ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y LA MEDICINA: SALUD, DIVERSIDAD CULTURAL Y DESIGUALDAD SOCIAL

VOLUMEN 1
Trabajo de investigación. Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural
Autora: Lucía Sanjuán Núñez
Directora: Dra. Teresa San Román
Departament d'Antropologia Social i Cultural
Universitat Autònoma de Barcelona
Octubre, 2007

A Javier y a nuestra hija, que está en camino
A mi familia
A Teresa San Román
Gracias

ÍNDICE

VOLUMEN 1

Agradecimientos 5

Introducción 6

Primera parte
Capítulo 1. Desigualdades sociales en salud 18
1. Justificación del estudio de las desigualdades sociales en salud 18
2. Breve historia del estudio de las desigualdades sociales en salud 21
3. Aplicabilidad de los estudios de desigualdades sociales en salud para la investigación con población inmigrante y/o marginal 24

Capítulo 2. Salud e inmigración 51
1. Impacto de la emigración para quienes permanecen en el país de origen 51
2. Impacto de la inmigración en la salud de la población receptora 53
3. Impacto de la migración en la salud del inmigrante 58
3.1. Etapas de la migración y su relación con la salud 58
3.2. Desigualdades en salud e inmigración 62
3.3. Salud mental e inmigración 83

Segunda parte
Capítulo 3. El acceso a los cuidados de salud 113
1. Accesibilidad. El acceso a los cuidados de salud 113
2. Uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante 117
3. Factores relacionados con el acceso a los cuidados de salud 123
3.1. Marginación social y pobreza 123
3.2. Estructura y fundamentos del sistema sanitario 135
3.3. Factores relacionados con la tradición cultural 153
4. La competencia cultural: una paroximación a la asistencia sanitaria en contextos interculturales 194

Tercera parte. Adenda
Capítulo 4. La salud como derecho humano 204
1. El concepto de salud. El derecho a la salud y la equidad en salud 204
2. Los derechos humanos como marco normativo 209
2.1. Derechos reconocidos a la población general 211
2.2. Derechos reconocidos a poblaciones consideradas de especial vulnerabilidad 215

Capítulo 5. Legislación europea, española y catalana en materia de derechos humanos, salud e inmigración..... 232
1. Legislación de la Unión Europea..... 232
2. Legislación del Estado español 246
3. Legislación de Cataluña 273
4. Normativa municipal 282

Conclusiones..... 286

VOLUMEN 2

Anexos

Anexo I. Desigualdades sociales en salud en el ámbito español y catalán..... 3
Anexo II. Documentos internacionales en materia de salud y derechos humanos..... 15
Anexo III. Propuesta preliminar de materiales para la atención en salud mental en una unidad específica 22

Bibliografía

Bibliografía citada 49
Bibliografía referida 58

AGRADECIMIENTOS

He estado pensando en estos agradecimientos casi desde el comienzo de la redacción del texto. Y es que es mucha la gente a la que tengo que agradecer su ayuda por haberme apoyado no sólo para desarrollar este trabajo, sino mucho más ampliamente, durante toda mi trayectoria profesional y personal. Personas a las que debo lo bueno que pueda haber en mí y que son muchas porque soy afortunada.

Pero citaros aquí a todos vosotros, con nombres y apellidos, le restaría valor a lo quiero decir, podría llegar a parecer una simple una enumeración y nunca estarían ni todas las personas ni, sobre todo, todos los motivos. También influye –por qué no decirlo, si ya nos conocemos– el pudor: el mío y sé que también el vuestro. Pero es que además pienso que si necesitara mencionaros sería una señal de que lo estoy haciendo muy mal: espero saber mostrar mi agradecimiento en el día a día, sin grandes declaraciones.

Así que he decidido no nombraros, pero que no os quepa duda de que estáis todos aquí.

Gracias por acompañarme en el camino. Espero estar a la altura.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de una evolución personal, intelectual y profesional, desde la Medicina, disciplina en la que me formé inicialmente, hasta la Antropología de la Salud, donde he ejercido mi actividad laboral y desarrollado mi formación como investigadora en los últimos años.

El texto responde a un intento de aproximarse, desde la Antropología, pero sin perder de vista la Medicina –y, más específicamente la Salud Pública–, a las posibles respuestas a una serie de preguntas: ¿qué diferencia la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas de la que se ofrece al resto de la población?, ¿qué factores pueden estar implicados en el estado de salud y en la atención sanitaria que reciben estas poblaciones?, ¿por qué suele decirse que esta atención implica problemas y dificultades?.[1]

Responde también al intento de encontrar esas respuestas desde unas ciertas bases metodológicas y éticas, en el sentido de que creo necesario que en cualquier investigación –pero muy especialmente en aquéllas que tienen su ámbito de interés en el ser humano–, se debería tener presente que el conocimiento es siempre falible y provisional, perecedero, y que está sujeto a nuestros propios valores y convicciones –probablemente bienintencionados pero no necesariamente universales–, por lo que siempre será necesario poner a prueba y revisar nuestras hipótesis. Se trata de intentar conocer en profundidad la realidad sobre la que se va a trabajar, observar detenidamente los fenómenos que se producen, sus consistencias y sus variaciones. Y se trata también de asegurar que utilizamos lo mejor de nuestras disciplinas y, en la medida de lo posible, de las de otros, en el convencimiento de que, cuando nos ocupamos de la vida humana, la interdisciplinariedad no sólo es posible sino que resulta obligada.

Tenemos la responsabilidad de garantizar la calidad –con sus limitaciones– de nuestras propuestas, de ser capaces de difundirlas entre quienes puedan considerarlas útiles, sin dogmatizar ni moralizar, pero manteniendo el objetivo de arrojar luz sobre los problemas de la gente y, si es posible, contribuir a solucionarlos. Responsabilidad inmensa, puesto que, aunque sólo sea a veces, nuestras investigaciones generan un estado de opinión e incluso llegan a usarse para implementar políticas que afectan a la vida de las personas. Creo, sin ningún tipo de dudas, en la utilidad social del conocimiento, pero de este tipo de conocimiento, fundamentado y responsable.

Reconozco también que parto de una base ética o ideológica: que la asistencia sanitaria debe ser universal y en condiciones de igualdad para todas las personas, independientemente de variables como el género, la edad, la situación socioeconómica, etc., y también independientemente de la procedencia nacional o étnica e incluso, de la situación legal en el país. No puedo entender la atención sanitaria como un servicio más, como un bien de consumo respecto al que se pueda asumir que una parte de la población no tiene acceso o existen diferentes niveles de disfrute: se trata de un servicio básico, ligado a la dignidad del ser humano, que debería ofrecerse en condiciones de igualdad a toda la población sin distinciones. A parte de las posibles razones económicas o de

[1] Gracias a A. Díaz que me sugirió estas cuestiones hace un par de años en una reunión del GRAFO (Grup de Recerca en Antropología Fonamental i Orientada) de la UAB (Universitat Autònoma de Barcelona).

organización social que puedan esgrimirse para no ofrecer atención sanitaria a los inmigrantes que no han legalizado su estancia –que no se me escapan y a las que es necesario encontrar una compatibilidad con la defensa del derecho a la salud–, yo parto de un razonamiento si se quiere más visceral: tener la posibilidad material de ofrecer asistencia sanitaria a cualquier ser humano y no hacerlo es algo que, éticamente, me ofende. Respecto a la inmigración y a la diversidad cultural, algunos preferimos el vértigo de lo que se mueve a la quietud de las aguas mansas: es sabido que en estas últimas se incuban toda clase de enfermedades.

Una vez hecha esta declaración de intenciones, conviene contextualizar en tiempo y espacio el nacimiento de este texto. En cuanto al espacio, el trabajo se sitúa en el ámbito español y, sobre todo, catalán, aunque, cuando se estima necesario, se recurre a fuentes bibliográficas o ejemplos internacionales. El intento de responder a las preguntas que se planteaban antes se ha dado en el marco de dos investigaciones y de un trabajo individual. A lo largo del año 2005, la Fundació Jaume Bofill de Barcelona financió la primera parte de la investigación que consistió fundamentalmente en la revisión bibliográfica y las primeras aproximaciones al tema[2]. El trabajo de campo correspondiente a esta fase se realizó en el *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona, en diferentes etapas y con diferentes niveles de dedicación a lo largo de ese mismo año, mediante un convenio –del que fui responsable para este campo– entre el citado servicio y el GRAFO (Grup de Recerca en Antropología Fonamental i Orientada) de la Universitat Autònoma de Barcelona, del que formo parte. Más tarde, y por razones ajenas a la buena voluntad de todos los participantes, la imposibilidad de continuar el trabajo en ese contexto lo situó en un plano más individual. Finalmente, la última etapa de la investigación, que todavía continúa, se ha desarrollado gracias a mi participación como investigadora y responsable del área de Antropología de la Salud en la investigación *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural a l'àmbit de la salud a barris d'actuació prioritària de Catalunya*, dirigida por la Dra. Teresa San Román y fruto de un convenio de colaboración entre el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (en concreto, la Subdirecció General de Promoció de la Salut) y el GRAFO. No puede decirse, sin embargo, que el grueso del trabajo parta de esta última investigación, pero sí algunas de sus reflexiones y, sobre todo, las propuestas en cuanto a líneas futuras de continuidad.

Dos comentarios más antes de entrar a describir la estructura del texto y el por qué de su contenido concreto. Una de las principales dificultades que se presentaron desde el principio fue la definición de los términos. Aunque no parece el momento para una revisión en profundidad de conceptos sobre los que otros autores ya han trabajado, sí merece la pena aclarar, al menos, qué se entenderá por inmigrante ya que las definiciones que se han dado han sido variadas en función del contexto, del momento y de la disciplina concreta. No pretendo aquí elaborar una nueva, por lo que me remitiré a la propuesta elaborada por un grupo de expertos convocados por el Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut de la Generalitat de Catalunya[3], con algunas

---

[2] Gracias a T. Climent y M. Nadal, por su apoyo y paciencia.

[3] Publicada en Malmusí D, Jansà JM. (2007) Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 4, 399-409. El grupo, formado por expertos en inmigración de distintas disciplinas y ámbitos de trabajo, elaboró la propuesta de definición siguiendo la metodología de

precisiones. Los motivos para la elección de esta definición y no de otra entre todas las existentes son múltiples: el grupo trataba de encontrar un consenso entre diferentes expertos y parece buena idea que la definición, al menos genérica, con la que se trabaje desde distintas disciplinas sea la misma; corresponde a un intento de definición elaborado en el ámbito catalán, donde, en parte, se contextualiza este trabajo; y se pretendía obtener una definición que pudiera utilizarse en los distintos sistemas de información sanitaria e investigaciones en Cataluña. El documento incluía los siguientes acuerdos en cuanto a las definiciones:

> "**Definición de inmigrante**. Se denomina inmigrante a la persona que llega a un país dónde no ha nacido para fijar su residencia.
> La definición así redactada hace referencia a los inmigrantes internacionales (de un Estado al otro). La intención de fijar la residencia puede ser tanto temporal como permanente y no implica disponer de permiso de residencia. No sólo quien procede de un país pobre es un inmigrante.
> **Consideraciones terminológicas**. Los hijos nacidos en el Estado español de padres nacidos en otro país ya no se deberían considerar inmigrantes, ni, por tanto, denominar 'inmigrantes de segunda generación' o personas 'de origen inmigrante'. Es mejor hablar de 'hijos de inmigrantes' o de 'hijos e hijas de familias inmigradas", recordando que, aún cuando puedan no disponer todavía de nacionalidad española, deben considerarse españoles y catalanes a todos los efectos.
> Las personas llegadas de otro país no siguen siendo 'inmigrantes' de por vida. Por lo tanto, sería mejor hablar de personas 'inmigradas' cuando se hace referencia a personas ya asentadas en nuestro país. Ninguno de estos términos debe servir, en todo caso, para etiquetar como 'diferente', sino para distinguir determinadas circunstancias, como estudiar problemáticas y desigualdades que les pueden afectar negativamente.
> **Definiciones operativas.** En el ámbito de la investigación y para el análisis de datos específicos, se recomienda para uniformar criterios, utilizar una definición operativa que considere a las personas nacidas fuera del Estado español como inmigrantes hasta un tiempo determinado desde su llegada que, dependiendo del interés o finalidad del estudio, se puede fijar en 5 o 10 años (el grupo no consiguió consenso sobre este punto). Si el año de llegada no se encuentra disponible, se pueden considerar como inmigrantes las personas nacidas fuera de España con nacionalidad extranjera o, si sólo se hace referencia a población adulta, todas las personas con nacionalidad extranjera.
> Cuando el interés se centra en todas las personas 'inmigradas', se pueden considerar como tal todas las que viven en España y han nacido en otro país; siempre teniendo en cuenta la nacionalidad y el tiempo transcurrido desde la llegada como variables importantes para determinar el grado de asentamiento." (Malmusi, Jansá, 2007: 409, las negritas son suyas)

Partiendo de esta definición, con el término *inmigrante* designaré, a efectos exclusivamente de establecer un patrón para este texto, a aquella "persona que llega a un país dónde no ha nacido para fijar su residencia", con la precisión de que se considerarán como tales sólo a los procedentes de los llamados países de renta media y baja –y con rentas medias o bajas en origen ellos mismos–, independientemente de su tiempo de estancia y de su intención o no de retorno. Estas precisiones se justifican de la siguiente manera: en lo que se refiere a los intereses de este trabajo se hablará fundamentalmente de personas llegadas de países de rentas medias o bajas y poseedores ellos mismos de bajos niveles de renta en origen porque es necesario considerar que su situación económica, junto con las posibles dificultades para la propia llegada y la adaptación, pueden introducir elementos significativos en su estado de salud y en la atención sanitaria que reciben y que es necesario brindarles. No se incluye la variable tiempo de estancia porque, aunque es obvio que no puede considerarse inmigrante a

---

los grupos Delphi. Recibieron un cuestionario con distintas propuestas de categorizaciones y, a partir de sus respuestas, se elaboró un documento de consenso.

alguien *sine die*, el criterio para dejar de serlo debería remitir más a la situación de integración social que al número de años de estancia.

Y dicho esto, aclarar un último punto, tampoco exento de polémica. A lo largo del texto hablaré de inmigrantes, personas inmigradas, profesionales sanitarios etc., utilizando, de manera genérica, el género masculino, por varios motivos: el primero y principal, porque en castellano es este género el que se debe emplear para designar a los grupos o clases de individuos de ambos sexos[4]; por hacer más sencilla y fluida la lectura; y también porque suele incomodarme la artificialidad de las soluciones propuestas para evitar el supuesto sexismo de los términos en masculino, por muy políticamente correctas que sean.

Hablemos ya de la estructura del trabajo. La investigación parte de una primera necesidad: conocer cuál era la bibliografía y las corrientes teóricas principales en esta materia, cuáles eran los principios metodológicos y técnicos que guiaban las investigaciones y de qué datos concretos se disponía. Para ello se realizó una revisión de la bibliografía especializada de la Antropología de la Salud y la Medicina (fundamentalmente la Epidemiología, pero también la procedente de otros aspectos de la Salud Pública como la organización y evaluación de los servicios sanitarios). Al hacerlo se llegó a la conclusión de que el tipo de investigaciones y de datos que proporcionan estas disciplinas pueden ser diferentes y que procedía un análisis por separado, pero comprehensivo. Por este motivo, el texto se dividió en dos partes, a las que más tarde se añadiría una tercera.

Primera parte

La primera parte está dedicada, fundamentalmente, al análisis de las principales características de las investigaciones realizadas desde el ámbito de la salud –concretamente las que se diseñan según el modelo de desigualdades sociales en salud–, el análisis de sus aportaciones y limitaciones para conocer el estado de salud y la situación de la atención sanitaria a personas inmigradas, y la exposición de los principales datos epidemiológicos disponibles. Para ello, se dividió esta primera parte en dos capítulos:

Capítulo 1: Desigualdades sociales en salud

El capítulo 1 está dedicado a un primer abordaje de los estudios sobre desigualdades sociales en salud, la orientación más frecuente desde la que se analizan estos temas.

En las primeras páginas de este capítulo se realiza un resumen de la importancia del estudio de las desigualdades en salud, repasando de manera somera los conceptos principales que se manejan y la historia nacional e internacional de este ámbito de investigación, cuya intención es, exclusivamente, contextualizar las aportaciones que se exponen. Conviene aclarar ya en este momento que ni en este capítulo ni en ningún otro del texto se pretende un repaso exhaustivo de toda la bibliografía sobre cada uno de los temas ni la enumeración de todas las corrientes teóricas existentes, cuestiones que el

[4] El lector interesado puede consultar: Real Academia Española, RAE, ed. (2006) *Diccionario Panhispánico de Dudas*. Madrid, Santillana.

lector puede encontrar mejor desarrolladas en otros textos que tienen este propósito y que se mencionan en la bibliografía.

El grueso del capítulo y su interés fundamental se encuentran en el intento de analizar en qué medida los instrumentos técnicos y metodológicos que se emplean habitualmente en este tipo de estudios son aplicables a la investigación sobre el estado de salud y la asistencia sanitaria de poblaciones inmigradas en nuestro medio[5] y cuáles son las implicaciones que tienen en cuanto al conocimiento. Parto de la convicción de que la base de cualquier investigación, primero, y de las intervenciones que puedan basarse en ella, después, tienen que contar con unos cimientos sólidos en cuanto a estas cuestiones, de manera que me ha parecido imprescindible realizar un repaso de las características de estos estudios y una reflexión crítica y constructiva sobre sus aportaciones y posibles limitaciones para este campo del conocimiento, sin pretender enumerar todos los posibles tipos de estudios, sus ventajas, inconvenientes y posibles aplicaciones, sino tan sólo hacer un repaso genérico que permita analizar su aplicabilidad a estas poblaciones.

El estudio de las desigualdades sociales en salud tal y como se plantea en este capítulo puede parecer alejado de la metodología e intereses de la Antropología de la Salud, pero opino que es necesario profundizar en él, desde sus raíces históricas hasta la metodología actual, porque es el tipo de investigación más frecuente en la actualidad, porque es la que se utiliza en los sectores más próximos a la Medicina y porque, tal y como se expone, su aplicabilidad es limitada para el tipo de población sujeto de interés de este trabajo. Sin embargo, es la que continua empleándose y son las investigaciones que las administraciones suelen financiar (en la medida en que financian las principales fuentes de las que obtienen sus datos y suelen ser –salvo excepciones– relativamente baratas y rápidas de realizar). Por otra parte, conocer de manera siquiera genérica los resultados de este tipo de estudios puede servir de base para planificar investigaciones en profundidad, para detectar tendencias o sugerir factores implicados.

Capítulo 2: Salud e inmigración

El capítulo 2 responde a la necesidad de conocer cuáles son los principales ámbitos de interés de las investigaciones y los datos principales de los que disponemos. Y ya en este punto puede decirse que destacan claramente dos hechos: la escasez de estudios y las limitaciones metodológicas de buena parte de los existentes.

El capítulo se ha dividido en varios apartados. En primer lugar, trata de hacerse un apunte brevísimo sobre el impacto que tiene la emigración en los países de los que parten los emigrantes y sobre la salud de las personas que allí quedan, tan sólo con la intención de poner sobre la mesa que es un aspecto al que no se suele prestar demasiada atención y, sin embargo, es relevante. Sería necesario, por tanto, profundizar en la investigación en este campo, algo que se escapa, en este momento, a las posibilidades de este trabajo y, en cierta medida, a mis intereses profesionales.

En segundo lugar, se aborda el análisis de los resultados presentados en los trabajos de algunos autores destacados y las opiniones que de ellos se desprenden sobre el posible impacto que la inmigración puede tener sobre la población receptora. Se trata también de un abordaje muy breve, en el que tan sólo se pretende mostrar la existencia de

[5] La expresión “nuestro medio” será ampliamente utilizada a lo largo de este trabajo y, salvo que se indique otra cosa, servirá para referirse al Estado español y Cataluña.

posturas no siempre coincidentes y la necesidad de profundizar en el conocimiento de estas cuestiones para evitar estigmatizaciones y para ayudar a los organismos y personas competentes a disponer de datos fiables en los que basar sus actuaciones.

El tercer apartado realiza una aproximación a la situación de morbi-mortalidad de los inmigrantes en nuestro medio, mostrando los principales resultados de los estudios más destacados y rigurosos y diferenciando también entre las diferentes etapas del proceso migratorio[6]. Se ha atendido a los principales grupos de enfermedades, con dos criterios: existencia de estudios específicos y realizados con rigor en cuanto a la obtención, tratamiento y análisis de los datos, por una parte, y repercusión e importancia de los cuadros, por otra. No se trata, de nuevo, de un repaso exhaustivo de toda la bibliografía sobre el tema –para lo que se sugieren otras fuentes de consulta–, sino un intento de mostrar cuál es la situación genérica de salud de los inmigrantes y también de los principales ámbitos de interés para los investigadores.

El cuarto y último apartado está dedicado a aspectos relacionados con la salud mental y la inmigración. Dedicar un apartado en exclusiva a la salud mental parece justificado por la especial atención que se ha prestado al tema en investigaciones y también en trabajos de las administraciones tanto a nivel internacional como en nuestro medio. Se pretende realizar una exposición de los principales enfoques de la salud mental e inmigración ofreciendo una crítica que intenta ser constructiva a los modelos existentes. Se abordan especialmente el duelo migratorio y el Síndrome de Ulises, teniendo en cuenta la repercusión que han tenido en la bibliografía especializada en nuestro medio, en los profesionales sanitarios e incluso en las administraciones, que frecuentemente usan estas categorías en sus protocolos, de manera que éstas se transmiten a los profesionales y al público en general. Además de lo anterior, el apartado dedicado a salud mental se completa con una reflexión necesariamente breve sobre las categorías diagnósticas y su supuesta validez universal, y las posibles limitaciones que presentan para entender al paciente como inserto en un medio social y cultural que matiza la expresividad y la significación de los síntomas. Se trata de poner de manifiesto –partiendo de los análisis elaborados por profesionales expertos en esta materia, cuyos trabajos se toman como base– que en situaciones interculturales el paciente puede estar manifestando su sufrimiento (y desarrollando conductas) desde parámetros diferentes a los que el clínico utiliza para interpretarlos, diagnosticarlos y tratarlos. Finalmente, se realiza un pequeño análisis de las posibilidades terapéuticas en salud mental en el contexto intercultural y de la importancia de los equipos interdisciplinares y los abordajes integrales que tengan en cuenta la cultura de origen, el medio social y cultural en el que se inserta el paciente, el proceso migratorio y las características que le son propias al sistema sanitario en el que es atendido.

Respecto al contenido de este capítulo también podría efectuarse la crítica de que se escapa a los intereses y metodología de la Antropología de la Salud y se centra más en aspectos de tipo médico que pueden no parecer adecuados en este tipo de trabajo. Sin embargo, además de responder a mi propia formación y especialización personal, opino que se trata de un conocimiento absolutamente necesario para cualquier investigador, de la disciplina que sea, que pretenda profundizar en estas cuestiones. Me parece inevitable e imprescindible conocer estos datos para un análisis antropológico bien fundamentado

[6] Entenderemos por "proceso migratorio" el intervalo de tiempo y acontecimientos que va desde que la persona decide emigrar y comienza los preparativos para hacerlo hasta su adaptación al país de destino elegido, incluyendo, por tanto, tanto el viaje, como las estancias en puntos intermedios.

en este campo, de la misma forma que considero también inexcusable abordar los aspectos legales y jurídicos en los que se basa la asistencia, como veremos más adelante. Existe, además, bibliografía asequible para cualquier investigador y conocer estas cuestiones es una cuestión de responsabilidad personal que ayudará a fundamentar las investigaciones en la realidad en la que se insertan. Como defenderé a lo largo del trabajo, el contexto actual en el que tiene lugar la inmigración y la asistencia sanitaria a estas personas en nuestro medio obliga a que los profesionales dejen de creer que pueden trabajar aisladamente y que los conocimientos derivados del cuerpo teórico de sus propias disciplinas son suficientes, en exclusiva, para entender y eventualmente actuar sobre una realidad que se manifiesta compleja.

Una vez analizados, siquiera someramente, la metodología de las investigaciones y expuestos los principales datos sobre la situación en cuanto a la salud de los inmigrantes en nuestro medio, el siguiente paso debía ser, según parecía lógico, tratar de averiguar cuáles podían ser los factores implicados. Por este motivo se escribió la segunda parte del trabajo, de la que hablaré a continuación, que constituye su mayor aportación y que abarca el grueso del texto en un único capítulo. Se titula “El acceso a los cuidados de salud” porque se refiere no sólo al acceso a los servicios sanitarios sino también a otros bienes y servicios como la vivienda, el trabajo, etc., que tienen una repercusión en el estado de salud de la población.

