bajas laborales. El personal sanitario coincide con lo comunicado por el sindicato, y en como las largas listas de espera generan estrés y sensación de desatención por parte de la ciudadanía.

En los Centros de Salud la atención primaria carece de recursos humanos suficientes, tanto en medicina como enfermería, se producen demoras a la hora de atender a la gente y no se puede invertir el tiempo necesario con cada paciente ni establecer vínculos, muy importante en Atención primaria. A esto, como se verá más adelante contribuye la gran rotación de profesionales.

En el Hospital, que da servicio a toda la comarca, hay falta de personal en diferentes áreas. Destaca el área de pediatría, recientemente reforzada con un tercer médico, medicina interna, rehabilitación y cardiología, donde las listas de espera van por el 2021.

Se manifiesta, no de manera general, preocupación por la tendencia en la región de contratar a un gran número de personal médico extranjero. Según se señala, llegan con formaciones de menos años de sus países de origen y aceptan condiciones de trabajo que ellos no aceptarían.

Según profesionales vinculados a departamentos administrativos y de dirección del hospital, así como profesionales sanitarios de origen extranjero ejercientes desde hace décadas, en la Comarca aproximadamente el 70% de los profesionales son de origen extranjero. Se habla de varias olas migratorias de profesionales sanitarios: argentinos, cubanos y actualmente venezolanos. Se destaca que con las primeras llegadas, a principios de los 2000, de médicos extranjeros latinoamericanos bien formados el trato con el paciente mejoró notablemente. Ya que tenían un trato más cercano que los entonces médicos españoles, pertenecientes en líneas generales a una clase socioeconómica más alta y mostrando cierto clasismo hacia el paciente.

Por no ser motivo de estudio no se ha investigado más este aspecto. Sin embargo, se considera importante profundizar en futuras investigaciones ya que parece estar dándose una vulneración de derechos hacia estos miles de profesionales de origen extranjero. En conversaciones informales y análisis bibliográfico se han constatado, importantes trabas burocráticas y académicas, así como largos periodos de resolución. Esto conlleva grandes inversiones de dinero, no solo en vivir en el país, si no en caras academias o pagos a supuestas agencias que ayudan a agilizar los trámites<sup>1</sup>. Todo esto es identificado como una actitud xenófoba y un racismo institucional según denuncia la Asociación Frente de médicos por la homologación<sup>2</sup>.

*“Hay una cuestión dentro del Ministerio muy arraigada de que los títulos españoles son los mejores del mundo. Hay un chovinismo en disciplinas donde uno más uno es dos. Son ciencias, no son cuestiones discutibles. Hacer un bypass es hacer un bypass. Si te digo que tu título no vale, te estoy diciendo que tú no vales”.*

José María Casas. Frente de médicos por la homologación<sup>3</sup>

La situación de colapso y largas listas de espera es común en los Centros de Salud de los cuatro pueblos estudiados, lo que provoca que mucha gente acuda por urgencias y el personal médico manifieste estrés y agotamiento. En general, organizaciones y población destacan el buen funcionamiento de los servicios de urgencias.

*“Llevamos esperando un mes para que le den cita a mi madre. Lo normal es que tarden unos ocho o diez días en darte una cita para el médico”.*

Mujer española origen marroquí | Talayuela

Existe una fuerte sobrecarga de trabajo entre los profesionales, quienes manifiestan no haber recibido el pago de los retrasos, las causas señaladas son la falta de inversión en recursos humanos y materiales.

*“Desde la administración se da una información falsa sobre la situación del sistema sanitario, antes sí era un sistema modélico pero ahora la sanidad en Extremadura es un desastre, yo no había visto esto en 40 años trabajando”.*

Personal sanitario Campo Arañuelo

Como se expondrá más adelante, existe a menudo un desconocimiento en la ciudadanía acerca del funcionamiento y el uso de los servicios del Sistema Público de Salud. También es percibido por el personal sanitario, que debido al carácter de gratuidad no se cuida o valora el servicio por parte de los pacientes, dejando pasar citas de revisiones y solicitándolas repetidas veces.

<sup>1</sup> <https://www.moncloa.com/2022/09/07/homologaciones-espana-latinoamericanos-ministerio-universidades-1595404/>

<sup>2</sup> [https://twitter.com/MDhomologantes?t=u1Ch2wGal-pYyAQasdO-\\_g&s=08](https://twitter.com/MDhomologantes?t=u1Ch2wGal-pYyAQasdO-_g&s=08)

<sup>3</sup> <https://www.elsaltodiario.com/medicina/atrapadas-homologacion-titulos#comentarios>

Esta preocupación por el uso que la ciudadanía hace de los recursos, les hace ser más exigentes a la hora de dar el servicio. Según nuestra percepción, repercutiendo en mayor medida en la población migrante, y concretamente de origen marroquí.

*“Los recursos no se pueden malgastar, hay muy pocos y hay que hilar fino”.*

Personal sanitario Hospital Campo Arañuelo

*“Se creen que esto es jauja. Antes era un coladero, ahora se mira más con lupa”.*

Personal sanitario Hospital Campo Arañuelo

En los centros de salud no existen programas de apoyo psicosocial. Únicamente los programas básicos propios del centro. La existencia de este servicio sería necesario para abordar problemas de salud mental, expuestos más adelante, manifestados por los usuarios y percibidos por el personal sanitario y de las asociaciones. Especialmente entre la población de origen marroquí.

*“Es necesario que se trabaje con personas no con números. Todas las mujeres con las que trabajamos toman antidepresivos. Entender el proceso migratorio y lo que supone para las personas es primordial. Es gente que tenía unas expectativas y al llegar aquí se encuentran que viven y trabajan en unas condiciones horribles, sumando el proceso de ruptura con Marruecos. Estás sola y con mucha presión social de la comunidad”.*

Asociación de migrantes | Talayuela

*“Mi padre estuvo muy malito, le llevamos a Navalmoral. Estuvo ingresado una semana y le dieron el alta, pero seguía igual. Así que volvimos a ir porque tenía muchos dolores. Le levantaron de la silla preguntando que hacíamos ahí otra vez y nos mandaron a casa. Al final era depresión. Tú le ves y parece feliz, pero por dentro está muy mal. El trabajo, el dinero, todo”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

Esta apreciación, que comparte el equipo investigador, contrasta enormemente con el sentimiento transmitido desde los Servicios Sociales de Base de algunos ayuntamientos. Quienes consideran que ya se ofertan servicios de apoyo psicosocial en las ONG y asociaciones locales por lo que no es necesario implementar programas desde la administración pública. Remarcando, desde su percepción, que la salud mental en sus zonas de intervención es buena.

En los Centros de Salud y en el Hospital no existe ningún programa específico dirigido a la población migrante y en general no es percibido como necesario por parte de los profesionales y representantes de las administraciones. Remarcando en algunos casos la desventaja que sería para la población general que se dirigiesen programas específicos para la población marroquí: *“los de aquí y los de fuera”*. A menudo se responsabiliza a la población marroquí de llevar décadas en la zona y no aprender castellano, más adelante se analizará de manera detallada esta cuestión.

*“Somos las hijas las que hacemos de traductoras, esto es un problema porque las personas necesitan su intimidad. Haría falta traductores y médicos que conozcan nuestras costumbres”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

No obstante, ciertos profesionales, quizás con mayor contacto con el paciente creen que es fundamental la implementación de un programa de mediación intercultural que trabaje con las familias marroquí. Donde se traten entre otros temas, cuestiones relativas a los hábitos alimentarios. Ya que se han detectado altas tasas de diabetes y caries debido a un consumo excesivo de azúcar, lo cual preocupa especialmente en la infancia. También se considera necesario realizar capacitaciones a estas familias sobre la concepción, funcionamiento y servicios que presta el Sistema público de salud. Así como los procedimientos básicos para ejercer el derecho a la salud. Estas formaciones las han desarrollado en alguna ocasión las Trabajadoras Sociales, sin embargo consideran que el impacto ha sido muy bajo. Considerando necesario que las imparta una persona con una formación específica en mediación intercultural y vínculos con la comunidad marroquí.

## 3.2 Acceso al Sistema Extremeño de Salud (SES)

Como se ha expuesto, la escasa disponibilidad de especialistas en el área de salud está provocando la no derivación, saturación y largas listas de espera, con una particular afectación en el acceso entre la población marroquí cuando presenta problemas graves de salud y no maneja bien el idioma.

*“Un día, de repente, a mi padre se le hinchó el tobillo fue a urgencias, le hicieron unos rayos X y le diagnosticaron un esguince. Durante 3 meses la inflamación no bajó, le hicieron en total tres rayos X y le recetaban antiinflamatorios y reposo. Finalmente, preocupado regresé de Francia para acompañarle. Tuvimos que ir a Plasencia a una clínica privada y allí por fin le hicieron una resonancia magnética y a los dos días nos dijeron que posiblemente fuese un tumor.*

*En el hospital seguían insistiendo en que era un esguince y le recetaron rehabilitación. Por suerte pude pausar mi trabajo y regresar unas semanas a Navalmoral. Con el informe nos derivaron al Hospital Gregorio Marañón en Madrid. Hemos ido ya más de diez veces y siempre nos hemos sentido muy bien tratados y cuidados. Mi padre necesita que le animen y que le expliquen las cosas, el trato humano con el médico también es muy importante”.*

Hombre español origen marroquí | Navalmoral de la Mata

Otro aspecto analizado es el sistema de citas, cada vez más telemático. Esta implantación progresiva que sustituye el contacto presencial, supone una barrera en la accesibilidad para las personas mayores y el colectivo marroquí de primera generación. Ambos colectivos tienen grandes dificultades para pedir citas por internet, pues su manejo tecnológico es reducido y prefieren el trato presencial, sumando en algunos casos la barrera idiomática. Situación que hace que estos colectivos dependan de otras personas para poder acceder al sistema de salud.

En las entrevistas realizadas se ha aludido al malestar que existía en Casatejada. Hasta hace pocos meses una persona del Ayuntamiento era la encargada de recoger las citas para el Consultorio médico. Las personas más cercanas a ésta se ponían en contacto la noche anterior llamando a su móvil personal y llenaba la lista del día siguiente. Haciendo que quienes acudían por la mañana al centro, normalmente personas mayores y/o de origen marroquí, se quedasen sin cita. Esta situación levantó muchas quejas y actualmente es una centralita de Cáceres o una plataforma web quien gestiona las citas. **La nueva medida al no ser presencial perpetúa esta barrera al acceso.**

### **Barreras administrativas: Obtención de la tarjeta sanitaria**

Como se ha descrito en el apartado de Marco normativo: el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, ha revertido parcialmente la anterior reforma aprobada en 2012, facilitando el acceso a las personas migrantes en situación irregular. Sin embargo, pendiente de la aprobación del nuevo proyecto de ley, algunas Comunidades Autónomas siguen interpretando el Real Decreto de manera restrictiva. Exigiendo empadronamientos de más de 90 días para recibir asistencia y un certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria del país de origen. Este es el caso Extremadura.

En el caso de Campo Arañuelo, las solicitudes se realizan en los Centros de Salud, entregándolas posteriormente al Área de Tarjetas Sanitarias del Hospital. La persona responsable afirma estar sobrecargada de trabajo y necesitar apoyo; añadiendo que en los últimos meses la presentación de solicitudes se ha incrementado. Esta situación hace que se tarden en resolver las solicitudes hasta 3 meses, suponiendo varios meses (antigüedad de empadronamiento y trámites administrativos) en los cuales las personas solicitantes están excluidas del sistema sanitario, pudiendo acudir únicamente a Urgencias.

Tanto el empadronamiento como el certificado de no exportación a menudo suponen una barrera para la accesibilidad al sistema público de salud.

Muchas personas entrevistadas -como se expondrá con mayor profundidad en el apartado del derecho a la vivienda- han manifestado dificultades para conseguir una casa donde empadronarse. No solo por la falta de viviendas, sino por la negativa de los dueños, españoles y marroquíes, a empadronarse en las casas alquiladas. Así mismo, varias personas confirman que han pagado a éstos dinero extra por el empadronamiento. Esta dinámica extendida en la zona, afecta en mayor medida a personas en una situación irregularizada y sin redes de apoyo, siendo una barrera económica.

*“Estoy empadronada en la casa que me han dejado. He tenido que pagar 300 euros para empadronarme, siempre es así. Todo el mundo ha tenido que pagar para empadronarse”.*

Mujer origen marroquí irregularizada | Navalmoral de la Mata

*“A todo el mundo que pregunté me dijo que habían pagado por empadronarse, únicamente dos personas me dijeron que eso no se hacía y que ellos no pagaron nada. Pero estos es porque tenían familia y conocen las normas”.*

Mujer origen marroquí irregularizada | Navalmoral de la Mata

La exigencia del Certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde su país de origen, supone otra barrera en el acceso. Para obtener este certificado es necesario ir a Marruecos o al Consulado de Sevilla (el que corresponde a la zona de Campo Arañuelo). En ambos casos señalan dificultades para su obtención. Como es evidente, una persona en situación irregular no puede volver a Marruecos a por este papel, por lo que tiene que hacer un poder notarial a un familiar suyo para que lo consiga, lo que según las asociaciones supone un problema.

*“Estos documentos son imposibles que los consigan en Marruecos porque no pueden salir de aquí, pero desde la administración les piden que manden a un familiar a por ellos. Sin tener conocimiento de que la mayoría son personas que proceden de pueblos aislados, solo tienen a sus padres mayores allí por lo que mandar a éstos a por los documentos no es nada sencillo”.*

Asociación de migrantes | Talayuela

*“Mandas a un familiar que esté en Marruecos, y le dicen que tiene que ir la persona. Tú no puedes ir a Marruecos a por ese papel, porque no puedes salir porque no tienes papeles. Entonces le haces un poder notarial y tienes que viajar hasta Sevilla a por el papel”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Grupo de discusión Navalmoral

El viaje a Sevilla supone un coste económico y una incompatibilidad con sus trabajos y responsabilidades. Por lo que se dan casos en los que se opta por no tener cobertura sanitaria al no poder realizar el viaje. Recientemente, acudió una delegación del Consulado a Talayuela, desde la mezquita se atendió a la población que necesitaba realizar algún trámite como renovar documentación o solicitar certificados. Parece ser que no estuvo bien organizado o que la alta demanda saturó el servicio. Los testimonios cuentan que desde primeras horas de la mañana había esperado cientos de personas que tardaron horas en ser atendidos, permaneciendo de pie y al sol. Este suceso muestra la fuerte demanda y la dificultad de acceder a estos trámites administrativos que tienen que realizar periódicamente en los trámites de renovación. Existe una falta de flexibilidad por parte de la administración española en cuanto a la validez de los papeles. Los tiempos burocráticos provocan que estos papeles caduquen y les obligan a pedirlos otra vez.

De este trámite quedan excluidos los familiares ascendentes llegados a España por reagrupación familiar. Éstos solo pueden ejercer su derecho a la salud en el Sistema Extremeño de Salud pagando el seguro privado del SES o a la sanidad privada contratando otro tipo de seguro. Este gasto económico muchas veces inasumible hace que contraten seguros muy baratos que les cubren lo mínimo, según ha explicado el personal médico entrevistado. El seguro privado del SES funciona como una mutua y lleva pocos años en funcionamiento.

En el caso de personas que vienen con situaciones excepcionales, la Comunidad de Extremadura les admite en el SES por medio de un informe social y gestionando el caso directamente con Mérida. Este protocolo se contempla en el caso de enfermedades contagiosas y son sometidos a seguimiento.

Cuando la persona no tiene concedida la Tarjeta Sanitaria puede acceder al SES a través del servicio de Urgencias, con las limitaciones y recargos que conlleva, ya que por el servicio se les emite una factura. Lo mismo ocurre con la prestación farmacéutica, los medicamentos prescritos deben de ser pagados al precio íntegro por el paciente. Esto supone en la práctica una barrera económica para muchas familias e individuos.

## Accesibilidad física y alcance geográfico

Las personas entrevistadas en Navalmoral consideran que los establecimientos sanitarios son relativamente accesibles desde un punto de vista físico. Sin embargo, para ser atendidos por determinados especialistas deben desplazarse a Plasencia, Cáceres, Badajoz o Talavera, lo cual supone un problema en algunos casos. La percepción de los habitantes de los otros pueblos es diferente.

El escaso servicio de transporte público es un problema en las zonas rurales de Extremadura, afectando en mayor medida a personas mayores, inmigrantes, mujeres y jóvenes. Esta falta de transporte público se identifica como una barrera en la accesibilidad para las personas que viven en Campo Arañuelo. Haciendo necesario disponer de vehículo propio y carnet de conducir. Lo cual no siempre es posible dado al alto grado de analfabetismo entre la población de mediana edad de origen marroquí. Sobre todo personas mayores y mujeres, dependen en su mayoría de los maridos, hijos e hijas o vecinos. Las personas entrevistadas identifican como un problema el tener que depender de personas externas a la familia porque tienen que pagar una cantidad económica o tienen que estar pidiendo favores.

Los pueblos más pequeños, como Saucedilla y Casatejada, disponen de consultorio médico pero con una sanidad básica y horarios reducidos, debiendo a menudo desplazarse a Almaraz o Navalmoral de la Mata. Las personas entrevistadas que residen en cortijos próximos a pedanías, afirman que deben de organizarse con vecinos o familiares para poder solventar esta barrera geográfica, dándose situaciones de mayor aislamiento sanitario. Sin embargo, cuentan con redes de apoyo vecinales utilizadas para otras cuestiones de la vida cotidiana como es el acceso a los alimentos y bienes de consumo o el desplazamiento para trabajar. El consultorio médico de Barquilla de Pinares por ejemplo cuenta con un buen servicio telefónico.

*“Aquí el problema es para las personas que no tienen coche. Les pasa algo los sábados o domingos y tenemos que ir a urgencias”.*

Mujer española origen marroquí | Saucedilla

El personal de los Centros de Salud refiere conflictos con las familias de origen marroquí beneficiarias del Programa de Atención Temprana. Normalmente, estas familias carecen de vehículo para llevar a sus hijos a las localidades donde se realizan estos programas y exigen al Centro de salud ambulancias. Únicamente hay dos ambulancias para toda la comarca por lo que las listas de espera son largas.

Como veremos más adelante, el desconocimiento del Sistema público de salud, lleva a pensar a algunos usuarios que es necesario ser insistente o acudir a muchos profesionales para solventar sus necesidades. Creando malestar y fricciones entre profesionales y usuarios.

Se han detectado familias con plaza adjudicada en el programa, pero que por falta de medios de transporte no pueden ir. Existen líneas de autobús público con horarios fijos y espaciados, lo que les ocupa toda la mañana, imposibilitando la conciliación familiar y laboral. Las ambulancias de la comarca ofrecen un servicio de viajes compartidos a Cáceres con tiempo de espera, suponiendo igualmente un problema para las personas que trabajan. Esta cuestión afecta especialmente a las familias temporeras agrícolas, ya que trabajan por jornales y no se pueden ausentar.

*“El horario de los autobuses es insuficiente. Pues el primero sale hacia el hospital a las 9 y el último vuelve a las 12.30h, y hay citas hasta las dos. Yo como no tengo coche tengo que ir andando o pedirle el favor a alguien. Si no tienes coche es un problema”.*

Mujer saharai 1ª generación | Navalmoral de la Mata

## Acceso a la información y la confidencialidad

### - Barreras lingüísticas y de comunicación

Las barreras de comunicación han sido referidas por la totalidad de las personas entrevistadas como la mayor dificultad existente en la zona. Mucha población de origen marroquí residente en la zona posee escasos conocimientos del idioma, siendo una barrera para el ejercicio de sus derechos y el acceso a los servicios públicos. Cabe recalcar que, si bien es una problemática común entre la población marroquí de la 1ª generación, las mayores dificultades se dan entre las mujeres por cuestiones culturales, patriarcales y económicas.

En lo que al ejercicio del derecho a la salud respecta supone un grave problema, tanto para los pacientes a la hora de explicarse, como para el personal sanitario a la hora de comprender y realizar un buen diagnóstico clínico y un tratamiento.

En la comarca no existe un servicio de traducción y mediación por parte de las Administraciones Públicas. Únicamente cuenta con intérprete el programa VioGen de la Guardia Civil. Existe una fuerte demanda hacia las asociaciones de migrantes y ONG, las cuales cuentan con voluntarios o personal técnico de origen marroquí. Sin embargo, son incapaces de cubrir todas las necesidades. Parece ser que hace años hubo un programa de atención a personas migrantes que ofrecía un servicio de acompañamiento y traducción a la hora de acudir al médico y realizar trámites administrativos. Como muchos otros programas de la época, por cuestiones presupuestarias dejó de implementarse.

*“La doctora me dijo que si no sabía hablar por qué estaba aquí. El problema yo creo que está en los dos lados, para los médicos es muy difícil entendernos y para nosotras hacernos entender. Lo ideal sería que haya una persona que nos ayude para evitar estas situaciones”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Grupo de discusión Navalmoral de la Mata

Esto genera malestar y estrés entre el personal sanitario que atraviesa un momento complicado por el colapso y la falta de personal. En ocasiones existe la percepción de una atención inadecuada entre la población temporera marroquí. Lamentando que la mayoría de los conflictos existentes, diagnósticos inexactos o tratamientos que no les sanan, se deben a la falta de entendimiento.

Ante esta falta de un servicio de traductores y mediadores, la responsabilidad de solventar esta barrera comunicacional recae en los pacientes, mediante la búsqueda de personas que actúen de intermediarias con el profesional. Desde algunas administraciones públicas se percibe con recelo la implementación de un programa de traducción y mediación. No se asume la responsabilidad ante esta problemática y se delega en el colectivo marroquí: *“es lo que tienen que hacer (...) desde el sistema público no se puede hacer más por ellos”.*

Dependiendo de la situación personal y familiar de cada paciente, las personas intermediarias serán de su círculo de confianza (marido, hijas/os, familiares), de su entorno (vecindario, amistades, personal de asociaciones) e incluso personas desconocidas que cobran dinero por el servicio (barrera económica).

En la mayoría de los casos estudiados, son las hijas quienes acompañan, ya que todos los menores han sido escolarizados y hablan perfectamente castellano. Habitualmente, las consultas médicas y trámites administrativos son en horario lectivo, repercutiendo en su educación. Según las asociaciones de migrantes y personal sanitario, en las consultas se generan situaciones complejas en las que las menores no comprenden el lenguaje clínico. Influyendo en la comunicación, diagnóstico y tratamiento. Así como momentos incómodos, de vergüenza o malestar que dificultan la comunicación. Si no hay jóvenes en la familia, las mujeres recurren a sus maridos, con disponibilidad limitada pues la mayoría trabaja en el campo. Generándose a menudo malestar debido a la vulneración de la intimidad, al tratar en ocasiones cuestiones de género o que son tabú en la pareja.

*“Si a mí me resulta complejo cuando me duele algo decírselo al médico, imagínate una persona que no sabe hablar, ni expresarse. Además a los niños les da vergüenza decirle a sus padres muchas cosas”.*

Asociación de migrantes | Talayuela

Por no hablar de situaciones que realmente ponen en riesgo la salud y derechos del paciente como pueden ser intervenciones quirúrgicas de urgencia.

*“Para la gente que no tiene a nadie es un problema. Por la calle me para gente para que les acompañe a los servicios sociales. A veces falto al colegio para acompañar a mi madre al médico o a los servicios sociales. Es necesario que haya traductores y nosotras quedarnos en el colegio”.*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

Se ha corroborado, durante el proceso de estudio que la inexistencia de un servicio público y reglado de traducción y mediación, no solo afecta al ejercicio del derecho a la salud si no que menoscaba el principio de confidencialidad, esencial en todo proceso médico. Esta cuestión, ligada a la alta rotación del personal médico, afecta a la confianza médico-paciente y en todo el sistema sanitario en general.

*“A la gente le da apuro pedirte tantas veces el favor de que les traduzcas. No solo es que el médico te entienda a ti, sino que tú entiendas al médico. Ayer llevé a mi madre al médico porque no dejaba de echar sangre por la vagina, a mí no me dejaron entrar por lo que solo sabemos que el médico le dijo -Lunes- que es lo único que entiende mi madre”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

### - Barreras culturales y religiosas

Como se ha expuesto, la población migrante y temporera de los municipios estudiados es mayoritariamente originaria de Marruecos. Concretamente de la zona noreste del país, fronteriza con Argelia, con un sistema socio-sanitario débil y completamente diferente al español. Se ha detectado durante el proceso de investigación que la administración pública a nivel general desconoce y no tiene presente el contexto social y cultural de origen de las personas migrantes.

Tanto a la hora de diseñar políticas como de garantizar un entorno habilitante que supere o disminuya las barreras y problemáticas existentes para el ejercicio de los derechos de este sector poblacional.

Muchas personas entrevistadas o sus familiares desconocen sus derechos y obligaciones. Así como el funcionamiento y concepción del Sistema público de salud, las vías de acceso y procedimientos. Esto no solo genera fricciones sino que aumenta el riesgo de exclusión sanitaria.

*“Hay mucha ignorancia en la población migrante marroquí, no entienden cómo funciona el sistema sanitario. Hay veces que van cuatro veces a la semana porque no se enteran”.*

Asociación migrantes | Talayuela

Este desconocimiento, no generalizado, es señalado por la totalidad del personal sanitario, organizaciones y asociaciones. Estas últimas, lamentan que no exista un sistema de información y sensibilización adecuado a la realidad de la población migrante, haciendo que se recaiga la responsabilidad en las ONG de la zona que son las que informan y derivan a las personas migrantes a los recursos.

*“No saben con qué tipo de gente están tratando. Los folletos no sirven para nada, es gente que no sabe leer, nunca han ido al colegio. Es necesario explicarles, a través de líderes comunitarios u otras figuras: ¿Qué cosas no debo hacer? ¿Cuáles son mis derechos?”.*

Asociación de migrantes | Navalmoral de la Mata

Sin embargo, desde el personal sanitario y las administraciones, señalan que la información se ha dado, valorando el bajo impacto. Por lo que consideran que es necesario que lo de una persona de la propia comunidad o cercana con una formación específica en mediación intercultural, ya que existen barreras que impiden ese traspaso de conocimientos. Se detecta una tendencia a responsabilizar a la población marroquí del mal uso y el alto nivel de exigencia que tienen. Lamentando en ocasiones malos modales a la hora de reclamar servicios que no siempre les corresponden o están indisponibles.

*“Los marroquíes estamos acostumbrados a otra cosa. Por ejemplo, en el hospital no puedes meter comida, y nosotros no estamos acostumbrados a eso. Tú vas al hospital a Marruecos y si no te llevas tu comida, no comes. Eso hay que explicarlo a una parte y a la otra”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

Como se ha expuesto, estos obstáculos se acentúan en el caso de las mujeres, pues son las que encuentran más barreras lingüísticas, culturales y religiosas. Los movimientos migratorios en la zona se han feminizado en los últimos años fruto de la reagrupación familiar o de procesos migratorios en solitario. En cualquiera de los casos, la procedencia, la clase social, el nivel educativo, el color de piel, la religión y la forma de vestir, conllevan unas desigualdades sociales y desventajas estructurales que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar e implementar políticas y programas. Garantizar el derecho a la salud de las mujeres migrantes al sistema sanitario, incluyendo la salud sexual y reproductiva, como se verá en las siguientes páginas, es necesario.

*“Yo tengo muchos problemas, no se hablar. No me tratan bien, no hay traductores. Antes había una traductora. Las personas que no tienen papeles es horrible”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

# 3.3

## Aceptabilidad entre la población temporera

Una vez analizadas las barreras existentes en el acceso al sistema público de salud, es necesario conocer la percepción que tienen profesionales sanitarios, asociaciones y la población objeto de estudio en cuanto al servicio. Así, en las entrevistas realizadas se incluyeron preguntas relativas al trato profesional-paciente y el respeto a la sensibilidad cultural, religiosa y de género.

Se destaca la valoración positiva por parte de las personas migrantes hacia el sistema de salud. Recalcando que ya hay costumbre por parte del personal sanitario a la hora de recetar dietas Halal. Sin embargo, la totalidad de las personas entrevistadas han manifestado haber recibido de manera puntual un trato discriminatorio, siempre puntualizando que en líneas generales el trato es amable y profesional. Cabe destacar que estas situaciones se han dado en un gran número en el servicio de Urgencias, acusándoles de manera colectiva de no saber hacer uso del sistema de salud: "Tenéis que cumplir las normas. Aquí no se puede venir para estas cosas". Esto crea mucho malestar, ya que las personas son individuos y no representantes de una comunidad construida en un imaginario colectivo. En la mayoría de las situaciones, las personas entrevistadas refieren que estaban en seguimiento por el médico de cabecera y que habían acudido a Urgencias ante un agravamiento de la situación.

*"Claro que valoran el sistema sanitario como perfecto, de dónde venimos el sistema sanitario es muchísimo peor, piden dinero por todo. Normal que valoren positivamente el de España."*

Asociación migrantes | Talayuela

Los tratos discriminatorios y estigmatizadores generan en las personas migrantes, principalmente marroquí, una desconfianza en el sistema de salud, así como otra dificultad más añadida en su proceso migratorio. Generando la sensación de no ser deseado en el sistema público de salud, pero sí como mano de obra.

*"Solo vamos al centro de salud cuando tenemos algo grave, sino nos quedamos en casa".*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

*"Si no tengo nada grave voy al médico, si tengo algo grave voy a urgencias. Me van a atender mejor".*

Mujer marroquí 1ª generación | Navalmoral de la Mata

Durante el proceso de investigación se ha entrevistado a un número importante de personas con enfermedades crónicas que se sienten abandonadas. No tienen conocimiento sobre qué es lo que les pasa, qué es lo que deben hacer y están cansados de que desde el Centro de salud les receten calmantes.

*"Me caí hace diez años cuando mis hijos eran pequeños y me lesioné el hombro. Ahora no puedo trabajar con este brazo. Me dijeron que mejor no me operase porque era arriesgado. Pero sigo igual, al médico ya no voy porque me da muchas pastillas y me dice que me vaya para casa".*

Mujer marroquí 1ª generación | Navalmoral de la Mata

Se identifica como uno de los problemas más graves, desarrollado en el siguiente apartado, la no derivación a médicos especialistas.

*“El centro de salud me trata mal. En plena campaña me dieron unos ataques musculares, fui al centro de salud y no me atendieron. Me tuve que ir a Navalmoral al hospital a que me atendieran. Me han dado calmantes y ya está”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Existe una tendencia entre trabajadores y representantes de las administraciones públicas a culpar a las personas migrantes de su situación. Problematizando la figura del inmigrante hasta el punto que sus descendientes siguen siendo identificados social y culturalmente como *“alguien de fuera”*. Afectando también su acceso al mercado laboral, expuesto más adelante.

Por último, la cosmovisión de las personas marroquíes (creencias, cultura y religión) desde donde se entiende e interpreta el mundo es muy diferente a la española. Estas cuestiones determinan la forma de entender la enfermedad, la salud, el sistema de atención, la muerte, el acompañamiento familiar, etc. Por lo que la relación paciente - profesional se ve afectada también por un desconocimiento de la cultura del paciente y no existir un abordaje de los estilos de vida de las personas migrantes en la atención.

Durante el grupo de discusión realizado se manifestó el malestar que provocaba ir a consulta con algún médico del hospital y que les diagnosticase a distancia.

*“Mi médico en la consulta se aleja y me pregunta a distancia, pero nunca me toca. Creo que le han mal aconsejado y piensan que a las mujeres marroquíes no se nos puede tocar”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Navalmoral de la Mata

Una parte del personal sanitario considera que este hecho hace necesaria una comprensión de cada una de las partes, que evite conflictos entre ellas y crear imaginarios colectivos sobre las poblaciones con mayor vulneración de derechos. El personal sanitario y de manera indirecta algunas personas migrantes temporeras entrevistadas han hecho ver que existe una desconfianza en el sistema sanitario. Las causas profundas no han sido identificadas pero subyace miedo a la hora de seguir algunos tratamientos y seguimientos médicos, especialmente los relativos a la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto de esta desconfianza se da entre las personas en situación administrativa irregular, las cuales evitan acudir al Centro de Salud aun teniendo problemas de salud. Este miedo a ser detectados y expulsados va disminuyendo según avanza el proceso de regularización y tienen más confianza.

*“El problema más grave lo tienen las personas que no tienen papeles. Tienen mucho miedo. Mi tía estuvo tres años sin salir de casa y sin ir al médico por esto. Si tenía algún problema de salud iba yo al médico y conseguía los medicamentos para ella”.*

Mujer española origen marroquí | Saucedilla

# 3.4

## Calidad del servicio

Junto a la aceptabilidad cultural, anteriormente analizada, los servicios de salud deben de ser apropiados desde el punto de vista médico y ser de buena calidad, posibilitando el adecuado y oportuno tratamiento de los distintos problemas de salud existentes y minimizando el impacto de posibles barreras. Para ello el Estudio ha analizado la integralidad<sup>1</sup>, longitudinalidad<sup>2</sup> y continuidad<sup>3</sup> de los servicios de salud.

### Integralidad:

Como se ha mencionado en el apartado de “Disponibilidad”, la situación del Sistema Extremeño de Salud y en concreto del Área de Salud de Naval Moral no es buena. La mala gestión que denuncian trabajadores y sindicatos, el recorte de personal y la escasez de materiales y la gran rotación de profesionales hacen que se viva una situación de colapso. Esto se traduce en largas listas de espera, sobrecarga de trabajo, incapacidad de invertir el tiempo necesario con cada paciente y establecer vínculos y un aspecto no tan mencionado, pero que consideramos fundamental: falta de alicientes, tiempo y motivación para la formación en diversidad cultural.

Este último aspecto hace que -junto con las diferentes dificultades anteriormente descritas- se cree un clima de desconfianza hacia la población de origen extranjero y viceversa. No se asumen responsabilidades por parte de la administración pública, dándose dinámicas de rechazo pasivo y en los casos más extremos actitudes racistas y/o xenófobas. Siendo elementos que determinan el ejercicio del derecho a la salud y el riesgo de exclusión en la población migrante.

*“Es incomprensible que desde las instituciones se quejen siempre de que la población migrante lleve tantos años aquí y no saben hablar. Si supieran que la mayoría de las personas que están aquí son analfabetas. ¡Yo he ayudado a la gente a coger un boli! Yo he estudiado, tengo una base para aprender otro idioma con 40 años, pero esta gente ¿Cómo puedes esperar que aprendan un idioma a sus 45 años siendo analfabetos? ¡Quien dice eso es que no conoce la realidad de aquí!”*

Asociación migrantes | Talayuela

Esta inacción por parte de la administración compromete la calidad de la atención.

### Longitudinalidad:

Un aspecto fundamental detectado durante la investigación ha sido la generalizada y constante rotación del personal sanitario.

1 Atención centrada en la persona y no únicamente en la enfermedad.

2 Atención sanitaria ofrecida por un mismo equipo de manera constante y sostenible en el tiempo.

3 Coordinación entre los diferentes niveles de salud para que cada profesional que visite el paciente tenga un seguimiento de su situación.

Los equipos no son constante ni sostenible en el tiempo ya que el personal trabaja un periodo en esta Área de Salud y después se marcha a otras Áreas o Comunidades Autónomas. Esto provoca una interrupción en el seguimiento de las personas, provocando confusión, diagnósticos contrarios entre médicos y afectando a la calidad del servicio.

La cuestión, es que profesionales autóctonos y de origen extranjero utilizan este destino, menos atractivo, de menor categoría y peor situación geográfica, como trampolín para irse a otros lugares. Por ello, existe una fuerte rotación de aproximadamente dos años. Muchos médicos españoles acuden a Campo Arañuelo nada más acabar su formación, ya que suele ser fácil acceder al ser el Hospital de Navalmoral Comarcal, de menor nivel que los Generales o Universitarios.

*“En los hospitales comarcales es donde empieza toda la gente, donde sabes que siempre vas a tener trabajo. La diferencia no es tanto a nivel de suelo, sino a nivel de prestigio, reconocimiento y posibilidades de desarrollarse profesionalmente”.*

Antiguo responsable en el Hospital Campo Arañuelo

*“Cada tres meses cambia el médico. Los últimos años hay muchísima rotación, cada vez que vas tienes que volver a explicar todo. Antes tú entrabas y el médico ya conocía tu caso y podías explicar directamente”.*

Hombre español origen marroquí | Navalmoral de la Mata

*“Llevo desde el 2020 con un problema en el tobillo. Estoy coja, me dijeron que me iban a operar y al final no me han operado. Un médico me dijo que me tenía que operar, luego vino otro y me dijo que con una escayola suficiente y cuando me quitaron la escayola estaba peor. Tenía un hueso roto. Ahora ya no me pueden operar por el tiempo que llevo mal”.*

Mujer saharai 1ª generación | Navalmoral de la Mata

### Continuidad:

Se han entrevistado a varias personas, mayoritariamente de origen marroquí, con algún tipo de dolencia o enfermedad desde hace años y que no han visitado a ningún especialista. Cuando reclaman un mejor tratamiento, que complemente las pastillas, se les avisa que para ir a un especialista deben ir a la sanidad privada. Hablando con profesionales sanitarios, consideramos que son hechos puntuales, sin embargo la investigación ha mostrado que por desgracia son frecuentes.

*“Yo llevo muchos años con dolores en la cabeza. Pero el médico de aquí solo me daba pastillas, no me quiso hacer ninguna prueba, ni me envió al especialista. Tuve que ir a Marruecos para que me diagnosticaran”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Grupo de discusión Navalmoral

*“A mi marido solo le daban pastillas, no le enviaban al especialista. Tenía muchos dolores, era un tumor en el tobillo. Se lo encontraron porque fue a la privada. Y ahí le vieron lo que tenía”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Grupo de discusión Navalmoral

Estas personas, trabajadoras agrícolas con lesiones crónicas o graves, sin un adecuado diagnóstico ni tratamiento efectivo se ven limitadas a la hora de trabajar y de desarrollar su vida con bienestar. Manifiestan encontrarse con las puertas cerradas y no sabiendo dónde ir. Inmersas a menudo en un proceso de derivaciones de unos profesionales a otros, con pocos resultados. Consideramos que las barreras lingüísticas y culturales son también una de las causas de estas situaciones.

*“Mi madre tiene muchísimos dolores de hombro y migrañas. Siempre estamos de arriba para abajo en urgencias para que la vean. Hay veces que la he llevado a la mujer a las 12 de la noche. Dicen que las pruebas tenemos que ir a hacérselas a la privada. Que ellos aquí no lo pueden hacer. Hace 5 años le hicieron un TAC. Ahora no la quieren hacer nada dicen. Solo pastillas y para casa”.*

Mujer española origen marroquí | Navalmoral de la Mata



# DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se ha considerado pertinente analizar de manera específica el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes vinculadas al trabajo en el campo en Campo Arañuelo. No solo porque debe incluirse dentro del Derecho a la Salud, si no por su relación con otros derechos humanos: el derecho a la intimidad, el derecho a la educación, el derecho a la igualdad y a la no discriminación y el derecho a la vida.

En este aspecto, las administraciones públicas a todos los niveles tienen la obligación de respetar, proteger, promover y cumplir los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en sus diferentes dimensiones.

Tanto la cultura y tradición marroquí, como la religión musulmana se asientan en profundas y arraigadas raíces patriarcales, hoy en día en cuestionamiento y revisión por parte de sus miembros tal y como pasa con otras culturas y religiones. Este contexto, al que pertenecen prácticamente el 100 % de las mujeres entrevistadas, ha generado a lo largo de los años tabús entorno a determinadas cuestiones y ambientes que dificultan el ejercicio de determinados derechos por parte de las mujeres. En este aspecto las organizaciones tienen la responsabilidad y las administraciones la obligación de abrir vías de trabajo que posibiliten a todas las personas ejercer su derecho a la salud de manera libre, igualitaria y sin discriminación.

Independientemente del origen, cultura o religión, las decisiones que afectan al cuerpo de las mujeres y niñas son suyas, debiendo ejercer el libre control de su sexualidad y reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

En la comarca, el número de mujeres migrantes de origen marroquí viene aumentando desde principios de los 2000; como consecuencia de procesos de reagrupación familiar o a la existencia de una red solida de acogida por parte de la comunidad. Siendo el sector agrícola el más demandante de mano de obra. Muchas llegan de otras regiones de España donde han realizado diferentes campañas agrícolas.

El colectivo objeto de estudio es heterogéneo. Los diferentes contextos sociales y culturales en origen y destino, así como el proceso migratorio son cuestiones que se deben tener en cuenta. Existen factores que van a condicionar su relación con el sistema sanitario y el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos como son: la edad, país de origen y entorno rural o urbano, nivel educativo, clase social, prácticas culturales y religiosas, condiciones socio laborales, relaciones de género, manejo del castellano, tiempo de asentamiento en la zona, etc.

En líneas generales, las personas entrevistadas, profesionales del ámbito sanitario y social y miembros de asociaciones, consideran que las mujeres migrantes utilizan menos los recursos y servicios de salud sexual y reproductiva, tanto en el tratamiento como en la prevención.