Segunda parte

Capítulo 3: El acceso a los cuidados de salud

En la misma línea que en el capítulo anterior, se analizan los principales conceptos relativos al acceso a los cuidados de salud y los datos disponibles en nuestro medio sobre el uso de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, prestando especial atención al patrón de uso de servicios. También igual que en capítulos anteriores, el objetivo no es una exposición exhaustiva de todos los estudios disponibles sino mostrar de manera genérica los datos existentes, las tendencias en el uso de los servicios y las principales hipótesis que se manejan.

Para organizar mejor el análisis y facilitar la lectura se diseñó una división temática en tres partes: marginación social y pobreza, estructura y fundamentos del sistema sanitario y factores ligados a la tradición cultural. Señalar también que la división que se plantea es una de tantas posibles y el objetivo es sólo analítico.

El apartado dedicado a marginación social y pobreza aborda fundamentalmente el análisis de cuestiones relativas a la situación legal del inmigrante, el trabajo, la limitación de ingresos, la pobreza y la vivienda. No pretenden recogerse todas las posibles situaciones, que pueden ser enormemente variables en función de los grupos, las características del proceso migratorio y las propias personas que lo emprenden, sino llamar la atención sobre algunos de los principales factores que pueden estar implicados y que es útil y necesario que los profesionales de distintas disciplinas conozcan y tengan presentes durante el ejercicio de su profesión, y que deberían tenerse en cuenta también a la hora de planificar y organizar la asistencia sanitaria a estas poblaciones y en el momento de elaborar protocolos específicos para la atención a su salud.

El segundo apartado de este capítulo, sobre la estructura y fundamentos del sistema sanitario, pretende poner sobre la mesa, de manera necesariamente breve, la importancia

de diversas cuestiones. Por una parte, las relacionadas con la planificación de la asistencia, fundamentalmente relativas al volumen y perfil de población a la que se atiende y sus necesidades en salud. Por otra, la propia organización de los servicios sanitarios: diseño genérico, limitaciones económicas para asumir los costes crecientes, tendencia a la protocolización y condiciones de trabajo de los profesionales, entre otras posibles. Los expertos en el tema pueden considerar este apartado superficial y tendencioso, pero sólo pretende enumerar y analizar muy brevemente los principales elementos que pueden estar implicados, sin excluir la existencia de otros factores y otros posibles análisis y que estos sean además muchas veces específicos para cada centro o momento en concreto. No se trata de hacer una crítica negativa en exceso ni de situar toda la responsabilidad en los profesionales y gestores ni tampoco de reivindicaciones más o menos panfletarias a su favor, sino de ser realistas e intentar plantear los elementos posibles que puedan estar interviniendo como primer paso para tomar medidas que puedan mejorar la asistencia.

El tercer y último bloque de este capítulo está dedicado a los factores ligados a la tradición cultural (de profesionales y pacientes) que pueden influir de alguna manera en la salud y la asistencia sanitaria. No se trata tampoco esta vez de hacer una caracterización estricta de todos los posibles fenómenos que intervienen, algo obviamente imposible en un número tan limitado de páginas, sino de exponer las cuestiones más relevantes y, sobre todo, poner sobre la mesa la mera existencia y la complejidad de factores de índole cultural que pacientes, profesionales y gestores deberían de tener en cuenta, aunque no conozcan en profundidad ni de manera concreta cada uno de ellos. No se pretende tampoco hacer un repaso a las principales publicaciones desde la Antropología de la Salud ni una recopilación de datos etnográficos en esta materia, algo obviamente también imposible y además poco útil para los objetivos mencionados, sino de resaltar algunos de los principales trabajos sobre el tema y, en la medida de lo posible, dar una continuidad argumental a los razonamientos y factores implicados usando ciertos ejemplos etnográficos. Se ha intentado utilizar investigaciones que se hayan realizado en origen y en destino, en profundidad y con rigor, y que se refieran a grupos o situaciones que puedan considerarse representados de alguna manera en nuestro medio. Desgraciadamente, no existen tantos trabajos que reúnan características, por lo que he seleccionado algunos ejemplos especialmente idóneos. Comienzo por un análisis breve de los factores relacionados con la comunicación médico-paciente, puesto que lo considero el pilar básico desde el que parte la relación con el sistema sanitario (desde el punto de vista del paciente) y la actitud del profesional. Sigue un abordaje sobre la existencia de variaciones en cuanto a la manera en que diferentes culturas y sistemas médicos entienden los componentes de la persona y el funcionamiento del cuerpo humano y cómo todo ello tiene necesariamente una repercusión en las conductas relacionadas con la salud, en los fundamentos en los que asienta nuestro sistema sanitario y en la situación que se producirá en la consulta cuando tiene lugar en un ámbito intercultural como es el nuestro. Se abordan también cuestiones relacionadas con la concepción de la individualidad, el tiempo y el espacio y los roles asignados por sexo y edad, que pueden tener repercusiones en la manera de entender los comportamientos correctos y que influirán en la marcha de las consultas y en el cumplimiento de los tratamientos.

El grueso de este apartado se refiere a los conceptos de salud y enfermedad y cómo éstos y la manera en la que se entienden los cuadros condicionan en gran medida el tipo de atención que se busque. Con la descripción de posibles itinerarios terapéuticos no se

pretende hacer un árbol de conducta o describir todas las posibilidades que puedan existir, se trata tan sólo de mostrar que la elección de uno u otro sistema médico suele estar fundamentada en las creencias y posibilidades del paciente, es decir, se trata de decisiones dotadas de racionalidad por mucho que sus premisas nos puedan resultar extrañas. Por este motivo se abordará también someramente la cuestión de la compatibilidad de prácticas.

Finalmente, se añade un último apartado sobre competencia cultural. Es importante porque a lo largo del texto se habrá ido mencionado reiteradamente la necesidad de adaptación del sistema y de formación de los profesionales sanitarios y esta es una postura al respecto que está teniendo aceptación a nivel internacional y empieza a tener repercusión en nuestro medio.

Tercera parte. Adenda

Si bien es cierto que con las dos partes anteriores se podría considerar que, al menos de manera básica, el tema quedaba centrado y los aspectos fundamentales tratados, a lo largo de la redacción del texto y de la investigación en la que se fundamenta se hizo evidente un hecho: existen toda una serie de implicaciones legales y normativas que afectan de manera directa a la asistencia sanitaria a inmigrantes que son fundamentales para entender los términos en los que tiene lugar y a las que, sin embargo, la atención que se suele prestar en la bibliografía especializada de la Medicina y la Antropología es escasa o muy dispersa e inconexa, hasta el punto también de ser poco conocidas incluso por algunos de los profesionales que realizan su labor con estas poblaciones. Este fue el motivo de la inclusión de una adenda al trabajo, en forma de tercera parte y dedicada fundamentalmente a la exposición, tratamiento sistemático y análisis breve de estas cuestiones. Esta tercera parte que, por lo dicho, ha resultado bastante laboriosa, está dividida en dos capítulos.

Capítulo 4: La salud como derecho humano

El capítulo 4, primero de la adenda, se inicia con una breve introducción a la evolución histórica de la definición de salud, a las aportaciones y a los –menos reconocidos– inconvenientes que ofrece la más utilizada, que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo siempre con los intereses generales de este trabajo.

A continuación, se aborda uno de los posibles marcos normativos para el estudio de la asistencia sanitaria a poblaciones inmigrantes, el que defiende la OMS: la salud como derecho humano fundamental. He decidido incluir esta cuestión porque la OMS es la principal agencia internacional que trabaja en materia del derecho a la salud y la principal productora de programas y recomendaciones para la atención a las poblaciones. En la legislación internacional sobre derechos humanos están basadas, además, o al menos la siguen o la respetan en cierta medida, la legislación nacional de la Unión Europea, del Estado español y de Cataluña, por lo que merece la pena un análisis en detalle de las implicaciones de estos acuerdos y en qué medida son útiles en la práctica sanitaria diaria y para la organización y planificación real de las políticas de salud más allá de las declaraciones formales. Se ofrece un análisis de los conceptos de derecho a la salud y equidad en salud y se analizan someramente los distintos Pactos, Tratados y Declaraciones que contienen decisiones relativas a la salud y a las poblaciones inmigrantes, señalando posibles ambigüedades o limitaciones. No se trata,

una vez más, de una enumeración completa de todos los textos legales, sino sólo de los más relevantes –en mi opinión– y el análisis no será, sin duda alguna, el que cabría esperar de un profesional del derecho, porque no lo soy y mis conocimientos en la materia son limitados, pero sí pretende ser una aproximación –desde mi especialidad– a su espíritu y contenido genérico que puede ser útil para entender la situación actual sobre el tema. Se añade, para el lector interesado, un listado más completo de los Tratados, Pactos y Declaraciones que implican derechos humanos y salud, en el anexo II.

Capítulo 5: Legislación europea, española y catalana en materia de derechos humanos, salud e inmigración

Al hilo de lo anterior, y siguiendo el mismo razonamiento en cuanto a su justificación, el capítulo 5, segundo de la adenda y último del trabajo, aborda la legislación básica en materia de derechos humanos, discriminación, protección de la salud e inmigración a nivel de la Unión Europea, del Estado español y Cataluña.

La legislación del Estado español ocupa gran parte del capítulo y se centra en el análisis de lo recogido en la Constitución, la Ley de Extranjería y la Ley General de Sanidad, básicamente, aunque también se incluyen referencias a otros textos. También se presta especial atención a la normativa de empadronamiento porque es fundamental para acceder al derecho a la asistencia sanitaria. El análisis pretende exponer coherentemente las bases legales de la atención a la salud y la propia estancia de extranjeros en el Estado español para evitar malentendidos y equívocos y para que los profesionales, sean del ramo que sean, puedan disponer de una información básica respecto al ámbito legal.

Anexos

Se incluyen tres anexos. En primer lugar, un resumen muy breve de los principales resultados de las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud referidas al Estado español. Sin pretender profundizar en la materia, porque existen recopilaciones de gran calidad a disposición del lector, este anexo pretende tan sólo mostrar el tipo de datos referido a población general que se desprende de este tipo de estudios.

El segundo anexo es un listado de los principales tratados internacionales relativos a derechos humanos que pueden considerarse relacionados de alguna manera con la salud y la asistencia sanitaria a poblaciones inmigradas.

El tercer anexo recoge un material específico fruto del trabajo de investigación en el *Programa de Psiquiatria Transcultural-PsiTrans* del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari Vall d'Hebron. A partir de la estancia para investigación en el centro, y con la colaboración con los profesionales que en él trabajan[7], realicé una primera propuesta de materiales para ser usados específicamente en este Programa. En concreto, se presentan unos modelos de trípticos informativos que tienen como finalidad dar a conocer el Programa entre pacientes, miembros de la Administración y profesionales sanitarios, un posible modelo de consentimiento informado para los pacientes que acuden y un modelo de historia clínica que pretende recoger variables de índole sociocultural que sean útiles para el abordaje clínico de los pacientes y también para la

[7] Gracias a F. Collazos, A. Qureshi y M. Ramos.

investigación en esta materia. Como ya se ha dicho, a pesar del interés de la investigación y de la buena voluntad de todos los implicados, diversas razones, fundamentalmente de índole estructural y económica, impidieron la adecuada evolución de la investigación, de manera que los materiales que se presentan son una primera aproximación al tema que necesitará, en el futuro inmediato, de contrastación, ajuste consecuente y más profundidad.

Finalmente, algunos comentarios respecto a la evolución del trabajo. Es muy posible que los antropólogos y etnógrafos echen de menos las referencias a sus clásicos, a autores destacados de Antropología de la Salud, a ciertas corrientes teóricas de la misma y, también, un mayor número de ejemplos etnográficos. Los profesionales sanitarios, por su parte, probablemente encontrarán a faltar mayores referencias a epidemiología de las distintas enfermedades y a cuestiones relacionadas con la organización del sistema sanitario. Los trabajadores sociales, miembros de la Administración o gestores de servicios sanitarios encontrarán también lagunas relacionadas con su especialidad. El lector, en general, puede encontrar a faltar algunos temas de hecho muy importantes como el papel de la mediación cultural (que se toca sólo muy tangencialmente) o la formación del personal sanitario (que me interesa especialmente y en el que trabajo en la actualidad). Vuelvo a insistir, esta vez a modo de disculpa, en que se trata este de un trabajo preliminar, una primera aproximación a los elementos centrales que pueden entrar en juego en cuanto al estado de salud y la atención sanitaria a población inmigrante en nuestro medio. Espero, en futuros trabajos e investigaciones, poder abordar más en profundidad algunos temas e iniciar el análisis de otros que aquí no se abordan.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Es indudable que la calidad y la esperanza de vida de muchas poblaciones –fundamentalmente en el contexto occidental– se ha incrementado de manera espectacular a lo largo del último siglo, especialmente en relación con la mejora de las condiciones de vida de las clases trabajadoras, la generalización de la asistencia sanitaria, la planificación familiar y el control de las enfermedades infecciosas, pero las desigualdades en el disfrute del derecho a la salud siguen existiendo y, en algunos casos, aumentando, lo que se refleja en las mayores cifras de mortalidad y morbilidad y en la peor calidad de vida de los sectores más desfavorecidos de cada sociedad (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996).

Tal y como se verá con más detenimiento en el capítulo dedicado a la salud como derecho humano (tercera parte, capítulo 4), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define las desigualdades en salud (*inequalities*, en la terminología internacional) como:

> "El término *desigualdad* hace referencia a las diferencias en relación con la salud que no sólo resultan innecesarias y se pueden evitar, sino que, además, son consideradas injustas y no equitativas "[8] (OMS, 1998b: p.28, las cursivas son suyas)

Ahora bien, se trata ésta de una definición ambigua, ya que lo que se considera justo o injusto puede variar considerablemente de unas épocas a otras, entre las distintas sociedades, distintos grupos sociales dentro de ellas e, incluso, puede apreciarlo de forma diferente cada uno de los individuos que los conforman. Respecto a la evitabilidad, también hay que señalar que aunque la corrección de buena parte de las desigualdades en materia de salud sería relativamente sencilla simplemente aplicando las medidas de salud pública al alcance de los países y sectores más desarrollados de la sociedad a todos los Estados y capas de la población, esto es algo que entra en el terreno de las posibilidades económicas y las voluntades políticas, más difíciles de movilizar y orientar a un objetivo común. En lo que se refiere al primer adjetivo de la definición, "innecesarias", decir que, personalmente, nunca he llegado a entender su aplicación al ámbito de las desigualdades en salud. ¿Existe alguna que sea "necesaria"?

Para tratar de soslayar los inconvenientes del término desigualdad se propuso el de equidad (*equity*), que hace referencia a la posibilidad de que todas las personas, sin diferencias por cuestiones de género, sexo, ingresos, etc., dispongan de las condiciones y elementos necesarios para desarrollar su máximo potencial en salud:

> "La equidad en materia de salud implica que, de forma ideal, todas las personas deben contar con unas oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud, y, a un nivel más pragmático, que ninguna persona se debe encontrar en una situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial de salud, en la medida de lo posible." (OMS, 1998b: p.28)

---

[8] Tanto esta definición como la siguiente figuran en un glosario, sin paginar, en Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Se indica el número de párrafo en el que aparece la definición.

Desde el punto de vista práctico, sin embargo, en los estudios sobre el tema, sigue conservándose el término desigualdad y existe acuerdo en que por tal se entienden, fundamentalmente, las diferencias existentes entre los diferentes sectores de la sociedad en cuanto a las oportunidades para alcanzar elevados niveles de calidad de vida y respecto a las posibilidades de acceso al sistema sanitario.

> "A fin de valorar y actuar ante las desigualdades en salud debemos tener en cuenta, además de los factores de riesgo asociados a los hábitos o conductas personales, un conjunto de factores variables e interrelacionados entre sí: los factores asociados a los recursos económicos, del medio físico y social en los cuales la gente vive y trabaja, los factores asociados a la atención sanitaria, y los factores que tienden a hacer que la gente con menos salud se convierta también en la más pobre (Dahlgren y Whitehead, 1992)." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 18)

Estas desigualdades existen a nivel internacional, dándose el caso de países en los que las cifras de esperanza de vida son en la actualidad similares –o peores– a las que los desarrollados[9] tenían a principios del siglo XX, pero también existen dentro de los Estados, de todos ellos[10]. Así, en los países industrializados, diferentes estudios han señalado que las desigualdades en la estructura de la sociedad se traducen en desigualdades en salud que serían responsables del descenso en los niveles de mejora de los indicadores sanitarios. En otras palabras:

> "Las desigualdades existen también en los países desarrollados. En todos los países de la OCDE, por ejemplo, las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas son más altas que las de las clases mejor situadas social y económicamente, tanto en los varones como en las mujeres, aunque existen grandes variaciones entre los países. En Gran Bretaña, el país en el que se han realizado el mayor número de investigaciones sobre desigualdades en salud, la esperanza de vida al nacer de la clase social más aventajada (clase I) es siete años mayor a la de la clase trabajadora (clase V). La inmensa mayoría de causas de muerte ocurren con mayor frecuencia entre las clases sociales más desaventajadas (clases IV y V). En el caso de los varones, este hecho ocurre en 62 ocasiones de un total de 66 causas, en el caso de las mujeres en 64 sobre 70 (The Health of the Nation, 1995). De hecho, se ha calculado que si las clases más desfavorecidas (incluyendo tanto a la clase trabajadora cualificada como a la no cualificada) tuvieran la misma mortalidad que las clases más aventajadas, se podrían evitar 42.000 muertes en el grupo de la población de 16 a 74 años (Benzeval, Judge y Whitehall, 1995)." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 5)

La importancia del estudio de las desigualdades sociales en salud vendría determinada, según distintos autores, por varios motivos (Borrell, Benach, 2003; Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996)[11]. En primer lugar, porque su existencia es evidente y resulta innegable sea cual sea la disciplina, la orientación teórica que las aborde o la metodología de los estudios que las describan. Segundo, porque existen entre países, pero también dentro de ellos, donde puede identificarse un claro gradiente entre los sectores con mayor o menor acceso a

---

[9] A pesar de las posibles imprecisiones que encierra esta decisión, los términos "países industrializados", "desarrollados" o "de renta alta" se utilizarán como sinónimos.

[10] Como podrá observarse a partir de este comentario y otros a lo largo de las siguientes páginas, las sociedades *patrón* para el estudio de las desigualdades en salud son las de los países desarrollados o industrializados, precisamente aquellos desde los que se hacen (y, básicamente, para los que se hacen) las investigaciones. Las conclusiones extraídas para estas sociedades tienden a generalizarse para todas las demás, aún cuando las circunstancias sociales, culturales, económicas y políticas puedan tener muy poco que ver unas con las otras.

[11] A lo largo de este capítulo seguiré, fundamentalmente, lo descrito en: Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996; Borrell, 1996; Borrell, Benach, 2003, por considerarlos los autores más destacados en el ámbito del Estado español y Cataluña.

recursos (y, asociado a esto, entre otros posibles factores, mayor o menor calidad de vida, capacidad para defender los propios criterios y exigir determinadas prestaciones sociales y sanitarias). Tercero, porque las desigualdades en salud son elevadas y parecen seguir una tendencia al alza incluso en aquellos países que disponen de sistemas sanitarios públicos y de calidad. Y, cuarto, porque todas las circunstancias anteriores hacen necesario el desarrollo de políticas correctoras, que suelen responder, genéricamente, a dos tipos de criterios: el más elemental sentido de la justicia social y, por otra parte, la visión más pragmática de que las desigualdades tienen un elevado coste económico y también político para las sociedades, en forma –básicamente– de pérdida de capital humano y de gasto de recursos para enfrentarla. Así:

> "En las últimas décadas hemos visto nacer a nivel internacional un gran interés en entender, analizar y prevenir las desigualdades sociales y su impacto en las condiciones sociales de la población (…). Así, tanto en los trabajos científicos, como en la reflexión de tipo ético, o en los programas de distintas organizaciones sanitarias, la descripción, análisis y puesta en práctica de políticas sanitarias correctoras de desigualdades han sido calificadas como temas de salud pública de gran relevancia. Ello se debe, al menos, a cuatro razones. En primer lugar, a los juicios o valores éticos que consideran una exigencia sanitaria y social conocer y reducir las desigualdades sanitarias que muchas personas creen injustas y evitables. Segundo, a la estrategia de salud pública que pretende eliminar o reducir, en los grupos de la población más necesitados, problemas de salud prevenibles y evitables. En efecto, una de las estrategias de Salud Pública más conocidas tiene como objetivo actuar sobre problemas de salud evitables que afectan a grupos con un riesgo más elevado. En tercer lugar, a causa de las razones económicas, basadas en la idea de minimizar el despilfarro de recursos productivos y maximizar la actividad económica. En este sentido, las desigualdades en salud de los grupos más desfavorecidos representan una pérdida social y económica de recursos humanos: muertes prematuras, enfermedades evitables y alto costo de servicios socio-sanitarios. Finalmente, hallamos razones de tipo indirecto, de 'prestigio' o 'autoridad', que insisten en la importancia de este tema. Por un lado, desde hace casi dos décadas un buen número de científicos interesados en el estudio de las desigualdades en salud, han señalado la enorme importancia tanto de conocer las desigualdades, como de actuar en su reducción. Por ejemplo, uno de los objetivos más importantes de la Oficina Europea de la OMS, aceptado por todos los países europeos, ha sido el de disminuir las desigualdades en salud. Así, si ya en 1979 la Organización Mundial de la Salud recomendó la necesidad de reducir en un 25% las diferencias en el estado de salud entre los países y los grupos sociales de cada país (OMS, 1979), en su reciente informe sobre la salud del mundo, la misma organización ha insistido no sólo en la necesidad de lograr 'más salud', sino de obtener 'más salud para todos' (OMS, 1995)." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 6-7)

> "La importància i la necessitat de conèixer i reduir les desigualtats socials en la salut es pot concretar en les raons generals següents: en primer lloc, les desigualtats en la salut existeixen a tots els països i en forma de gradient en l'escala social. En aquest sentit, tot i que les desigualtats entre el primer i tercer món avui dia són enormes, fins i tots als països més desenvolupats existeixen clares desigualtats entre les persones de diferent classe social, gènere o ètnia; en segon lloc, les desigualtats socials en la salut són molt grans. De fet, l'impacte de les desigualtats en la salut és més gran que l'impacte que tenen factors de risc d'emmalaltir tan coneguts com el tabac; en tercer lloc, les desigualtats en la salut estan augmentant. Als països desenvolupats existeix una millora de la salut de la població, però aquesta millora és molt diferent segons la classe social a la qual pertanyis, de manera que les classes més benestants presenten davallades més importants de la mortalitat i de la morbiditat, fet que repercuteix en l'augment relatiu de les desigualtats; i finalment, avui dia, hi ha proves suficients que mostren que les desigualtats socials en la salut es poden reduir mitjançant la posada en pràctica de polítiques socials i sanitàries apropiades (Benach, 1997)." (Borrell, Benach, 2003: 44-45)

De esta manera, desde la década de los 70 del siglo pasado ha crecido el interés por el estudio de las desigualdades en salud fundamentalmente desde el ámbito de la Epidemiología y la Salud Pública, incrementándose el número de investigaciones que

intentan establecer un diagnóstico de la situación sanitaria de las poblaciones y tratan de analizar las causas y condicionantes de la misma, de forma que sus conclusiones puedan servir de base para la orientación de las políticas en esta materia.

Veamos, a continuación, un pequeño apunte histórico sobre los estudios de desigualdades en salud, para pasar, después, al análisis de la metodología más habitual de los trabajos sobre este tema junto con una reflexión sobre la aplicabilidad de este tipo de investigaciones para evaluar la situación sanitaria de grupos minoritarios y/o marginales de la sociedad.

2. BREVE HISTORIA DEL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD[12]

Aunque pueden encontrarse precedentes históricos muy tempranos respecto al estudio de las diferencias en la mortalidad y la prevalencia de enfermedades en los diferentes sectores de la sociedad, el desarrollo y la orientación social de éstos no se produce verdaderamente hasta el siglo XIX, con la observación directa de las consecuencias de la revolución industrial en la salud y en las condiciones de vida de la clase trabajadora (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996). En este siglo, destacan dos trabajos ya clásicos: el de F. Engels, en Gran Bretaña y el de R. Virchow, en Alemania. En uno de los capítulos de *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (1981 [1844]), Engels estudia la situación de salud de los trabadores manuales, profundizando en las diferencias en mortalidad respecto a la burguesía y aristocracia. Por su parte, R. Virchow (1985 [1848]), en un trabajo publicado a raíz de una epidemia de tifus ocurrida en la Alta Silesia en 1847, investiga la relación entre las miserables condiciones de vida de la clase obrera y sus índices de mortalidad y morbilidad.

Durante el siglo XX, sobre todo a partir de la segunda mitad, la producción de este tipo de investigaciones se incrementa notablemente. Aún así, su repercusión real sobre las políticas sanitarias de los Estados y también respecto a la producción científica especializada, es aún limitada debido, fundamentalmente, al todavía escaso desarrollo de la Epidemiología y la Salud Pública y de otras disciplinas que intervienen en el estudio de las desigualdades en salud como la Sociología o la Antropología, y también a que los crecientes avances en el desarrollo tecnológico de la Medicina hicieron depositar en ellos toda la esperanza de reducir las desigualdades (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996).

Uno de los estudios clásicos de la década de los 60-70 es el llamado *Whitehall I* (Marmot et al., 1978; Marmot, Shipley, Rose, 1984; Davey-Smith, Shipley, Rose, 1990), donde se investigan las desigualdades en mortalidad según la categoría profesional de una muestra de funcionarios de Londres, todos ellos varones entre 40 y 64 años, a los que se realizó un seguimiento durante 10 años. Entre los resultados, destaca la existencia de un gradiente de mortalidad por clase social, que se mantiene en el tiempo e incluso cuando se eliminan otros factores de riesgo como el hábito de fumar,

[12] Resumo, de manera genérica, lo recogido, entre otros, por: Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996 y Borrell, Benach, 2003.

de tal modo que los índices de mortalidad son mayores a medida que se desciende en el escalafón profesional.

Más tarde, en 1980, se publicó el llamado *Black Report* (Townsend, Davidson, Whitehead, 1988) considerado el estudio pionero de las desigualdades en salud. El informe surge a raíz de un encargo del gobierno británico a Sir Douglas Black para que investigara las causas y el alcance de las desigualdades por clase social en el Reino Unido. Black analizó la magnitud de las desigualdades en cuanto a mortalidad, morbilidad y uso del sistema sanitario, su evolución en el tiempo y las diferencias geográficas en Inglaterra y Gales y encontró que las clases más desfavorecidas, y para todas las edades y sexos, tenían peores resultados en los indicadores de salud. A pesar de la generalización del sistema sanitario, las desigualdades se habían ido incrementando a lo largo del tiempo, ya que, aunque se habían producido mejoras, éstas eran significativamente mayores para las clases más altas. Además de la descripción de las desigualdades, el *Black Report* elaboraba hipótesis causales, en las que relacionaba claramente la situación en salud con la realidad socioeconómica de la época. También incluía una serie de recomendaciones para reducirlas, que abarcaban desde aspectos relacionados con la calidad de la investigación (mejora de los sistemas de información, impulso de las investigaciones en áreas geográficas pequeñas y realización de estudios longitudinales) o la necesidad de mejorar las condiciones de vida de los grupos más desfavorecidos, hasta propuestas para guiar las políticas sanitarias públicas, tales como que la asignación de los recursos se hiciera según criterios de necesidad. El *Informe Black* tuvo poca difusión y sus recomendaciones fueron, en la práctica, escasamente tenidas en cuenta, pero ha pasado a la historia como el primer estudio de sus características, generando un enorme debate que amplió el interés por las investigaciones de este tipo en su país y a nivel internacional, de tal manera que su influencia se mantiene en muchos de los trabajos actuales.

Casi diez años más tarde, en 1988, se publicó *The Health Divide* (Townsend, Davidson, Whitehead, 1988), un trabajo que tenía la intención de revisar los hallazgos del *Informe Black* y la evolución de las políticas y las medidas de salud que se habían recomendado. La conclusión fue que, en la década de los 80, las desigualdades en salud en Gran Bretaña, lejos de disminuir, se habían mantenido o aún incrementado y se confirmaba su causalidad social. Así mismo, se constató que las recomendaciones del *Informe Black* no habían sido puestas en práctica.

De la misma época es el *Whitehall II* (North, et al., 1993; Rael, et al., 1995), continuación del *Whitehall I*, que se llevó a cabo con la intención de profundizar en el estudio de la magnitud y las causas del gradiente de desigualdades y, desde el punto de vista metodológico, para incluir a las mujeres[13]. Con este propósito, se siguió durante tres años (1985-1988) una cohorte formada por algo más de 10.000 funcionarios, hombres y mujeres, entre 35 y 55 años. Se recogió información sobre el estado de salud, las características del trabajo, las bajas laborales, la morbilidad, el soporte social, los hábitos de salud y el uso de los servicios sanitarios y se realizó también un examen de salud. El *Whitehall II* vino a confirmar el gradiente por clase social e insistió en el hecho de que estas desigualdades no podían explicarse tan sólo por las diferencias en las conductas relacionadas con la salud, sino por factores estructurales y psicosociales.

[13] La inclusión de las mujeres en el estudio en este momento viene a ejemplificar la influencia de la realidad social, cultural, económica y política de los Estados sobre este tipo de investigaciones.

En lo que se refiere al Estado español, la tradición de estudios sobre desigualdades en salud es mucho más reciente en el tiempo, y la producción, más escasa[14]. Se inicia en los años 80 pero no alcanzará cierto desarrollo hasta los 90, especialmente al final de la década. En 1996 se publica el trabajo de Navarro, Benach y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996) *Desigualdades sociales en salud en España*, considerado como el *Black Report* español y que es, sin duda, uno de los estudios más relevantes y completos sobre las desigualdades en salud en nuestro medio. En este trabajo, realizado por encargo del Ministerio de Sanidad, se investigan las desigualdades en mortalidad entre 1990-92 tomando por primera vez como ámbito de análisis áreas geográficas pequeñas y utilizando un índice de privación material. Se estudian, en total, 2.221 zonas formadas por municipios o agregación de municipios y encuentra un gradiente en cuanto a la mortalidad que sigue un patrón geográfico claro, aumentando las desigualdades a medida que se avanza hacia el sur y oeste del Estado. Además de la mortalidad, se investigan, a partir de de las encuestas nacionales de salud de 1987 y 1993, las desigualdades en estado de salud, conductas y uso de servicios, por área geográfica, sexo, edad y clase social. Los autores realizan también un repaso histórico a las políticas sanitarias en España, poniendo como ejemplos el Plan Integral de Lucha contra la Pobreza en Euskadi y las políticas de reducción de las desigualdades en salud en Barcelona entre 1987 y 1992 y elaboran una serie de recomendaciones orientadas a la mejora de las fuentes de información y los indicadores sociales y de salud, especialmente en lo que se refiere a la clase social. A pesar de la relevancia histórica que este informe ha adquirido, de la misma manera que ocurrió con el *Informe Black* en Gran Bretaña, apenas tuvo difusión ni se tomó como base para el desarrollo de intervenciones sanitarias[15].

Además del anterior, otros dos estudios pueden considerarse históricos a nivel del Estado español, el de Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez de 1994, *Diferencias y desigualdades en salud en España*, y el publicado dos años después, *Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas* (Regidor et al., 1996). En el primero se investigaba –utilizando datos procedentes de varias encuestas y registros de salud– la mortalidad, la esperanza de vida libre de incapacidad, el estado de salud percibido y la talla y el peso al nacer, en función de la clase social, la edad y el sexo. Entre los resultados destaca la mayor mortalidad perinatal e infantil en los niveles ocupacionales más bajos, la mayor probabilidad de estos sectores de tener incapacidad temporal y sus peores datos de mortalidad, así como diferencias en el estado de salud percibido e incluso en la talla. El segundo, es un estudio de las desigualdades en mortalidad en las ocho provincias españolas en las que los datos de ocupación del Certificado de Defunción estaban adecuadamente recogidos, y encontró que la mortalidad para casi todas las causas era mayor en los trabajadores manuales que en los profesionales.

En la actualidad, la situación de la investigación en nuestro medio continua siendo deficitaria en comparación con otros países europeos, estando, además, distribuida de manera desigual por todo el Estado, de manera que Comunidades Autónomas como Madrid, el País Vasco y, especialmente, Cataluña –que han tenido más tradición y más

---

[14] Para más información sobre el tema se puede consultar, entre otras fuentes: Borrell C, Pasarín MI. (1999) The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 7, 388-389.

[15] Decir, como nota aclaratoria, que la presentación de resultados de este trabajo coincidió con el momento de cambio político del gobierno del PSOE –que había encargado el estudio– al del PP, en 1996.

disponibilidad de fuentes de información y de recursos– concentran la mayor parte de la producción científica en este terreno, mientras que otras Comunidades ni siquiera han realizado nunca una encuesta de salud y no hay referencias en ellas de estudios concretos sobre desigualdades. El número de profesionales que se dedican a esto es también limitado, de forma que las publicaciones más destacadas se limitan a un pequeño puñado de autores. Por añadidura, la distribución y el eco que encuentran los estudios en los medios científicos y de comunicación general es escasa todavía y, hasta muy recientemente, ha existido poco interés, e incluso cierto recelo, por parte de los profesionales de la biomedicina respecto a los estudios que vinculan la enfermedad y la salud con los factores socioeconómicos.

3. APLICABILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD PARA LA INVESTIGACIÓN CON POBLACIÓN INMIGRANTE Y/O MARGINAL

En este apartado realizaremos una breve aproximación a las características generales en cuanto a metodología y técnicas de investigación de los estudios sobre desigualdades en salud realizados en nuestro medio[16]. Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta estas características, se realizará una breve reflexión sobre su aplicabilidad para el estudio de la situación y necesidades en salud de poblaciones marginales, minoritarias y/o inmigrantes.

3.1. SELECCIÓN DE LAS POBLACIONES Y LAS MUESTRAS

3.1.1. Cuantificación de la población inmigrante

Probablemente, una de los primeras cuestiones que es necesario tener presente cuando se aborda este tema es que no se conoce con exactitud la cifra de inmigrantes que residen en el Estado español, ya que no existe ningún registro donde se recoja a la totalidad de esta población: en los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales tan sólo se incluye la población regularizada[17]; los padrones municipales, recogerían, además, a parte de la que se encuentra en situación irregular, pero tampoco a toda; algunos de los no regularizados podrían estar también cuantificados por las autoridades con competencias en inmigración (Ministerio del Interior), ya que disponen de los datos referidos a los extranjeros a los que se ha denegado la estancia y se ha abierto expediente de expulsión, pero, es evidente que estos no son, ni mucho menos, la totalidad de inmigrantes en situación irregular. En definitiva, podemos conocer, a partir de los datos oficiales, las cifras exactas de extranjeros con residencia legal y de los no regularizados que están empadronados o a los que se ha abierto procedimiento de expulsión, pero no de los que, viviendo en una situación de irregularidad jurídica de la estancia, no están en ninguna de las dos circunstancias anteriores. Sí existen, sin embargo, estimaciones que tratan de ofrecer cifras al respecto, pero éstas pueden ser muy diferentes dependiendo de la fuente que se consulte[18].

---

[16] En el anexo I se ofrece un breve resumen de los resultados de los principales estudios realizados en el contexto español y catalán con esta metodología referidos a población general. Para los realizados específicamente sobre población inmigrante, se remite al lector al próximo capítulo.

[17] En situación legal en cuanto a su estancia en el Estado español. Los términos “no regularizado”, “en situación irregular de la estancia” e “irregular” se utilizarán como sinónimos.

[18] Según datos de la Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración (2007b), a 30 de junio de 2007 había en el Estado español 3.536.347 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor, lo que

Por otra parte, el último período de regularización extraordinaria (abierto en 2005) ha permitido la legalización de su situación a una gran cantidad de inmigrantes, con lo que es previsible que el número de aquéllos en situación irregular se haya reducido de forma considerable. Aún así, ya en ese mismo momento se supo que había un porcentaje considerable de personas que no podrían acogerse, por distintos motivos, a este proceso y que, por tanto, previsiblemente continúan en situación irregular, a las que habría que añadir las que hayan llegado desde entonces.

Como consecuencia de esta falta de datos concretos no es posible determinar con una adecuada exactitud prevalencias ni incidencias de enfermedades ni se pueden establecer comparaciones del todo fiables con la población autóctona[19], puesto que se desconoce el denominador de la comparación. Se trata de algo lamentable porque no resulta posible saber con rigor en qué medida la situación en cuanto a la salud es deficitaria (o no) respecto a la de la población autóctona y si el acceso es peor o simplemente diferente, lo que además de dificultar la elaboración y desarrollo de políticas sanitarias responsables (para los inmigrantes y para el resto de usuarios), puede alimentar estereotipos y prejuicios.

3.1.2. Identificación de la población inmigrante

En el Estado español tampoco existe ningún medio absolutamente fiable de recoger la condición de inmigrante de un paciente a partir de los registros oficiales accesibles para la investigación.

> "Pocs registres han inclòs la identificació d'individus immigrants; a més, no hi ha una única manera de definir la condició d'immigrant, com ara país d'origen, lloc de naixement, nacionalitat, cognom o número de targeta sanitària; totes elles tenen, a més, limitacions específiques en la seva validesa i/o precisió." (Berra et al., 2004: 20)

El país de nacimiento, aún cuando identificaría a todos los nacidos en el extranjero, no sirve como indicador exclusivo, puesto que, ni todos los nacidos fuera del país son extranjeros (es decir, tienen como progenitores a dos personas sin nacionalidad española) ni todos los nacidos en el territorio del Estado español tienen derecho a la nacionalidad (como sería el caso de los hijos de inmigrantes que no cumplen los requisitos legales, pero a los que si habrá que tener en cuenta en cierto tipo de programas de salud).

La nacionalidad no es tampoco un indicador válido, ya que en nuestro país es relativamente frecuente que los extranjeros la obtengan. Usarla como método de identificación dejaría fuera a los inmigrantes nacionalizados, que son aquéllos que, por lo general, tienen un mayor número de años de estancia, los que suelen encontrarse en

---

implica un incremento del 17,03% respecto al 31 de diciembre de 2006. De ellos, 736.604 se encontraban en Cataluña. En estas cifras están incluidos los ciudadanos del Espacio Común Europeo.
Según datos del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2006, había empadronadas en algún municipio del Estado español 4.144.166 personas que no tenían nacionalidad española, lo que implica un 9,3% del total de empadronados y un 11,1% de incremento respecto al 1 de enero de 2005. Para Cataluña, los extranjeros empadronados suponen 913.757.
En lo que se refiere a los inmigrantes irregulares, resulta especialmente difícil obtener datos fiables: los organismos oficiales no suelen ofrecer estimaciones o estas son a la baja y las diferentes ONGs no disponen de datos fiables y suelen hacer estimaciones al alza.

[19] La expresión "población autóctona" es, sin duda, imprecisa, pero, para este texto, se entenderá por tal aquélla que no es inmigrante ni procedente de países de renta elevada.

mejores condiciones socioeconómicas (en la medida en que es necesario disponer de trabajo para ir renovando los permisos de residencia), y que suelen tener un mayor grado de conocimiento del sistema sanitario y, también mayor nivel de aculturación, de modo que los estudios realizados con población inmigrante no nacionalizada tendrían, previsiblemente, un sesgo hacia un peor estado de salud y acceso más deficitario a los servicios sanitarios.

Los datos de los Ministerios del Interior y de Trabajo y Asuntos Sociales, aún siendo, desde el punto de vista de la calidad, los más fiables, puesto que recogen el país de nacimiento, la nacionalidad, el número de años de estancia en destino y la situación legal en el país, tienen también una utilidad limitada, en tanto que dejan fuera a los inmigrantes irregulares, con necesidades y problemática específicas en materia de salud.

Una manera de solucionar este problema sería consultar los datos del padrón municipal, puesto que, como se explicará en próximos capítulos, no es necesario estar regularizado para inscribirse, pero es conocido también que existe un porcentaje de población que no está empadronada y que, por su previsible situación de marginación necesitará de atención específica (sin *papeles*, las posibilidades de obtener trabajo son menores y sin empadronamiento, es difícil el acceso a las prestaciones sociales, entre ellas las de salud).

En lo que se refiere a los registros de tipo médico (historias clínicas, cupos de los CAPs, datos de las TSIs…)[20], raramente se incluye información relativa a ninguno de estos datos[21]. En ocasiones, se registra el país de nacimiento o de procedencia, pero casi nunca la nacionalidad ni los años de estancia, lo que hace que la identificación de los inmigrantes en el medio sanitario sea complicada y esté sujeta a una serie de sesgos que limitan la fiabilidad de los estudios que se realicen con estos datos y complican el cálculo de los indicadores de salud. Para tratar de soslayar estos inconvenientes, los estudios sobre el tema hacen, en ocasiones, auténticas piruetas, como tratar de cruzar el país de nacimiento con la nacionalidad o el último lugar de empadronamiento. En la práctica habitual, la mayoría de los estudios utilizan el país de origen como medio de identificación y, aunque algunos autores señalan la limitación que esto supone, otros lo consideran suficiente.

> "(…) A pesar de estas limitaciones, los registros existentes disponen de información suficiente para evaluar la utilización de servicios sanitarios. Concretamente, es factible el análisis de la casuística hospitalaria de la población inmigrante y, en consecuencia, su comparación con la casuística de la población autóctona, puesto que los registros incorporan información sobre el país de origen." (Cots et al., 2002: 377)

3.1.3. Heterogeneidad de la población inmigrante

Uno de los tipos más frecuentes de investigaciones sobre desigualdades en salud son los llamados estudios ecológicos, que toman como unidad de observación las características de un área geográfica en un momento de tiempo concreto. Se estudian en ella variables socioeconómicas y de salud, que, en ocasiones, se comparan con las de otras zonas concretas, con el objetivo fundamental de analizar la relación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud de las poblaciones que habitan en cada zona. En la

[20] CAP: Centro de Atención Primaria; TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

[21] En Cataluña, sólo recientemente se ha comenzado a incluir la variable nacionalidad entre los datos del Registre Central d'Assegurats y las TSIs.

bibliografía especializada suele señalarse que se trata del tipo de estudio idóneo para investigar las causas sociales de las enfermedades y el más útil para servir como base al diseño de políticas de salud[22]. Son, también, baratos y sencillos de realizar, en la medida en que los datos censales suelen ser accesibles.

> "Tal com assenyala Schwartz els estudis ecològics poden mesurar un *constructe*, diferent al dels estudis individuals, que pot respondre al context o l'ambient social on els individus viuen, diferent dels atributs de cada individu en particular. Així per exemple, pot ser diferent l'efecte d'estar n atur en un barri respecte a un altre. Per tant, els estudis ecològics poden diferir dels estudis individuals perquè estan mesurant un fenomen diferent i a més tenen en compte les causes socials de les malalties." (Borrell, 1996: 13-14)

> "Aunque las limitaciones de los estudios ecológicos han sido ampliamente comentadas (Plantadosi, Byar y Green, 1988; Greenland, 1992; Morgenstern, 1982, 1995), sus ventajas, tanto de tipo práctico como teórico, son también notables. En relación con el primer aspecto, las razones de su utilidad en el caso español han sido ya apuntadas en el capítulo anterior. En cuanto a las ventajas de tipo teórico, las siguientes razones hacen de los estudios ecológicos una alternativa adecuada a los trabajos realizados con información obtenida a nivel individual (Schwarts, 1994; Susser, 1994). En primer lugar, porque permiten tener en cuenta factores del medio geográfico o social (contextuales) que no pueden medirse a partir de la información obtenida a partir de los individuos. En segundo lugar, por su utilidad como instrumento de planificación de políticas sanitarias en las áreas geográficas que se estudian. En tercer lugar, por sus costos relativamente bajos. Finalmente, porque se utilizan para generar hipótesis sobre los determinantes que afectan a la salud, que en determinadas circunstancias pueden llegar a ser, incluso, más útiles que las obtenidas de los estudios individuales." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 63)

La principal limitación que presentan es la llamada *falacia ecológica*, es decir, la posibilidad de que los efectos observados a nivel ecológico no se correspondan a nivel individual:

> "Pot existir el biaix ecològic (també anomenat fal·làcia ecològica), que és la impossibilitat que els efectes estimats a nivell ecològic reflecteixin l'efecte que existeix a nivell individual. Segons Greenland i Morgenstern aquest biaix pot tenir per causa l'existència d'un factor de confusió a nivell individual (dins dels grups a comparar), però també pot ser per l'existència de confusió o modificació de l'efecte a nivell de grup. La confusió i la modificació de l'efecte es poden produir si algun factor de risc es distribueix diferencialment entre els grups; o bé si l'exposició ecològica té un efecte en el risc separat de l'efecte que es produeix a nivell individual (efecte de viure en una àrea amb baix nivell sòcio-econòmic); o bé si el risc d'emmalaltir depèn de la prevalença de la malaltia en els altres membres del grup." (Borrell, 1996: 15)

Además, también se reconoce que los datos pueden no ser comparables si se recogen de manera diferente en las distintas áreas y, dado que suelen proceder del censo o el padrón municipal, están recogidos con criterios administrativos y no socioeconómicos, de tal manera que las áreas para las que existen los datos agregados pueden ser heterogéneas, con grupos con características sociales muy diferentes. Finalmente, es necesario tener

---

[22] En cuanto a su diseño, según la variable tiempo y la unidad de observación elegida, existirían, además de los estudios ecológicos, los transversales (suele tratarse de estudios de mortalidad para un momento o periodo de tiempo concreto y en ellos se comparan los datos en función de la asignación de clase social. También se han realizado a partir de encuestas de salud donde a cada individuo se le asigna una clase, considerando el nivel de estudios y de ingresos, y se establecen comparaciones en función de estas variables); estudios longitudinales (basados en el seguimiento de grupos de individuos a lo largo de un determinado periodo de tiempo); y de tendencias (estudios realizados sobre grupos de individuos o áreas geográficas en los que se comparan los datos obtenidos en diferentes períodos).

en cuenta que pueden producirse cambios en la estructura social y que el tamaño muestral no debe ser pequeño para que los datos tengan más calidad.

En lo que se refiere a la aplicabilidad de este tipo de estudios para la investigación del estado de salud y la asistencia sanitaria a poblaciones inmigrantes, señalar que lo primero que se debe tener en cuenta es un hecho tan obvio como la heterogeneidad de estos grupos humanos. Los inmigrantes pueden tener en común determinadas características transversales que conciernen a la experiencia de la migración y a las condiciones de adaptación ofrecidas por el país receptor, pero –como ocurre con la población autóctona, diversa cultural y socioeconómicamente– aún compartiendo ciertos rasgos, pertenecen a distintos países y grupos étnicos y presentan proyectos migratorios, trayectorias personales, condiciones de vida previas y actuales y un grado de adscripción cultural y de aculturación variables y absolutamente personalizados, que, además, irán modificándose, también de manera individual –pero no aleatoria–, a lo largo del proceso migratorio y que son fundamentales para entender determinadas situaciones y comportamientos relacionados con la salud. Esta heterogeneidad no siempre se tiene en cuenta en los estudios sobre desigualdades en salud, donde son frecuentes las afirmaciones generalizadoras del tipo: “los inmigrantes”, “los africanos”, “los latinos”, ”los mediterráneos”, “los europeos”, que entienden a los inmigrantes como un grupo homogéneo, bien en su conjunto, bien agrupándolos por continente o algún tipo de área cultural y, por tanto, pasando por alto todo un conjunto de diferencias en su manera de entender la salud y la enfermedad y su relación con el sistema sanitario, así como en las circunstancias políticas, sociales, económicas y de salud de sus países de origen y de su situación en destino.

Un ejemplo de esta tendencia a la generalización se suele encontrar en los estudios ecológicos realizados en áreas con alta concentración de población inmigrante (tomando como unidades ayuntamientos, ciudades o –aunque más difícilmente–, barrios), que acostumbran a presuponerles una homogeneidad que están lejos de tener: las áreas geográficas en las que vive un porcentaje importante de inmigrantes raramente concentran tan sólo a este tipo de población ni, mucho menos, a los de una única procedencia. Es frecuente que en estas zonas se asiente, además, población autóctona, muchas veces con un perfil sociodemográfico concreto (ancianos, grupos de bajo nivel socioeconómico…) e inmigrantes de muy distinto lugar de origen y de circunstancias personales muy variadas: desde los recién llegados que buscan las áreas donde la vivienda es más barata o donde ya se han asentado familiares o conocidos, hasta aquéllos que al haber logrado mejorar están a punto de marcharse, los que todavía no han podido hacerlo o los que estando (o no) en mejor situación socioeconómica tienen otros motivos para permanecer en el barrio (familia, negocios, red de apoyo…). Es frecuente también la presencia de una minoría étnica nacional, los gitanos, que comparte con los inmigrantes algunas características, como la diferencia cultural respecto a la sociedad mayoritaria y, en ocasiones, la marginación social. Por otra parte, los estudios que se centran en áreas geográficas concretas a veces parecen olvidar que no todos los inmigrantes viven en estos barrios y que precisamente los que no lo hacen pueden tener características absolutamente diferenciales en cuanto a situación económica y grado de integración, asimilación o aculturación, que influirán claramente en su relación con el sistema sanitario y en su estado de salud. De esta manera, es necesario tener presente que las conclusiones extraídas del estudio de áreas geográficas concretas, a las que se suele recurrir por la supuesta facilidad para identificar a la población, tendrán que tener en cuenta esta variabilidad y no necesariamente serán extrapolables a todo el conjunto

de población inmigrante y que el pretender que sea así podría sesgar los datos e incrementar la estigmatización y la desprotección de estos colectivos. Por último, al basarse en registros oficiales, las investigaciones sobre desigualdades en salud dejan fuera a otro sector de la población que frecuentemente habita en estas zonas: personas no empadronadas, que no figuran en los cupos de los centros de salud, que pueden no tener una vivienda fija o no tener ninguna en absoluto pero que, de alguna forma, desarrollan su vida en ese lugar y asumen que es el área en la que viven, independientemente de que no consten en ninguna estadística.