## Programa de planificación familiar

Se localiza en el Centro de Salud de Navalmoral de la Mata, ofrece de manera estable y continuada un servicio preventivo de Salud Sexual y Reproductiva llamado Mujer Sana. Está dirigido a todas las mujeres de 25 a 65 años de las comarcas de La Vera, Campo Arañuelo e Ibores. Según el personal sanitario entrevistado, solo dispone de un equipo compuesto por: un médico, una enfermera, un auxiliar y una administrativa. Lo que obliga a abrir las citas únicamente durante el mes de diciembre, completando en pocos días el siguiente año.

*“Es muchísima población para un equipo. No hay citas al año para poder verlas a todas. ¡Es imposible! No podemos dejar la agenda abierta, llenaríamos 2 o 3 años y a la gente se le olvida.”*

Personal sanitario | Navalmoral de la Mata

Dentro de este servicio no existe un enfoque o protocolo específico para las mujeres migrantes. Desde el personal sanitario afirman que el 10% de las mujeres que acceden al servicio son mujeres migrantes, generalmente de origen marroquí. Las mujeres entrevistadas que conocían el servicio, la minoría, han manifestado su satisfacción con el trato recibido pero malestar por el sistema de citas y las listas de espera.

El Programa ofrece un servicio de anticoncepción (píldora, anillo, DIU, aborto), más utilizado por mujeres de origen marroquí que el programa de prevención. Según el personal sanitario, acuden muchas mujeres jóvenes que habiendo sido madres a edades tempranas, solicitan el uso de anticonceptivos durante una temporada, priorizando el DIU por ser más disimulado. Profesionales y organizaciones consideran que esta elección es fruto de la presión comunitaria y familiar, ya que el uso de anticonceptivos no siempre es aceptado. Los abortos son poco frecuentes. La ligadura de trompas es una medida extendida y aceptada una vez que se ha tenido el número de hijos e hijas que consideran adecuado.

Desde este Programa, en el caso de diagnosticar una enfermedad grave o compleja, se deriva al área de ginecología del Hospital de Campo Arañuelo.

## Dificultades y barreras detectadas

La falta de personal sanitario dedicado a la prevención está provocando un colapso en el servicio. Las largas listas de espera dificultan tremendamente el acceso. Se señala la falta de información adecuada que dé a conocer de manera efectiva los servicios preventivos. Esta realidad genera en el personal sanitario un clima de estrés y agotamiento y la sensación de “no llegar a todo el mundo”. Afectando en mayor medida a mujeres pertenecientes a colectivos en situación de exclusión.

En el caso de las mujeres objeto de estudio se ha detectado un gran desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de la existencia y el funcionamiento del recurso.

No solo por la falta de información y sensibilización dirigida y adaptada a ellas, sino por los determinantes sociales, culturales y religiosos que es necesario integrar a la hora de plantear intervenciones.

*“No he ido nunca al centro de planificación familiar o ginecología. No sabía que existía. No tendría ningún inconveniente en ir si lo necesitase, pero no me duele nada para ir. Nunca he necesitado ir a una revisión. Nunca he ido a una ginecóloga. ¿Qué tengo que hacer si quiero ir?”*

Mujer marroquí. 2ª generación | Talayuela

*“Si les dices: “Existe un sitio para ver la salud de la mujer, para que el día de mañana no tengas problemas. Es gratuito, es una revisión, no te hacen nada”. La gente va, pero la mayoría no lo conoce”*

Mujer española origen marroquí | Casatejada

Se destaca que el 90% de las mujeres entrevistadas pertenecientes a la 1ª generación no han asistido a revisiones ginecólogas ni en su país de origen ni aquí. Proviene de zonas donde los roles de género están muy marcados y existe una fuerte presión y control familiar y comunitario. Estos aspectos se han trasladado a sus nuevos lugares de residencia, condicionando su derecho a la salud sexual y reproductiva. Según el personal sanitario, esta ausencia de revisiones y seguimiento médico produce una mayor carga inicial para el Sistema de salud, ya que en un primer momento necesitan muchas más consultas y revisiones para actualizar su situación sanitaria.

*“Las mujeres marroquíes más mayores no hacen uso de esto porque la gente no lo conoce. Si tú le preguntas a una mujer marroquí si se está haciendo los controles te va a decir: “Controles de qué, si a mí no me pasa nada”. ¿Cómo sabes que no pasa nada si no has ido? Si les dices planificación, piensan que es una clínica privada para mujeres y que tiene que pagar. No les han explicado”.*

Mujer española origen marroquí | Casatejada

Como se ha expuesto previamente las barreras lingüísticas y de comunicación condicionan tremendamente el ejercicio de sus derechos, especialmente aquellos vinculados a la salud sexual y reproductiva, por el grado de intimidad y seguridad que se requiere. La necesidad de personas intermediarias para acudir al Programa de Planificación y Orientación Familiar o al Área de ginecología, supone un gran problema, debido a que las cuestiones de género y tabús están muy presentes.

*“Hay mujeres que se esfuerzan en hablar castellano, otras no hacen por integrarse. Y si no hablan bien no puede haber relación (médico- paciente). No tienen interés. Si no hay dinero para lo importante, para tonterías como traductores pues menos”.*

Personal sanitario | Navalmoral de la Mata

Las mujeres pertenecientes a la 1ª generación que no manejan bien el idioma suelen acudir con sus hijos/as o maridos. En cuanto a los menores, la interpretación es muy complicada, ya que son temas sensibles de los que no suelen tener conocimiento y les resulta embarazoso.

*“Este tema es delicado. Tengo que hacerles preguntas sobre el DIU a niños de 8 años, ¿Qué va a saber lo que le estoy diciendo?”*

Personal sanitario | Navalmoral de la Mata

Cuando el acompañante es el marido en ocasiones no solo existe el tabú o la vergüenza:

*“Una vez fui con una mujer al ginecólogo y éste era marroquí. Nadie sabíamos que era marroquí. Entró la mujer, el ginecólogo habló en español todo el rato. Entré yo para explicarle lo que le pasaba. Cuando terminaron le dio las gracias en marroquí y le dijo que se recuperase. La mujer se quedó en shock y lo primero que me dijo es que su marido la iba a matar, porque era marroquí. Yo le dije, bueno, es médico. Da igual pero es marroquí. El marido entró en cólera y dijo que su mujer no volvería ahí, y no volvió”*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

Sin embargo las asociaciones de migrantes consideran que estas situaciones se van superando con el paso de los años. Desde el personal sanitario apuntan que algunas mujeres se han negado a qué las vea un hombre, y *“esto es un problema porque todos los ginecólogos que tenemos son hombres”*.

*“Como solo hay hombres me da vergüenza. Nuestra religión es así. En Marruecos también hay hombres pero nadie va. Entre mujeres nos entendemos. Llevo 9 años aquí y nunca he ido. Básicamente es por una cuestión cultural y religiosa”*.

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

A nivel general siguen presentes las barreras culturales y religiosas en la segunda generación. Si bien esas barreras se han atenuado, no es algo generalizado ya que la familia y la comunidad ejerce una fuerte presión sobre la juventud que frena ciertos cambios.

Como se ha mencionado con anterioridad la falta de capacitación del personal sanitario en perspectiva de género y diversidad cultural supone un importante impedimento para el libre e igualitario ejercicio del derecho a la salud. Sin embargo, el desbordamiento existente en el sistema hace muy difícil incluir capacitaciones, por lo que la responsabilidad se traslada a los pacientes.

En lo que a salud sexual y reproductiva se refiere, en algunos casos estas cuestiones pueden estar asociadas a comentarios y tratos xenófobos y racistas, así como a posibles casos de violencia obstétrica.

*“Yo tuve problemas en maternidad. Llegue con dolores de parto y la doctora me dijo que estaba bien y me echaron fuera diciéndome que me faltaba una semana. No me creyó y parí en el pasillo porque me echaron de la consulta”*.

Mujer marroquí 1ª generación | Grupo de discusión

*“En el Hospital de Navalmoral cuando estaba embarazada de mi primer hijo no me trataron bien. Me dijeron: “A ver si paráis ya de tener hijos”. ¡Cómo si yo hubiese tenido más! Además, a la hora del parto me dolía mucho porque venía de pie y me decía: “No te quejes, deja de gritar”. Estuve una semana en cama porque me dejó abierta, no me cerró bien los puntos. Estaba enfadada porque decía que no dejábamos de tener niños. Yo que culpa tengo de lo que hagan las demás”*.

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

La heterogeneidad del colectivo de mujeres migrantes y cómo su cosmovisión del mundo influye en la concepción de la salud, la enfermedad y su abordaje, hace necesario que el personal sanitario conozca o este asesorado sobre estas cuestiones.

La accesibilidad se ve comprometida para aquellas mujeres residentes en Talayuela, Saucedilla, Casatejada y en pedanías o cortijos. La distancia geográfica actúa como barrera dado el escaso transporte público existente y la falta de medios propios para desplazarse. En estos casos el personal sanitario detecta un fuerte absentismo y el uso excesivo de Urgencias.

*“Las mujeres que tienen un problema y viven en estas zonas suelen esperar a que el marido las traiga cuando salen de trabajar del campo y se duchan, por lo que la cita se les pasa y hacen uso de urgencias a las doce de la noche”.*

Personal sanitario | Navalmoral de la Mata

### Programas/ puntos de prevención y atención a la violencia de género

En España, se estima que más de 1,8 millones de mujeres mayores de 16 años han sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja o expareja a lo largo de sus vidas, según Amnistía Internacional.

Muchas mujeres que dan el paso de denunciar atraviesan un complejo proceso (comisaria, hospital, comité de valoración, traslado de domicilio, proceso judicial, etc.) en ocasiones marcado por la violencia o indiferencia institucional. La falta de recursos y servicios para atender situaciones de violencia de género en Navalmoral de la Mata, y su temporalidad e intermitencia han sido señaladas por profesionales sanitarios y sociales como una barrera para el fomento de la salud de la mujer. Con una mayor repercusión en mujeres pertenecientes a colectivos más vulnerabilizados o con menos recursos, como pueden ser las mujeres temporeras migrantes.

Este es el caso del programa de prevención y atención a la Violencia de género de la Oficina de Igualdad de la Mancomunidad de Campo Arañuelo está compuesto por un equipo multidisciplinar de psicología, jurídica y servicios sociales. Del cual muchas veces tienen que hacer uso las organizaciones de Navalmoral de la Mata, municipio el cual no está mancomunidad. Debido a que en este municipio no funciona el punto de violencia de género. Señalan que es inestable, que contratan seis meses y no vuelven a sacar el puesto. Considerado como muy necesario, a fecha de publicación del Informe lleva prácticamente un año parado.

El proyecto “PILAR” se implementa mediante un acuerdo autonómico entre el Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura y el Instituto de la Mujer de Extremadura, ofrece atención psicológica de emergencia a mujeres víctimas de violencia de género. Es valorado positivamente y considerado indispensable por el personal sanitario y social entrevistado, siendo el único recurso estable de la zona.

El Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género (Sistema VioGen) está ubicado en el cuartel de la Guardia Civil de Navalmoral. Este programa dependiente del Ministerio del Interior e implementado en la comarca este año 2022, tiene como objetivo realizar una protección a las víctimas de violencia de género y a sus hijos e hijas, garantizando su seguridad.

Cabe destacar que únicamente realiza supervisión de los casos de las mujeres que el juzgado ha catalogado como víctimas de violencia de género. Es el único programa de toda la comarca que cuenta con un servicio de traducción. Desde VioGen también se realiza, cuando existe un riesgo alto para la seguridad de la víctima, un servicio de acompañamiento a trámites de servicios médicos o similares.

El programa no cuenta con un punto de atención psicológica y lamentan igualmente el funcionamiento intermitente del punto dependiente del Ayuntamiento. Desde este recurso se percibe que las personas migrantes o de origen extranjero llegan en igual proporción a su servicio que aquellas no migrantes. Esta apreciación es compartida por otros profesionales y técnicos de administraciones y organizaciones, sin embargo en el proceso de investigación se han detectado diferentes percepciones.

Algunas de las entrevistadas han referido conocer muchos casos a su alrededor de violencia de género en familias marroquí, pero no llegando a ser visibilizados y denunciados por miedo a perder a sus hijos e hijas. Desde las organizaciones y asociaciones de migrantes de la zona se afirma que entre la población migrante hay altas tasas de violencia de género.

Alguna de estas asociaciones, con un importante trabajo de base y fuerte arraigo comunitario en Talayuela, ha identificado desde hace años la necesidad de generar recursos con perspectiva intercultural hacia las mujeres marroquí para abordar esta problemática de manera específica.

Teniendo diseñado el proyecto de una Casa para mujeres sobrevivientes a violencia de género. Donde no solo se ofrezca una primera acogida, si no capacitación e inserción laboral que rompa la dependencia con el marido que las mantiene en esa situación. Se habla, como en el resto de ámbitos, de la anterior existencia de diversos recursos, actualmente desmantelados.

Al investigar sobre la valoración que las mujeres vinculadas al trabajo agrícola tienen de los recursos para víctimas de violencia de género en Extremadura, nos hemos encontrado con un ejemplo de este mencionado desconocimiento.

Respecto a la denuncia de situaciones de violencia de género y utilización de estos recursos por parte de las mujeres migrantes, especialmente de origen marroquí, hay diversidad de opiniones. Quien considera que está infrautilizado lo achaca a un mayor machismo y falta de cultura de denuncia: *“Si ya nos cuesta denunciar a nivel nacional, a las mujeres árabes más”*. Sin embargo, la mayoría de las mujeres de origen marroquí entrevistadas desconocían este servicio. Sobre todo las mujeres de primera generación, las cuales no solo desconocían que existiese, sino cuál es el objetivo y el funcionamiento del servicio.

*“No lo conozco. Como no tengo problemas con mi marido no me interesa esto. Lo considero necesario para las mujeres que sufren violencia”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Al ser preguntadas por su pertinencia, todas han contestado afirmativamente después de entender en qué consiste; remarcando que ellas no lo necesitan y con cierto tabú al contestar a este bloque de preguntas. Se destaca que muchas mujeres de origen marroquí pertenecen a entornos muy cerrados y la forma para llegar a ellas debe ser diferente que para el resto de la población, ya que muchas no se acercan por miedo.

*“Es muy necesario esto, porque hay muchas mujeres que lo sufren todavía en silencio, y no puede ser. Hay muchas mujeres que no van por miedo. Yo soy de familia abierta, pero hay muchas mujeres que están en familias muy cerradas. Es necesario sensibilizar porque no saben”.*

Mujer saharai 1ª generación | Navalmoral de la Mata

*“No lo conozco, pero creo que es necesario. En nuestra comunidad hay mucha violencia hacia las mujeres. Tenemos que tener mucha paciencia y tenemos muy pocos derechos. Nuestras mujeres no denuncian por miedo a perder a los hijos”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla



# DERECHOS VINCULANTES AL DERECHO A LA SALUD

# 5.1

## Trabajo saludable

Tal y cómo se ha comentado a lo largo del informe, el sector agrícola en Campo Arañuelo consta en su mayoría de empresas familiares de tradición agrícola. Siendo los principales cultivos el tabaco, el pimiento, el espárrago y otros cultivos hortícolas. El cultivo del tabaco es el que tradicionalmente demandaba mucha mano de obra, lo cual atrajo desde los años 90 a un gran número de población rural marroquí. Debido a la mecanización del sector actualmente se requiere menos mano de obra, al contrario que en el pimiento, uno de los cultivos menos mecanizados por lo que la demanda de mano de obra es mayor, sobre todo mujeres, como veremos más adelante. Ambos cultivos junto al espárrago son considerados como los más duros si se habla de condiciones laborales. Este se recoge por la noche con frontales para evitar que les dé el sol, lo que según varias personas supone más riesgo ya que hablan de varios casos de esguinces de tobillos provocados por trabajar de noche. Y por último, cultivos de frutales como arándanos, principalmente presentes en la Vera, que por su proximidad y similitud se trabaja indistintamente en las campañas.

Las ofertas de trabajo en las explotaciones agrícolas se realizan, en su mayoría, del boca a boca a través del empresario o a través de una figura intermediaria a la que el empresario ha delegado la responsabilidad: pueden ser los capataces, generalmente marroquíes y españoles, estableciéndose relaciones de confianza a lo largo de los años y desarrollando de manera interna el proceso de contratación eximiéndose de responsabilidades al empresario. La mayoría de la población entrevistada manifiesta que el boca a boca genera una dificultad de trabajar si no tienes contactos o familiares y si no eres de la zona de procedencia del capataz; Empresas de Trabajo Temporal (ETT), que según algunas asociaciones, han surgido recientemente al jubilarse parte de los trabajadores que formaban las cuadrillas, entre ellos los capataces. Lo que ha provocado una falta de mano de obra porque, como se verá más adelante, la población joven no está dispuesta a trabajar el campo; o en algunas ocasiones el empresario lanza una solicitud al Ayuntamiento, al SEXPE o a ONG y asociaciones.

*“Yo he hecho acompañamientos llevando a gente para trabajar en el campo y lo primero que me preguntaban es: “¿de dónde es?” Si no son de Uchda no consiguen trabajo. Es el problema del capataz marroquí. Son ellos quienes llevan las cuentas, los empresarios se desentienden y están contentísimos con los marroquíes porque se matan trabajando”.*

Asociación migrantes | Talayuela

Principalmente los contratos son temporales durante los meses que dure cada campaña. Esto hace que la población vaya saltando de campaña en campaña, en la misma comarca o en diferentes regiones de España, según las necesidades de mano de obra. Así, en la zona nos encontramos personas temporeras en tránsito provenientes de las campañas de Huelva, Murcia o Almería para trabajar el tabaco, el pimiento, el espárrago o para asentarse en la zona.

La figura de fijo discontinuo, previa a la actual reforma laboral, no se ha aplicado ni reivindicado en muchas empresas de la comarca, según han constatado trabajadores y sindicatos. Este incumplimiento está comenzando a afectar a la primera generación de migrantes marroquíes mayores de 50 años, quienes ven como no son llamados en las nuevas campañas.

No existe posibilidad de reclamación, ya que los contratos que han venido firmando desde hace décadas son contratos temporales por fin de campaña, donde únicamente se recoge la antigüedad de la pasada campaña. La legislación contempla que a los tres años de trabajar con el mismo empresario, es este quien debe firmar con el trabajador un contrato como fijo discontinuo. En caso contrario es el trabajador quien puede y debe reclamar y denunciar, siendo un proceso que suele ser sencillo y beneficioso para el trabajador, en caso de estar bien argumentado y documentado.

Cómo ocurre en Andalucía y en toda Extremadura en el sector agrícola existe el subsidio agrario, diferente al desempleo agrario de toda España. Al cual tienes derecho si eres trabajador eventual agrario por cuenta ajena, tener un empadronamiento y residencia desde hace al menos 10 años en ambas comunidades y haber cotizado un mínimo de jornadas. Así como, en líneas generales, el año anterior de la solicitud haber estado inscrito en el Sistema Especial para Trabajadores por cuenta ajena agrarios de la Seguridad Social (censo del SEASS) y haber pagado el cupón agrario de manera ininterrumpida. La cobertura del subsidio agrario varía en función de la edad así como de la cuantía de la renta según la unidad familiar. En este ámbito se han mencionado diversas irregularidades que afectan sobre todo a los trabajadores, como por ejemplo la dificultad de demostrar el mínimo de jornadas. En algunas empresas del sector, especialmente en el sector agroalimentario, se dan casos de incumplimiento de contratos. Personas que han firmado contratos de media jornada y trabajan muchas más horas. O personas que están dadas de alta de lunes a viernes, trabajan también los sábados pero sin dar de alta. Esto supone que el día no declarado se trabaja por menos dinero y sin cotizar.

*“A ver, los sábados no nos cuenta. No está declarado. Me pagan a 1,50 euros el saco de pimientos, la mitad que entre semana. No sé por qué. Supongo que no le sale rentable”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

Está generalizado el pago por hectáreas o a destajo, cuando antes parece ser que era más habitual trabajar por jornales. Trabajadores y empresarios llegan a acuerdos internos (esta información ha sido corroborada por empresarios, trabajadores, sindicatos y ONG) y se acuerdan precios por hectáreas. La mayoría de las mujeres y hombres temporeros entrevistados no están contentos con sus condiciones de trabajo ni con sus jefes. Las jornadas laborales son muy largas y el sueldo muy reducido.

*“En el arándano trabajo 6 horas por 25 euros el día, en el pimiento 12 horas por 50 euros. Tengo que cumplir unos días y si no trabajo no puedo pagar el seguro. Cada mes pago 130 euros. Todo el mundo paga esto durante 5 años para que le den el paro”.*

Mujer marroquí de 1ª generación | Talayuela

*“Lo más duro es el pimiento porque trabajas desde las 6h de la mañana hasta las 6h o 6.30h de la tarde por 30 o 40 euros. Yo fui un mes y no voy más. Luego vuelves a casa y tienes que hacer todo el trabajo de casa, y si estás enferma no puedes. Mi brazo no puede”.*

Mujer marroquí de 1ª generación | Navalmoral de la Mata

Según el Convenio del Campo de Extremadura los trabajadores eventuales por 6 horas y media de trabajo deben cobrar 52,62 euros (precio por hora de 7,91 euros más el plus de 1,15 euros del convenio). Mediante las entrevistas y el trabajo de campo realizado durante varios meses, se manifiesta el incumplimiento del Convenio del Campo de Extremadura por parte de algunas empresas de la zona. Las personas migrantes temporeras están trabajando por 4 euros la hora, o menos en muchos casos; realizan jornadas de hasta 12 horas sin apenas descanso o con un descanso de 15 minutos que se les descuenta del sueldo. También se detecta que algunos empresarios descuentan del sueldo los costes de las altas y las bajas a la seguridad social.

*“Cada día me quitan tres euros de la nómina y así él (el jefe) no paga el seguro. Lo pagamos nosotros. Todos lo hacen así”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

*“Estaba el día entero por 40 euros, desde las 7 u 8 de la mañana hasta las 19h, sin parar a comer ni nada”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

Personas temporeras entrevistadas y algunas asociaciones, afirman que algunos empresarios tramitan contratos a cambio de que las personas migrantes en situación irregular paguen una cantidad de dinero. Siendo cuantías superiores incluso a varios meses de salario, por firmar precontratos o altas en la Seguridad Social que permitan la regularización administrativa de los trabajadores migrantes. El precio por contrato varía según el empresario, normalmente entre 3.000 y 4.000 euros. Durante los meses de investigación también se han identificado múltiples casos de empresarios que facilitan y cumplen la ley, sin necesidad de hacer pagos extras. Por último, también se han podido identificar tras extensas conversaciones, situaciones de favores prestados, por parte de empresarios no piden dinero al migrante, pero que se traduce en sueldos bajos o no respeto de las condiciones mínimas de trabajo.

*“Se de una persona que pagó 6.000 euros para que el empresario le hiciese el contrato. Además paga 500 euros al mes por el seguro. Esto es ilegal”.*

Mujer española origen marroquí | Navalmoral de la Mata

La mayoría de las contrataciones se realizan en la zona, no se ha localizado o se tiene conocimiento de que existan contrataciones en los países de origen. Las personas entrevistadas contratadas en origen, provienen de la campaña de la fresa de Huelva y han llegado a la comarca en situación irregular con la intención de instalarse. La mayoría de las organizaciones y trabajadores/as afirman que es muy difícil trabajar en el campo sin tener los papeles en regla. Sin embargo, aunque en menor medida que hace años siguen existiendo muchas personas temporeras sin contratos de trabajo dando lugar a situaciones de gran vulnerabilización social. Por ejemplo, la mayoría de las personas que han trabajado o trabajan sin contrato manifiestan que los empresarios se aprovechan de esta situación para la realización de los pagos. Es habitual que estos los realicen con retraso, también en trabajadores con contrato, retrasándose semanas e incluso meses, lo que las provoca mucha inestabilidad. Esta situación empeora cuando se trata de personas en situación irregular o sin contratos de trabajo, ya que se llegan a no hacer efectivos esos pagos.

*“La mayoría tarda en pagarte, nunca pagan el día que deben. Cuando vas a por tu dinero te dicen que no tienen dinero para darte y te dicen que te pases en una semana. Al cabo de una semana vuelves y te dicen: ¡Ah!, ¿Qué quieres tu dinero? Pues no lo tenemos. Esto me ha pasado a mí y me dijeron que se lo habían dado a mi hermano. ¡Mentira! Me quedé sin mi dinero, eran 600 euros. Trabajé muchísimo. Pero no estaba dada de alta, ¿Entiendes? Se aprovechan de la situación, esto le pasa a la gente que está sin contrato, hay muchísima”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

*“Mi hermano se fue del trabajo con todos sus compañeros. Eran 27 y 21 se fueron a la vez. Se enfadaron con el dueño. Porque no les pagaban. Les pago un mes después, entonces amenazaron con hacer una denuncia conjunta, en grupo. El jefe dice, os pago la semana que viene. Luego, a final de mes. Y les crea incertidumbre y ellos tienen que pagar cosas. No les pagó hasta que no se unieron”.*

Mujer migrante saharauí | Navalmoral de la Mata

Tanto las personas que no tienen contrato, como aquellas que tienen, han manifestado los impedimentos por parte de empresarios y capataces, para ir al centro hospitalario, cuando se da un accidente o lesión durante la jornada de trabajo. Siendo amenazados con no volver a ser contratados si cogían una baja temporal. Por lo que no han sido pocas las personas jóvenes y de mediana edad que manifiestan tener lesiones crónicas a raíz de un accidente, sobre esfuerzo o lesión mal curada; incluso habiendo realizado solo una campaña.

*“Hay miedo a ir al médico. Si te coges una baja, esa temporada no vas a trabajar porque te van a sustituir. Y la siguiente temporada lo más normal es que tampoco trabajes”.*

Miembros de asociación de migrantes y temporero. Talayuela

En este sentido, desde el hospital de Campo Arañuelo y de manera no oficial se nos ha informado de como muchos trabajadores acuden con lesiones laborales alegando habérselas realizado en su domicilio, al no disponer de una alta en la Seguridad Social por parte del contratante. Sin embargo, el hospital siempre ha rechazado denunciar de manera oficial, animando a sus trabajadores a hacerlo a título individual. También, es común reconocer por parte de trabajadores y sindicatos la reticencia que las Mutuas Laborales tienen a la hora de reconocer los accidentes laborales, o de respetar los tiempos de recuperación, dando rápidamente el alta e incorporando al trabajo. Iniciándose un proceso de derivaciones entre la Mutua laboral y la Seguridad Social que ralentiza tremendamente el proceso de reconocimiento y genera incertidumbre, daños a la salud física y mental y una tremenda vulneración de derechos.

A su vez, la reclamación de una incapacidad para determinadas lesiones fruto del desgaste a lo largo de los años (hernias) es muy difícil, siendo un proceso largo y costoso para el trabajador. Es difícil demostrar que la afección es consecuencia de un uso prolongado de fitosanitarios sin protección o de sobrecargas, acumuladas de una campaña a otra.

A lo largo del presente estudio se han detectado muchas enfermedades asociadas al trabajo en el campo, especialmente entre aquellas personas de mayor edad que llevan trabajando desde los años 90 en la Comarca. Existe un mayor porcentaje de personas migrantes afectadas, al ser quienes más expuestas están, sin que se haya constatado una diferencia entre hombres y mujeres.

Todas las personas trabajadoras del campo entrevistadas han manifestado sufrir alguna dolencia o tener algún familiar enfermo debido al trabajo, destacando: hernias, lumbagos, úlceras, artritis, alergias, cáncer, depresión, ansiedad y estrés.

Desde el Servicio público de salud no hay ningún registro, ni se ha realizado estudio alguno sobre el vínculo del trabajo en el campo con determinadas dolencias. Habiendo indicios de multitud de enfermedades laborales que no se diagnostican ni se registran.

Desde las ONG de la zona se habla de gente dada de baja y/o con incapacidades parciales por estos problemas, debiendo dejar de trabajar y obteniendo un grado de discapacidad. Resulta muy complicado el reconocimiento de determinadas lesiones como bajas laborales; debido a la temporalidad de los contratos (se evita hacer contratos fijos discontinuos) y a la propia estacionalidad y rotación del sector agrario. Por lo que al sufrir un episodio agudo de dolor y ser diagnosticado con lesiones de espalda, rodilla o muñeca, el empresario no se quiere hacer responsable.

Se quiere remarcar la respuesta de un trabajador del hospital al ser preguntado sobre posibles problemas de salud vinculados al trabajo en el campo. Éste lo negó taxativamente. El equipo investigador insistió en la pregunta citando dolencias concretas: hernias o lesiones en las articulaciones. Entonces, el profesional médico sentenció: *“Eso es causado por el sedentarismo”*.

*“Mucha gente aquí, se queja de dolor en el lumbago y acaban con hernias discales. Cuando vienen aquí a rezar se tiene que sentar en sillas o apoyarse en la pared. Si vienes aquí un día a la hora del rezo verás a todo el mundo apoyado en la pared, no se pueden sentar normalmente”.*

Asociación de migrantes | Talayuela

Las principales afecciones vinculadas al trabajo como jornalero agrícola que se han encontrado en la zona son:

- **Problemas musculares** en las manos y lesiones de túnel carpiano, fruto de las horas excesivas de trabajo.

*“Cuando trabajo en el campo me dan estos ataques musculares. Porque trabajo mucho desde las 7 de la mañana hasta las 19h de la tarde. Llevo 5 años trabajando. He trabajado con dos empresarios, depende de la campaña, yo trabajo arándanos y pimientos.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

- **Hernias de espalda**, por la manipulación de la fruta y trabajo con grandes pesos. El convenio del sector agrícola establece que no se pueden cargar más de 25 kilos.

*“Yo al tabaco no quiero ir, mi madre dice que es muy muy duro. Que yo no puedo aguantar ahí. Además tengo una úlcera en el estómago que me ha salido por coger peso. De los plásticos de los espárragos. Una hernia. Por qué los espárragos los tapan con plástico y ese plástico es muy pesado. El médico me ha dicho que ha sido por coger tanto peso y estar tantas horas agachada”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

*“Mi padre sufrió mucho en el trabajo, tiene muchos problemas de espalda (hernia). En el trabajo que tenía cogía cosas que pesaban demasiado y tuvieron que operarle de la espalda. Actualmente trabaja en el tabaco porque no tiene otra opción”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

Se mencionan multitud de lesiones de lumbago y rodilla, decenas de temporeros en activo o con bajas pendientes de operaciones de espalda o de rehabilitación. Cabe destacar que los tiempos de espera para la rehabilitación se elevan a más de un año, tratándose los fuertes dolores con calmantes.

- **Desmayos** en los secaderos y las fuertes temperaturas. Desde los Sindicatos se habla de la necesidad de concienciar sobre la importancia de hidratarse y/o prevenir golpes de calor, especialmente durante el mes de Ramadán.

*“Yo me he desmayado dos veces trabajando en el campo. Vengo de Huelva y los jefes te presionan mucho allí. (...) Aquí cobras a destajo, no es como en Huelva. Lo que trabajas, cobras. (...) Tengo muchos problemas cervicales, en Huelva nos fumigan mientras trabajamos.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Navalmoral de la Mata

- **Alergias:** Son numerosas las organizaciones y trabajadores agrícolas que refieren alergias específicas a determinados productos químicos asociados al campo, e incluso al propio alquitrán de las hojas del tabaco. Personas entrevistadas manifiestan haber desarrollado diferentes tipos de alergias a raíz de migrar y trabajar en Campo Arañuelo. Se señala que es común la aparición de granos rojos en manos y antebrazos al contacto con las plantas de tabaco, con mayor incidencia en las mujeres. Esto sucede principalmente cuando la planta está mojada en las primeras horas de día o cuando llueve.

Esto impide que puedan desarrollar determinados trabajos donde se emplean o están presentes estas sustancias. Por ello buscan trabajar en las campañas de fruta, pimiento o espárragos en la zona de Campo Arañuelo; o viajan a las temporadas a otras regiones.

*“Yo tengo problemas de espalda. Todo el mundo tiene problemas de espalda y de riñones por el frío. Mi padre tuvo problemas de pulmones cuando trabajaba en el tabaco. Dejó de trabajar en el tabaco porque se asfixiaba. Estuvo ingresado. Es un olor muy fuerte y tiene unas sustancias tóxicas. La protección no existe. Yo me ponía el pañuelo en la boca para trabajar. El día que viene la inspección de trabajo te dan de todo (guantes, traje...) y cuando se va el inspector te lo vuelven a quitar y se lo llevan. Yo deje el campo porque tuve muchos problemas de salud y además hay muy poco trabajo ya. Se ha mecanizado todo”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

- **Fitosanitarios:** Se tiene constancia de como hace años se aplicaban estos productos sin ningún tipo de protección, tirando los bidones en la rivera de los ríos. Esto provocaba que en invierno con la subida de los cauces fuesen esparcidos los residuos, contaminando tierras y acuíferos. De estas imprudencias y ausencia de materiales de protección eran responsables tanto trabajadores como empresarios. Actualmente no hay constancia de que no se use protección. Además de haberse mecanizado en gran medida, se está empezando incluso a aplicar con drones. Una muestra de este cambio es la alta demanda de cursos de aplicación de productos fitosanitarios tanto de nivel básico como cualificado en las sedes sindicales, ya que los empresarios condicionan la contratación a tener la titulación.

Estos cursos requieren de un conocimiento medio del castellano ya que tiene una parte teórica con cierta complicación y ciertos trabajadores no pueden realizarlos.

Sin embargo, a raíz de las imprudencias de antaño, organizaciones, trabajadores y el equipo investigador ha documentado un buen número de incapacidades parciales concedidas por estos motivos.

- **Enfermedades crónicas y cáncer:** Las personas que tienen o han tenido alguna relación con el cultivo del tabaco, en su mayoría, padecen o tienen familiares con enfermedades pulmonares, alergias o cánceres.

*“Soy hija de temporeros, trabajadores del tabaco, del pimiento y del espárrago. Mi padre está enfermo, tiene pulmonía y ahora está en casa. Es que haga frío o llueva el jefe te obliga a trabajar, te dice: Ponte ropa y a trabajar. Todo el mundo del campo está enfermo aquí. Cuando hace muchísimo frío no te puedes ni mover. Mi madre también está enferma, tiene artritis, le duelen los huesos con el frío. Ella sigue trabajando. Si no trabaja no hay paro. Trabajamos por jornadas. Si no tienes suficientes jornadas no llegas al paro.”*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

*“Mi madre lleva 5 años jubilada. Dejó de trabajar dos años antes porque tuvo un problema trabajando en el campo en saucedilla, en los pimientos. Cuando descansaba se sentaban encima de los pimientos. Y le dio una infección de orina, no se le quitaba y comenzó a sangrar. Fue al médico y le dijeron que tenía un tumor en la vejiga y dejó de trabajar. Es el frío, comienzan a las cinco de la mañana, se mojan y dice que es por eso. Es el frío que absorbe el cuerpo”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

Varias han sido las personas que han referido casos en primera persona o de familiares directos, en los cuales el diagnóstico del cáncer ha tardado meses en producirse. Esto se ha debido a una supuesta desatención por parte de los Servicios de salud de la zona, que no hacían las pruebas diagnósticas pertinentes y trataban los síntomas con fármacos. Muchas veces el diagnóstico llegó de clínicas privadas o de hospitales marroquíes.

La legislación establece que la empresa debe proporcionar el material de seguridad y protección. En las entrevistas realizadas, la totalidad de los trabajadores manifiesta que la compra del material de protección (guantes, botas, trajes...) recae sobre ellos mismos. Algunas personas hablan de excepciones, como en las empresas de espárragos donde dan el traje, pero la compra de guantes y botas la realizan ellas. La mayoría lo compra en los bazares, donde es más barato. Se afirma que las empresas obligan a firmar un documento en el que se reconoce que la empresa hace entrega del material de protección.

*“Para que veas que todo es mentira. Cuando firmamos el contrato te pone como que te dan el traje, botas y guantes de protección, yo les digo que eso no es así y me dicen: Tienes que firmar. Les digo: “Si tú no me das guantes ni nada porque tengo que firmar este papel”. Me dicen: “Si no quieres vete a casa”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

*“El material de protección como guantes y botas te lo compras tú. El empresario no te da nada. Firmas un papel de que te han dado el material de protección pero ellos no te dan nada, te lo tienes que comprar tú.*

*“Cuando hay lluvia te tienes que comprar traje porque te obligan a trabajar tanto en el tabaco, como en el pimiento, en el esparrago, etc. Ahora la gente no quiere trabajar. Descansábamos 30 minutos en el bocadillo y nos lo quitan del sueldo. Ahora no te dan ni para el bocadillo.”*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

En cuanto a las inspecciones de trabajo existe disparidad de opiniones, por un lado los representantes públicos y técnicos municipales hablan de frecuentes inspecciones de trabajo. Los sindicatos consideran que se hacen puntualmente y que la voz corre rápido por el sector, actuando de manera disuasoria. Todo el mundo coincide en que hace aproximadamente 4 años, antes de la pandemia de Covid, hubo una fuerte campaña de inspecciones, provocando que se produzcan menos irregularidades que en otros sectores. Sin embargo, una mayoría de trabajadores y organizaciones expresan que apenas hay inspecciones de trabajo y que de haberlas el empresario sabe en qué momento van a ir. Dando instrucciones a sus trabajadores sobre que decir al respecto de las horas trabajadas, el tipo de contrato, etc.

*“Cuando viene el control el jefe nos dice que no digamos que estamos trabajando 12 horas al día para no tener problemas. Yo me callo porque necesito trabajar. Cuando digo a mi jefe que me pague bien me dice que hay mucha gente esperando y que si me voy yo vendrá otra. Hay muchos gastos y ante la necesidad no puedo decir nada”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Se ha detectado una gran indefensión de los/as trabajadores/as agrícolas, existiendo incluso un consenso a la hora de afirmar que las condiciones de trabajo han empeorado respecto a décadas pasadas.

*“Hace 10 años había mucho trabajo, pero ahora no hay. Antes te pagaban bien, ahora pagan mucho menos”*

Hombre marroquí 1ª generación | Casatejada

A menudo las personas van a trabajar sin conocer bien las condiciones, el sueldo o el tipo de contratación. Se tiene miedo a la hora de reclamar y ejercer sus derechos, como es: el contrato fijo discontinuo, la necesidad de una baja, descansos durante el trabajo, material de protección y seguridad o cualquier otra cuestión; por miedo a no volver a ser contratado.

La afiliación a sindicatos es prácticamente nula y la participación en movilizaciones, jornadas de protesta o asambleas de trabajadores también, en general la comunidad marroquí de primera generación que llegó hace años se organiza de manera interna.

Desde UGT, CCOO y el Sindicato 25 de marzo manifiestan contar con una escasa presencia de trabajadores agrícolas frente a otros sectores. Sin embargo, desde UGT se destaca como cada vez más hombres jóvenes de origen marroquí se sindicalizan.

Desde los sindicatos se han realizado diferentes acciones en la zona en la defensa de los derechos laborales y prevención de la salud. Estos informan a los empresarios y se constituyen comités de representación, sin embargo destacan que no siempre hay colaboración de empresarios ni de trabajadores. Estas acciones suelen tener mayor impacto en las empresas más grandes, donde hay comités sindicales constituidos, en las empresas pequeñas donde solo hay un delegado o ninguno es muy complicado. Por ello, la capacidad de presión en las empresas grandes es más eficaz.

*“A otros trabajos se les da mucha más importancia o se investiga más pero aquí nadie investiga ni va a ver las condiciones de trabajo”*

Hombre español de origen marroquí afiliado al Sindicato 25 de marzo | Navalmoral de la Mata

Al ser pequeñas empresas familiares y pequeñas las contrataciones se repiten a lo largo de los años, y a los sindicatos les cuesta mucho acceder o tener presencia. También existe una falta de organización interna entre los propios trabajadores, aunque sea el margen de organizaciones y sindicatos. Las situaciones de vulneración son muy difíciles de denunciar ya que rara es la ocasión en la que compañeros de trabajo quieren testificar a favor del denunciante, por lo que no se llega a la vía judicial y en caso de llegarse normalmente se pierde tras el primer recurso. Han sido varias las situaciones en las que nos han hablado de repentinos cambios de versión por parte de los trabajadores en favor del empresario.

La organización y las quejas colectivas son muy complicadas entre los trabajadores marroquíes. Ya que según han manifestado algunos trabajadores, cuando animan a sus compatriotas a quejarse, éstos piensan que quieren quitarles el trabajo. Destacan que hay una tendencia entre los empresarios de evitar juntar cuadrillas de marroquíes y españoles. Para impedir que los españoles animen a reivindicar derechos. No obstante, según se ha podido apreciar y recoger en las entrevistas, la inmensa mayoría de los trabajadores del campo son marroquíes, *“algún español puedes ver de encargado o con el tractor”*.