3.1.4. Criterios de selección de las poblaciones y las muestras para las investigaciones

En lo que se refiere a los criterios que suelen emplearse para seleccionar la población y la muestra que formará parte de una investigación sobre desigualdades en salud, cabe hacer, fundamentalmente, dos comentarios.

Por una parte, un tipo muy frecuente de estudios son los realizados dentro del ámbito sanitario, donde es más sencillo acceder a la población (son ellos los que acuden) y se da un contexto de relación entre el médico y el paciente donde al primero (o su equipo) le resultada más fácil obtener respuestas a preguntas que difícilmente le serían contestadas en otros ámbitos. A pesar de la ventaja aparente, esto plantea dos inconvenientes, el primero de orden ético, el segundo, práctico. Demasiadas veces se piensa –conscientemente o no– que el simple hecho de que el paciente acuda a la consulta da derecho al profesional a indagar sobre su vida, a *investigar sobre él* sin consultárselo siquiera o haciéndolo desde una posición de poder relativo; a suponer que su mera condición de extranjero, inmigrante o miembro de una minoría étnica implica, de entrada, una situación de desamparo, de marginalidad o de diferencia sobre la cual es necesario indagar; a creer que el estatus de investigador y la buena voluntad que sin duda orienta las investigaciones dan derecho, de manera automática, a acceder a esferas privadas de la vida de las personas; y a creer, también, que las entrevistas pueden realizarse después de un único contacto o tratando los temas directamente y de manera aislada respecto al resto de las circunstancias vitales del paciente, por citar sólo algunas de las situaciones más frecuentes. El interés por un ámbito de estudio no justifica que se vulnere el derecho a la intimidad ni que, cuando alguien busca ayuda médica, sea esto y no otra cosa lo que reciba. Y, aún dejando de lado las posibles dudas éticas, y a pesar de la aparente facilidad para acceder a la población, es evidente que estos trabajos se referirán tan sólo a un sector de la población inmigrada, precisamente aquel que ha logrado soslayar una de las dificultades que suele ser objeto de estudio: el acceso al sistema sanitario. Sí es cierto que por esta vía es posible obtener información muy relevante sobre prevalencia e incidencia de distintas patologías y sobre algunos aspectos de las conductas relacionadas con la salud, aunque difícilmente respecto a percepción de la enfermedad, capacidad de manejo en el sistema sanitario y grado de adaptación del mismo, entre otras cuestiones, de manera que los datos obtenidos deben tomarse con enorme cautela y teniendo presente que no deberían generalizarse y no servirán para conocer con exactitud las (posibles) dificultades de estas poblaciones en materia de salud y atención sanitaria.

Por otra parte, tanto en los estudios realizados desde los servicios sanitarios como a través de encuestas es frecuente que se elija tan sólo a la población con capacidad para comprender y hablar la lengua autóctona, es decir, en la práctica, se está excluyendo a

los que llevan menos tiempo en destino o a los que han tenido más dificultades de adaptación o menos oportunidades de relación, con lo que, de nuevo, los resultados difícilmente mostrarán la situación real. Además, pocas veces se ofrece información sobre los criterios de selección, sobre la exclusión de individuos o los motivos del rechazo a participar en las investigaciones, independientemente del diseño de las mismas. Los sesgos en la selección no suelen ser tenidos en cuenta o declarados: en las encuestas de salud es más frecuente que accedan a participar quienes mejor conocen la lengua o sienten más deseos de mostrar su nivel de integración, por poner sólo dos ejemplos; en los escasos estudios sobre desigualdades en salud realizados a pie de calle es difícil que se recoja a población que realiza jornadas laborales largas, a los que muestran recelo hacia todo lo que suene, siquiera ligeramente, a control policial o administrativo o a los que se encuentran en clara situación de marginalidad (que son más difíciles de localizar y tampoco es sencillo que accedan a participar en encuestas de este tipo).

En definitiva, las dificultades de identificación y selección de la población que participará en estudios con el diseño característico de las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud que se realizan en nuestro medio, no parece que permitan conocer adecuadamente el perfil de la población inmigrante, su situación de salud ni su capacidad de acceso a los servicios médicos y, debido a las dificultades de cuantificación, tampoco podrán realizarse comparaciones exactas con la población autóctona, entre grupos o segmentos del mismo grupo. Con esto no quiere decirse que estas investigaciones carezcan de utilidad, tan sólo que es necesario, en primer lugar, conocer y aceptar sus limitaciones y, después, buscar la manera de evitarlas o contrarrestarlas en la medida de lo posible. Continuemos.

3.2. USO DE LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las técnicas más utilizadas en las investigaciones sobre desigualdades en salud y, en general, sobre salud e inmigración, es la encuesta, bien formando parte de las Encuestas Nacionales de Salud o de las de distintas Comunidades Autónomas y ciudades, bien de ámbito más limitado, para estudios concretos. Sin embargo, la encuesta pocas veces parece la técnica de investigación adecuada para esta materia ni, mucho menos, para este tipo de poblaciones, y esto por varios motivos.

En primer lugar, por las ya citadas dificultades de identificación y selección de la población y de las muestras, pero, además, porque, como muchos de los autores reconocen, las encuestas de salud de ámbito amplio no son representativas para esta población diana. En realidad, ni siquiera lo son de la totalidad de la población, ya que eliminan, deliberadamente, a las personas institucionalizadas (ancianos, enfermos hospitalizados, presos, residentes en albergues o instituciones públicas…), que pueden tener necesidades de salud específicas –y, en consecuencia, precisar indicadores pertinentes–, y también es difícil que lleguen a la población no institucionalizada más marginal u oculta (no disponen de teléfono o de vivienda censada, no están empadronados, raramente colaboran…). En el caso de los inmigrantes, a estos hechos se añade el que se trata de una población muy pequeña en relación con la mayoritaria, de tal manera que su representación en una muestra aleatoria global o en cualquiera que pretenda estudiar a la sociedad en su conjunto será necesariamente insuficiente y, en todo caso, inútil para extraer conclusiones válidas. Y si a esto se le añade la situación de

marginalidad y/o de ocultación en la que vive una parte de ellos, la situación se complica aún más.

Lo más habitual, además, es que el contacto entre el encuestador y el encuestado sea único, puntual, en el momento de realizar la encuesta, lo que limita claramente la confiabilidad de la mayor parte de los datos obtenidos, en especial los que requieren confianza para ser revelados. Y esto es aún más grave si no existe, como sucede a menudo, un conocimiento profundo por parte del encuestador respecto a la realidad sobre la que va a preguntar (contenidos socioeconómicos y culturales básicos, características del proceso migratorio, pautas respecto a la salud, etc.) y mucho menos aún sobre los patrones sociales y culturales que marcan la corrección de las relaciones sociales en los diferentes grupos: de qué se puede hablar, qué se puede preguntar y cuándo y cómo, a quién y por parte de quién. Esto es muy importante teniendo en cuenta que se indaga sobre datos delicados (regularización, ingresos, enfermedades…) que es probable que la persona decida ocultar o falsear, por diversos motivos: por considerar que quien le pregunta no tiene derecho a hacerlo, porque el tema por el cual se le pregunta no es adecuado para hablar con un extraño (de una determinada edad y sexo, además), por desconfianza hacia todo lo que procede de las administraciones, por falta de control de qué se hará con los datos o cuál es el objetivo real de la investigación, por pudor, por desconocimiento, por intentar agradar al investigador diciéndole aquello que se piensa que quiere escuchar o simplemente porque es el único representante de la sociedad mayoritaria al que se puede desafiar, por tratar de presentar unas condiciones de vida peores que las reales para intentar obtener algún beneficio o, al revés, por presentar una situación mejor, en un intento de salvaguardar la propia dignidad. Sea por el motivo que sea, tanto las circunstancias en las que en ocasiones se encuentran estas personas como el modo directivo, inquisitivo a veces, en que se hace el abordaje o las preguntas concretas, dificulta que se obtengan datos fiables y ricos.

De la misma forma –aunque es algo que se suele tener menos presente–, el análisis de los datos de una encuesta puede mostrar relaciones entre variables que pueden requerir una interpretación que remita a otras variables, relaciones y contextos. Cuando el conocimiento de las culturas y los procesos sociales es (como mínimo) superficial se corre el riesgo de ignorar estas cuestiones y de recurrir a explicaciones intuitivas, derivadas de las propias circunstancias o de informaciones más o menos sesgadas y estereotipadas. Evidentemente, ningún investigador, sea de la disciplina que sea, está totalmente libre de este tipo de errores, pero sin duda alguna éstos pueden ser más y más absurdos cuanto menor sea el conocimiento de las poblaciones que se estudian. Sólo cuando este conocimiento es profundo y científicamente construido es posible obtener cierto tipo de datos mediante encuestas, aunque esto implique mayor necesidad de tiempo (y, por tanto, de presupuesto) y la disponibilidad de profesionales con formación específica, cuestiones ambas poco frecuentes en la mayoría de las investigaciones.

No todas las limitaciones se refieren, sin embargo, a las características propias de la técnica sino también al diseño concreto de cada encuesta. Las preguntas que se realizan en las encuestas de ámbito amplio (estatales, de Comunidades Autónomas o ciudades) no siempre son capaces de identificar a la población inmigrante (normalmente, se pregunta el lugar de nacimiento) y tampoco suele existir –salvo excepciones, obviamente– un diseño orientado a conocer las opiniones, necesidades y problemas de acceso específicos de estas personas. Los ítems suelen ser, además, estándar, es decir no hay una adaptación cultural (ni, muchas veces, siquiera idiomática) que facilite la

comprensión, de manera que, al no haber la mayoría de las veces un conocimiento previo sobre cada población, pueden fácilmente formularse preguntas que no tengan sentido o sean inoportunas en diferente medida, mientras que las preguntas relevantes para el contexto social y cultural concreto pueden quedar sin formular. Esta adaptación lingüística y cultural de los cuestionarios tampoco suele llevarse a cabo en estudios basados en encuestas propias, aunque hay excepciones. En general, suele eliminarse a la población que no habla el idioma y la valoración que se hace de la capacidad de comprensión de la persona es subjetiva, por lo que, aunque pueda comunicarse básicamente, no necesariamente tiene por qué entender el contenido específico de algunas preguntas y, a la inversa, es posible que tampoco el investigador entienda del todo las respuestas. Aún cuando se haga la traducción, pocas veces se realizan controles de calidad de la misma, bien encargándolo a varios traductores, bien mediante la técnica de traducción directa-inversa. Además, la traducción suele entenderse de un modo estricto, como el cambio de la información de una lengua a otra, pero no como una adaptación a los significados precisos de esa lengua, ni se suele atender a la frecuentísima polisemia de las palabras, ni a las concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad que puedan tener quienes responden.

Muchas de las dificultades para obtener datos fiables y de calidad e interpretaciones e hipótesis adecuadas se dan no sólo con las encuestas de salud sino también con las entrevistas. Cada vez es más frecuente que investigaciones realizadas desde el ámbito biomédico se señale, como una aportación nueva y que otorga calidad, que se utiliza metodología cualitativa, entendiendo por tal la realización de entrevistas más o menos amplias y de respuesta abierta o la formación de grupos focales. Es necesario decir, sobre esto, que es muy destacable el interés creciente desde la Medicina por este tipo de metodología, que, en definitiva, supone un reconocimiento –pocas veces explícito– de los problemas que presenta la de índole más cuantitativa, sin embargo, es frecuente que su uso esté lejos de ser el deseable: se realizan entrevistas en lugar de encuestas (a veces como complemento de éstas) pero sigue sin existir un conocimiento etnográfico previo de las poblaciones, ni suficiente confianza entre el investigador y el informante ni, demasiadas veces, formación específica adecuada de aquél ni de quienes después interpretan los datos, por lo que, antes de utilizarlas, se debería ir más al fondo en los requerimientos de aplicación de este tipo de técnicas.

Ahora bien, lo dicho hasta el momento tanto sobre las entrevistas como sobre las encuestas, y que se puede hacer extensivo a otras técnicas que empiezan a utilizarse, como los grupos focales, no pretende negar en absoluto todo valor a los datos obtenidos de esta manera, ya que algunos de ellos sí responderán a la realidad (con frecuencia el sexo, edad aproximada, país de origen…) y, por lo tanto, serán necesarios. El problema surge cuando se desconocen o no se tienen en cuenta los límites de estos instrumentos, para las poblaciones que nos ocupan. No se trata, insisto, de negar toda utilidad científica a estos esfuerzos, sino de saber en qué aspectos está su utilidad, en conocer las limitaciones y tratar de reducir al máximo los problemas metodológicos.

Respecto a otra fuente de información, los registros médicos, decir tan sólo dos cosas. No siempre son rigurosos y, sobre todo, destaca su escasa o nula accesibilidad para los investigadores especializados en estos temas pero no procedentes de la Medicina, como pueden ser antropólogos o sociólogos. Aunque existen razones éticas derivadas de la confidencialidad de los datos que justifican la limitación del acceso y que son evidentes y es necesario respetar, también es cierto que en algunos medios se mantiene un elevado

grado de corporativismo que cierra las fronteras a las investigaciones desde otras perspectivas diferentes a la biomédica.

3.3. DISEÑO Y USO DE INDICADORES

En los estudios sobre desigualdades sociales en salud se emplean dos grandes tipos de indicadores: socioeconómicos y de salud y uso de servicios sanitarios.

3.3.1. Indicadores socioeconómicos

3.3.1.1. Clase social

La mayor parte de los autores que escriben sobre desigualdades sociales en salud defienden la utilización de la variable clase social.

> "Tot i que els processos de classe no són els únics factors productors de desigualtat, les societats actuals continuen caracteritzant-se per la seva estratificació i les teories sobre les classes socials continuen essent fonamentals a l'hora d'explicar la traducció de les desigualtats socials, econòmiques i de poder –entre moltes altres aspectes– en nivells de salut de la població molt desiguals (Crompton, 1993)." (Borrell, Benach, 2003: 21)

Para establecer la clase social se suelen utilizar varios indicadores: la ocupación, el nivel de ingresos y de riqueza, el nivel de estudios y diversos índices compuestos. Los dos primeros (ocupación e ingresos) son los más utilizados en los estudios en Reino Unido. La clasificación más utilizada a nivel internacional en los estudios de desigualdades sociales en salud es la del *British Registrar General*, creada en 1911 y que ha ido modificándose con los años[23]. Se trata de una escala que clasifica las ocupaciones en siete grupos, según el grado de formación que requieren:

Clasificación del British Registrar General	
Clase I	Profesionales
Clase II	Ocupaciones medias
Clase II N	Trabajadores no manuales cualificados
Clase III M	Trabajadores manuales cualificados
Clase IV	Trabajadores semi-cualificados
Clase V	Trabajadores no cualificados
Clase VI	Ocupaciones descritas inadecuadamente

Fuente: Borrell, 1996

[23] Además de esta, existen la clasificación de Goldthrope y la de Wright, de enfoque neo-weberiano, la primera y marxista, la segunda, aunque no suelen utilizarse en los estudios de desigualdades en salud. Pueden consultarse en: Borrell, 1996; Borrell, Benach, 2003.

El primer comentario crítico puede realizarse en este punto, en la medida en que la categoría "ocupaciones descritas inadecuadamente" parece bastante ambigua y no queda claro qué tipo de ocupaciones recogería: ¿ocupaciones sobre las que el encuestador no ha podido recoger datos suficientes o aquéllas sobre las que aún habiendo información completa no se han comprendido las respuestas o se escapan a las categorías anteriores? Por ejemplo: de un vendedor ambulante irregular (sin licencia) puede describirse de manera absolutamente clara su actividad (horarios, ganancias, proveedores, lugar de trabajo…), sin embargo, de acuerdo a esta clasificación, se incluiría, probablemente, bajo este epígrafe. Ocurre también algo similar cuando la persona desarrolla varias ocupaciones y tiene que seleccionar alguna de ellas, pero, ¿según qué criterio?, ¿la regular, la que proporciona más ingresos, la más estable…?. La reflexión iría hacia la dificultad de hacer encajar actividades no reglamentadas, marginales, múltiples, irregulares o francamente ilegales en estas categorías, con lo que mostrarían una validez limitada para el estudio de poblaciones que se encontraran en estas condiciones. Se deja de lado o se entiende mal, entonces, a un número importante de personas, especialmente en el caso de las poblaciones que nos ocupan, por lo que conviene volver a insistir en la necesidad de adaptar las técnicas y los indicadores a los momentos sociales concretos en los que se realizan las investigaciones y a las circunstancias vitales de las personas con las que se va a trabajar.

En el Estado español destacan dos clasificaciones, la de Domingo y Marcos y la de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). La primera es una adaptación de la del *British Registrar General* elaborada a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79) e incluye seis categorías:

Clasificación de Domingo y Marcos	
Clase I	- Directivos de la Administración i de las empresas (excepto los incluidos en la clase II) - Altos funcionarios - Profesionales liberales - Técnicos superiores
Clase II	- Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales - Otros técnicos no superiores - Artistas y deportistas
Clase III	- Cuadros y mandos intermedios - Administrativos y funcionarios en general - Personal de servicios de protección y seguridad
Clase IVa	- Trabajadores manuales cualificados de la industria, el comercio y los servicios - Trabajadores manuales cualificados del sector primario
Clase IVb	- Trabajadores manuales semi-cualificados de la industria, el comercio y los servicios - Trabajadores manuales semi-cualificados del sector primario
Clase V	- Trabajadores no cualificados

Fuente: Borrell, 1996

La ambigüedad aparece de nuevo en este punto: ¿en función de qué criterios se califica a alguien, por ejemplo, de artista?, ¿formación específica, regularización de la actividad, estabilidad, ganancias…? ¿Se clasificarían entonces en la misma categoría un mimo de Las Ramblas de Barcelona (habitualmente con algún tipo de formación, con licencia municipal y ciertas ganancias) que un pianista contratado (o sin contrato) en un bar o una cantante del Liceu? La indefinición es patente. Se trata, en definitiva, de categorías pensadas para población con contratos laborales legales y actividades "reconocidas", pero que difícilmente se adaptan a la realidad de vida de poblaciones que no cumplen estos requisitos, que son muchas, por lo que necesariamente se producen desajustes y errores en la codificación de los datos, primero, y en su interpretación, después.

La clasificación de la SEE, de 1995, es la más utilizada y está basada en la anterior y en la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994. Incluye ocho categorías:

Clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología	
Clase I	-Directivos de la Administración Pública - Directivos de empresas de 10 o más asalariados - Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario
Clase II	-Directivos de empresas de menos de 10 asalariados - Profesiones asociadas a titulaciones universitarias de primer ciclo -Técnicos y profesionales de apoyo - Artistas y deportistas
Clase IIIa	-Personal de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera - Trabajadores de los servicios personales y de seguridad
Clase IIIb	-Trabajadores por cuenta propia
Clase IIIc	-Supervisores de trabajadores manuales
Clase IVa	- Trabajadores manuales cualificados
Clase IVb	Trabajadores manuales semi-cualificados
Clase V	-Trabajadores manuales no cualificados

Fuente: Borrell, 1996

En la categoría "trabajadores por cuenta propia" encontramos otro ejemplo más de las dificultades de categorización en el momento actual y, especialmente para determinadas poblaciones: un vendedor de chatarra con licencia y dado de alta en el Régimen de

Autónomos requiere cierta cualificación profesional (aunque no estudios reglados o reconocidos) pero, habitualmente, tendrá menos ganancias y, sin duda, más riesgos para su salud derivados de su actividad profesional que, por ejemplo, el dueño de una tienda de comestibles, pero ambos se encontrarían, según esta clasificación, en la misma categoría.

Respecto a las clasificaciones mencionadas, los autores que trabajan sobre el tema reconocen también diferentes limitaciones. Entre las más graves destaca el hecho de que dejan fuera a las capas de la población que no trabajan (parados, amas de casa) o que no están incluidas en el mercado de laboral (niños, jubilados, trabajadores sin contrato o que desarrollan una actividad no regularizada –como la venta ambulante sin licencia–, becarios en prácticas…). En muchos casos no contemplan tampoco la perspectiva de género, ya que suponen que los trabajadores son sólo hombres y asignan a las mujeres la clase obtenida para su pareja o para el "cabeza de familia". Además, tanto el tamaño relativo como las condiciones de vida asociadas a las clases clasificadas de acuerdo con la ocupación pueden variar sustancialmente a lo largo del tiempo y también entre los países, lo que hace difícil la comparación temporal e internacional. La comparabilidad está dificultada también por las variaciones que han sufrido algunas de las clasificaciones a lo largo de los años, por lo que el incremento en el tiempo que se defiende que han tenido las desigualdades en salud puede no ser real, sino un sesgo derivado de un instrumento de medida más eficaz. Por último, se añade que tratan cada clase social como homogénea, cuando pueden existir grandes diferencias en función de las distintas ocupaciones que corresponden a cada una de ellas, diferencias que, como hemos visto, pueden ser muy relevantes en los estudios de salud.

Estos inconvenientes se hacen aún más patentes cuando de se trata de asignar la clase social para colectivos distintos de los varones incluidos en el mercado de trabajo. En el caso de las mujeres, aún cuando se las incluya, raramente se contempla el trabajo doméstico o reproductivo, una herencia sociocultural realmente prejuiciosa e impropia de estudios científicos, pero heredada y firmemente consolidada. Los problemas de inclusión de las mujeres constituyen, sin duda, una limitación importante de este tipo de estudios, no sólo por la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo sino también porque hace que la asignación de la clase para ellas y para las familias pueda ser errónea y porque no permite estudiar con garantías las repercusiones de la vida laboral y su compaginación con la doméstica en la salud las mujeres. A los niños se les asigna también la ocupación del padre en el momento de la encuesta, sin tener en cuenta trabajos anteriores ni la situación laboral o educativa de la madre que podrían ser, en algunos casos, superiores a las del padre. El caso de los ancianos muestra una limitación más de estas medidas de clase social, y es que, habitualmente, sólo se registra la última ocupación (que puede no ser la única que se utilice para calcular la pensión) y no se tiene en cuenta el itinerario laboral previo (que puede condicionar en gran medida la cuantía de la pensión, la cualificación, etc.) ni el tiempo de jubilación. Para las mujeres ancianas, que nunca han trabajado como asalariadas contratadas, la asignación de clase se complica aún más.

Las propuestas para solucionar estas limitaciones varían según el autor: estudiar la estructura familiar al completo, tomar el trabajo y la formación de todos sus miembros, o sólo de la persona que tenga el estatus más elevado, incluir el trabajo que se ha tenido durante más tiempo, etc., pero lo cierto es que la mayor parte de los estudios sobre desigualdades sociales en salud, nacionales e internacionales, continúan teniendo como

base estas clasificaciones y estas deficiencias, tan solo reconocidas a veces y casi nunca resueltas.

Pero, además de estas limitaciones, pueden señalarse todavía dos más a las que no se suele prestar atención en los trabajos especializados. Por una parte, los indicadores de clase social basados en la ocupación tan sólo recogen el trabajo actual, sin prestar atención al itinerario laboral previo, en el que pueden encontrarse cuestiones que se relacionen directamente con su estado de salud. Por otra, se establece una relación directa entre tipo de trabajo (asociado a un determinado nivel de formación) e ingresos, de manera que se tiende a suponer que a más formación mayores ingresos, lo que no siempre es cierto, especialmente en el momento actual.