Estas situaciones se producen por un conjunto de razones:

- La necesidad de tener ingresos, debido a la precariedad del empleo y a las elevadas cargas familiares de las personas migrantes.
- El desconocimiento de sus derechos como trabajadores, en gran medida debido a sus lugares de origen: zonas rurales y aisladas.
- Escaso o básico conocimiento y manejo del castellano.
- Falta de cultura sindical o reivindicativa.
- Alta competitividad y procesos de contratación opacos.
- Miedo a ser señalado y no volver a ser contratado en el sector.

Es común que las mujeres más jóvenes o con conocimiento del idioma se quejen de malas contestaciones y maltrato psicológico por parte de jefes y/o encargados de algunas empresas agroalimentarias. Se refiere discriminación hacia las mujeres que llevan hiyab (pañuelo), las cuales son peor tratadas que las mujeres marroquíes que no lo llevan. Muchas de ellas este año se han negado a trabajar en alguna empresa por el trato recibido (a pesar de la necesidad de ingresos), lo que ha provocado un cambio de actitud por parte de la empresa ante la necesidad de mano de obra. A parte del trato recibido, las largas jornadas de trabajo, la presión para que sean rápidas y los bajos sueldos; existe una dinámica por parte de algunos empresarios de engañarlas con el dinero que les corresponde o en el peor de los casos, a aquellas que trabajan sin contrato, no pagarles nada.

Las mujeres más jóvenes, con conocimiento del idioma y con estudios son las que más enfrentamientos tienen en el trabajo.

*“En los pimientos trabajo de ocho de la mañana a seis de la tarde. Estoy fatal con el jefe, todo el tiempo son peleas porque te roba los sacos. Si tienes veinte sacos te quitan dos o tres sacos. Muchos jefes te quitan sacos para no pagarte todo. A una mujer esta mañana el jefe le ha quitado tres sacos y así no se los paga”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

*“Tengo dos surcos enteros cada día. Cada saco de 20 kg son tres euros. Tardo una hora en llenar cada saco porque los pimientos son muy pequeños y en cada planta hay muy pocos pimientos. Está todo seco. El jefe nos presiona todo el tiempo y nos grita para que llenemos más sacos. Pero, ¿si no hay pimientos, qué hago?”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

Como se ha referido, la mayoría de las mujeres, procedentes de la zona de Uchda, no han ido nunca al colegio, por lo que no tienen conocimiento de sus derechos sociales ni laborales. A la hora de los cobros y afrontar los tratos humillantes se encuentran en una situación mayor vulnerabilidad que favorece la explotación, la precarización, los engaños y la impunidad de capataces y empresarios. Las mujeres más jóvenes o procedentes de otras zonas de Marruecos, tienen mayor nivel cultural y sindical. Éstas, comentan que normalmente las trabajadoras no hablan entre sí, no pudiendo intercambiar opiniones sobre su situación. Muchas de estas mujeres jóvenes, hijas de temporeros, han trabajado en el campo y no querer volver.

*“Las condiciones son horribles, trabajas muchísimo por nada. Hay jefes que les obligan a trabajar (a sus padres) en condiciones climáticas duras, porque antiguamente ellos con sus padres han trabajado así y están acostumbrados. Pero hace años no sabíamos que eran los derechos laborales, ahora sí”.*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral

Las mujeres son priorizadas en las campañas del pimiento o el arándano, por tener las manos más pequeñas para recoger los frutos. Los pimientos tienen que ir limpios, sin hojas ni ramas; el arándano es delicado. Son trabajos más finos y las mujeres son, según los empresarios, más delicadas y pacientes; los hombres son más brutos. En otros trabajos, más duros físicamente, se prioriza a los hombres. En las empresas intermediarias las mujeres están en las líneas de selección y poniendo pegatinas. Los hombres realizan los trabajos de más fuerza: colocando las cajas en los pallets, maquinaria y en coordinación. No existe discriminación por género a nivel de salario, pero sí en cuanto a los procesos de promoción y ascenso. En las entrevistas se ha señalado que los criterios de selección de personal en algunas empresas son discriminatorios, concretamente con las mujeres que llevan pañuelo o vestimenta árabe.

La totalidad de las mujeres entrevistadas manifiestan que el campo para la mujer es más duro que para el hombre. Porque ellas cuando llegan a casa comienzan otro trabajo, en el cual los hombres no se implican: cocinar, comprar, limpiar, ayudar a los niños a hacer los deberes, lavar, etc. Estos roles de género hacen que sean más los hombres quienes viajan de campaña en campaña.

A pesar de ciertas afirmaciones de representantes de la administración, posiblemente basadas en prejuicios, en el presente estudio no se ha detectado ningún tipo de barrera cultural, religiosa o familiar que impida o dificulte el acceso de las mujeres al mercado de trabajo. Sí que se ha constatado de manera directa y a través de testimonios que son mayoritarias las mujeres quienes terminan sus estudios frente a los varones.

*“Estuve 9 años trabajando en el campo, pero es muy duro y lo deje por problemas de salud”.*

Mujer española de origen marroquí | Saucedilla

A diferencia de la primera generación, la cual, no se plantean otros sectores laborales, ya que no manejan bien el idioma y provienen de zonas rurales de Marruecos donde ya trabajaban el campo, especialmente los hombre. Para la juventud española de origen marroquí o migrada a temprana edad, que han estudiado o no, es extremadamente difícil encontrar trabajo en Campo Arañuelo fuera del sector primario. Por ello son muchas las personas con estudios (Higienista bucodental, comercio y marketing, electricidad, auxiliar de enfermería, electromecánica) que se han mudado a grandes ciudades españolas como Salamanca, Madrid o Barcelona, o a países europeos como Francia, Alemania, Bélgica e Inglaterra. Esta realidad ha sido ampliamente mencionada por ONG, sindicatos y asociaciones que trabajan en el ámbito de la inserción laboral, así como por la propia población. Tal y como sucedía hace años con la migración extremeña a los polos industriales españoles, recuerdan los habitantes de más edad. Parece ser que una vez más esta región expulsa a su juventud.

*“Nunca he trabajado de auxiliar de enfermería, hice las prácticas y ya está. Echo Curriculum y nunca me han llamado. Aquí solo funciona el enchufe y yo no tengo a nadie. No importa si tienes diploma o no”.*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral

Desde los sindicatos y organizaciones con asesoramiento sociolaboral manifiestan la dificultad de la inserción real y a medio plazo fuera del sector agrícola. Llegando incluso a producirse silencio y vacío por parte de los empresarios de sectores como la limpieza o cuidados, cuando detectan que se presentan mayoritariamente solicitudes de población con apariencia marroquí. En algunos casos sí que existe coordinación entre determinadas empresas agrícolas, propietarios de fincas y ONG, a quienes acuden cuando necesitan mano de obra. Es reseñable que algunas entidades no realizan un seguimiento y/o asesoramiento en derechos laborales a medio plazo de estas personas. Lo cual consideramos necesario dadas las múltiples y generalizadas situaciones de explotación y vulneración de derechos, así como de desconocimiento de los mismos por parte de los trabajadores. En otros sectores como el transporte, debido a la gran falta de mano de obra se está yendo muchos jóvenes de origen marroquí. Al contrario que la industria cárnica, que según los trabajadores y de delegados sindicales, existe una exclusión de la población migrante o de origen extranjero.

Ciertos empresarios lamentan la falta de mano de obra, sin embargo hay trabajadores del campo que han manifestado la dificultad de trabajar esta temporada y son muchos los que se van a campañas en el extranjero o en el norte de España, donde se paga mucho mejor. Los costes de producción y los márgenes de beneficio de los empresarios han disminuido y parece ser que lo están trasladando a los trabajadores, a menudo fuera de la legislación y del Convenio del Campo de Extremadura. Esta vulneración de derechos afecta mucho a la hora de pedir el subsidio agrario, el paro o la jubilación.

Respecto al sector de los cuidados, en el que se da una discriminación evidente de las mujeres marroquí o españolas de origen marroquí, se está ocupando mayoritariamente por mujeres latinoamericanas. Las cuales han manifestado para este estudio que la mayoría trabaja sin contrato y en situaciones muy precarias (las condiciones laborales como internas, el trato por parte de los empleadores, no pagar lo acordado o las marearlas y retrasar los pagos). Cabe destacar en el trabajo como internas, varias mujeres han referido recibir un trato denigrante por parte de algunos hombres mayores con actitudes machistas, racistas y que se sobrepasan con las cuidadoras. Las mujeres preguntadas han manifestado que no consiguen trabajo en el campo.

*“Trabajo muchas horas y por nada, aunque no tenga papeles tengo derechos”.*

Mujer colombiana | Navalmoral.

## 5.2 Salud mental

El equipo investigador, así como los profesionales sanitarios y sociales entrevistados remarcan que la salud mental es un tabú para la población marroquí que habita en la zona. El bajo nivel cultural de muchas familias provoca que tengan todo tipo de creencias y supersticiones al respecto de las enfermedades mentales o neurológicas, llegando incluso a ser repudiadas y en muchos casos no sabiendo cómo afrontarlas.

La totalidad de las personas migrantes temporeras o familiares de temporeros entrevistadas detectan problemas de salud mental en su entorno debido a las condiciones laborales, económicas, familiares y de vida. Agravándose estos problemas en el caso de las personas que se encuentran en situación administrativa irregular.

*“Hay muchas personas que no están bien por esto. Sobre todo las que están en situación irregular, porque no pueden trabajar, no pueden ir a ningún sitio y viven con miedo. No van al hospital por si acaso”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

Es necesario tener en cuenta que la propia necesidad de migrar por cuestiones económicas, políticas, etc. afecta a la salud mental. Tal y como se recoge durante el proceso de investigación, es necesario tener mucho aguante para no quebrarse. En las migraciones económicas forzadas, como es en la mayoría de la población de la zona, se produce un proceso muy fuerte de ruptura y duelo con sus lugares de origen. Llegan con muchas expectativas en su nueva vida. Al llegar se encuentran con otra realidad (plazos, burocracia, situación administrativa, malas condiciones de trabajo y/o vivienda, etc.). Aunque esta nueva realidad les parezca complicada, la comparan con la situación previa y el sentimiento de “no hay otra opción” genera muchos casos de depresión y problemas psicológicos. Como se ha expuesto en apartados anteriores, apenas hay recursos o programas específicos (falta información del servicio de psicóloga que creemos que existente).

*“El 60% o más de la población que atendemos tiene problemas mentales como depresión, ansiedad, estrés, trastornos del sueño”.*

ONG | Navalmoral

Los procesos administrativos de regularización suponen una tremenda incertidumbre y estrés a la hora de tratar con la administración y lidiar con los plazos y procedimientos; además de miedo a salir a la calle. Hay que tener en cuenta que los permisos deben renovarse periódicamente, condicionándose normalmente a poder demostrar una cotización. De lo contrario, se da la situación de perder el permiso de residencia y estar sujeto a expedientes de expulsión después de llevar años viviendo en España y estar ligado personal, familiar y emocionalmente al territorio.

Muchas han sido las personas que han destacado con dolor el daño que ha producido el cierre de fronteras (Operación paso del Estrecho) durante estos dos años fruto de la pandemia y la crisis diplomática entre España y Marruecos. Manifestando un enorme estrés, depresión y haciendo referencia al Síndrome de Ulises (lo cual resultó sorprendente, pero representativo, dada la tecnicidad del término). Según se ha podido extraer de las conversaciones mantenidas, mucha gente vive al límite de sus emociones y viajar anualmente a sus pueblos de origen supone una bocanada de aire fresco. El cierre ha sido devastador a nivel mental y en agosto de este año Campo Arañuelo quedó vacío de personas de origen marroquí.

*“Esta vez me ha costado mucho volver de Marruecos. Llevaba tres años sin ir a Marruecos y se ha muerto mi padre. Cuando he ido ahora, he ido a visitarle al cementerio y he venido muy triste”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Se ha manifestado que son muchos los hogares donde se vive con estrés, existiendo episodios de brotes de ira, discusiones y agresividad; que únicamente reciben por parte de la administración actuaciones policiales. Lamentan las personas que refieren estas cuestiones que no exista un interés por las causas que los originan u otro abordaje.

## La salud mental de las mujeres temporeras

Todas las mujeres temporeras entrevistadas, una vez generado un clima de confianza, han declarado tener problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés, tristeza o preocupación excesiva. Consideramos importante destacar, que la práctica totalidad de las mujeres durante las entrevistas han llorado en algún momento de la conversación. A pesar, o quizás por causa, de los fuertes vínculos comunitarios entre la población marroquí, que analizaremos más adelante, existe un sentimiento de soledad, especialmente entre las mujeres más mayores de la 1ª generación. Éstas, sumidas en una dinámica de trabajo, cuidados y comunidad cerrada, a pesar de llevar muchos años en España (algunas 20 años) no saben hablar castellano. Esto las excluye del acceso a la cultura y la participación, la sociabilización y dificulta la integración.

Estas mujeres se encuentran muy solas, la gran mayoría no tienen relaciones sociales y añoran a su familia y su vida de Marruecos. Únicamente se relacionan con sus hijos y marido, dándose muchos casos de depresión, a veces no diagnosticada. Se suma la frustración de no poder comunicarse por la falta de conocimiento del idioma, a pesar de llevar tiempo recibiendo clases de castellano.

El hecho de no haber sido nunca escolarizadas y no saber leer ni escribir en su propio idioma es esencial, pero también influyen otros factores, expuestos más adelante, ajenos a ellas.

*“Antes de llegar a Talayuela mi vida era muy diferente, estaba con mi familia y salía a pasear. En Marruecos tengo a mi familia aquí no tengo a nadie. Cuando llegué aquí fue muy difícil, no entendía nada el idioma y tuve que llevar a mis hijos al colegio y eso fue muy difícil. Ahora sigo sin saber hablar, pero entiendo. Sobretudo tengo problemas al ayudarles con los deberes y al ir al médico. Esto me supone estrés.”*

Mujer española de origen marroquí 1ª generación | Talayuela

*“Me gustaría ir a otra ciudad donde está mi familia, mi tío, mis primas.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Las mujeres marroquíes que trabajan en el campo tienen excesivas cargas laborales y familiares. Manifiestan una dura sobrecarga laboral (llegando a doce horas diarias) y de cuidados durante los meses de campañas agrícolas. Aquellas que tienen hijos/as pequeños/as no tienen otra opción que dejarlas con alguna vecina, lo que les causa malestar emocional.

*“Trabajo doce horas al día en el pimiento y el arándano. Esto me genera mucho estrés, porque dejo a mi niña sola con la vecina muchas horas. Cuando vuelvo tengo que hacer todas las tareas de casa y la comida. A parte no tengo transporte para ir a trabajar.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Otro de los problemas detectados es la gran dependencia existente de las mujeres de la 1ª generación respecto a sus maridos o vecinos en lo que atañe al transporte. Esto no solo afecta al trabajo, normalmente en fincas alejadas de los núcleos urbanos, sino también al acceso a la salud e incluso el ocio, ya que una gran mayoría no conoce los pueblos de alrededor.

*“Me gustaría trabajar en otra cosa, en cualquier trabajo cerca y que sea fácil. Porque tengo muchos problemas para ir al trabajo con el transporte, está muy lejos y siempre estoy pidiendo favores. Hay dificultades pero tengo que echar para adelante.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

## Presión social

Como se ha mencionado, existe un rechazo y discriminación entre las personas emigradas de Marruecos en función de su ciudad de procedencia. A esta cuestión se añade la mentalidad cerrada y patriarcal que hace que las mujeres sienten una gran presión social por parte de su entorno.

*“Aquí no puedes. Si te ven con alguien ya hablan y piensan que es tu pariente. Es mucha presión social. No tienes amigas, no tienes a nadie. Es una vida de trabajo y casa. No puedo con eso. Yo también quiero salir. Quiero hacer cosas. Cada uno tiene su mentalidad. Pero a esta gente yo no le gusto.”*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

*“Me gustaría irme de aquí porque aquí me ponen la etiqueta de loca. Yo no estoy loca, estoy bien. Yo le decía que me encerrase en un centro para curarme. Pero el psiquiatra me dice que no necesito un centro, que no estoy loca, solo que me tengo que ir de Navalmoral por que no aguanto la presión. Lo que tengo es una depresión fuerte. Necesito tener vida social. Me dice que necesito tener una amiga que me escuche. Porque mira, mi marido sale por la mañana y no viene hasta la comida. Yo estoy en casa encerrada porque no tengo un sitio donde ir”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

La falta de ocio y actividades a las que asistir agrava esta problemática. La totalidad de las mujeres entrevistadas han manifestado la necesidad de realizar actividades fuera de casa y del trabajo, con el objetivo de hablar y conocer a gente. Aunque especifican que no saben si podrían asistir por falta de tiempo.

*“Necesito hacer cosas, no siempre campo-casa-campo-casa yo estoy harta. Quiero hacer cosas para mí y conocer a gente. Yo se pintar, se hacer cerámica”.*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

## Alternativas de ocio para la juventud, drogas y alcohol

Existe una percepción generalizada en la zona, detectada durante las entrevistas y en conversaciones informales a lo largo de los meses de investigación, de que existe un consumo de drogas y alcohol generalizado y abusivo entre los jóvenes (autóctonos y de origen extranjero). En ocasiones estos hábitos conllevan problemas de delincuencia y/o enfermedades mentales. El consumo elevado de sustancias tóxicas por parte de los jóvenes en el ámbito rural, no es algo exclusivo de Campo Arañuelo. A menudo la alternativa de actividades de ocio saludable, diferentes a los bares o botellones, es escasa o no está adaptada ni ha sido diseñada con y para la juventud.

Algunos jóvenes entrevistados (o sus hermanos) manifiestan que consumen porque no tienen nada que hacer. En otros casos, mayoritariamente adolescentes marroquíes que no consumen, prefieren quedarse en casa para evitar provocar rumores fruto del elevado control social existente. Pasando el tiempo, a veces con aburrimiento, viendo películas, series y en las redes sociales.

Existe la percepción de que la esquizofrenia es una enfermedad con presencia en la zona, en mayor proporción entre jóvenes varones. En la mayoría de los casos agravada por el consumo de alcohol y otras drogas, como se ha descrito con anterioridad. La familia y sobretodo las madres lo sufren. Porque el padre se va al campo a trabajar y no llega hasta la noche. Son chicos que mayormente pasan los días solos y necesitan atención profesional.

*“Nosotros hemos trabajado con familias con muchos problemas. Niños que arrastran mucha violencia y dificultades familiares. Con estas familias hay que trabajar de una forma profunda, hacer acompañamiento y apoyo, desde la parte institucional no existen medios. Hacen falta educadores de calle y más recursos”.*

Asociación migrantes | Talayuela

## El Servicio Extremeño de Salud y la salud mental: escasa disponibilidad

La falta de inversión y el ratio de profesionales de la salud mental no es un problema solo de Campo Arañuelo, ni afecta únicamente a la población migrante. Sin embargo, sí que existen aspectos específicos que hacen que la población de Campo Arañuelo y especialmente aquella que trabaja en el campo y es de origen extranjero se vea más perjudicada por esta deficiencia estructural.

Asociaciones de migrantes, técnicos de ONG y profesionales del ámbito sanitario han identificado la salud mental como un problema grave en la zona. En el caso de los menores o jóvenes, muchas de las familias migrantes de temporeros no tienen conocimientos ni medios para acompañar a sus hijos adecuadamente.

*“Conozco a mucha gente que está mal y está encerrada en su casa. Las citas tardan mucho y no dan soluciones. Tienen que ir a Plasencia al Hospital. (...) Casos de chicos jóvenes que están en la calle con situaciones muy graves, los padres son analfabetos, no saben qué hacer, y cuando van al hospital las autoridades sanitarias solo piensan que van por las ayudas. Yo conozco familias que están verdaderamente mal”.*

Asociación migrantes | Talayuela

Varias de las mujeres entrevistadas han manifestado problemas con las pastillas que les proporcionan en el centro de salud.

*“Con el psicólogo hablo, pero el psiquiatra me droga, me da unas pastillas que me dejan todo el día dormida. Y me dejan ahí tirada que no puedo hacer nada”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

## Largas listas de espera en salud mental

Por parte de alguna ONG se ha detectado una gran demanda de este servicio, el problema según manifiestan es que hay más de un año de lista de espera. La cuestión se ve como un asunto privado y muchas personas, al no tener recursos económicos, acuden a las ONG con la necesidad de hablar, expresar sus problemáticas y recibir atención psicológica. No obstante, al no contar con un servicio específico, derivan los casos; sin certeza de que sean tratados. En ocasiones estas personas están diagnosticadas por el médico de cabecera y en otras no.

## Falta de atención psicológica y consumo de fármacos

En uno de los grupos de discusión realizados, se manifestó que en la zona existe un alto porcentaje de personas marroquíes que toman pastillas. La mayoría de las mujeres, refería tener algún familiar o ser ellas mismas quienes toman calmantes para los nervios o para dormir. En algunos casos, vincularon estos problemas con las condiciones laborales del sector agrícola.