En el caso de los inmigrantes, se acentúan algunas de estas limitaciones y se añaden, además, otras. Es frecuente que en los primeros momentos, tras la llegada, el trabajo disponible esté por debajo de la cualificación laboral, que los ingresos que se perciben sean bajos y que, a medida que la situación se estabiliza, suelan ir realizándose actividades más acordes con la formación, aunque tampoco siempre se alcanza este objetivo. En relación con los ingresos, no es raro que sean menores que los que perciben, por el mismo empleo, los trabajadores autóctonos, lo que hará que no necesariamente la asignación de clase en función de la categoría laboral tenga una correspondencia real con los ingresos. De esta forma, la situación laboral suele ser, al menos en los primeros años, lo bastante cambiante como para dificultar su adscripción a una categoría o a otra de clase social. Es decir, el hecho de que en el momento de la entrevista un inmigrante tenga un trabajo relativamente acorde con su formación e incluso bien remunerado no implica necesariamente que esto haya sido así siempre, incluso puede ser que haya cambiado recientemente, y la situación previa, de precariedad laboral o de determinados tipos de trabajos, puede haber dejado una huella en su salud que no se corresponde con lo que se esperaría en función de la clase social y la ocupación actual que se le asigna.

Por otra parte, estos indicadores no permiten tener en cuenta la situación en el país de origen, de forma que, en ocasiones, la misma precariedad laboral y económica que obliga a emigrar, o incluso la situación económica relativamente desahogada que permite hacerlo, tendrá consecuencias –negativas o positivas, según sea el caso– sobre la salud, que estos estudios no van a recoger, lo que puede conducir a errores serios.

No es posible tampoco conocer situaciones muy frecuentes entre los inmigrantes (y otras minorías, como algunos gitanos autóctonos) de alternancia y simultaneidad de trabajos, de forma que no es extraño que se tenga una ocupación que se entiende como la principal y que se señalará como tal en la encuesta o entrevista (por dedicación en número de horas, por ingresos, porque es la que ha permitido la regularización, porque se le atribuye mayor prestigio incluso aunque proporcione menores ingresos, …), pero se realicen, por temporadas o paralelamente, otros trabajos, con distintos objetivos: redondear ingresos, establecer o mantener relaciones sociales, ayudar a la familia o miembros de la red social, etc. También es habitual, sobre todo en determinadas áreas geográficas, que el ámbito de trabajo sea muy distinto en función de la época del año: recolección de fruta en verano y trabajo en la construcción en invierno; hostelería en temporada alta, trabajo doméstico en temporada baja y venta ambulante durante la Navidad…., de tal manera, que, aunque no necesariamente cambie la asignación de

clase, sí pueden hacerlo, y de manera significativa, los ingresos y la influencia del trabajo en la salud.

Y lo que sí se escapa por completo a las posibilidades de estos estudios es la situación de informalidad desde la que se ejerce en ocasiones la ocupación: trabajos sin contrato o con contratos falsificados (en cuanto a las horas, tipo de actividad, condiciones…), en negocios de familiares o de miembros de la red social, actividades irregulares (como la venta ambulante no regularizada) o francamente ilegales.

No parece, por tanto, que la asignación de clase social en función de la ocupación sea un buen indicador para población inmigrante (sobre todo si se utiliza sin un soporte fuerte de otras variables y otros indicadores pertinentes) y, menos aún, si en los estudios no se diferencia a ésta población de la autóctona, que puede vivir, con el mismo tipo de trabajo o en la misma categoría social, en condiciones completamente diferentes. La ocupación tan solo puede ser un indicador –y nunca exclusivo- cuando se utilizan los instrumentos intelectuales y técnicos correctos para la obtención de la adecuada amplitud, contextualización y confiabilidad.

3.3.1.2. Nivel de ingresos

Diversos autores han insistido en la necesidad de completar las clasificaciones basadas en la ocupación mediante la cuantificación del nivel de ingresos (entendido como el volumen de dinero que se percibe) y la riqueza (que se suele definir como las reservas económicas).

> "Dos indicadores económicos muy interrelacionados con la ocupación son el nivel de ingresos, es decir, la 'entrada' de ingresos económicos, y la riqueza, es decir, las 'reservas' económicas de que disponen los individuos o las familias. El nivel de ingresos puede ser medido como variable cuantitativa continua o agrupada en categorías. El nivel de riqueza es especialmente útil en el caso de personas mayores, ya que puede dar una idea más real de su situación económica. Su principal inconveniente radica en que con frecuencia es difícil obtener información adecuada (Krieger y Fee, 1994)." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 21-22)

El nivel de ingresos se relacionaría, de acuerdo con la metodología habitual en los estudios de desigualdades en salud, no sólo con el acceso a recursos (incluidos los sanitarios) sino también con mayores posibilidades de educación, lo que implicaría, a su vez, más capacidad para entender los mensajes preventivos y modificar las conductas relacionadas con la salud. Sin embargo, el principal inconveniente reside en la dificultad para obtener estos datos en los estudios convencionales sobre desigualdades en salud, de forma que el porcentaje de ocultación o falseamiento puede ser –suele serlo, de hecho– bastante elevado. Además, sería necesario recoger el nivel de ingresos de la unidad doméstica –que habitualmente coincide con la unidad familiar, pero no siempre– y no sólo el individual.

.

Respecto a su consideración en la población inmigrante (y también, en ciertos casos, pertenecientes a minorías étnicas) se trata de un indicador que también presenta limitaciones. Por un lado, debido a la alternancia o simultaneidad de trabajos y la discontinuidad temporal, puede resultar difícil establecer un cálculo exacto aceptable (con mucha más frecuencia de lo que se piensa, ni siquiera aproximado) del volumen de ganancias en un determinado período –generalmente se preguntan los ingresos mensuales o semanales–. Por otro, al intentar correlacionar el nivel de ingresos con las

condiciones de vida, en inmigrantes, será necesario considerar una serie de factores relacionados con la familia, la red social extensa o el patrón de gasto, que no suelen estar presentes en la mayoría de la población autóctona y que, una vez más, difícilmente se obtendrán en un contacto más o menos superficial, puntual o breve entre entrevistador y entrevistado. Habrá que tener en cuenta a todos los miembros de la unidad familiar, tanto en lo que se refiere al cálculo de ingresos como en la estimación de gastos, y esto sabiendo que la estructura familiar no tiene por qué corresponderse con la familia nuclear mayoritaria en la población autóctona. Un inmigrante puede tener como dependientes a miembros de su familia nuclear y de la familia extensa (a veces en el sentido más amplio de la palabra), en destino y en origen, y, además de esto, puede tener obligaciones de reciprocidad con personas de su mismo grupo étnico, lugar de origen o allegados, o puede sentir, por distintos motivos, la necesidad de mantener actitudes que otorgan prestigio en su comunidad y que pueden ser decisivas para su posición social en ella, por ejemplo, financiando la llegada de alguno de sus miembros, subvencionando pequeñas obras en su pueblo, haciendo donaciones, de carácter religioso, etc. Otra posibilidad que es necesario tener en cuenta a la hora de evaluar los gastos es que, además de las obligaciones de reciprocidad mencionadas, muchos inmigrantes adquieren considerables deudas para llegar hasta su destino, cuyo pago limitará su capacidad de gasto, y también que, sobre todo aquéllos que mantienen una intención (realista) de retorno, pueden dedicar buena parte de sus ingresos al ahorro o a realizar inversiones en origen. Cuestiones todas ellas de las que hablaremos con detenimiento en el capítulo 3 y que difícilmente se pueden recoger en encuestas o entrevistas puntuales, pero que van a condicionar en gran medida la disponibilidad de dinero de la persona y, por tanto, sus condiciones de vida.

3.3.1.3. Educación

La educación es uno de los indicadores más utilizados en las investigaciones sobre desigualdades en salud en Estados Unidos. Existen diferentes modos de medirla en función de las necesidades de la investigación o las características de la población: aunque lo más habitual es recoger el nivel de los estudios finalizados, puede medirse también mediante la edad al finalizar los estudios, el último curso realizado o el número de años de escolarización.

En principio, se trata de un indicador fácil de obtener y de cuantificar y suele ser estable a lo largo de toda la vida en los adultos, aunque esta última característica se señala también como un inconveniente, ya que su estabilidad no reflejaría los posibles cambios vitales que podrían darse en una persona y que tendrían efectos sobre su salud (la pérdida del empleo, por ejemplo). Tampoco permite tener en cuenta la educación no formal o situaciones muy frecuentes como que para el mismo nivel educativo y el mismo tipo de trabajo, los sueldos pueden ser menores para determinados colectivos (mujeres o minorías étnicas, por ejemplo). Además, su homogeneidad en los grupos de más edad de la población y en las poblaciones más marginales hace que sea poco discriminativa.

Quienes lo defienden como indicador fundamental afirman que la educación permite el acceso a ocupaciones mejores y más remuneradas y se relaciona, como se ha señalado, con la facultad de entender e incorporar las medidas preventivas de salud y los tratamientos. Sobre esto último pueden hacerse dos comentarios. Por una parte, al suponer la estabilidad de la relación formación-trabajo-ingresos no se suele tener en

cuenta la situación, frecuente en muchas capas de la población y, sobre todo, en las personas en edades medias y avanzadas de la vida, en la que el hecho de no disponer de ningún tipo de estudio formal no impide realizar trabajos cualificados o semicualificados. Y al revés: actualmente parece cada vez más claro que las personas con una formación más alta (titulados universitarios, por ejemplo) tardan más en acceder a un trabajo acorde con su formación, cuando lo consiguen, y perciben durante más tiempo ingresos menores que otras con capacitaciones profesionales de menor nivel, pero con mayor demanda. En definitiva, si se trata de utilizar la educación como indicador de estatus, no tan sólo nunca puede ser el único que se debe considerar, sino que debe tenerse en cuenta la relativa falta de adhesión actual entre nivel de estudios y condiciones económicas, por un lado, y el prestigio otorgado a determinado tipo de formación reglada para los diferentes colectivos, por otro, lo que puede incidir más en la calidad de vida que en los ingresos.

Por otra parte, en relación con el papel de la educación como capacitadora para entender el funcionamiento de los servicios de salud, para responsabilizarse de los propios hábitos y para comprender los mensajes preventivos, decir que es innegable que la escuela es socializadora y enculturadora, de manera que sí sirve para transmitir una serie de claves y conocimientos respecto a la estructura de la sociedad en la que se vive y también es cierto que a mayor nivel cultural (aunque esto no necesariamente vaya unido a la formación reglada), mayor capacidad para entender cierto tipo de información. Ahora bien, en el caso de los inmigrantes, su formación, su escuela, puede haber sido igualmente integradora y funcional, sólo que no necesariamente lo es para lo que se encuentran aquí. Es decir, podemos estar ante personas con cierto nivel de educación a los que nuestra estructura sanitaria les resulte completamente ajena o que, por sus concepciones respecto a la causalidad de la enfermedad y los modos de tratarla, integrativos en su lugar de origen, los mensajes preventivos de la biomedicina no le digan gran cosa. Además, la capacidad para comunicar las propias quejas y demandas no dependerá sólo del nivel de formación o cultural, sino también de las distintas pautas de relación social y de comunicación, así como de una posición social subordinada que no permite la exigencia de determinados derechos o que interfiere en la equidad de la relación entre el personal sanitario y el paciente, algo que es válido para inmigrantes, minorías étnicas y también para diversos sectores de la población autóctona.

En el caso de los inmigrantes habrá, además, que tener en cuenta cuatro situaciones más. La primera, la diferencia de los sistemas educativos y de los planes de estudios en origen y destino, de forma que encontrar un equivalente en la estructura local puede no resultar sencillo y la cumplimentación de la encuesta o la entrevista pautada o superficial estarían, en este punto, sujetas a sesgos e imprecisiones.

La segunda, las dificultades legales y burocráticas para la convalidación de títulos, que pueden llevar a personas con altos niveles de formación reconocidos en su país de origen a desempeñar en destino trabajos no relacionados con ella o por debajo de su cualificación o, incluso, aún cuando sí correspondan a su nivel formativo, pueden llevarse a cabo en condiciones de informalidad (sin reconocimiento legal del título) y, habitualmente, percibiendo por ello un salario inferior al preceptivo. Un ejemplo significativo de esto es la situación en la que se encuentran gran cantidad de profesionales sanitarios procedentes de los llamados países en desarrollo, a los que el Estado español no suele reconocer la especialidad pero sí licenciatura en Medicina, de forma que ejercen, habitualmente, en dos situaciones diferentes: bien como médicos de

familia en organismos públicos (aún no contando con la formación especializada en esta área que sí se exige a los profesionales locales), bien como especialistas en el sector privado, recibiendo muchas veces salarios menores y con una desprotección legal evidente, por no hablar de la competencia desleal hacia los colegas autóctonos y los riesgos que sus diferencias en la formación (no comprobadas por las autoridades) puedan suponer en los pacientes. Las derivaciones de pacientes a los servicios públicos, que se estiman como no justificadas y consecuencia de carencias formativas y del desconocimiento del sistema por parte de estos profesionales, junto con la competencia por espacios de trabajo escasos y no siempre adecuadamente remunerados, parece estar incrementando los prejuicios y la xenofobia hacia ellos por parte de los profesionales autóctonos, que puede extenderse con facilidad al resto de los trabajadores extranjeros y a los pacientes.

La tercera situación implica tener en cuenta el papel del idioma, especialmente en las primeras etapas de la emigración, de manera que si no se domina la lengua puede resultar imposible sacarle partido a un título, mientras que estas mismas dificultades de comunicación no impedirán, con frecuencia, la realización de actividades no cualificadas (la recolección, por ejemplo).

La cuarta, será la necesidad de tener en cuenta que en determinados colectivos la emigración puede estar motivada no por razones económicas y laborales sino por motivos políticos o por el deseo de adquirir una formación que no está disponible en origen, por lo que se tratará, con toda seguridad, de personas en situaciones sociales (sobre todo en lo que se refiere a la regularización jurídica) y económicas completamente diferentes de las de aquellos a los que solemos denominar inmigrantes económicos.

3.3.1.4. Otros indicadores socioeconómicos

Además de los anteriores, existen otros indicadores socioeconómicos, como la posesión de coche o vivienda, las características de ésta o la situación de paro, que a veces se utilizan solos o formando parte de índices compuestos, aunque su uso en los estudios convencionales sobre desigualdades en salud en nuestro medio no es frecuente.

Los indicadores compuestos (también llamados sintéticos) sirven también para medir la denominada “privación material”, ya sea individual o de un área geográfica, y pueden ser de distintos tipos:

> “Los indicadores de ‘privación material’ han sido clasificados por Thunhurst en tres categorías: en primer lugar, indicadores directos, que representan a la ‘privación’ en sí misma como son el número de personas desempleadas o analfabetas, o el número de hogares con hacinamiento; segundo, indicadores indirectos, que permiten inferir la existencia de ‘privación material’ pero no la implican en sí misma como por ejemplo, el número de hogares que no disponen de automóvil, o el número de niños o jubilados en el hogar; tercero, indicadores interpretativos, que ayudan al análisis geográfico de la distribución de los indicadores directos e indirectos como por ejemplo el número de inmigrantes que han llegado a una zona geográfica en el último año, el número de hogares públicos de alquiler, o la cantidad de alojamientos alquilados con o sin muebles (Thunhurst, 1985a). Con el fin de resumir en una sola medida varios de estos indicadores, se han construido índices sintéticos o compuestos tales como el índice de Townsend, Carstairs o Jarman que proporcionan una imagen multidimensional de los factores socioeconómicos que afectan a la salud (Morris y Carstairs, 1991). Así, por ejemplo, el índice de Townsend incluye los siguientes indicadores: número de desempleados, hogares hacinados, y

hogares que no possenn automóvil." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 22)

Los más utilizados son los elaborados por Carstairs y Morris (Carstairs, Morris, 1988; Morris, Carstairs, 1991) y por Townsend (Townsend, Phillimore, Beattie, 1988):

> "Entre els índexs de privació utilitzats a Gran Bretanya cal destacar el que va crear Vera Carstairs l'any 1981, basat en variables censals (amuntegament, falta de serveis en les cases, percentatge de població de la classe V, homes en atur, falta de cotxe, cases amb 1-3 habitacions i proporció de població activa) per analitzar les desigualtats de salut en àrees petites de Glasgow i Edinburgh. Posteriorment Carstairs i Morris [1988] van utilitzar els següents indicadors per calcular el seu índex de privació en cada sector d'Escòcia: llars amb amuntegament, homes en atur, classe social baixa i llars sense cotxe. Aquest autors ressalten que l'àrea geogràfica (amb el seu índex de privació) pot ser una mesura alternativa a la classe social individual, cosa que al mateix temps fa més fàcils les possibles intervencions de salut pública, ja que permet detectar zones amb diferents tipus de problemàtica sòcio-sanitària.
> Townsend utilitza els següents indicadors per representar la privació material: persones econòmicament actives que estan en atur, llars sense cotxe, llars que no són de propietat i llars amb amuntegament. Townsend opina que s'ha d'anar *més enllà* de l'estudi de la classe social basada en l'ocupació, per detectar les desigualtats en salut i aprofundir en el seu estudi. Un altre índex utilitzat és el de Jarman, que apart d'incloure l'atur i la classe social baixa, inclou variables sòcio-demogràfiques i de la llar.
> L'any 1991 Carstairs i Morris varen comparar 5 índexs de privació utilitzats al Regne Unit, i van trobar que el seu índex i el de Townsend eren els que explicaven més bé la variància observada en sis indicadors de salut (raons de mortalitat estandarditzades, persones temporalment malaltes, persones malaltes permanentment (dades obtingudes del cens), raons de dies de llit a l'hospital estandarditzades, raons d'altes hospitalàries estandarditzades i mitjanes d'estada hospitalària estandarditzades)." (Borrell, 1996: 31, las cursivas son suyas)

En primer lugar, señalar la conveniencia de tener en cuenta no sólo el nivel de ingresos sino la riqueza en su conjunto, ya que el nivel económico y el poder adquisitivo no lo dan sólo el sueldo que se percibe por razón de un trabajo sino también por otras vías como rentas o herencias. Obviamente, la situación no será la misma en el caso de dos personas con el mismo salario, cuando una de ellas tenga su sueldo como única fuente de ingresos y otra disponga de amplio patrimonio que reduzca los gastos (alquiler, hipoteca…), aumente los ingresos y sirva, además, de respaldo en situaciones de crisis. En relación precisamente con el apoyo en situaciones adversas, señalar que raramente en los estudios sobre desigualdades en salud se tiene en cuenta el papel que, ante la enfermedad o incluso como prevención para ella, puede tener la disponibilidad de una red social de apoyo. Como se verá con mayor detenimiento en los capítulos 2 y 3, es un hecho que, por ejemplo, para determinadas patologías psicológicas, la red social constituye un factor de buen pronóstico, en tanto que proporciona no sólo cuidados y soporte emocional sino, muchas veces, respaldo económico, alojamiento, etc. (Atxotegui, 2002).

En cuanto al papel de otros posibles indicadores socioeconómicos en el caso de los estudios con inmigrantes y también con población marginal o pobre autóctona, señalar, por ejemplo, la relevancia de tener en cuenta las características de la vivienda, no tan sólo en relación al número de metros cuadrados, índice de hacinamiento o régimen de tenencia (que suele ser las variables que se tienen en cuenta) sino también otras como el número y tipo de relación con las personas con las que se comparte (a veces varias familias en un piso), la disponibilidad de espacio propio o las condiciones básicas de habitabilidad (agua, luz, baño, seguridad física de la estructura, salubridad de la vivienda y del barrio, servicios de limpieza de éste y de recogida de residuos…). Así,

será posible encontrar situaciones tan extremas como las de inmigrantes en muy mala situación económica que no disponen siquiera de vivienda, comparten piso en el sistema conocido como "cama caliente"[24] o viven en condiciones que se podrían calificar de infrahumanas, hasta otras en las que aún cuando el nivel de ingresos permitiera disponer de una vivienda mejor, optan por permanecer en una por debajo de su poder adquisitivo estimado porque tengan, como ya se ha mencionado, otro tipo de cargas u obligaciones en las que gastar o invertir su dinero. Este último hecho influirá también en la posesión de bienes materiales, como el coche, ya que, aún teniendo la posibilidad de adquirirlos, las prioridades pueden ser otras, o incluso todo lo contrario, la necesidad de lograr prestigio puede llevar a una compra por encima de las posibilidades reales. En el capítulo 3, nos detendremos en el análisis de estas cuestiones.

Finalmente, decir que, además de los problemas que plantea el uso aislado de indicadores, ya comentados, es necesario tener en cuenta que todos ellos, juntos o por separado, tienen una característica común: pueden ser inadecuados para un contexto, situación o población diferente de aquélla para la que se propusieron inicialmente y, además, están sujetos a *envejecimiento*, es decir, al desajuste producido por los cambios históricos y los procesos propios de cada sociedad. Así, por ejemplo, la categorización del nivel educativo que puede ser útil y correcta para las ciudades españolas actuales resultará con toda probabilidad inadecuada para medir la misma variable otras latitudes donde la enseñanza está a cargo de la Escuela Islámica, o la posesión de coche, que podía ser un buen indicador hace cuarenta o cincuenta años en nuestro medio, no lo es hoy, debido a la generalización de su compra en sectores muy diferentes de la sociedad. Las variables significativas lo son, por tanto, en determinadas circunstancias y tiempos y a los indicadores con las que se mide una misma variable, les ocurre lo mismo.

3.3.2. Indicadores de salud y de uso de servicios sanitarios

3.3.2.1. Indicadores de mortalidad

Los indicadores de mortalidad son los más utilizados en los estudios de desigualdades en salud. Existen diferentes tipos:

Tasas estandarizadas por edad	Tasa estandarizada teniendo en cuenta todas las defunciones Tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos
Razones de mortalidad	Razón de mortalidad estandarizada Razón de mortalidad comparativa Razón de años potenciales de vida perdidos
Otros	Tasas específicas por edad y sexo Esperanza de Vida

Fuente: Borrell, 1996

Entre sus ventajas se señalan el hecho de que son datos exhaustivos (puesto que el Certificado de Defunción es imprescindible para enterrar a un difunto[25]), de obtención

[24] La expresión se refiere al alquiler de una cama o habitación que se utiliza por horas, compartiéndola con otras personas.
[25] Los enterramientos ilegales, aunque pueden existir, no son frecuentes.

sencilla y de bajo coste. Permiten la comparación temporal y el análisis geográfico ya que existen registros de mortalidad desde hace muchos años y en ellos se recoge el municipio de residencia y de fallecimiento. A nivel internacional, se alega también la posibilidad de hacer comparaciones por clase social de acuerdo con clasificaciones basadas en el trabajo ya que en el Certificado de Defunción se registra la ocupación del fallecido. Sin embargo, este tipo de investigaciones son complicadas en el Estado español debido a las diferencias de criterios a la hora de registrar la ocupación: a veces no es la misma que figura en el censo o en el padrón porque la notifican los familiares, porque ha cambiado desde que el fallecido se empadronó, porque estaba jubilado y no se registra la ocupación previa o, en ocasiones, incluso porque no consta en el Certificado. En pocas ciudades del Estado español existe conexión entre los certificados de defunción y el Padrón Municipal, de tal manera que no se puede comprobar la exactitud de los datos que constan en el primero.

> "Els estudis transversals realitzats al Regne Unit, que es basen en les estadístiques rutinàries de mortalitat, i que utilitzen dades del cens per a calcular el denominador de les taxes, estan sotmesos al biaix anomenat de *numerador-denominador*. Aquest biaix apareix quan les dades de classe social del numerador de les taxes són diferents que les del denominador. L'ocupació certificada en la Butlleta de Defunció (indicador a partir del qual s'obté la classe social) pot no ser la mateixa que la declarada en el cens; ja que l'ocupació de la butlleta és la declarada pel familiars o coneguts del difunt i habitualment està menys ben especificada que en el cens. Aquest fet pot distorsionar les taxes de mortalitat segons classe social, ja que les dades del numerador (mortalitat) i de denominador (cens) podrien no ser concordants." (Borrell, 1996: 8)

Y no tan sólo hay dificultades y errores en el registro de las variables socioeconómicas en los certificados de defunción, sino también en la causa de la muerte. Por una parte, no necesariamente será exacta, ya que muchas veces en el Certificado de Defunción se registran causas como "parada cardio-respiratoria" que no indican la razón primera que motivó el fallecimiento[26]; por otra, aún cuando el registro sea exacto, suele recogerse la enfermedad que llevó al desenlace pero no otras asociadas que pueden haberlo precipitado o que, al menos, tendrían relación con la calidad de vida previa. Y este es el principal inconveniente de los indicadores de mortalidad: tan solo sirven para evaluar, dentro de estas limitaciones, aquellos problemas de salud que llevan a la muerte.