*“Hay muchas mujeres que toman tranquilizantes por los problemas”*

*“Hay mucho cáncer. Sin pastillas no duermen”.*

*“Es por el campo, porque te aprietan mucho trabajando. Son muchas horas y la gente pues toma pastillas para los dolores y poder dormir”.*

Grupo de discusión | Navalmoral de la Mata

# 5.3

## Entorno saludable

### Acceso a la vivienda

La vivienda y el entorno donde residimos y nos desarrollamos es un condicionante fundamental para vivir dignamente, desarrollar nuestras expectativas vitales y tener una salud adecuada. Por ello, en las siguientes páginas se analizará el acceso, tenencia y calidad de las viviendas de las personas migrantes temporeras. En primer lugar se presentarán una serie de aspectos comunes en lo que al derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada se refiere, y por último al haberse detectado diferencias entre los municipios estudiados se analizarán de forma diferenciada.

Existe un importante problema con el acceso a la vivienda, especialmente en Navalmoral, dado que apenas hay oferta de alquiler para cubrir la demanda, a pesar del gran número de casas vacías. Los precios y fianzas son considerados de manera general elevados y se ha dado un incremento en los últimos años. Esta problemática afecta con mayor intensidad a la población de origen extranjero, pues se constata una reticencia por parte de los españoles autóctonos a la hora de alquilar viviendas a familias y personas de origen extranjero (independientemente de su país de origen). Parece ser que por cuestiones culturales (forma de cocinar o uso de los espacios), prejuicios arraigados y casos puntuales de destrozos o mal cuidado de las casas por parte de inquilinos de origen extranjero que se han generalizado al resto. Este estigma afecta también a la población gitana, especialmente en Navalmoral y Talayuela, la cual se agrupa en zonas concretas de los pueblos.

*“Hay un rechazo a alquilar a los marroquíes. Piensan que porque haya una fresa podrida está toda la caja mala, pues con nosotros igual. Porque haya algún marroquí que lo haya hecho mal, no significa que todos seamos así.”*

Mujer origen marroquí 2ª generación | Navalmoral de la Mata

*“Cuesta mucho alquilar, a los inmigrantes no les alquilan. Hay gente que te destroza el piso, eso es verdad. Además últimamente te piden mucha fianza que la gente no puede permitirse”.*

Mujer migrante saharai | Navalmoral de la Mata

*“Una gran parte de la población marroquí viven en un barrio humilde, El Cerro”*

ONG | Navalmoral de la Mata

*“En las inmobiliarias nos dicen que los dueños les dicen directamente “No quiero inmigrantes”. Aunque sea maestro, médico o militar. Ven el nombre y lo rechazan”.*

ONG | Navalmoral de la Mata

Este posible racismo habitacional existente en todos los municipios, ha hecho que la población residente marroquí compre viviendas viejas en mal estado mediante hipotecas. Poco a poco se van reformando según sus ingresos y tiempo, suponiendo un ahorro respecto al alquiler. Estas viviendas, no siempre en buenas condiciones de habitabilidad, también sirven como alquiler para otras personas y familias marroquíes.

Existiendo una oferta de alquiler de casas o habitaciones entre la propia comunidad marroquí.

*“Sabemos que las construcciones que sean nuevas no son para nosotros los marroquíes. Nosotros no podemos pagar las casas nuevas.”*

Mujer española origen marroquí 2ª | Saucedilla

Se han documentado y referido casos, tanto de propietarios de origen marroquí como españoles autóctonos que rentan sus casas sin contrato, siendo un serio problema a la hora de regularizar la situación administrativa o realizar determinados trámites. Las casas de 2 o 3 habitaciones, normalmente se alquilan entre los 200 y 400 euros, siendo Naval Moral, seguido de Talayuela los municipios más caros.

En el caso de las personas subsaharianas, mayormente senegaleses y hombres en situación administrativa irregular, y temporeros en tránsito principalmente de origen rumano y marroquí hay una tendencia a compartir casas entre varios. Se han observado casas, antiguos locales comerciales, en condiciones de poca habitabilidad en el municipio de Talayuela. Se comentaba, entre la población marroquí, que en verano habían encontrado a varios compatriotas durmiendo en la calle; hecho que no se ha podido constatar.

### Procesos administrativos y viviendas

Se ha reconocido por parte de los Servicios Sociales de Base (SSB), propietarios e inquilinos la existencia de un posible negocio entorno a los empadronamientos o el arrendamiento de viviendas adecuadas para realizar los procesos de reagrupación familiar.

Por un lado, las personas migrantes llegadas a España para poder regularizar su situación deben de presentar un empadronamiento continuado de al menos 3 años, que demuestre la residencia continuada en España. El acceso a una vivienda es más complicado dada su situación y considerando la temporalidad laboral de la zona, son muchas las personas que deben desplazarse por todo el territorio nacional e incluso europeo para trabajar. En estos casos, los propietarios de las viviendas, generalmente paisanos, ofrecen empadronamientos en sus domicilios y la gestión del mismo para evitar la baja del Padrón municipal por parte del Ayuntamiento o del propietario. Este servicio suele costar varios miles de euros al interesado.

En otras ocasiones el empadronamiento se paga a parte del alquiler. Por cuestiones de acceso a ayudas y prestaciones sociales, se organizan las unidades de convivencia. Esto es común en toda la ciudadanía, independientemente del país de origen. Haciendo que en ocasiones el propietario de la vivienda la alquile, pero niegue el empadronamiento.

Para las reagrupaciones, hay personas y familias que se empadronan en otras casas mejores, y una vez concluido el trámite administrativo vuelven a mudarse o a cambiar el padrón a otras más baratas. Es habitual, constatan desde los SSB, que a la hora de realizar visitas domiciliarias se repitan ciertas viviendas a lo largo del tiempo.

## Talayuela

Desde las instituciones se considera que no existe un problema de vivienda en el pueblo. Manifestando que las familias de origen extranjero alquilan las casas que un español autóctono no alquilaría, por lo que se resuelve la demanda. La población marroquí, principal grupo poblacional de origen extranjero está diseminada por el pueblo, excepto en fincas próximas a pedanías que es donde más concentración hay.

En ocasiones, la escasa oferta de alquileres y los elevados precios, hacen que familias asentadas en Talayuela se vayan a poblaciones colindantes. Por parte del equipo investigador, se considera que si existe una reticencia por parte de los españoles autóctonos a la hora de alquilar viviendas a familias y personas de origen extranjero, independientemente de su país de origen.

*“Nos costó encontrar una casa de alquiler, porque no hay muchas casas aquí. Ni en Talayuela ni en Navalmoral. Ahora si queremos cambiarnos de casa no podríamos. (...) Mi casa no está bien tiene ventanas rotas, el dueño de la casa es español y la casa tiene todo roto, no quiere arreglar nada. Solo quiere que le pagemos en mano. Es una casa de 3 habitaciones, salón, cocina y baño. Yo tengo mi habitación. Pagamos 200 euros al mes. Las casas buenas sin nada roto y todo bien, pagas 300 euros”.*

Mujer marroquí de 2ª generación | Talayuela

Así mismo, ONG y asociaciones que ofrecen servicios de reparto de alimentos y atención ante situaciones de necesidad refieren casos de hacinamiento en viviendas por: falta de recursos, dificultad de acceso a un domicilio propio, personas recién llegadas en situación irregular o trabajadores temporeros agrícolas en tránsito. Esta situación es también común en otros municipios.

*“Al principio fue muy duro, porque no encontramos casa y tuvimos que vivir en casa de mi tío con muchas personas durante dos años. Había muchísima gente viviendo en una casa. Ahora tenemos cada una nuestra casa, toda la familia aquí en el pueblo; y familia extensa y vecinos de Marruecos en los pueblos de alrededor”.*

Mujer española origen marroquí | Saucedilla

## Navalmoral de la Mata

Existe un conflicto latente en la comunidad derivado en parte de programas o intervenciones de ONG para el fomento del acceso a la vivienda a personas migrantes. En ocasiones, se produjeron impagos o destrozos, lo que ha contribuido a mantener viviendas vacías o en venta antes que alquilarlas.

*“A veces a los marroquíes no les quieren alquilar. Si conoces a gente es más fácil, pero hay un rechazo. A mí me miran mal por llevar pañuelo.”*

Mujer española de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

## Pedanías y fincas próximas Talayuela y Navalmoral

En la Comarca de Campo Arañuelo existen varias pedanías y entidades locales menores que dependen de un ayuntamiento matriz, normalmente Talayuela y Navalmoral. En los últimos años algunas han adquirido una situación administrativa independiente, como Tiétar en 2011 y Pueblonuevo de Miramontes en 2013, ambas anteriormente dependientes de Talayuela.

Sin entrar en mayor profundidad, el origen de estos núcleos poblacionales proviene de antiguas alquerías (casas de labor con fincas agrícolas) y los conocidos poblados de colonización construidos durante el régimen franquista. El entramado urbano es similar, con núcleos rectangulares y calles rectas trazadas en torno a una plaza. Las casas suelen ser amplias, dependiendo de las divisiones que haya hecho el propietario, y cuentan con grandes patios o corrales. Se ubican en los alrededores de explotaciones agrícolas e industrias agroalimentarias, como conserveras de espárrago. Esto ha hecho que lleguen a estos núcleos familias trabajadoras, desde finales de los años 90 marroquíes principalmente. Éstas alquilan las casas o subdivisiones de las mismas a sus antiguos moradores, colonos llegados de otros pueblos y nuevos propietarios que adquirieron las propiedades en décadas anteriores a familias nobles.

Durante la investigación, se ha visitado en varias ocasiones las poblaciones de La Barquilla y Barquilla de Pinares, las viviendas situadas en el polígono industrial de La Salud dependientes del ayuntamiento de Talayuela, y el Cortijo de la Jara del Romeral, dependiente de Navalmoral de la Mata.

Barquilla de Pinares es la población más grande de las visitadas, sus calles están asfaltadas y cuenta con ciertos servicios como: tienda de alimentación, farmacia, comercios, bares y un consultorio médico de atención primaria con un horario reducido de algunas horas diarias y con atención telefónica. En el resto de los asentamientos las calles son de tierra, con excepción de la principal en algunos casos, y no cuentan con ningún servicio. Los vecinos comentan que en las temporadas de lluvia se forman grandes barrizales y se acumula la suciedad. En estos asentamientos, mayoritariamente viven familias de origen marroquí y en situación administrativa regular, en viviendas alquiladas a los dueños de las fincas o empresas donde trabajan.

Poco a poco hay una tendencia a intentar hacerse con la propiedad de las mismas por parte de las familias y se realizan procesos de reagrupación familiar.

En general son casas antiguas, algunas han sido reformadas y reúnen adecuadas condiciones de habitabilidad. Otras no han tenido mejoras desde hace muchas décadas y cuentan con mobiliario, camas y equipamiento antiguo.

*“El jefe tiene una casa y te la alquila. Están cinco personas cada persona le paga 100 euros. Pero mi madre compró la casa, no es alquilada”.*

Mujer española origen marroquí | Talayuela

Estas fincas y cortijos carecen de recursos e infraestructuras para la infancia y juventud, en los casos de existir parques infantiles o zonas de juego y deporte están en muy mal estado. Sin embargo, las personas de 2ª generación entrevistadas, en su mayoría hombres, tienen un buen recuerdo de su niñez por la gran cantidad de niños que había y la libertad que se tenía a la hora de jugar.

En Finca La Barquilla había hace años una pequeña tienda de alimentación para comprar pan y alimentos básicos, aunque muchas familias tienen el hábito de hacerlo en casa. En general se organizan para ir a hacer la compra a supermercados en Navalморal. Para la escuela pasa una ruta escolar para el colegio de Pueblonuevo de Miramontes, donde hay comedor escolar. Sin embargo, uno de los problemas que manifiestan las mujeres y que repercute en su salud mental, es la falta de redes de apoyo.

*“En la barquilla no tenemos una red de apoyo. Cada uno en su mundo. Si te matan no pasa nada. Los marroquíes no son como los españoles. Aquí te pasa algo y lo mereces. No nos ayudamos”.*

Mujer española origen marroquí | Talayuela

También, aunque han sido reseñados en menor medida, existen problemas de salud mental en mujeres migrantes por motivo de agresiones sexuales y/o violaciones. Éstas se han dado en ambientes laborales o en fincas apartadas de los núcleos urbanos.

En estas fincas las mujeres o niñas de origen migrante se encuentran en una situación de mayor desprotección. Son muchas horas al día la que estos niños se quedan solos sin sus padres y madres, ya que estos están largas jornadas trabajando en los campos o industrias de la zona.

## Asentamientos

Desde los servicios públicos y organizaciones, manifiestan no haber oído hablar ni identificado asentamientos permanentes o durante las campañas agrícolas en la zona, pero sí viviendas en mal estado cercanas a los cultivos. Si se han localizado y visitado a trabajadores agrícolas que durante los meses de trabajo duermen en antiguos secaderos o almacenes (cedidos por las empresas contratantes) situados en los alrededores de cortijos y pedanías entre campos de cultivo. Cuentan con luz, agua y equipamiento básico que no reúne unas condiciones óptimas de habitabilidad. Las personas entrevistadas cuentan con una habitación alquilada en los pueblos o pedanías cercanos, donde regresan los fines de semana. Por lo que no les supone un inconveniente sino más bien una mejora, al no tener que desplazarse diariamente. Los empresarios o personas de la industria agroalimentaria al ser preguntados por esta cuestión han expuesto que antaño estos espacios estaban mejor equipados pero que era habitual que se robasen o estropearan los equipamientos, por ello ahora se ofrecen con lo mínimo.

*“En 2008 hicimos un estudio con la Trabajadora Social a través de la mancomunidad, fuimos por todos los ayuntamientos, llegamos a los baldíos. Las viviendas asignadas a los inmigrantes eran un desastre, vivían en cuadras y hablamos con los empresarios. Decían: “nosotros hemos puesto todo, pero se acaba la campaña y se lo llevan”. Entonces, ahora solo ponen las paredes, sin camas y sin nada. En las fincas también ha pasado eso, no van a estar cada campaña rehabilitando”.*

Asociación Talayuela

Se remarca que contados testimonio de trabajadores temporeros que llevan décadas en la zona aseguran con total certeza que existen asentamientos precarios durante las campañas.

*“Viene mucha gente de fuera, cada vez más de Rumania y Portugal. Se quedan en chabolas cerca del río o en secaderos. Vienen todos los años. Los marroquí se quedan en casa de familiares. Antes vivíamos en secaderos, íbamos de campaña en campaña”.*

Hombre marroquí. 1ª generación | Casatejada

*“Mi marido antes de que yo viniese aquí, dormía en un secadero en “Santa María” en unas condiciones pésimas. Dice que actualmente también hay gente que vive en los secaderos, pero no sé exactamente dónde. Hace 9 años el jefe, cuando entro en crisis, les dijo que se fuesen y se buscasen la vida”.*

Mujer marroquí 1ª generación | Talayuela

Desde algunas organizaciones apuntan que durante determinadas campañas llegan familias rumanas y búlgaras a la zona. Viviendo en viviendas insalubres cedidas por las empresas cerca de las pedanías y fincas mencionadas. También señalan la existencia de campamentos de caravanas de población en tránsito en épocas de campaña en la vecina comarca de Las Villuercas. Lamentando que no existan albergues públicos en toda la comarca, pues preocupa la situación.

## 5.4 Participación y convivencia

Una de las necesidades humanas básicas que influyen en el bienestar social y desarrollo personal es la participación y el sentimiento de pertenencia. Siendo una cuestión básica a la hora de promover y garantizar una convivencia real, inclusiva y diversa. Campo Arañuelo muestra a dos sociedades, la española autóctona y la española/migrante de origen marroquí. Existen otras minorías menos representativas y con menos aspectos diferenciales. Ambas comunidades, principalmente aquellos individuos de más de 40 años, habitan un mismo espacio sin conocerse ni relacionarse en actividades propias de la vida pública y social.

*“Es como una balsa de aceite, dos realidades que conviven sin integración”.*

Personal técnico de la administración pública

Es importante destacar que la comarca de Campo Arañuelo ha sido referida por muchas de las personas entrevistadas, con larga trayectoria de vida en la zona, así como por españoles autóctonos con los que se ha mantenido relación y contacto durante estos meses, como una tierra de acogida.

En general, se destaca que la ciudadanía es solidaria y acogedora. Hay que tener en cuenta que la comarca ha vivido históricamente múltiples flujos migratorios, mayoritariamente internos, siendo los últimos, durante el pasado siglo, los llamados “pueblos de colonización” y el proceso de “desarrollo económico”. Sin embargo, la población marroquí y la sociedad receptora, han desarrollado dos sociedades paralelas y diferenciadas tal y como se ha mencionado.

No existe ningún conflicto social importante en la zona, no obstante, se remarca la falta de programas por parte de la administración pública (por ser quien mayor legitimidad y capacidad de convocatoria tiene) de acogida, convivencia e intercambio entre los grupos poblacionales. Falta la intervención comunitaria que genere y posibilite un entorno de convivencia y participación que ayude a prevenir posibles conflictos.

*“Conflictos hay muchos. La mitad de la población es marroquí, y cuando no hay políticas de integración surgen conflictos. Más en pueblos como Talayuela que siendo más pequeño tienen más porcentaje de población”*

ONG | Navalmoral de la Mata

*“Aquí el problema es que para subsistir tienes que hacerte a la tierra. Pero te hacen proteger tu identidad porque se te rechaza, y surgen conflictos.”*

ONG | Navalmoral de la Mata

En líneas generales, la población autóctona tiene una cierta percepción negativa y prejuicios hacia las personas de origen marroquí, siendo esta percepción más positiva con población de otros lugares o religiones. Como se comentaba en apartados anteriores, desde diferentes organizaciones se ha manifestado recibir insultos por tener programas y servicios de los que se puede beneficiar la población migrante.

*“El problema es que dais (las ONG) muchas ayudas y se acostumbran. Hay mucho derroche”.*

Concejalía de Bienestar Social

Existe una escasa voluntad política para el diseño e implementación de planes y programas de gestión de la diversidad y la interculturalidad. El sentir colectivo presente sitúa a la población migrante y a sus hijos españoles, como “los otros” siendo ciudadanos de segundo nivel. Se percibe durante el proceso de investigación al escuchar afirmaciones como: “Ya se les da demasiado”, “La migración es un problema”, “No se adaptan”, “Si no se les da dinero no participan”, alimentan la estigmatización y la discriminación.

Una realidad que visibiliza de manera clara la inacción y la falta de voluntad política a ojos de la comunidad musulmana es la ausencia de un cementerio musulmán en Extremadura. Siendo de las pocas comunidades junto a Cantabria, Galicia y Castilla-La Mancha en no tener. Esta necesidad, expresada desde hace años, en Campo Arañuelo ha sido canalizada por la asociación An-Nur de Talayuela. Este año han presentado la tercera solicitud de licencia para la apertura de un cementerio. A día de hoy cuando alguien muere ha de ser llevado a Madrid o a Sevilla, los cementerios más cercanos. Impidiendo a las familias visitar a sus seres queridos fallecidos libremente.

*“Es complicado de explicar a tus hijos por qué se entierran a sus familiares fuera del pueblo, y no como los del resto de sus amigos de origen autóctono”.*

Presidente asociación de migrantes | Talayuela

Desde la Asociación únicamente se solicita la licencia de apertura, ya que será la propia comunidad quien compre el terreno. Su propuesta es hacerlo en Cáceres para que beneficie a toda la comunidad islámica extremeña. Según se manifiesta, ningún alcalde ha querido hacerlo por miedo a recibir quejas y perder popularidad.

Existen programas y actividades que promueven la participación y convivencia en la zona por parte de organizaciones, pero es una realidad compleja en municipios de gran tamaño, por lo que faltan recursos. En las actividades realizadas por éstas la participación es alta, sobretodo de las mujeres de origen marroquí.

*“A las mujeres marroquíes les encanta participar. A todo lo que organizamos vienen. A nivel municipal no.”*

ONG | Navalmoral de la Mata

Se especifica que el lugar de origen de las personas marroquíes influye en la participación. Aquellas procedentes de la zona de Uchda van a tener más dificultades para interrelacionarse por su contexto cultural, social y económico que aquellas procedentes de zonas con tradiciones menos conservadoras, donde las mujeres salen más a la vida pública y la presión social es menor.

La participación de la población migrante en la vida comunitaria y en las actividades promovidas fuera de las organizaciones, según los actores sociales entrevistados, es mínima.

*“No hay participación. No participan en ninguna actividad. Desde las instituciones no se crean espacios de participación y convivencia. Alguna vez la Universidad Popular hace alguna exposición de ropa marroquí o alguna comida comunitaria. Pero es difícil que la población marroquí asista a una comida que no es halal.”*

Asociación migrantes | Talayuela

El consumo de alcohol resulta también una barrera, especialmente en las fiestas, romerías o eventos culturales.

*“En las fiestas de los pueblos el consumo excesivo y normalizado de alcohol excluye a la población marroquí. ¿Por qué no hay peñas donde no se consuma alcohol y ser sirvan té u otras bebidas? Cuando se realiza algo es por intereses electorales, nada que vaya a tener continuidad ni impacto.”*

Hombre español de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

En este sentido es importante hablar de la juventud de origen extranjero, mucha de ella española de nacimiento y otra migrada a temprana edad y criada y socializada en Campo Arañuelo. Según las organizaciones, asociaciones y las propias personas entrevistadas, existe mayor convivencia entre las generaciones más jóvenes. Cuando se produce distanciamiento suele ser con la juventud de origen marroquí, no tanto de procedencia latinoamericana o de Europa del este.

Se ha apreciado como la crispación política y el auge de la extrema derecha ha sacado a la luz y popularizado prejuicios, así como discursos xenófobos y racistas. Los Centros educativos y la juventud son un reflejo del mundo adulto. Se han referido numerosos insultos y comentarios excluyentes en las aulas y patios por parte de profesorado y alumnado. Sin embargo, no es lo habitual, acudiendo a los Centros con motivación y teniendo grupos de amistades.

Como ya se ha mencionado, la juventud española de origen marroquí o migrada en su infancia, no conoce otra realidad que la española, pero son tratados como extranjeros. Cuando van a Marruecos de vacaciones, con mayor edad cada vez menos, son tratados como europeos, ya que desconocen las costumbres locales, los hábitos de vida e incluso el idioma (árabe escrito). En sus pueblos (Campo Arañuelo) no son vistos como españoles, sintiendo en ocasiones ese rechazo, la sensación de ser “diferente”.

*“Aunque tengas tu nacionalidad, pero como eres morena eres marroquí”*

Mujer española de origen marroquí | Talayuela

Se destaca la inexistencia de un programa de acogida, integración y convivencia que aborde la cuestión de manera global y eficaz.

*“Es un imperativo aplicar políticas efectivas para que (la juventud) puedan identificarse y encontrarse en la sociedad. De lo contrario los estamos exponiendo a que cualquier idea extremista e identitaria se lleve a nuestros hijos”*

Hombre español de origen marroquí | Navalmoral de la Mata

*“Un árbol para que pueda crecer necesita sus raíces”*

Presidente asociación de migrantes | Talayuela

España en este sentido tiene una gran ventaja y fortaleza frente a otros países europeos. Por un lado se tiene la referencia de países como Francia, Bélgica o Suecia y sus modelos de gestión de los flujos migratorios. Por otro, España tiene la fortaleza del nexo histórico y diversidad cultural en su léxico, tradiciones y costumbres. Se destaca que muchas personas marroquíes, árabes o bereberes, con estudios se han referido a España con mucha más cercanía y proximidad que a otros países europeos. Debido a la herencia cultural que es necesario reconocer, valorizar y potenciar.

*“Mi madre no se siente parte, jamás la han invitado. Cuando el Ayuntamiento hace cosas la gente sabe que esas cosas son para los españoles, que no es para nosotros. No es como en otros pueblos donde han explicado a las mujeres lo que es una asociación. Para ella eso es privado o la invitas o no va. Sino creen que van a ser mal recibidas”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

*“Es que van a ser mal recibidas, no hay unión. Cuando hacen cosas, ¿por qué no nos invitan para que hagamos cosas de nuestra cultura? Eso sería muy bonito. A mí me encantaría”.*

Mujer española de origen marroquí | Casatejada

Se denota deseo de participar en la vida pública, y ser tenidos en cuenta. Pero la falta de información, el sentimiento de exclusión, real o percibido, determina muchas veces el aislamiento y la dificultad de intervención con sectores de la comunidad marroquí. Sin obviar, que en el caso de las mujeres, se da una presión patriarcal familiar y comunitaria que las aísla en casa o las ata a dobles jornadas de trabajo: remunerado y doméstico.

## Redes de apoyo

Según algunas asociaciones de migrantes, se tiene una percepción errónea desde las administraciones públicas y algunas ONG, respecto a las redes de apoyo de la población de origen marroquí. La realidad es que, si bien existen vínculos entre las zonas de origen y Campo Arañuelo, como se ha descrito; las diferencias y la presión social dentro de la comunidad marroquí de acogida son muy fuertes, en función del lugar de procedencia. Creándose comunidades internas según la ciudad de origen.

Ante esta situación, se señala la necesidad de crear espacios para compartir, hablar y conocerse. No obstante, existen diferencias entre Naval Moral y los otros municipios. En este primero estas cuestiones se diluyen ligeramente. En los pueblos más pequeños el control social es más intenso, con mayor énfasis en las mujeres, afectando a la salud mental.

En el caso de las mujeres, se ha constatado que las redes de apoyo se reducen a padres, marido y descendientes. Debido a imposiciones culturales y la falta de tiempo por la gran carga laboral y social que recae sobre ellas. A las largas jornadas de trabajo en el campo, 12 horas en ocasiones, se suman las cargas familiares y de cuidados al llegar a casa, sin tiempo para relacionarse fuera de la familia.

*“Mis redes de apoyo son mi marido y mis hijos. No tengo tiempo”.*

Mujer origen marroquí 1ª generación | Talayuela

En la 2ª generación, a pesar de darse este patrón, se van incorporando más personas ajenas a la familia. La falta de una red de apoyo sólida, junto con el rechazo percibido, la estigmatización, el aislamiento y la situación administrativa y vivencial, van a condicionar la participación de la población migrante.



# CONCLUSIONES

## Derecho a la salud

El ejercicio del derecho a la salud por parte de la población migrante temporera está determinado por el contexto social y político analizado. El habitual diseño de políticas públicas con una visión urbano-centrista condiciona el ejercicio de derechos entre la población rural. Analizando esta cuestión con una perspectiva interseccional de Igualdad de Género e Inclusión Social, se percibe como estos condicionantes afectan de manera diferenciada en función de las identidades sociales que poseen las personas. En el caso de la población migrante o de origen extranjero esta discriminación se ve agravada. Aumentando según se van solapando aspectos como son: el trabajo agrícola, la situación administrativa y especialmente el género.

En este sentido, nos encontramos con un sistema sanitario que no tiene en cuenta las problemáticas locales; no habiéndose adaptado, después de treinta años, a la población migrante de la zona. Habiendo asentado barreras, que suman a la dureza del propio periplo migratorio, en vez de ofrecer un sistema de acogida e inclusión para aquellas personas procedentes de realidades muy diversas.

La situación actual del Sistema de Salud es crítica a nivel general. Particularmente en el Área de Salud de Navalmoral de la Mata, el personal sanitario manifiesta malestar por:

- Falta de personal (especialistas)
- Recursos deficitarios
- Saturación de los servicios
- Largas listas de espera
- Sobrecarga laboral, agotamiento y pagos pendientes
- Bajas no cubiertas
- Excesiva rotación del personal

Por ello, se está generando una actitud protectora del sistema sanitario frente a la población "que no es de aquí", incluso frente a la población de origen extranjero nacida en el país. De manera directa o velada, existen reticencias en aplicar programas que favorezcan la interculturalidad del sistema o modifiquen el funcionamiento de determinados servicios para hacerlos más accesibles. Considerando que las mejoras de determinados aspectos del sistema sanitario, y en las administraciones en general, deben hacerse para la población autóctona, sin incluir a las personas migrantes.

La falta de una perspectiva de diversidad cultural impregna el imaginario colectivo. La visión de "los otros", quienes vienen a "quitarnos" los recursos y servicios. Haciendo que se aislen los problemas y las necesidades reales de la población migrante, siendo ellos los únicos responsables de su situación.

Durante el proceso de investigación se ha constatado como esta cuestión llega hasta la juventud, a la cual aunque haya nacido en la región se la sigue tratando de "extranjeros".

La falta de recursos y servicios públicos adaptados o dirigidos a la población migrante, junto con las costumbres de la población marroquí y en menor medida de las personas latinas, han hecho que surjan estructuras de apoyo regladas y en ocasiones informales. En la mayoría de los casos entorno a las comunidades religiosas. Las necesidades y la falta de apoyo institucional hacen que se genere un mercado negro entorno a derechos o procedimientos administrativos. Habiéndose identificado a muchas personas migrantes que pagan por empadronamientos, acompañamientos, contratos de trabajos, etc. Aumentando las situaciones de vulnerabilidad, especialmente entre aquellas personas irregularizadas, sin redes de apoyo y con desconocimiento de sus derechos y particularmente del sistema sanitario español.

- Las **barreras de acceso al sistema de salud** detectadas en la zona son:

#### Barreras administrativas:

Extremadura es una de las comunidades autónomas que exige el **Certificado de no exportación para la obtención de la Tarjeta Sanitaria**. Documento expedido por el país de origen o a través del consulado correspondiente, siendo Sevilla en el caso de la población marroquí de Campo Arañuelo. La mayoría de las personas entrevistadas han manifestado graves dificultades, no sólo para hacer frente a los gastos económicos del viaje, sino para compatibilizarlo con sus intensas jornadas de trabajo y sus obligaciones familiares. Destacando que para las personas que se encuentran irregularizadas es una barrera aun mayor, pues éstas no realizan el viaje por miedo a ser detectadas. A esto se le añade el escaso tiempo de validez de los documentos solicitados, debiendo realizar varias veces los tramites.

Respecto al empadronamiento se han documentado dificultades a la hora de encontrar una vivienda donde ejercer dicho derecho. Existiendo muchos casos en la zona dónde las personas arrendatarias se niegan a empadronar a sus inquilinos o les piden cantidades de dinero por empadronamiento. Esta barrera impacta directamente en el acceso a la salud, ya que la administración exige un mínimo de 90 días de empadronamiento para la obtención de la Tarjeta Sanitaria.

#### Barreras lingüísticas y de comunicación:

La mayoría de la población en la zona es originaria de la zona rural de Oujda en Marruecos. Con altos niveles de analfabetismo, tienen grandes dificultades para el aprendizaje de la lengua castellana, imposibilitando la comunicación directa con los servicios públicos. Sobre todo en las mujeres mayores, las cuales a su vez, tienen problemas de compatibilidad laboral, familiar y educativa. La falta de recursos dirigidos a paliar esta situación, y la responsabilidad que se achaca a la población marroquí, provoca a nivel práctico situaciones de exclusión del sistema sanitario. Suelen recurrir a personas intermediarias (hijas/os, maridos, vecinos u otros) que impiden la confidencialidad e interfieren en la relación médico-paciente.

### Barreras culturales y religiosas:

La cultura, la tradición y la religión son determinantes de los estilos de vida, de los conceptos de salud y enfermedad y de los modelos de comunicación verbales y no verbales. La ausencia de un abordaje intercultural en la salud genera situaciones de desprotección y mayor fricción entre el personal sanitario y el paciente. Acentuándose en el caso de las mujeres marroquíes, las cuales proceden de sistemas culturales y religiosos con roles de género muy arraigados y diferentes. En algunos casos, provenientes de contextos de abusos y violencias sexuales, y con características visibles que las estigmatizan socialmente.

Frente al rechazo a la implementación de servicios y recursos inclusivos para la población migrante, algunos profesionales consideran fundamental la implementación de un programa de mediación intercultural que trabaje con las familias marroquíes. Donde se traten cuestiones relativas a la prevención y tratamiento de la enfermedad o hábitos alimentarios que afectan a la salud. Esto se debe a la detección de altas tasas de diabetes y caries por un consumo excesivo de azúcar, lo cual preocupa especialmente en la infancia.

La falta de información adaptada a cada colectivo y la poca sostenibilidad existente en programas específicos dirigidos al fomento de la salud de las mujeres provocan que haya un desconocimiento generalizado de la existencia, objetivo y funcionamiento de los mismos. Especialmente importante en los programas de prevención y atención a la violencia de género.

Se considera, así mismo, necesario realizar capacitaciones sobre el funcionamiento y los servicios que presta el Sistema Público de Salud. Así como los procedimientos básicos para ejercer su derecho a la salud y los límites y obligaciones asociados. En ocasiones las formaciones han sido impartidas por las Trabajadoras Sociales, considerando un bajo impacto. Por ello, se ha manifestado y así lo ha corroborado el proceso de investigación, la necesidad de que sean impartidas por personas con formación específica en mediación intercultural y vínculos con la comunidad marroquí.

### Barreras físicas:

La escasez de transporte público en la zona provoca dificultades en el acceso a los centros sanitarios y al Hospital. Especialmente entre aquellas personas, sin vehículo propio o carnet de conducir, que viven en pueblos pequeños con horarios y días reducidos de la atención sanitaria, o aquellas que viven en las pedanías o fincas.

#### • Aceptabilidad del Sistema de Salud

Se destaca que las personas migrantes entrevistadas inicialmente valoran positivamente el sistema sanitario al compararlo con los servicios públicos de sus lugares de origen, pero a medida que avanzaba la entrevista comentan tratos discriminatorios o aspectos negativos respecto a la atención sanitaria recibida.

## Aspectos vinculantes al Derecho a la Salud

### • El trabajo agrícola

Generalmente las personas extranjeras residentes o en tránsito en la zona lo hacen debido a la tradicional fuerte demanda de mano de obra en el sector agrícola. Según han manifestado las personas migrantes temporeras las condiciones son muy duras a nivel físico y psicológico, especialmente si su situación es irregular o trabajan sin contrato. Se han denunciado:

- Largas jornadas laborales
- Bajos salarios
- Ausencia de representación sindical
- Escasas y fraudulentas inspecciones laborales
- Manejo de pesos excesivos
- Ausencia de material de protección por parte de la empresa
- Incumplimiento de contratos laborales e impagos
- Horas extras no reconocidas
- Descuento de los momentos de descanso en el sueldo
- Trabajo a destajo
- Presión, malas formas verbales y abusos basados en discriminación y xenofobia

Todas estas cuestiones se ven acentuadas entre las mujeres y en mayor medida si son de mayor edad y desconocen bien el castellano.

El bienestar de la población temporera se encuentra a merced de la buena voluntad de los empresarios y capataces (a menudo de origen extranjero), generando un estado de gran dependencia, ansiedad e indefensión.

Ante estas duras condiciones laborales, el uso de productos químicos en los diferentes cultivos y la falta de protección y prevención laboral en determinados cultivos, especialmente antaño. Hacen necesario realizar estudios en la zona sobre los problemas de salud vinculados al trabajo agrícola, que posibiliten unos correctos diagnósticos y una mejora en las condiciones de trabajo y de vida. Durante el estudio, se han observado entre la población marroquí temporera, decenas de lesiones de espalda (hernias), articulaciones, cáncer, depresión, ansiedad, etc.

Resulta alarmante, la identificación de varios casos, no puntuales, de personas marroquíes con enfermedades graves a quienes se les mantiene en Atención Primaria a base de calmantes, sin una correcta derivación ni diagnóstico. Varias personas manifiestan haber sido animadas desde el SES a ir a la sanidad privada. Quienes han podido acceder a ésta han sido diagnosticadas, en algunos casos de enfermedades graves, posteriormente tratadas en el sistema público.

### • Salud mental

Muchas de estas personas, a pesar de llevar muchos años trabajando en España, no han logrado obtener una estabilidad económica que les permita desarrollar sus vidas con bienestar y conforme a sus expectativas vitales.

La falta de recursos supone una barrera adicional a todo lo anteriormente mostrado como puede ser realizar cualquier tipo de trámite, acceder a un empadronamiento, tener libertad de movimiento con vehículo propio, etc.

Todo ello repercute en la salud mental, especialmente de las mujeres marroquíes. Son ellas quienes más acuden a las ONG de la zona, manifestando problemas como depresión o ansiedad. Han sido identificados factores específicos vinculados a la salud mental entre la población migrante:

- Alta carga de trabajo y responsabilidades domésticas y de cuidados que en ocasiones deben de compaginar con trabajos externos.
- Desconocimiento del idioma: aísla, frustra e impide un desarrollo vital.
- Mujeres que llevan tiempo en España se sienten reprimidas, ya que en ocasiones el núcleo familiar patriarcal y/o las propias administraciones públicas no facilitan su integración.
- Eventualidad del trabajo en el campo, muy temporal (a veces únicamente de semanas), impide proyectar planes de futuro.
- Trámites administrativos para disponer del derecho al paro o el subsidio agrario, el trato en las oficinas de empleo y otras administraciones suponen altos niveles de ansiedad por el escaso manejo del idioma y la complejidad de los procesos.
- Altos niveles de soledad por la fuerte presión de la comunidad marroquí y la exclusión que la sociedad de acogida ejerce.
- Necesidad de aguantar a pesar de las malas condiciones de vida frente al regreso a Marruecos, dadas las mejores condiciones de vida para su entorno familiar.

*“Mi marido, mis hijos y mis padres están en Marruecos. Yo vengo de Huelva de la fresa. Mi marido está enfermo por el trabajo en el campo, ya no puede coger peso. Desearía irme a mi casa, pero allí vivimos en unas condiciones muy malas, por lo que tengo que sufrir un poco. Les echo de menos (silencio y lágrimas). Pido que a mis padres no les pase nada malo, porque son muy mayores. Y no puedo irme. No tengo papeles. No sé qué voy a hacer.”*

Mujer marroquí, temporera en tránsito, llegada de Huelva. Navalmoral de la Mata

*“Yo no conozco mi país, vivía en un campo de refugiados. Yo estoy aquí por mis hijos, yo ya no pienso en mí. No quiero que mis hijos se críen ahí, por eso estamos aquí. Hubo un momento que regresamos, pero ellos están acostumbrados a vivir aquí, no se adaptaron allí. Cambiaron físicamente. Allí falta de todo, aquí tienen todo. Ellos son de aquí. El conflicto de nuestro país lo llevan hasta nuestros hijos. Yo por ejemplo no conozco a mi abuela, porque ella está al otro lado. No conozco ni a mis tías ni a mis primos. Nos partieron la familia en dos hace más de 47 años, con 41 años no conozco a mi abuela.”*

Mujer migrante saharauí | Navalmoral de la Mata

#### • Derecho a una vivienda digna

Existe una percepción común entre una mayoría de técnicos y representantes de las administraciones públicas de qué los estándares de calidad a la hora de habitar y acceder a una vivienda son diferentes entre la población marroquí y la española autóctona. Presuponiendo que los primeros, por cuestiones de costumbre o culturales, están conformes con viviendas antiguas, mal aisladas y en peor estado.

Esta percepción no se corresponde con lo analizado por el equipo investigador. Durante los meses de convivencia e investigación en Campo Arañuelo, únicamente hemos sido invitados a domicilios de familias con cierto poder adquisitivo, que les permite vivir en condiciones de habitabilidad adecuadas. Sin embargo, otras personas entrevistadas a la hora de ser preguntadas por sus domicilios se mostraron preocupadas y descontentas. No sintiéndose cómodas hablando del tema, al referir que en sus viviendas hay grietas, ventanas rotas o están mal equipadas. Mayoritariamente, las personas migrantes ocupan las zonas más deterioradas y envejecidas, siendo casas mal aisladas, con deficientes sistemas de climatización que elevan los consumos energéticos. Muchas de las familias entrevistadas destinan un alto porcentaje de su renta disponible a la vivienda y al pago de facturas, contribuyendo a su empobrecimiento.

Es necesario destacar la importante labor que vienen realizando las familias de origen extranjero asentadas en la zona a la hora de evitar el derrumbe y el deterioro de los pueblos mediante la compra y la rehabilitación de estas casas.

El domicilio y el entorno en que habitamos están estrechamente relacionados con la dignidad y el bienestar del ser humano. Siendo una cuestión que vincula el ejercicio de otros derechos como la salud, la privacidad, la educación, el acceso a un empleo digno, la participación, entre otros.

#### • Servicios de asistencia y protección social

Cabe destacar que la mayoría de los servicios públicos y privados son ofertados en Navalmoral, seguido de Talayuela. Esto se debe a que Navalmoral es cabeza de comarca, así como al mayor número de población. Sin embargo, hay que señalar que la población de Casatejada, Saucedilla y de las pedanías de Talayuela presenta importantes situaciones de vulneración de derechos debido a la escasez de programas y recursos. Agravados en gran medida por la barrera física de la distancia, ya que un buen número de personas, principalmente mujeres, no cuenta con permiso de conducir o vehículo propio. Algunas organizaciones y todos los profesionales de los Servicios Sociales de Base (SSB) realizan visitas e intervenciones periódicas en las pedanías cercanas.