Respecto a la población inmigrante, los estudios de mortalidad no resultan muy útiles, por varias razones. Una porque, de momento al menos, suele tratarse mayoritariamente de personas jóvenes y sanas, con lo que la mortalidad será limitada y ligada a causas típicas de la población en estos segmentos de edad, como los accidentes, especialmente laborales. Cuestiones como la reagrupación familiar pueden, a medio y largo plazo, introducir o acentuar cambios en esta situación que habrá que investigar. Algo necesario también en lo referente a aquellos inmigrantes, cuyo número se desconoce, que vienen precisamente para recibir tratamientos no disponibles en su país o que allí no están a su alcance. Una última razón que limitaría la utilidad de los indicadores de mortalidad es que es no es extraño que aquéllos de más edad o gravemente enfermos vuelvan a sus países de origen antes de fallecer, lo que haría que los índices que se miden descendiesen y se obtuvieran cifras por debajo de las reales.

[26] Obviamente, todos nos morimos al dejar de respirar y cuando el corazón se para, pero esta categoría sólo recoge el hecho de la muerte y no la enfermedad que la motivó.

3.3.2.2. Indicadores de morbilidad

Además de la mortalidad, los estudios de desigualdades en salud pueden tener en cuenta la morbilidad y la utilización de los servicios sanitarios, recogiendo la información a través de las encuestas de salud y, menos frecuentemente, a partir de registros clínicos. Entre los indicadores de morbilidad y utilización de los servicios sanitarios destacan:

Estado de salud y limitación de la actividad
▪ Porcentaje de personas que declaran enfermedades crónicas ▪ Tipo de enfermedades crónicas ▪ Limitación de la actividad debida a enfermedades agudas o crónicas ▪ Número de días de media de actividad restringida por personas ▪ Estado de salud percibido ▪ Situaciones agudas ▪ Incidencia anual de días en la cama (por enfermedades crónicas, agudas o accidentes)
Utilización de servicios sanitarios
▪ Porcentaje de personas que han visitado al médico las dos semanas anteriores a la entrevista ▪ Número de visitas por persona y año (visitas al médico y consultas telefónicas) ▪ Días de ingreso en el hospital durante el último año Ajustados por medidas de necesidad
Prácticas preventivas
▪ Utilización de servicios de salud dental ▪ Realización periódica de mamografías ▪ Realización periódica de citología cervical ▪ Toma periódica de la tensión arterial
Conductas relacionadas con la salud
▪ Prevalencia de fumadores/as ▪ Prevalencia de actividad física (de ocio y en el trabajo) ▪ Prevalencia de sobrepeso y obesidad ▪ Prevalencia de bebedores/as excesivos/as
Otros indicadores
▪ Prevalencia de tuberculosis ▪ Incidencia de SIDA ▪ Incidencia de cáncer

Fuente: Borrell, 1996

Estos indicadores ofrecen la ventaja de recoger un rango de datos mucho más amplio que los de mortalidad, ya que podrían obtenerse datos sobre prevalencia e incidencia de enfermedades, el estado de salud subjetivo, la limitación de la actividad o las conductas relacionadas con la salud y hacerse comparaciones en función de indicadores socioeconómicos.

El principal inconveniente es que se trata de datos más difíciles de obtener que los de mortalidad. Por una parte, en nuestro medio apenas existen registros reglados de morbilidad (salvo las Enfermedades de Declaración Obligatoria que, de todas formas, no siempre se recogen de manera exhaustiva). Además, puede afirmarse que se trata de datos sujetos a tres características que limitan su confiabilidad: un alto grado de subjetividad, imprecisión y variabilidad cultural.

Subjetividad, porque preguntar al encuestado (o incluso en entrevistas) por su estado de salud percibido o por las enfermedades que padece, puede dar una idea de la percepción subjetiva de su estado de salud, en el mejor de los casos, pero no de la situación real de ésta. Las valoraciones están sujetas a una gran variabilidad en función de diferentes factores como el género, la edad, la época en la que se realice la encuesta, la situación socioeconómica o la tradición cultural a la que se pertenezca. Así, suele describirse que las mujeres pueden presentar patrones de expresión de las quejas diferentes a los de los hombres, que los jóvenes pueden tolerar peor una limitación de la actividad de lo que lo haría un adulto o un anciano o que, en el momento actual, los avances y la creciente tecnificación de la Medicina o cuestiones como la posibilidad de tener una elevada calidad de vida y los patrones de búsqueda del bienestar, condicionan que las molestias o las incapacidades sean peor toleradas de lo que lo hubieran sido no hace tantos años. Además, la situación económica en que se encuentre una persona puede condicionar claramente no tanto la percepción de su salud como hasta qué punto se consienta que la enfermedad limite la actividad: los trabajadores irregulares, los que tengan contratos temporales o corran el riesgo de perder el empleo, los autónomos, o simplemente los que no puedan permitirse cobrar menos, esperarán más hasta aceptar que su enfermedad implica una incapacidad, aún cuando sea temporal.

Imprecisión, porque muchos pacientes (autóctonos o inmigrantes) no sabrán con exactitud la enfermedad que padecen (sobre todo las personas más mayores o de menor nivel cultural, las que tengan dificultades de manejo en el sistema sanitario o, en el caso de los inmigrantes, quienes no dominen el idioma o no estén familiarizados con nuestras estructuras diagnósticas). Presentar, como se hace habitualmente, un listado de patologías con el objetivo de *refrescar la memoria* puede inducir respuestas no del todo exactas, de modo que la persona conteste aquella que le resulta más conocida, que es más popular o, en ocasiones, que suena más grave –lo que a veces se justifica en relación a su contexto y su situación. Además, las agrupaciones de cuadros clínicos que habitualmente se presentan en las encuestas de salud o en la mayoría de los cuestionarios son, como poco, imprecisas, puesto que engloban enfermedades con prevalencias muy distintas y repercusiones también muy diferentes (la categoría "enfermedad cardiaca", por ejemplo). También hay que tener en cuenta que el número de enfermedades que incluyen es muy limitado en comparación con el amplio abanico que existe, de modo que los datos se referirán a agrupaciones amplias de patologías muy comunes, pero no puede considerarse que esto dé una idea exacta de la situación real de la salud de las poblaciones. En todo caso, y hablando en concreto de los colectivos que nos ocupan, algo que sucede con frecuencia es que desconocen estas enfermedades o las conocen por otros nombre o por otras descripciones y que, sin embargo, estén familiarizados con otras aquí desaparecidas, infrecuentes o incluso inexistentes en nuestros términos.

Finalmente, la perspectiva cultural. Se ha señalado ya varias veces a lo largo del texto y se tratará con mayor detenimiento más adelante, que ésta condiciona claramente la

percepción de la salud y de la enfermedad, de lo que es normal y de lo que no lo es, de lo que lleva a incapacidad y de lo que debe ser tolerado, modula la expresividad de los síntomas y condiciona la búsqueda de soluciones, de forma que la aplicación de estos u otros indicadores en personas pertenecientes a minorías étnicas deberán tener en cuenta estas cuestiones. Esto es algo realmente fuera del alcance de los estudios sobre desigualdades en salud, con los problemas de metodología que ya se han explicado, y con la mayoría de estudios que se realizan en centros sanitarios concretos.

En lo que se refiere a las encuestas de población en las que la población inmigrante forma parte de la muestra junto con la autóctona, además, de que su presencia en el conjunto de las muestras es, como ya se ha mencionado, insignificante o al menos insuficiente, la comparabilidad de las situaciones es limitada, en la medida en que no se suelen tener en cuenta la situación previa de salud, la situación económica o la disponibilidad y características de la atención sanitaria que hayan recibido los inmigrantes en sus países de origen o, incluso, durante su camino hacia la ciudad de destino, datos siempre necesarios por su elevada influencia en su estado de salud actual.

En conjunto, se trata de datos donde la comparación a lo largo del tiempo, entre grupos culturales o segmentos de la población puede ser compleja, pero es necesario decir, de nuevo, que esto es algo que no invalida este tipo de estudios ni de indicadores, aunque sí exige manejarlos con cuidado.

3.3.2.3. Indicadores de uso de servicios sanitarios

La relevancia que se otorga al papel de los servicios sanitarios en la generación o disminución de las desigualdades en salud varía en función de la fuente que se consulte, aunque, en general, suele afirmarse que, aún no siendo un elemento fundamental, sí tienen una función destacada en la curación y en el alivio de las situaciones de enfermedad. En este sentido, diferentes autores (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996) han señalado la importancia de los servicios de salud también en el proceso de acompañamiento de los ciudadanos, siendo fundamental su capacidad para transmitir apoyo y confianza. La disponibilidad de cobertura sanitaria se relaciona con mejores indicadores de salud, y se ha señalado que la capacidad para responder a las necesidades de los ciudadanos es mayor, a igualdad de gastos, en los sistemas públicos con cobertura universal que en los de asistencia privada (Borrell, Benach, 2003). Aún así, en países que, como España, disponen de una red con una amplia gama de prestaciones y que llega a prácticamente toda la población, existen desigualdades en cuanto al acceso y el disfrute por parte de ciertos sectores sociales, especialmente en lo que se refiere a los programas de prevención y educación para la salud y los servicios no ofertados por la sanidad pública, pero también en relación con la calidad y accesibilidad de los servicios públicos.

Los estudios sobre desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios abordan aspectos relacionados con la diferencia en el acceso a los cuidados en función de la clase social y el grado de necesidad, utilizando habitualmente como indicadores el número de visitas al médico, los días de hospitalización o las consultas en Urgencias. También se valoran cuestiones como el seguimiento de los programas preventivos, la distribución por clase de la cobertura doble (pública y privada) o el acceso a los cuidados buco-dentales. Otros aspectos, como la calidad de los servicios, han sido menos estudiados y suelen utilizarse para ello indicadores indirectos como el tiempo de

espera en las consultas, las listas de espera quirúrgicas o el grado de satisfacción de los usuarios.

Entre las limitaciones de este tipo de indicadores, aún cuando, aparentemente, los datos que se obtienen sean objetivos, decir que cuestiones como la valoración del tiempo de espera están sujetas a imprecisiones (resulta difícil recordarlo si la consulta no ha sido muy reciente) y subjetividades, ya que la percepción del tiempo estará influida por cuestiones como la satisfacción con el sistema sanitario, con el trato dispensado por el profesional en concreto o con el grado en que se interpreta que se ha recibido una respuesta satisfactoria a la demanda planteada, por ejemplo. Se tratará, entonces, de indicadores que pueden ofrecer información valiosa sobre el modo de acceso a los cuidados de salud y su percepción subjetiva, pero siempre que se utilicen teniendo en cuenta, correctamente, las características sociodemográficas y culturales de la población a la que se refieren. Y, si duda, ganan objetividad cuando se acompañan de la observación y de la toma de otro tipo de datos más allá de la información de los usuarios.

Por otra parte, los indicadores de necesidad que suelen emplearse para valorar el nivel de uso de los sistemas sanitarios se refieren habitualmente a la presencia de patologías, generalmente crónicas, que se cruzan con la clase social y la educación, pero no suelen tener en cuenta otras situaciones que, ante la misma enfermedad, pueden llevar a la necesidad de un mayor (o menor) número de consultas o incluso de hospitalización. En población autóctona anciana, por ejemplo, es conocida la tendencia a utilizar las consultas como espacios de comunicación y de expresión de las quejas (no siempre exclusivamente de salud, o al menos, de salud en el sentido más biológico del término), lo que puede hacer que se consulte más por un mismo motivo. En el caso de los inmigrantes, este mismo hecho puede estar influido por dificultades en el acceso y en el manejo dentro del sistema sanitario ajenas a la voluntad y al control de los pacientes (dificultades para comprender los mensajes terapéuticos o el propio itinerario de consulta a causa de diferencias idiomáticas o de falta de experiencia en el interior del sistema, por ejemplo). Y al revés, pueden hacer un menor uso de los servicios para el mismo problema por cuestiones relacionadas con la diferente percepción de la enfermedad y su gravedad o socioeconómicas (imposibilidad de ir a la consulta por razones de trabajo, por ejemplo).

3.4. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Los estudios de desigualdades en salud, diseñados habitualmente como se ha expuesto y buena parte de los que se realizan desde centros sanitarios, presentan de manera muy sistemática una carencia fundamental: la ausencia de contrastación de los datos que recogen y de las hipótesis que formulan. Esta limitación es especialmente perceptible en los diseños basados en encuestas de salud, donde se realiza un único y breve contacto con el individuo. La ausencia de un conocimiento sólido y contextualizado de la realidad de vida de los sujetos de investigación, de sus pautas socioculturales y de los procesos vitales y de aculturación o integración en los que la persona puede verse inmersa, llevarán al investigador a tener que aceptar como única fuente de datos lo que estas personas le dicen, sin posibilidad de interpretarlo correctamente ni contrastarlo mediante la observación directa y a lo largo de periodos de tiempo razonables.

La mayor parte de los diseños ni siquiera suelen permitir la formulación rigurosa de hipótesis con un nivel de pertinencia razonable y, aún cuando sí lo hagan, se trata de estudios donde pocas veces se trata de profundizar en las causas de los fenómenos, sino que se limitan a hacer generalizaciones empíricas y descripciones de asociaciones entre variables de uso más o menos habitual, sin después comprobar realmente a qué se debe tal asociación o en qué circunstancias es consistente y por qué. De esta manera, tienden a elaborarse tan sólo cierto tipo de hipótesis, las que la asociación de las variables sugiere de forma inmediata, pero no se investiga si son resultado de su mutua dependencia de un factor común o si existen otras razones que podrían explicar la relación y que podrían surgir de un conocimiento más profundo del ámbito de estudio. Por todo ello, es importante, preguntarse cuál es la procedencia de estas hipótesis, por qué razón se hacen estas y no otras y con qué garantías metodológicas y, sobre todo, qué tipo de presupuestos culturales, sociales e ideológicos hay detrás de ellas.

Las explicaciones suelen ser, además, globales, únicas para las distintas personas y grupos a los que se considera, sin tener en cuenta, como ya se ha dicho, que ni las circunstancias de partida ni la evolución de los fenómenos tienen necesariamente por qué ser las mismas en los distintos grupos y personas. Y muestran también que es al paciente inmigrante al que se observa, es decir, tan sólo a una parte de la realidad, más compleja y en la que intervienen actores y factores muy variados procedentes de diferentes tiempos y contextos: así, tienden a aventurarse causas que se suponen derivadas del paciente (irregularidad, desconocimiento del idioma, pobreza, incultura, etc.), muy pocas veces del sistema sanitario (salvo, quizá, en lo que se refiere a una estructura compleja que, de todas formas, raramente se cuestiona) y prácticamente nunca, de los profesionales de la salud.

Tampoco se acostumbra a hacer un seguimiento de las poblaciones de tal manera que pueda realizarse otra forma de contrastación de las hipótesis, ni a observarse la evolución de los fenómenos, cuestiones necesarias para diseñar políticas más ajustadas a la realidad y para evaluar las consecuencias de las que se ponen en marcha. Basar políticas o acciones en correlaciones que se suponen hipótesis causales sin contrastar es científicamente poco riguroso y, en esa medida, supone una responsabilidad de la que no podemos desentendernos: sólo el conocimiento suficientemente contrastado de la realidad sobre la que se pretende actuar puede conducir a intervenciones útiles y legítimas.

Como conclusión a lo dicho hasta el momento, puede señalarse que los estudios diseñados de acuerdo al patrón de desigualdades en salud, aún cuando, como ya se ha señalado, tienen una clara utilidad y pueden tomarse como base para señalar aspectos que es necesario investigar o para proponer hipótesis tentativas, no parecen servir, por sí mismos, para describir y dar explicaciones y respuestas a la situación de salud de una determinada población. Y esto es especialmente así para aquellos colectivos más pequeños o en los que concurran circunstancias especiales que los diferencian del resto de la población y que hacen que se escapen a las posibilidades reales de abordaje desde este tipo de estudios. Ignorar estas limitaciones conlleva que muchas de las investigaciones que se desarrollan en nuestro medio, que se basan en este tipo de metodología, puedan estar llegando a conclusiones cuando menos sesgadas o incorrectas y que las políticas que en ellas se basen no respondan a la realidad y las necesidades de estas personas.

Será necesario además, y por tanto, otro tipo de planteamiento, donde las investigaciones se realicen durante el tiempo y con los medios necesarios para asegurarse de que lo que se observa es realmente lo que tiene relevancia y para contrastar las hipótesis que se formulan y en las que los profesionales estén adecuadamente formados en los aspectos socioculturales que pueden intervenir en el estado de salud de la población.

CAPÍTULO 2. SALUD E INMIGRACIÓN

Una vez analizada la metodología empleada con mayor frecuencia en los estudios sobre desigualdades en salud que habitualmente se realizan en nuestro medio, las aportaciones y las limitaciones que presentan, parece interesante abordar los principales datos disponibles respecto a la situación de salud de la población inmigrante, bien a partir de este tipo de estudios o de otros.

1. IMPACTO DE LA EMIGRACIÓN PARA QUIENES PERMANECEN EN EL PAIS DE ORIGEN

Cuando se habla del impacto de la inmigración en la salud rara vez se tienen en cuenta las consecuencias que ésta tiene para quienes permanecen en origen, amplias y que pueden contemplarse desde diversos puntos de vista, aunque aquí hagamos tan sólo una breve referencia.

En primer lugar, cabe señalar que, en contra de lo que se suele suponer, muchas personas entre quienes emigran son profesionales, cuya salida de su país supondrá una gran pérdida, tanto si se tiene en cuenta la merma de capital humano capacitado como el dinero que los Estados se han gastado en formarlos (cuando haya sido así), por no añadir que ese esfuerzo irá en beneficio de países desarrollados, con capacidad para formar a sus propios especialistas. Parte de estos profesionales pertenecerán al ámbito sanitario, por lo que a lo anterior habrá que añadirle la consiguiente desprotección que sufre la población –especialmente la de zonas rurales– y el deterioro de los sistemas de salud de sus países, en ocasiones ya de por sí bastante deficientes. Recientemente, la OMS ha tomado conciencia de la situación, sus dimensiones y consecuencias:

> "In many parts of the world, especially in developing countries with established traditions of education and professional training, the drain of professionals poses a serious problem. This is most pronounced in countries where the capacity for reinvestment in the education system is limited. For these countries, losing health-care professionals may produce serious deficiencies in the services available to local communities and in the capacity of developing countries to move forward with their health development plans. To compensate for such losses, remaining professionals may adapt to deliver services outside their scope of practice. The health professionals who stay behind also bear the burden of greater workloads, added stress, poor pay, sub-standard equipment, inadequate supervision and information and lack of career opportunities, all of which may undermine their motivation to continue to work in such settings. (These conditions not only apply in the context of cross-border migration, but also in cases of internal migration." (OMS, 2003: 11)

> "When migrating health professionals are educated in their home country in nationally subsidized educational systems, developing countries are supporting the health systems of developed countries." (OMS, 2003: 12)

> "2. En los diez últimos años, el fenómeno de la migración de personal sanitario cualificado se ha tornado más complejo, se ha extendido a nivel mundial y ha pasado a ser un motivo de creciente preocupación para aquellos países que pierden a profesionales sanitarios que tanto necesitan. El impacto de este fenómeno afecta desproporcionadamente a algunos países. Cuando un número importante de médicos y enfermeras emigran, los países que financiaron sus estudios se convierten en subvencionadores, por lo general involuntariamente, de los países más ricos que reciben a esos trabajadores. Si el sistema de salud de un país es frágil, la pérdida de parte de su personal cualificado supone una complicación añadida. Las consecuencias son especialmente

> graves en las zonas rurales e insuficientemente atendidas, pues es allí donde se suele acusar la mayor emigración de profesionales sanitarios.” (OMS, 2006: 1)

> “(…) Con todo, los datos disponibles muestran las repercusiones de la emigración de médicos y enfermeras en algunos países de bajos ingresos, especialmente en el África subsahariana, donde por cada 100 médicos que ejercen allí, hay 23 médicos formados en África que trabajan en países de la OCDE. En cuanto a las enfermeras, la cifra es más baja, pero los problemas que entraña el acopio de datos dejan entrever una posible subestimación. En lo que se refiere a las demás categorías de profesionales sanitarios, los datos disponibles sobre el alcance y el impacto de la migración son limitados.” (OMS, 2006: 1)

Y ha elaborado varios informes y propuestas de actuación al respecto. Entre ellas, se plantea la posibilidad de compensar a los países “exportadores” de profesionales sanitarios y promover, en destino, prácticas de contratación éticas:

> “19. La idea de compensar a los países que han perdido trabajadores no es nueva, pero sí polémica. En los años setenta se entabló un amplio debate sobre la necesidad y la posibilidad de compensar a los países de origen de los migrantes, pero no se adoptaron medidas y el tema cayó en el olvido; volvió a surgir recientemente, tras numerosas estimaciones sobre las pérdidas financieras que sufren los países de origen, un reconocimiento de que la contratación se está acelerando y la manifestación de cierto interés en establecer prácticas de contratación ajustadas a la ética. Actualmente se está examinando la posibilidad de abono de una compensación financiera por parte de los países que están recibiendo y contratando a profesionales sanitarios extranjeros en los servicios de salud estatales, para compensar así la pérdida de capital humano y de inversión en la formación que padecen algunos países. Sin embargo, la creación de estos sistemas de compensación directa tropieza con múltiples dificultades. Muchos profesionales sanitarios no emigran una sola vez, sino varias, utilizando algunos países como etapa de transición para obtener diplomas de mayor reconocimiento internacional, lo que plantea la pregunta de qué país debería abonar la compensación.
> 20. En vez de una compensación directa relacionada con el personal sanitario, se han propuesto mecanismos para que los países receptores inviertan más en la formación. Esta iniciativa podría ayudar a reforzar la calidad de la enseñanza impartida en los países de origen y aumentar la producción de profesionales sanitarios. Es necesario seguir explorando las posibilidades reales de esta iniciativa y determinar los métodos de gestión de la misma.” (OMS, 2006: 4)

Pero aún cuando no se trate de profesionales sanitarios ni de otro tipo, la emigración supone para los Estados una pérdida de personas habitualmente jóvenes, emprendedoras y sanas que dejan de contribuir al desarrollo de sus países para hacerlo en otros. Se producirá entonces una pérdida de fuerza de trabajo, un envejecimiento de la población y una tendencia al aumento de los sectores no productivos de la sociedad, que son, a la vez, los más dependientes (niños, ancianos o enfermos) y se alterarán también las estructuras sociales, familiares y productivas y las redes de reciprocidad y cooperación tradicionales, lo que, en su conjunto, puede conducir al deterioro de las condiciones de vida de quienes permanecen en origen.

Se suele argumentar, para rebatir lo anterior, que el dinero enviado por los emigrantes es una gran fuente de ingresos para sus países y para sus familias –que podrán acceder a bienes y servicios que antes no alcanzaban, entre ellos la alimentación, la vivienda o los cuidados de salud–, lo cual es enteramente cierto, pero también debe tenerse en cuenta que no siempre es así. No todos los que emigran pueden (o quieren) enviar dinero, es posible que tarden cierto tiempo en poder hacerlo –pudiendo dejar desprotegidos a los más vulnerables de su familia–, las cantidades que envían no siempre compensan la pérdida de su valor humano y capacidad productiva y, sobre todo, no siempre los Estados receptores del dinero emplean las ganancias que suponen estos envíos en mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones, con lo que, aunque de manera

individual la calidad de vida pueda mejorar, esto no siempre se acompaña de mejoras en las condiciones generales del país de las que continuará dependiendo, en buena medida, la salud de su población.

2. IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN RECEPTORA

La inmigración tiene efectos beneficiosos en distintos aspectos para las sociedades de acogida. Aún cuando parte de la población (y de sus representantes políticos) sean incapaces de ver la riqueza de tipo social y cultural que supone, sí suele argumentarse a favor de las modificaciones que introduce en la pirámide de población (se trata de población más joven que la media y que, además, suele tener más hijos) o en cuanto a la incorporación de mano de obra y la revitalización de las cotizaciones a la Seguridad Social que se le asocian. Sin embargo, entre los argumentos en contra se ha señalado el supuesto impacto negativo que la llegada de inmigrantes procedentes de países en desarrollo tendría sobre la salud de la población autóctona, tema éste que ha sido objeto de diversas opiniones y estudios en nuestro medio en los últimos años, sin que los resultados hayan sido concluyentes (Gámez, Galindo, 2002; Jansá, 1998; Divisió d'Atenció Primària, 2004, por citar algunos).

En general, los autores que se han ocupado del tema tienden a dividir en dos los tipos de patologías padecidas por los inmigrantes y que podrían tener alguna repercusión en la salud pública: las enfermedades importadas y las adquiridas en el medio de acogida.