Se produce cierta duplicidad en programas y servicios, sin embargo en muchas ocasiones no supone un problema dado que las potenciales personas beneficiarias no siempre tienen acceso a los servicios, dada la alta demanda. Para evitar esta duplicidad se realiza coordinación entre organizaciones e instituciones.

Respecto a las clases de castellano es importante señalar un problema transmitido en las entrevistas. Muchas de las formaciones son dadas por profesorado que no maneja la lengua marroquí (Dariya) y que a menudo desconoce aspectos culturales generales esenciales (población tradicional, rural y analfabeta en su propia lengua), lo cual es una tremenda barrera a la hora de transmitir el conocimiento.

*“Tienen que ser marroquíes que hablen español, porque es gente que no sabe escribir su nombre. Tienes que explicarles todo. Van porque les obliga la Junta de Extremadura para la renta básica. Yo he visto dar clases a españoles y es de risa. Porque la gente no entiende nada”.*

*“Hay gente que viene de la montaña que no ha visto un colegio en su vida y vienes tú a decirle lo que le tienes que decir al médico. Una mujer de aquí le da igual escribir, quiere hablar. Ellas quieren encontrarse con la vecina de al lado y decirle: Buenos días. Quieren ir al médico y que el médico le haga caso. Porque si no hablas español no te hace caso. Te manda un paracetamol y te manda para casa. La complejidad del español y las palabras de los pueblos en castúo antiguo lo hace más difícil. El mantel para mi madre es mantel, faldilla no sabe lo que es”.*

Mujer migrante 2ª generación | Casatejada

En ocasiones la población entrevistada ha referido dificultad para conciliar los horarios de las clases con su trabajo u obligaciones domésticas, en los pueblos donde hay muy poca oferta (Casatejada y Saucedilla). Las clases de castellano son siempre de nivel básico por lo que es difícil que las mujeres que buscan una continuidad progresen.

A la Escuela de Adultos de Talayuela, acude mucha población migrante, en ella ofrecen cursos de todos los niveles por las tardes y de forma gratuita para personas de más de 18 años. Al ser el único servicio público existente en Talayuela se dan muchos casos de menores recién llegadas que no pueden acceder al sistema educativo y al no haber cumplido 18 años no tienen posibilidad de aprender el idioma. Esto supone que las oportunidades laborales se reduzcan incrementando el aislamiento social de estas personas.

Durante el trabajo de campo realizado se ha constatado la existencia de múltiples barreras de acceso al Sistema de Salud. Generando desigualdad en su acceso y afectando gravemente a determinados grupos y sectores de población. Como se ha expuesto ser trabajadora temporera de origen extranjero, especialmente marroquí, en tránsito o sin redes de apoyo, con un débil manejo de la lengua y de origen rural aumenta el grado de opresión y vulneración de derechos. Es en este aspecto que las administraciones públicas deben de poner el foco. Sin olvidar a la juventud, la cual debe de poder desarrollar sus expectativas vitales en igualdad de condiciones y sin discriminación.

# RECOMENDACIONES

El objetivo del presente estudio es el de orientar la intervención de organizaciones, administraciones e individuos que quieran mejorar el ejercicio del derecho a la salud y las condiciones de vida en general de la población migrante temporera en la mancomunidad de Campo Arañuelo.

Las siguientes recomendaciones son el resultado de un proceso de análisis bibliográfico, observación participante y sobre todo dialogo e intercambio con numerosas personas y organizaciones que viven y trabajan en Campo Arañuelo. Una vez sistematizada la información, un borrador fue remitido a las principales organizaciones y asociaciones de migrantes, realizando un último intercambio de información que se ve reflejado en las siguientes páginas.

Esperamos que esta identificación participativa de posibles estrategias de acción sirva como marco para el diseño e implementación de políticas y proyectos que contribuyan al reconocimiento, acceso y ejercicio de los derechos, sin discriminación y eliminando las actuales barreras existentes.

## Derecho a la salud

**1.** Es alarmante que en una comarca como Campo Arañuelo, por parte del Servicio Extremeño de Salud no exista ningún registro, ni estudio que analice el vínculo entre el trabajo en el campo y determinadas dolencias y enfermedades. Se han documentado y hay claros indicios de multitud de enfermedades laborales sin diagnóstico ni registro.

**Urge realizar estudios específicos al respecto.**

**2. Adaptar el sistema sanitario a las realidades migratorias**, desde un enfoque local con perspectiva rural, interseccional y de género. De esto modo, basándose en la igualdad y la justicia social se debe promover un **sistema sanitario acogedor** para todas las personas migrantes.

**3. Compromiso político que dote de presupuesto al SES**, con el objetivo de mejorar y aumentar los recursos y la condiciones de trabajo de sus profesionales. Así como garantizar no solo una cobertura universal sanitaria para todas las personas, sino la accesibilidad a este sistema de los colectivos en situaciones de desventaja social, evitando generar desigualdades entre territorios y sectores poblacionales.

**4. Simplificar y flexibilizar los trámites administrativos** para la obtención de la Tarjeta Sanitaria. Concretamente se recomienda, tal y como se ha hecho en otras regiones suprimir el requisito de presentar el **Certificado de no exportación**. En la práctica supone una fuerte barrera administrativa para el acceso a la atención sanitaria.

**5. Adaptar el sistema de citas** a los diferentes contextos y colectivos, con opción telefónica, presencial, o a través de aplicaciones online, adaptadas lingüística y culturalmente.

**6. Compatibilizar horarios** de atención al usuario a nivel social, sanitario y educativo con las realidades diversas:

- Jornadas laborales en el sector agrícola.
- Cargas familiares, en el caso de las mujeres migrantes temporeras una vez terminado el trabajo. Se propone la creación de un programa de acompañamiento infantil y refuerzo escolar mientras las mujeres acceden a los recursos.

**7. Mejorar y aumentar la oferta de transporte público** de la zona. Sobre todo en pueblos, pedanías y fincas donde existe mucha población sin vehículo propio.

- Ejemplo de buena práctica: En Francia todas las personas que se encuentran entre 0 y 100 km pagan el mismo dinero por el billete para acceder al hospital.
- Aumento del transporte sanitario para los programas de atención temprana de Navalmoral y Jaraíz que facilite la conciliación familiar.

**8.** Poner en marcha **proyectos y/o programas facilitadores** tanto en los Centros de Salud como a nivel comunitario.

**- Programas de mediación e interpretación:**

- **Bolsa de traductores y mediadores interculturales** en los Centros de Salud que faciliten la relación entre pacientes y profesionales y posibiliten una atención equitativa solventando los estigmas existentes y las barreras idiomáticas, culturales y de cosmovisión presentes. Este servicio debe de estar formado en atención sanitaria y cumplir con los principios éticos de profesionalidad: confidencialidad, imparcialidad y neutralidad.
- **Formación y orientación intercultural dirigida a profesionales sanitarios.** Es necesaria la sensibilización y la educación de todo el personal sanitario sobre las realidades migratorias con las que trabajan.
- **Creación de grupos de educación para la salud en las Áreas de Salud,** que sensibilicen mediante canales adaptados sobre el diseño y funcionamiento de SES, así como los derechos y obligaciones existentes.

**- Programas dirigidos al fomento de la salud de mujeres migrantes:**

- Estudiar las **realidades de las mujeres migrantes y las barreras específicas** de acceso a la salud en la zona.
- **Formación y orientación sobre salud preventiva** y sobre los recursos disponibles para garantizar el derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.
- **Información sobre la salud de la mujer adaptada lingüística y culturalmente.** Ésta debe ser distribuida a través de agentes comunitarios facilitadores que la hagan llegar de manera efectiva.

### - Programas de Salud Mental con perspectiva intercultural:

- **Apoyo psicológico transcultural** para los problemas asociados al proceso migratorio: depresión, ansiedad, duelos complicados, síndrome de Ulises, trastorno postraumático, etc.
- **Talleres de autoestima y habilidades sociales.**
- Programas para **combatir el aislamiento y la soledad**, especialmente de las mujeres migrantes.

### - Programas de educación en salud comunitaria:

- Crear de una **red de “agentes de salud”** encargada de promover el ejercicio del Derecho a la salud entre la ciudadanía y de visibilizar las problemáticas, barreras y determinantes sociales existentes entre la población migrante.
- **Coordinación estable y periódica** entre las administraciones, el personal sanitario y organizaciones de la sociedad civil.
- **Programa de familias** con especial énfasis en los hábitos alimenticios, como es el excesivo consumo de azúcar en edad infantil.
- Programa eficaz y continuado de **prevención y atención a la violencia de género** para evitar la normalización de abusos; acompañamiento y acogida de mujeres sobrevivientes a la violencia de género.
- Programas interculturales de ocio alternativo y saludable para la juventud.

## Derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable

1. Continuar con las **formaciones** existentes en habilidades para la búsqueda activa de empleo, aspectos socio-laborales, acceso a Internet y utilización de ordenadores, ya que en muchos domicilios no hay ordenadores ni Internet.
2. Proceso de **seguimiento y asesoría tras la inserción laboral** de las personas migrantes.
3. Promover la inserción laboral y su acompañamiento entre las **personas jóvenes de origen extranjero fuera del sector primario y/o no cualificado.**
4. Aumentar las **inspecciones de trabajo efectivas** en el sector agrícola.
5. Informar y orientar a la población migrante sobre los derechos laborales en España y el **Convenio del campo en Extremadura.**
6. Fomentar la **cultura sindical y su representación** entre la población migrante temporera.

7. Diseñar e implementar **órganos de control y monitoreo** que velen por el cumplimiento de los derechos laborales; y establezcan mecanismos de mediación y denuncia en caso de vulneración.

8. Crear un **Observatorio sobre los derechos laborales y sociales** de la población migrante temporera en Extremadura.

9. Crear de un **espacio permanente y efectivo de coordinación** entre administraciones públicas, empresas y organizaciones de la sociedad civil en materia de salud laboral. Apenas hay identificaciones y propuestas para la superación de las problemáticas sanitarias derivadas del trabajo agrícola.

10. Implementar un **Programa de vigilancia de la salud de los trabajadores temporeros**, ofrecer asistencia técnica y realizar un adecuado seguimiento para la prevención de riesgos laborales a empresas y trabajadores.

### Derecho a una vivienda adecuada y saludable

1. Puesta en marcha de un **Plan de oferta pública de vivienda** que fomente el alquiler y la venta de las casas vacías a personas migrantes. Es necesario que las administraciones ejerzan su obligación de materializar el derecho y el acceso a una vivienda digna y asequible.

2. Puesta en marcha de **Programas de rehabilitación de viviendas e intervención entre propietarios y arrendadores o compradores**, en los que participen administraciones y organizaciones de la sociedad civil.

3. Puesta en marcha de un **Programa de coordinación en época de campañas** para la oferta de albergues o viviendas dignas dirigidas la población temporera. Se ha documentado la existencia de asentamientos de personas temporeras en tránsito.

### Participación y convivencia

1. **Acabar con la barrera lingüística** que contribuye a dividir a las poblaciones de la comarca de Campo Arañuelo mediante:

- La ampliación de la oferta de alfabetización para adultos
- La contratación de profesorado que maneje el idioma y conozca la cosmovisión del alumnado.

2. Diseño e implementación de Planes y estrategias dirigidas a fomentar la **participación en procesos comunitarios interculturales**.

3. Fomento del **asociacionismo activo** entre la población migrante.

4. Realizar **convivencias interculturales** en los pueblos fuera de intereses o momentos interesados.

5. Realizar actividades de **ocio y tiempo libre dirigidas a mujeres migrantes**.

6. Diseño de Programas dirigidos a la **buena convivencia, la visibilización y no estigmatización de la población migrante**, sobre todo de origen marroquí.

7. Fomentar y apoyar la creación de **espacios participativos e impulsar iniciativas comunitarias**.

# REFERENCIAS

- Alba Hortas, N. (27 de 6 de 2022). *Derechos Sociales aportará 5 millones de euros para terminar con los asentamientos de temporeros en Andalucía*. La Moncloa.
- Alston, P. (2020). *Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos acerca de su visita a España*. NNUU.
- Babiker, S. (4 de Febrero de 2022). *El descontento de jornaleros hondureños contratados en origen para la campaña de la fresa no sorprende a los colectivos críticos con el sector de los frutos rojos*. El Salto, págs. <https://www.elsaltodiario.com/migracion/el-descontento-de-jornaleros-hondurenos-contratados-en-origen-para-la-campana-de-la-fresa-no-sorprende-a-los-colectivos-criticos-con-el-sector-de-los-frutos-rojos>.
- BOE núm. 10, d. 1. (2000). Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Madrid.
- Cabanillas, F. (3 de 5 de 2017). 2020: *horizonte máximo para erradicar los asentamientos de inmigrantes en Huelva*. El Diario.es.
- Canal Extremadura. (2 de 3 de 2022). *El campo vuelve a reivindicar soluciones a la sequía y a los altos costes en la inauguración de Agroexpo*. Canal Extremadura.
- Cantero, R. (22 de Septiembre de 2022). *El riesgo de pobreza repunta y alcanza el 32,3% en la región*. El Periódico de Extremadura, págs. <https://www.elperiodicoextremadura.com/extremadura/2022/09/22/riesgo-pobreza-repunta-alcanza-32-75726464.html>.
- CCOO. (2011). *ESTUDIO SOBRE EL EMPLEO E IMPORTANCIA SOCIAL DEL CULTIVO DEL TABACO EXTREMADURA*. FOREM EXTREMADURA.
- CEAR. (2022). *ONG piden al Gobierno una reforma del Reglamento de Extranjería más ambiciosa*.
- CESCR. (2000). *Observación general 14. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*. Ginebra: Naciones Unidas.
- De Granda Orive, I. (2018). *Impacto del tabaco en el medio ambiente: cultivo, curado, manufactura, transporte y tabaquismo*. Sociedad española de neurología y cirugía torácica SEPAR.
- Defensor del Pueblo Andaluz. (2001). *EL ALOJAMIENTO Y LA VIVIENDA DE LOS TRABAJADORES INMIGRANTES EN EL PONIENTE ALMERIENSE Y CAMPO DE NÍJAR*.
- Dirección General de Trabajo. (2022). *Convenio Colectivo de Trabajo del Campo*. Mérida: DOE.
- Europa Press. (15 de 5 de 2018). *Entidades agrícolas y sindicatos van a denunciar a Fiscalía una publicación sobre supuestos abusos en el campo*. Europa Press, págs. <https://www.euro-papress.es/andalucia/huelva-00354/noticia-entidades-agricolas-sindicatos-van-denunciar-fiscalia-publicacion-supuestos-abusos-campo-20180515172213.html>.
- Europa, C. d. (1996). *Carta Social Europea* (revisada). Estrasburgo.
- Gaspar, I. (2021). *Un eslabón imprescindible: Extremadura produce el 98% del tabaco que se cultiva en España*. *ElEconomista*.
- Gastal Fassa, A., Spada Fiori, N., Dalke Meucci, R., Müller Xavier Faria, N., & Peres de Carvalho, M. (2020). *Dolor cervical entre agricultores que producen tabaco en el sur de Brasil*. *SCIELO SALUD PUBLICA*.
- Gimeno-Feliu, Luis Andrés; Pastor-Sanz, Marta; Poblador-Plou, Beatriz; Calderón-Larrañaga, Amaia; Díaz, Esperanza; Prados-Torres, Alexandra. (2020). *Multimorbidity and chronic diseases among undocumented migrants: evidence to contradict the myths*. *International Journal for Equity in Health*.
- Hill Collins, P. (1990). *Pensamiento feminista Negro: Conocimiento, Consciencia y Políticas de Empoderamiento*. Routledge Classics.
- ICEX. (2021). *España, una economía competitiva y abierta*. Instituto de Comercio Exterior.

- ICEX. (2022). *Industria agroalimentaria. Un sector fuerte y resiliente*. Instituto de Comercio Exterior.
- IEEX, I. d. (2021). *Encuesta de Condiciones de Vida*. Mérida.
- Inclán, F. A. (2020). *Viaje sin alforjas a las comarcas del tabaco*. El Salto Diario.
- Junta de Andalucía. (1 de 7 de 2022). *Andalucía celebra que el Gobierno central se sume a las actuaciones para erradicar los asentamientos chabolistas en Huelva*. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación .
- Kohan, M. (24 de 5 de 2018). *La Junta de Andalucía remitirá a la Fiscalía posibles casos de abusos sexuales a temporeras de la fresa*. Público, págs. <https://www.publico.es/sociedad/violencia-genero-junta-andalucia-remitira-fiscalia-posibles-casos-abusos-sexuales-temporeras-fresa.html>.
- La Caixa, O. (2011). *Inmigración y Estado de bienestar en España*.
- López Trujillo, N. (9 de julio de 2020). *Temporeros en Lleida: "Que vivan en la calle es una situación que se repite cada año"*. Nevtral, págs. <https://www.newtral.es/temporeros-lleida-brote-coronavirus-sin-hogar/20200709/>.
- Marcos, M. Á. (21 de 10 de 2009). *El argentino Jorge Farfán es el nuevo director del hospital Campo Arañuelo*. HOY, págs. <https://www.hoy.es/20091021/navalmoral/argentino-jorge-farfan-nuevo-20091021.html>.
- Marcos, M. Á. (18 de 09 de 2022). *Un empresario de Navalморal ofrece drones para tratamientos agrícolas*. HOY, págs. <https://www.hoy.es/extremadura/empresario-navalmoral-drones-tratamientos-agricolas-20220918073827-nt.html>.
- Martín, M. (3 de 6 de 2022). *Escrivá planea incorporar a miles de trabajadores extranjeros en el mercado laboral*. El País, págs. <https://elpais.com/espana/2022-06-03/escriva-impulsa-una-reforma-legal-para-dar-permisos-de-trabajo-a-miles-de-inmigrantes.html>.
- Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030. (2021). *Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030.
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (29 de 6 de 2021). *Trabajo intensificará las campañas de inspección para erradicar las conductas que denuncian las Jornaleras en Lucha*. Servicio de Prensa, págs. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Paginas/2021/290621-jornaleras.aspx>.
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (6 de 7 de 2022). *Yolanda Díaz defiende más derechos laborales para las personas trabajadoras en plataformas digitales de toda Europa*. Servicio de Prensa, La Moncloa, págs. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Paginas/2022/060722-diaz-italia.aspx>.
- Müller, P., & Prandi, S. (2018). *Violadas en los campos de Europa*. BuzzFeedNews, <https://www.buzzfeed.com/pascalemueller/violadas-en-campos-europa>.
- NNUU. (26 de junio de 2020). *España mantuvo a trabajadores migrantes "completamente desprotegidos" durante la pandemia, dice experto de la ONU*. Noticias ONU, págs. <https://news.un.org/es/story/2020/06/1476662>.
- OMS. (1997). *Política de salud para todos para el siglo XXI*.
- Padilla, J. (2021). *Nadie está a salvo hasta que todo el mundo esté a salvo*. REDER.
- Palomo, T. (6 de 6 de 2020). *"Nos han dejado solos, como siempre"*. El País.
- Plaza Casares, S. (14 de junio de 2022). *El nuevo anteproyecto de ley sanitaria mejora la universalidad pero no da el paso definitivo*. El Salto.
- Prandi, S. (2018). *Oro rosso*. Cagli: Settenove edizioni.
- Presidencia, M. d. (2011). Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. BOE nº 103.
- Ramajo, J. (30 de junio de 2022). *El protocolo para erradicar asentamientos de temporeros en Huelva incluye "nuevos albergues y soluciones residenciales"*. El Diario.es.
- REDER. (2018). No dejar a nadie atrás.
- REDER. (2022). 121/000110. Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Madrid.

- Ruiz-González, N. (2021). *Teorizando sobre los distintos niveles de opresión de las mujeres negras. Afrofémimas*.
- Serrano, M. (27 de 6 de 2021). Jornaleras de Huelva se organizan contra el infierno que viven las temporeras. Público, págs. <https://www.publico.es/sociedad/jornaleras-huelva-organizan-infierno-viven-temporeras.html>.
- Villén, A. (06 de Junio de 2022). [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org). Obtenido de [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org): <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/temporeros-en-tiempos-de-coronavirus-de-la-invisibilidad-a-la-culpa-covid-19>
- Women's Link Worldwide. (10 de marzo de 2019). *Women's Link representa a cuatro trabajadoras de la fresa que denunciaron explotación laboral y acoso sexual en España*. Nota de prensa.
- Women's Link Worldwide, Taraceas, & Andaira. (2019). Temporeras marroquíes.
- Women's Link Worldwide. (2019). Contrataciones en origen - Trabajadoras de la fresa en Huelva