Respecto al primer grupo, se entiende por *enfermedades importadas* aquellas que el inmigrante adquiere en su lugar de origen (o en puntos intermedios del viaje) y *trae* al de destino, incluyéndose, fundamentalmente, dos tipos de procesos, por una parte las llamadas enfermedades tropicales (como la malaria, esquistosomiasis y otros tipos de parasitosis) y, por otra, ciertas patologías infecciosas, como la tuberculosis, el VIH/SIDA o la hepatitis B, a las que habría que añadir otras para las que la población general en nuestro medio está habitualmente vacunada (sarampión, poliomielitis, etc.).

En relación con las enfermedades tropicales, todos los autores coinciden en señalar que las posibilidades de transmisión en destino son ínfimas debido fundamentalmente a las diferencias ecológicas entre nuestro medio y el que les es propio a los vectores de transmisión de estas patologías:

> "[Las enfermedades tropicales] No están presentes en nuestro medio y en general son benignas y autolimitadas. Las posibilidades de transmisión de dichas enfermedades son remotas dada la relativa pobreza ecológica de nuestro país en relación con vectores de transmisión y en comparación con los ricos ecosistemas tropicales. A esto se le añaden medidas de higiene pública eficaces, como la potabilización del agua y la eliminación de excretas." (Gámez, Galindo, 2002: 23)

El incremento de la incidencia de este tipo de enfermedades en población autóctona se debería, más bien, a su contracción por turistas y viajeros (inmigrantes o no) que van a estas zonas cada vez con más frecuencia y no siempre son conscientes de los riesgos sanitarios que esto comporta.

> "En diferents articles, es descriu l'epidemiologia dels casos [de malària], destacant que la gran majoria d'aquells viatgers que pateixen la malaltia no han pres la quimioprofilaxi o no han fet

> una pauta correcta, havent-hi una possible diferència entre immigrants i autòctons a l'hora de prendre la medicació adequada, i és menor en aquests últims." (Berra et al.,2004: 30)[27]

Respecto a las enfermedades infecciosas, el tema es más complicado, fundamentalmente debido a la ausencia de estudios fiables que aporten datos concluyentes y a las dificultades para establecer con exactitud el momento de contagio en algunos de los casos. Es evidente que la prevalencia de estas enfermedades en los países en desarrollo (de los que proceden buena parte de los inmigrantes) es mucho mayor a la nuestra, lo que vendría a incrementar las posibilidades de transmisión en destino. Para algunos profesionales es un hecho incontrovertible que se trata de una situación de riesgo para la salud pública, mientras que para otros no puede afirmarse que realmente el aumento que se ha venido observando en los últimos años en la incidencia de enfermedades como, por ejemplo, la tuberculosis sea, en exclusiva ni significativamente, debida a la transmisión a partir de inmigrantes afectados o portadores.

> "Entre els immigrants es troben alguns dels col·lectius menys afavorits. Aquests, per les condicions de vida, d'habitatge, laborals... podrien estar més afectats per malalties com ara la tuberculosi. A la fi dels anys vuitanta i al principi dels noranta, la incidència d'infecció tuberculosa va augmentar en molts països desenvolupats. A partir de les notificacions de nous casos de tuberculosi a 14 països europeus entre els anys 1980 i 1990, es va veure que la incidència de la malaltia va mantenir-se invariable en la població autòctona, incrementant-se en la població immigrant, sobretot entre 1988 i 1990. A Gran Canària s'observà que entre els anys 1988 i 1992, la incidència de la malaltia disminuïa en la població autòctona, mantenint-se o incrementant-se en els immigrants així com en els sense sostre i en la població infectada per l'HIV." (Berra et al., 2004: 31)

> "Asimismo debe tomarse en consideración que aunque determinadas enfermedades transmisibles, como la tuberculosis o el sida, presenten valores elevados de prevalencia de infección y de incidencia de enfermedad en algunos sectores de la población inmigrada, de ello no puede concluirse que la elevación de estas tasas ocurridas en nuestro país en los últimos años, pueda explicarse parcial o totalmente por el fenómeno migratorio. Afirmaciones realizadas en esta dirección, a parte de falsear la realidad existente, contribuyen a favorecer los argumentos relacionados con la exclusión y la xenofobia. Otra cuestión es la necesidad de conocer con mayor precisión los datos referidos a estas personas en relación a aspectos como el cumplimiento de los tratamientos, lo cual debe contribuir a mejorar las estrategias para la prevención y el control de estas enfermedades." (Jansá, 1998: 167)

> "Actualmente, el impacto de los inmigrantes sobre la epidemiología de la TB [tuberculosis] en España es reducido. Sin embargo, si persistiera la tendencia actual de disminución de la prevalencia de infección en la población autóctona y de aumento en el número de inmigrantes, asistiríamos, con los años, a la repetición del modelo epidemiológico del resto de países desarrollados. (…)" (Rivas et al., 2000: 245)

En ocasiones, se ha señalado la necesidad de realizar un cribaje activo de algunas enfermedades entre los inmigrantes, especialmente la tuberculosis, aunque no existe acuerdo en cuanto a la conveniencia ni el modo adecuado de desarrollo de tales prácticas. Sin duda alguna, la reducción de las tasas de esta enfermedad se relacionaría con la detección y tratamiento de las personas afectadas, pero esto no tiene por qué implicar el establecimiento de controles masivos en los que la población diana sea

---

[27] Este es un hecho que ha sido destacado por diversos autores, quienes aportan, fundamentalmente, dos tipos de explicaciones. Por una parte, la escasa percepción de riesgo que los inmigrantes tienen respecto a la posibilidad de adquirir ciertas enfermedades en origen, como gastroenteritis, por ejemplo, por creer que el hecho de haber nacido y vivido allí les confiere protección frente a ellas. Por otra, en casos como la malaria, la elevada frecuencia de la enfermedad y la ausencia habitual de quimioprofilaxis en origen, hacen que ésta tampoco se vea necesaria cuando se viaja desde el destino migratorio.

exclusivamente la inmigrante, por lo que tiene de generalizador, arbitrario y estigmatizador y, por tanto, de violación de los derechos básicos de las personas, y porque tampoco debería olvidarse que la tuberculosis no es una enfermedad que padezcan en exclusiva, sino que afecta a capas diversas de la población autóctona, especialmente –pero tampoco sólo– a aquellas de niveles socioeconómicos más bajos o que vive en situaciones precarias. El adecuado control de estas enfermedad sí pasa, con toda seguridad, por garantizar un adecuado acceso y acogida en el sistema sanitario, el establecimiento de programas adaptados de control del cumplimiento de los tratamientos y la mejora de las condiciones de vida (no sólo de los inmigrantes sino también de sectores vulnerables y marginales de la población autóctona que sufren las mismas enfermedades en gran medida). Volveremos sobre esto más adelante.

> "c.2. Otras enfermedades
> Nos referimos a las presentes en nuestro medio, pero mucho más prevalentes en sus países de origen, como la tuberculosis. No suponen riesgo para la población general, aunque pueden plantear problemas entre colectivos marginales y de difícil control (como por ejemplo las prostitutas). Es por ello que algunos autores recomiendan el cribado de estas patologías cuando el inmigrante procede de países con alta prevalencia, siempre y cuando podamos garantizar confidencialidad y tratamiento adecuado." (Gàmez, Galindo, 2002: 23)

> "El fet que [los inmigrantes] provinguin de zones on certes malalties infeccioses són més prevalents fa que alguns col·lectius d'immigrants tinguin més probabilitats d'estar infectats o d'haver passat alguna infecció més prevalent que a Espanya abans d'arribar. Malgrat que podria estar indicada la introducció de programes de cribratge en població adulta per identificar aquestes infeccions i que nombrosos centres sanitaris han realitzat exhaustius exàmens de salut a manera de cribratge, no existeixen estudis ni criteris clars sobre quins caldria introduir ni en quines situacions." (Berra et al., 2004: 39)

> "La alta prevalencia de enfermedad tuberculosa –no ligada a sida– y de sus localizaciones extrapulmonares, hecho también referido por otros autores, refuerza la recomendación de realizar el cribado con la prueba de Mantoux a todos los inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia de esta enfermedad, siempre que tengan un mínimo de estabilidad en su residencia que garantice la posibilidad de control para evitar la reiteración de Mantoux o resistencias por quimioprofilaxis incompleta. La tuberculosis es típicamente una enfermedad de la pobreza y, a pesar de que es posible su transmisión a la población autóctona, en la práctica es poco probable. Existe poca evidencia de que represente un problema para los países de acogida, ya que en general los colectivos inmigrantes se relacionan en grupos cerrados y en todo caso la transmisión se produce entre ellos mismos. Tal como expone Jansà, actualmente no puede concluirse que la elevación de las tasas de tuberculosis en España ocurridas en los últimos años pueda explicarse totalmente por el fenómeno migratorio. Se puede pensar que, a largo plazo, mantener comunidades cerradas y socioeconómicamente marginales, con alto riesgo de transmisión de enfermedades, sí puede suponer un riesgo de contagio a la población general." (Roca et al., 2002: 618)

En lo que se refiere a enfermedades para las que existe cobertura vacunal en nuestro medio y para las que es frecuente que ésta sea incompleta o nula en los recién llegados (o, en algunos casos, en sus hijos nacidos o criados en destino), señalar que, precisamente por estar vacunada la mayor parte de la población autóctona, estas enfermedades tan sólo supondrían un riesgo elevado para los propios inmigrantes, siendo mínimo para el resto de la población. Es necesario, sin embargo, tener presente que si los niveles globales de vacunación llegaran a descender significativamente sí podríamos hablar de una situación de riesgo para la población autóctona, en la medida en la que podrían surgir brotes de enfermedades que afectarían a la sectores de la población que aún no ha sido vacunada (fundamentalmente niños que aún no han alcanzado la edad para recibir la vacuna) o para la que no se ha logrado una protección

completa y se frenaría también la tendencia a la desaparición de ciertas enfermedades (el ejemplo paradigmático aquí es la viruela). Por este motivo, sería necesario incrementar la información relativa a la importancia de las vacunaciones y facilitar los trámites, pero no conviene tampoco ignorar que la caída en las tasas de vacunación no se debe tan sólo a los inmigrantes sino también, tal y como han venido señalando diversas publicaciones pediátricas en los últimos años, a la negativa por parte de ciertos sectores de la población autóctona, no precisamente de nivel socioeconómico ni educativo bajo, a cumplir el calendario vacunal de sus hijos[28]. Tener presentes estas cuestiones ayudaría a evitar informaciones sesgadas y estigmatizadoras.

En cuanto a las enfermedades adquiridas en nuestro medio (que se contraerían en mayor medida por parte de los inmigrantes, incrementando también el riesgo de la población general de ser contagiada), se señalan de nuevo las infecciosas tipo tuberculosis, hepatitis B, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, por lo que tan sólo es necesario añadir a lo ya señalado que, independientemente de una mayor probabilidad de traer la patología desde el país de origen, serán –sobre todo, aunque no en exclusiva– las situaciones de marginalidad, pobreza e insalubridad en las que viven algunos inmigrantes y sectores de la población autóctona las que influyan en que contraigan estas enfermedades, por lo que limitar el análisis a que la inmigración supone un riesgo para la salud pública, sin tener en cuenta que éste puede provenir de factores posibles en cualquier sociedad y presentes en las condiciones de vida de algunos de inmigrantes, resulta, cuando menos, frívolo.

> "a. Enfermedades adquiridas en la comunidad por parte de los inmigrantes.
> Son las más frecuentes. Resultan equiparables a las existentes en la población autóctona, con algunas peculiaridades por las condiciones laborales que soportan y por las condiciones de vida en las que a menudo se desenvuelven, como el hacinamiento y la pobreza, que favorecen la transmisión de algunas enfermedades dentro de ese colectivo." (Gàmez, Galindo, 2002: 22)

> "En línies generals, els problemes de salut dels col·lectius d'immigrants no es corresponen ni estan principalment relacionats amb les malalties prevalents del seu lloc d'origen. Si bé existeixen determinats casos de patologies més exòtiques (malalties dites 'tropicals'), en general *les patologies més freqüents* entre la població adulta immigrant estrangera són també *les més comunes entre la població autòctona adulta*. La *precarietat de les condicions materials* d'existència (nivells baixos d'ingressos, situació jurídico-administrativa irregular i residència en habitatges insalubres situats en zones marginals) en què viuen els i les immigrants estrangers/es procedents de països de renda baixa constitueix el determinant principal de la desigualtat en salut que pateixen aquestes persones respecte la resta de la població." (Divisió d'Atenció Primària, 2004: 4, las cursivas son suyas)

> "Aunque la situación del emigrante respecto a la TB [tuberculosis] es, en gran medida, un reflejo de la existente en el país de origen, las características de este grupo de riesgo (bajo nivel socioeconómico y educacional) y las condiciones de vida en el país receptor (agrupamientos no familiares, con frecuentes cambios de domicilio y de compañeros de vivienda, situación legal irregular, desconocimiento del idioma, etc.) podrían actuar dificultando el diagnóstico y la realización del tratamiento de los enfermos de TB, contribuyendo así al aumento de la transmisión de la enfermedad en este colectivo." (Rivas et al., 2000: 245)

Reducir el impacto tanto sobre los inmigrantes como sobre la población autóctona de las enfermedades que podrían asociarse a la llegada de los primeros dependería, por tanto, en buena medida, de adecuadas políticas de inmigración (que redujeran la irregularidad

[28] Recordemos que a pesar de que la cartilla vacunal al día suele ser un requisito para la escolarización de los niños, la vacunación no es, en el Estado español, una norma de cumplimiento obligatorio.

y la marginalidad que se le asocia), de mejoras en sus condiciones de vida y en el acceso al sistema sanitario y de un uso racional de los recursos de los que ya disponemos.

> "El impacto real de la inmigración sobre la Salud Pública es escaso y disponemos de los recursos necesarios para su correcta atención, dependiendo el éxito de una adecuada utilización y de una distribución racional de los mismos." (Gámez, Galindo, 2002: 24)

De entre todos los estudios sobre este tema, destaca el llevado a cabo por la Unidad de Medicina de la Inmigración y Tropical del Hospital de Mataró con datos correspondientes a pacientes inmigrantes africanos adultos atendidos entre 1984-1994 (Roca et al., 2002). Los autores identifican tres categorías de enfermedades importadas (EIM) según el riesgo de transmisión a la población general: a) EIM sin riesgo actual; b) EIM con riesgo potencial y c) EIM de riesgo, con los siguientes resultados concretos:

> "Por convenio se definieron tres categorías en relación con el riesgo para la salud pública: *a)* EIM que no suponen un riesgo actual para la salud pública del país receptor: las que no pueden transmitirse a la comunidad al no existir las condiciones ecológicas necesarias para ello (vectores, huéspedes intermedios o reservorios); *b)* EIM con riesgo potencial para la salud pública del país receptor: aquellas cuyo ciclo biológico del agente patógeno no se desarrolla si se mantienen las normas de higiene y saneamiento medioambiental, y *c)* EIM de riesgo para la salud pública del país receptor: las que se transmiten por vía aérea o por contacto interpersonal." (Roca et al., 2002: 617)

> "En relación con la repercusión sobre la salud pública española hallamos: *a)* EIM sin riesgo de transmisión actual a la población receptora: brucelosis, toxoplasmosis, tuberculosis no bacilífera, malaria, esquistosomiasis y filariasis (wuchereriosis, loasis, oncocercosis y mansonellosis). Corresponden al 26,7% de todas las EIM y se distribuyen en un 2,4% de enfermedades cosmopolitas y un 24,3% de tropicales; *b)* EIM con potencial riesgo de transmisión: tunguiasis, amebiasis, ascaridiasis, anquilostomiasis, estrongiloidiasis, trichuriasis, hidatidosis y teniasis. Suponen el 35,2% del total de EIM, un 33,6% cosmopolitas y un 1,6% tropicales, y *c)* EIM con riesgo de transmisión: todas las enfermedades cosmopolitas no clasificadas en los apartados anteriores. Representan el 38% de las EIM y pertenecen en su totalidad a las de distribución cosmopolita." (Roca et al., 2002: 618)

Los autores resaltan que son las enfermedades cosmopolitas, asociadas a las situaciones de precariedad económica, las que suponen un riesgo para la población, lo que podría controlarse con adecuadas políticas de inserción socioeconómica del inmigrante, que beneficiarían tanto a éste como a la población general.

> "A pesar de que nuestro estudio está basado en una muestra no representativa de la inmigración en España, y de que no hemos hallado estudios similares en el ámbito español para poder comparar, los resultados orientan a que son sobre todo las enfermedades de distribución cosmopolita y asociadas a las situaciones de precariedad económica y marginación social, es decir, las enfermedades derivadas de la pobreza, las que suponen un mayor riesgo para la población receptora. Ante ello, una política global de ayuda a la inserción socioeconómica del inmigrante en nuestra sociedad será beneficiosa para la población general; por el contrario, perpetuar las condiciones de pobreza y marginación en el país receptor puede constituir un medio propicio para el desarrollo y transmisión de enfermedades. Por otro lado, como apunta Gellert, la estrategia más coste-efectiva para el control de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en los países con mayor prevalencia, es decir, en los de renta baja (que son el punto de partida), y para ello es necesaria una política sanitaria de colaboración a escala mundial. Por otro lado, como apunta Gellert, la estrategia más coste-efectiva para el control de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en los países con más prevalencia, es decir, en los de renta baja (que son el punto de partida), y para ello es necesaria una política sanitaria de colaboración a escala mundial." (Roca et al., 2002: 619)

En definitiva, no parece que pueda afirmarse que la inmigración suponga, en sí misma, un riesgo significativo para la salud pública en la sociedad de acogida, algo que han corroborado diversas investigaciones y han reconocido diferentes entidades médicas de nuestro ámbito, aunque sería importante realizar estudios en profundidad sobre el tema, orientados tanto a la corrección de la situación (si se comprueba que realmente existe un riesgo) como para evitar la estigmatización de la población inmigrante por este motivo.

> "La migració *per se* no és un risc per a la salut pública del país d'acollida. Globalment, els problemes de salut de les poblacions immigrades no es diferencien gaire de la població autòctona. Ans al contrari, els factors bàsics que impliquen dèficits en l'atenció sanitària dels immigrants són la situació d'irregularitat administrativa i les condicions de vida desafavorides." (Divisió d'Atenció Primària, 2004: 4, las cursivas son suyas)

3. IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LA SALUD DEL INMIGRANTE

3.1. ETAPAS DE LA MIGRACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

La emigración es un reto para las personas que la emprenden y supone cambios en todas las esferas de la vida, incluida la salud. Las circunstancias adversas en las que algunas veces tiene lugar el proceso migratorio comportan una serie de riesgos para la integridad física y mental de la persona que, sin necesariamente partir de una situación precaria a este nivel, puede perder en el camino y en el proceso de adaptación su bagaje previo de salud. No debe, sin embargo, dejar de señalarse algo a lo que pocas veces se alude en la bibliografía sobre este tema y es que la emigración puede ofrecer también la oportunidad de mejoras en la salud, bien directamente, debido a la posibilidad de acceder a asistencia y tratamientos no siempre disponibles en los países de origen (la terapia antirretroviral sería el mejor ejemplo) o indirectamente, a través de la posibilidad de lograr mejores condiciones de vida.

En el estudio del impacto que la emigración puede tener sobre la salud pueden establecerse varias etapas que tendrían efectos diferenciados: la situación previa a la partida, el viaje migratorio en sí mismo (desde la planificación hasta la llegada al país de destino, pasando, en ocasiones, por países intermedios), la llegada a la frontera (que implica a veces la estancia temporal en centros de internamiento), los primeros momentos en el país de destino y, finalmente, la situación una vez estabilizada la estancia.

En lo que se refiere a las circunstancias previas a la partida, se suele señalar la importancia de la situación sanitaria en origen –no sólo del país sino también de la zona de residencia concreta– en cuanto a prevalencia de determinadas enfermedades (especialmente las infecciosas), la disponibilidad de servicios de atención sanitaria o cuestiones relacionadas con aspectos no propiamente médicos pero que influyen en la salud (condiciones ambientales, saneamiento de las aguas y hábitos dietéticos, fundamentalmente), a lo que habría que sumar las condiciones de vida concretas de cada uno de los emigrantes: estado de salud, formación, actividad laboral, etc. y las consecuencias posibles de la preparación del viaje (ahorro que puede limitar el gasto en comida o fármacos, incremento de la jornada laboral para ganar más dinero, etc.)

Una vez iniciado el viaje, las circunstancias en las que éste tenga lugar y sus repercusiones sobre la salud dependerán en buena medida de la procedencia del

emigrante y de la legalidad de la emigración. Obviamente, las consecuencias serán muy diferentes para quien llega con un contrato de trabajo formalizado en origen, para el que tiene un permiso de turista de sólo tres meses de vigencia o para el que tiene que entrar ilegalmente en el país; será diferente, también, si viaja en avión o tiene que realizar largos trayectos en autobús o tren y, más aún, si se ve obligado a recorrer África y saltar la valla de Ceuta o Melilla o cruzar en patera, por citar algunos ejemplos. En los viajes más largos y en condiciones más difíciles es frecuente que se produzcan accidentes, desnutrición y deshidratación, a lo que habrá que añadir la presión psicológica y la posible exposición a situaciones de violencia en sus países de origen (como suele ser frecuente en el caso de los refugiados) y el maltrato durante el trayecto, bien por parte de quienes se encargan de traerlos a su destino, de las autoridades de los países intermedios o de otros. En este sentido, un informe de la ONG Médicos sin Fronteras (2006) pone de manifiesto las frecuentes situaciones de violencia a las que se hallan expuestos los inmigrantes irregulares de origen subsahariano (ISS) durante su viaje por Marruecos y en los intentos de acceder a territorio español. El informe señala la desprotección de este colectivo frente a los abusos de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad –especialmente marroquíes, pero también, en cierta medida, españoles–, que tratan de evitar su permanencia en suelo marroquí y el paso de la frontera a través de las vallas de Ceuta y Melilla, la actuación de redes de tráfico de personas y los enfrentamientos con delincuentes comunes y entre miembros del propio colectivo, así como la violencia ejercida contra las mujeres y sus repercusiones en la salud física y mental.

> "Durante el periodo comprendido entre abril de 2003 y mayo de 2005, de un total de 9.350 consultas médicas con ISS, 2.193 están ligadas a acciones violentas, lo que significa que aproximadamente el 23,5% de las personas atendidas en Tánger, Nador y Oujda, medinas, barrios periféricos (como Mesnada) y bosques (Bel Younech, próximo a Ceuta y Gourougou, próximo a Melilla), han sido víctimas directas o indirectas de la violencia." (Médicos sin Fronteras, 2006: 6)

> "Muchos de los inmigrantes subsaharianos que presentan estos signos y secuelas en consulta con nuestros equipos médicos aseguran que sus perpretadores son **agentes institucionales o gubernamentales de Marruecos y España**. Estos pacientes declaran haber sido víctimas de un uso excesivo de la fuerza, acompañado de humillaciones y actos de ensañamiento, durante las detenciones y las persecuciones llevadas a cabo por algunos miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (FS) marroquíes, y de los españoles en Ceuta y Melilla.
> De las declaraciones realizadas por los ISS, también puede deducirse la concurrencia de **otros agentes y responsables de la violencia ejercida contra los ISS**. Algunas agresiones se atribuyen a miembros de las redes de tráfico de personas, que se caracterizan por la aplicación de una disciplina férrea y de terror, con ajustes de cuentas, desapariciones y torturas entre sus prácticas habituales. Igualmente, se refieren acciones hostiles y agresiones (robos con lesiones) por parte de miembros de bandas y de delincuentes comunes de origen marroquí, con el ánimo de despojar a los ISS de los pocos recursos que poseen. En menor medida, encontramos a inmigrantes subsaharianos como causantes de actos violentos en el seno de su propio colectivo, dirigidos principalmente contra mujeres o entre individuos de diferentes grupos y nacionalidades. Finalmente, registramos algunos casos de violencia sexual ejercidos contra mujeres y menores, por parte de los diferentes actores mencionados." (Médicos sin Fronteras, 2006: 7, las negritas son suyas)

> "La mujer se configura como un grupo de especial vulnerabilidad. A los casos de violencia sexual ejercida por agentes externos a la propia comunidad de los ISS, se añaden los numerosos casos de abortos a causa de embarazos no deseados y la imposibilidad de aplicar a este colectivo una política correcta de planificación familiar. Finalmente, las mujeres suelen ser utilizadas por las redes de tráfico de personas como prostitutas." (Médicos sin Fronteras, 2006: 20)

Todas estas situaciones pueden suponer riesgos inmediatos para la salud tanto física como psicológica, así como efectos negativos a medio y largo plazo (reactivación de enfermedades latentes, patología psicológica, secuelas físicas…).

> "Como consecuencia de la espiral de violencia en la que se ven inmersos los inmigrantes subsaharianos, observamos un claro deterioro de su salud mental. Entre otros, encontramos síntomas depresivos, obsesivos, casos de ansiedad, irritabilidad, pérdidas de memoria, cefaleas y astenias, característicos del Síndrome de Ulises, agravados por la sensación de desarraigo, la falta de expectativas de éxito y la pérdida de su capacidad de elección." (Médicos sin Fronteras, 2006: 8)

> "Some of the negative health impacts endured by victims of trafficking, the vast majority of whom are women and children, include greater vulnerability to ill-health and lesser ability to implement healthy choices; exposure to health hazards and infectious diseases, particularly for those who experience poor living conditions; physical violence or conditions of labour servitude; impacts on reproductive and sexual health, including sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, unsafe abortions, infertility and HIV/AIDS; and emotional and mental health implications." (OMS, 2003: 16-17)

En los casos más extremos puede incluso llegar a producirse la muerte. Médicos sin Fronteras (2006) aporta los siguientes datos sobre las muertes producidas en el Estrecho de Gibraltar:

> "Aunque resulte difícil hacer una evaluación precisa de la magnitud de este drama, se estima que el número de víctimas mortales registradas en las costas españolas y marroquíes en la última década es de unas 6.300 personas, aunque oficialmente sólo hayan sido reportadas 1.400 muertes. El número oficial de víctimas mortales en territorio marroquí y español (Ceuta y Melilla incluidas) asciende a 289 personas el año 2004, con un cálculo oficioso de 500. Cifras que se verían aumentadas considerablemente si tuviésemos en cuenta las muertes que se producen durante el periplo de los ISS por los países de tránsito norteafricanos y del Sahel, cuyo número desconocemos." (Médicos sin Fronteras, 2006: 5)

Una vez llegados a las fronteras de los países intermedios o de destino algunos inmigrantes son retenidos en centros de internamiento, cuyos objetivos pueden ser variados en función del país y de la situación momentánea concreta y que van desde proporcionar los primeros auxilios e indicaciones a los recién llegados (especialmente a los solicitantes de asilo) a la retención mientras se estudian y ejecutan los procesos de expulsión. En el Estado español habitualmente se denominan Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes y el objetivo más frecuente suele ser el segundo. A pesar de la existencia de una legislación específica que regula las funciones y las condiciones de estos centros[29], la práctica demuestra que, aunque suelen realizarse cuidados sanitarios básicos (con derivaciones a centros especializados cuando es necesario) e incluso cribaje de determinadas enfermedades, las consecuencias del internamiento sobre la salud pueden ser muy negativas. Además de los efectos psicológicos evidentes que puede tener la detención y riesgo de expulsión para personas que en muchas ocasiones han puesto en riesgo su vida durante el viaje y la arriesgan también en el caso de ser retornados, o simplemente para los que ven diferida su intención de asentamiento (en lugares, además, donde no siempre se dan las condiciones de intimidad mínimas), hay que añadir los efectos del posible hacinamiento, la escasez de medios (de infraestructura y también sanitarios, especialmente en lo que se refiere a la atención a la salud mental), así como la exposición a situaciones de violencia física y psicológica. Según la OMS:

---

[29] Capítulo VI del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, relativo a los centros de internamiento de extranjeros y Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida de refugiados.

> "Due to the inability and/or unwillingness of host countries to invest significantly in the health and sanitation of detention centres and refugee camps, many of these camps are overcrowded and lend themselves to communicable disease transmission. Refugees fleeing war, and other categories of migrants such as victims of trafficking, may experience posttraumatic stress that can lead to heightened aggression, exacerbated by the conditions in these centres and by the way they are treated. Whether and how this treatment affects the people concerned in long-term ways is not clear but 'ideological commitment' among affected children, when combined with PTSD[30], can result in violent tendencies later on in life and may be a cause of violence in and against host societies." (OMS, 2003: 17)

> "A recent survey by Physicians for Human Rights involving asylum seekers in detention throughout the United States suggests that detention is a significant stressor for asylum seekers, resulting in worsening of psychological symptoms. Asylum seekers in detention do not appear to be receiving adequate mental health services. Furthermore, this study raises concerns about the manner in which asylum seekers are treated both at the time of arrival in the country and whilst in detention." (OMS, 2003: 17)

Por otra parte, decir que el cribaje de enfermedades en los centros de internamiento tan solo puede estar orientado a la detección de patologías que comporten un grave riesgo para la salud pública (se trataría de casos extremos como fue, en su momento, el SARS) o al establecimiento de pautas de tratamiento orientadas hacia el bienestar del emigrante, de modo que el estado de salud no puede considerarse en ningún caso un criterio para evitar la entrada o proceder a la expulsión.

> "Discrimination on the basis of health status is increasingly recognized as part of international human rights law. It is less explicitly referred to in international human rights treaties compared to, for example, sex, race or religion. However, it is widely acknowledged to be included in the concept of 'other status' and is accordingly one of the prohibited grounds of discrimination.
> Profiling migrants according to their health status is common practice. Some governments use screening as a way of obtaining information necessary for referral of migrants for health care; however, others tend to use it to block entry." (OMS, 2003: 18)

Tras la estancia (o no) en los centros de internamiento y la llegada al punto de destino (elegido o no) se abre para el inmigrante una situación en la que en ocasiones tendrá que hacer frente a déficits en la vivienda, el trabajo, el acceso a los cuidados de salud, etc. que pueden poner, de nuevo, su salud en peligro. Como ya se ha dicho, se acepta, en general, que los inmigrantes no constituyen, en sí mismos, un grupo de riesgo sino que son las condiciones lamentables en las que a veces tiene lugar el viaje y la estancia en el país de destino las que conducen a la aparición de enfermedades. Es decir, el deterioro de la salud se daría, fundamentalmente, cuando a la emigración se le asocia marginación social o pobreza, de tal modo que, si éstas no se produjeran, y una vez superadas las dificultades iniciales inherentes al propio viaje, las necesidades en cuanto a la atención –desde el punto de vista exclusivamente biológico– de los pacientes inmigrantes no deberían diferir sustancialmente de las del resto de la población.

> "Un cop l'immigrant es troba instal·lat en la nova realitat, si no s'ha instituït una situació de desigualtat social i econòmica, s'identifica amb el que va assimilant i tendeix a igualar-se en molts aspectes a la població del país (com per exemple la utilització dels recursos de salut, els patrons de morbiditat o les activitats preventives). En el cas de l'Estat espanyol, el manteniment de desigualtats socials, econòmiques i de salut presenta un risc especial, ateses les peculiaritats de la Llei d'estrangeria que determina que persones amb llargs períodes de residència en el país (que poden superar els 10 anys), puguin trobar-se en situació administrativa irregular –encara que hagin passat per etapes de regularització prèvia–, un fet insòlit en la pràctica totalitat de països occidentals. Aquesta situació ve determinada per la

[30] Trastorno por estrés postraumático.

vinculació del permís de residència al permís de treball, de manera que si es perd la feina es pot perdre el dret a viure al país, havent de començar de nou els tràmits administratius de la regularització." (Borrell, Benach, 2003: 221)[31]

Sin embargo, como veremos al tratar los aspectos relacionados con la accesibilidad al sistema sanitario, esta situación de adaptación y normalidad no puede considerarse generalizada, ni siquiera en personas con largos periodos de estancia en destino.

Por último, es necesario señalar que los procesos de reagrupación familiar, relativamente recientes en nuestro medio para la mayoría de los colectivos, introducen ciertas modificaciones a lo dicho anteriormente: aunque los y las inmigrantes suelen ser personas jóvenes y sanas, esta regla parece romperse cuando se considera la reagrupación de padres –en ocasiones, aunque con poca frecuencia, ancianos o enfermos, pero en todo caso, casi siempre más débiles– e hijos –mucho más frecuentemente, y con necesidades de salud absolutamente específicas–, por lo que habrá que tener en cuenta esta situación en la planificación de políticas sanitarias. En este sentido, las publicaciones sobre el envejecimiento de la población inmigrante en el Estado español son aún muy escasas. Destaca el ensayo de Jansá (2006), en el que llama la atención sobre la necesidad de planificar con antelación la asistencia a este respecto y apunta algunos de los posibles factores implicados:

> "Con todo, a pesar de que el envejecimiento de los actuales inmigrantes (mayor concentración en los grupos de edad de 65 y más años) se prevea para dentro de 30-40 años, las reagrupaciones familiares que se están produciendo en la actualidad, las necesidades en salud de los familiares de mayor edad (incluso residentes en los países de origen), las características sociales y culturales de algunos colectivos concretos (familias extensas, longevidad), el asentamiento de poblaciones llegadas al inicio del proceso migratorio (década de los ochenta) y las necesidades de planificar con una perspectiva temporal suficiente determinan el interés por plantear preguntas y ofrecer posibles respuestas en torno de este fenómeno." (Jansá, 2006: 12)

> "En la aparición de trastornos depresivos en inmigrantes ancianos se han identificado como factores predictivos un bajo grado de identificación con los conceptos de salud de los países de origen, bajo nivel de ingresos, actitud negativa hacia el envejecimiento, mala salud orgánica y dificultades en el acceso a los servicios de salud.
> También haber migrado recientemente, estar a cargo de los nietos, tener problemas personales o legales y la presencia de enfermedades leves se han asociado con una mayor frecuencia de estos trastornos." (Jansá, 2006: 12)

> "A pesar de no disponerse de datos específicos sobre los efectos a largo plazo de las malas condiciones de trabajo, vivienda y condiciones de vida de buena parte de los trabajadores inmigrantes, cabe esperar que las deficiencias identificadas en estas poblaciones repercutan negativamente en su salud en las etapas más avanzadas de la vida." (Jansá, 2006: 13)

3.2. DESIGUALDADES EN SALUD E INMIGRACIÓN

La relación entre inmigración y salud es un ámbito de estudio en el que países como Estados Unidos (EEUU), Canadá o Gran Bretaña tienen una larga práctica, tanto por la mayor tradición migratoria hacia ellos como por disponer de fuentes de información que recogen de manera exhaustiva datos sobre el país de origen de los pacientes. En el caso de EEUU, incluso se elaboran "clasificaciones" de los inmigrantes (y de la población en

[31] Una referencia prácticamente en las mismas palabras se encuentra en: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003: 5.

general) de acuerdo a criterios supuestamente raciales o étnicos, que hacen que hayan proliferado en las últimas décadas los estudios sobre desigualdades en salud donde la variable "raza" u "origen étnico" ocupan un papel central.

En el Estado español, ya sea porque la inmigración es relativamente reciente o por el aún limitado desarrollo de la investigación de corte más social en el ámbito médico, el análisis de la situación de salud de comunidades inmigrantes está todavía poco desarrollado. En general, los estudios realizados desde el punto de vista biomédico y de acuerdo –en general– con el modelo de estudio de las desigualdades en salud presentado en el capítulo anterior suelen ser de dos tipos: los desarrollados por profesionales sanitarios desde centros que reciben un volumen importante de población inmigrante, con patrones de uso y necesidades específicas a las que en un momento determinado se vieron obligados a dar respuesta, y, más recientemente, los informes elaborados por distintas administraciones con competencias en salud pública, que suelen utilizar datos procedentes de encuestas de salud. En Cataluña, las primeras investigaciones se realizaron en dos centros sanitarios que atendían a gran cantidad de población inmigrante: la Unitat de Medicina de la Immigració i Tropical del Hospital de Mataró, que comenzó a recibir a una importante población de origen subsahariano desde la década de los 80, y la Unitat de Malalties Tropicals i Importades, situada en el distrito de Ciutat Vella en Barcelona. Desde el punto de vista institucional, son destacables los sucesivos informes del Institut Català de la Salut, la Agència de Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques i la Agència de Salut Pública de Barcelona.

Entre las primeras cuestiones que deben señalarse están la escasez de datos fiables relativos a las diferencias en cuanto a morbi-mortalidad de los inmigrantes en nuestro medio, la focalización de los existentes en determinadas patologías (fundamentalmente, tuberculosis y VIH/SIDA) y las limitaciones inherentes a este tipo de investigaciones, ya mencionadas. Sin embargo, aún teniendo presentes estas dificultades, es posible apuntar ciertas cuestiones. Lo haré de manera somera, tan sólo con el objetivo de esbozar algunos de los motivos de consulta de la población y la situación en cuanto a las desigualdades en salud, ya que no se trata éste de un trabajo sobre epidemiología de la inmigración[32].

En general, los estudios llevados a cabo apuntan a un peor estado de salud subjetivo de la población inmigrante en relación con la autóctona. Así, un estudio sobre morbilidad y uso de los servicios sanitarios entre la población inmigrante del Área Sanitaria número 6 de Madrid (Sanz, Torres, Schumacher, 2000) encuentra, tras entrevistar a 300 personas, que el 56% definen su salud como regular, mala o muy mala y un 35% afirman que ha empeorado tras la migración. La agrupación de diagnósticos ("problemas respiratorios, digestivos", "problemas nerviosos"…) es, sin embargo, muy poco precisa. Además, el estudio tiene unas características metodológicas que, de acuerdo con lo señalado en el capítulo anterior, podrían conducir a sesgos en los resultados: se realizan entrevistas en lugares públicos, sin conocimiento previo de los pacientes y se realizan preguntas "sensibles" como el estado de regularización o el trabajo, lo que puede suponer ocultación o tergiversación de la información (que no se comprueba por otras vías). Aún así, cabe destacar que es de los pocos estudios que realizan una puesta a prueba del cuestionario con informantes clave y traducción directa e inversa al árabe.

[32] Para un repaso breve de las principales publicaciones respecto a este tema, pueden consultarse: Berra et al., 2004; Jansá, García de Olalla, 2006.

> "El 56% (IC del 95%, 14,4-24,7) de los entrevistados definieron su salud durante el último año como regular, mala o muy mala. Para el 35% (IC del 95%, 29,4-40,3), ésta es peor o mucho peor que la que tenían en su país de origen, y un 22% (IC del 95%, 17,9-27,3) cree que ha mejorado (…). Referido al año anterior, un 32,2% (IC del 95%, 27,1-37,9) declaró haber presentado algún dolor, molestia o enfermedad lo suficientemente grave como para limitar o reducir su actividad diaria al menos un día. Destacan dolores musculares, problemas respiratorios, digestivos, dolores de cabeza, accidentes y problemas nerviosos o depresivos." (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 317)

Otros trabajos, en el contexto catalán, han señalado la diferente prevalencia de algunas enfermedades en esta población:

> "(...) els immigrants presenten major prevalença d'infeccions respiratòries altes, síndromes gripals, reaccions al·lèrgiques, trastorns digestius, trastorns nutricionals (fins i tot raquitisme). Cal tenir en compte una major prevalença de la malaltia gastroduodenal relacionada amb infecció per H. Pilorae, l'hèrnia hiatal i els restrenyiments molt relacionats amb el tipus de dieta i els canvis d'hàbits higiènics. Les dermopaties, les micosis i especialment la pruïja inespecífica són motiu de consulta molt freqüent sovint relacionades amb els canvis d'hàbits (calçat), algunes noxes laborals (ús de productes en hivernacles, construcció, etc.) i el tipus de pell menys hidratada i més clivellada. També els trastorns osteomusculars i patologia de columna, molt relacionats amb el tipus de treball." (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003: 20)[33]

3.2.1. Enfermedades infecciosas

Son variados los estudios que apuntan a una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas en la población inmigrante en nuestro medio, aunque pocas veces se comparan las cifras con las de los autóctonos residentes en la misma zona o con los que comparte condiciones de vida, además de que, en ocasiones, carecen del necesario rigor en cuánto a su forma de obtención, por lo que, tomadas aisladamente, pueden resultar engañosas.

En relación con la tuberculosis, el dato que más llama la atención es, como ya se ha mencionado, el incremento en la incidencia en pacientes inmigrantes frente a su progresivo descenso de los últimos años en la población autóctona:

> "Aquests darrers anys, la progressiva immigració procedent de zones socialment i econòmicament més desfavorides té un impacte molt directe en l'increment de malalties infeccioses com la tuberculosi (TB). Aquest fet que s'evidenciava en països amb una incidència baixa de malaltia tuberculosa, com Suïssa (Zellwegger, 1993), Holanda o els EUA (CDC, 2001), es començava a observar en altres territoris que, com l'Estat espanyol, presenten unes taxes elevades d'incidència (35 casos anuals per cada 100.000 habitants) amb la identificació d'uns 14.000 casos nous de tuberculosi cada any." (Borrell, Benach, 2003: 240)

A parte de la existencia de multitud de pequeños estudios, los datos más fiables para el ámbito catalán proceden de las memorias anuales sobre la situación epidemiológica de la infección elaboradas por la Generalitat y el Ayuntamiento de Barcelona. Para Cataluña (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000), los citados informes señalan que la incidencia de enfermedades infecciosas entre los inmigrantes es mayor en los primeros cinco años de estancia: entre estos inmigrantes recientes la prevalencia de tuberculosis sigue una evolución ascendente, suponiendo el 6,7% de todos los casos en 1999 y el 22,3%, en 2000. En lo que se refiere a la procedencia, las cifras más elevadas corresponden a enfermos del Norte de África y América Central y del Sur, con un 22,8

[33] Aunque en esta publicación existen abundantes referencias bibliográficas, no se aportan datos concretos respecto a la información a la que se refiere esta cita.

y un 22% respectivamente. En la ciudad de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004) las cifras tienen una evolución similar, pasando los pacientes inmigrantes de ser un 5,6% del total en el año 1995 al 33,8% en 2003.

> "El canvi més important que s'ha produït en la tuberculosi de la ciutat ha estat l'augment de malalts estrangers. Aquest col·lectiu representava l'any 95 el 5,6 % dels pacients, mentre que l'any 2003 representava el 33,8 % (...). L'evolució de la incidència mostra dues tendències diferents segons es consideri la població autòctona o estrangera. En estrangers, l'any 2003, se situa al voltant de 100 casos per 100.000 habitants i en autòctons ha estat de 24 casos per 100.000 habitants. L'alta incidència en estrangers, en general immigrants econòmics procedents de països d'elevada endèmia de tuberculosi, la podríem explicar per les dures condicions de vida que pateix aquest col·lectiu, que afavoreixen la reactivació d'infeccions latents. Aquesta nova realitat de la tuberculosi a la ciutat obliga a adequar les activitats de control, utilitzant recursos per millorar el compliment del tractament a través de la generalització de tractaments directament observats i la utilització d'agents de salut que facilitin la relació amb el sistema sanitari." (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004: 39)

Investigaciones llevadas a cabo en otros ámbitos geográficos corroboran básicamente los datos relativos a la prevalencia de la infección y apuntan otros posibles factores relacionados. Así, un estudio realizado con un reducido número de pacientes magrebíes en Madrid publicado en el año 2000 (Rivas et al., 2000) identificaba como factores asociados a un mayor riesgo de padecer tuberculosis el género masculino y las modificaciones en la estructura familiar y mostraba una tasa anual de enfermedad del 1,97%[34].

> "Once individuos [de una muestra de 76] refirieron antecedentes de convivencia con enfermo de TB (13,8%). De éstos, ocho tuvieron ese contacto en España, siete de ellos mientras convivían en AnF [agrupación no familiar]. La PIT [prevalencia de infección tuberculosa] encontrada entre los que presentaban el antecedente de contacto fue del 76,8%, mientras que entre los que no presentaron este antecedente fue del 72,7%, diferencia no significativa." (Rivas et al., 2000: 247)

> "Se comportan como factores de riesgo de infección tuberculosa, cualquiera que sea el punto de corte [del Mantoux]: el sexo masculino, la edad, la AnF [agrupación no familiar], el número de años de emigrante en AnF y, en los casados, el que no convivieran con su pareja en España. Por el contrario, el riesgo de infección es menor cuanto mayor es el número de años que el emigrante ha permanecido en AF [agrupación familiar] y cuanto mayor es el número de residentes familiares en el mismo domicilio. No se encontraron diferencias en riesgo estadísticamente significativas para el número de años de emigrante, número de habitantes/vivienda (salvo para el punto de corte de Mantoux >= 10 mm), número de habitantes/dormitorio ni para el número de residentes sin relación familiar en la vivienda. (…)" (Rivas et al., 2000: 247)

De nuevo en Cataluña, un informe de la Generalitat correspondiente al año 2003 y actualizado en 2005 (Departament de Salut, 2005a) ofrece una guía para los profesionales en la que se aportan algoritmos para el diagnóstico de la tuberculosis en inmigrantes, pautas de tratamiento, seguimiento y prevención. Merece la pena detenerse en el contenido del informe. Respecto a la incidencia de la enfermedad en comparación con personas autóctonas, no ofrece datos concretos, pero destaca:

> "Ara bé, totes les dades indiquen que la immigració, a Catalunya i a Espanya, s'ha accentuat considerablement des del 2000 i al 2004 els immigrants suposaven quasi el 10% de la població de Catalunya. Paral·lelament, s'ha incrementat el nombre absolut d'immigrants recents malalts

[34] Los autores reconocen posibles sesgos en los resultados debidos, entre otros, al elevado porcentaje de rechazo a participar en el estudio. En cuanto a las causas apuntadas, se basan exclusivamente en la correlación entre los datos estadísticos obtenidos.

de TB [tuberculosis], així com el percentatge de la seva participació en la incidència de la malaltia (...), que a Catalunya ha passat del 5-7% (1995-97), al 27% (2003).” (Departament de Salut, 2005a: 6)

Respecto a las causas de la elevada prevalencia en inmigrantes, se apuntan las siguientes:

> “Els individus que emigren, en general, són joves i es troben bé, i habitualment la migració actua com a procés selectiu rigorós. Rarament emigra un malalt de TB (excepte alguns que cerquen la guarició de la seva malaltia en el país al qual emigren o bé aquells que toleren bé la seva malaltia). Però cal tenir en compte que, entre els immigrants, hi ha una prevalença de la infecció tuberculosa molt elevada (...), cosa que és comuna en tots els països d’alta incidència de la malaltia.
> Però les circumstàncies que trobaran en el país receptor: mal habitatge, amuntegament, mala nutrició, excés de treball -a vegades d’alt risc-, estrès, en ocasions contacte amb malalts de TB, etc. són les que afavoreixen que els infectats n’emmalalteixin. Per això, la TB entre la població immigrant és més freqüent que entre l’autòctona, fins i tot la menys afavorida.
> Com que, en general, aquestes circumstàncies adverses incideixen amb una intensitat més gran en el primer període de temps d’estada de l’immigrant, s’admet que el fenomen de la immigració contribueix al fet que la TB es presenti entre aquestes persones, en els cinc primers anys d’estada en el país receptor.” (Departament de Salut, 2005a: 5)

En lo que se refiere al seguimiento de la enfermedad, las recomendaciones que aporta este informe llevan a plantear la necesidad de un debate en profundidad respecto al abordaje de la salud en personas inmigrantes, el derecho a la intimidad que les asiste, las posibles medidas específicas en cuanto a su salud y los límites y condiciones en los que éstas deberían establecerse y muestran una cierta tendencia a ofrecer recomendaciones genéricas, poco contextualizadas para cada caso concreto, potencialmente estigmatizadoras y que frecuentemente requieren de medidas de coordinación entre organizaciones o estamentos sanitarios que pocas veces se dan. Veámoslo más concretamente:

> “La TB és una malaltia individual greu i un important problema de salut comunitari, per tant, el deure de l’equip de salut no es limita a diagnosticar la infecció o la malaltia i indicar-ne un tractament correcte, sinó que també té l’obligació d’aconseguir que el malalt faci el tractament correctament, per la qual cosa ha de posar en marxa tots els mitjans disponibles.
> Cal partir de la premissa que, amb freqüència, el malalt immigrant per causes econòmiques té prioritats més grans que la seva malaltia, a la que pot estar habituat. Per al pacient és més important aconseguir els mitjans de subsistència o un treball remunerat, regularitzar la seva situació administrativa, etc., cosa per la qual fàcilment no acudirà a les visites programades, ni anirà a la farmàcia a retirar els medicaments, si li suposa perdre hores de feina. La falta de família, de treball i d’habitatge estables, el permet tenir una gran mobilitat, per això fàcilment el perdem de vista.
> És per tot això que *la millor manera de tractar la malaltia i la infecció tuberculosa en la població immigrant és en règim de tractament directament observat (TDO), la qual cosa consisteix a fer que el pacient prengui la medicació davant del personal sanitari o d’un agent de salut ensinistrat,* el qual comprovarà que l’hagi ingerit. Només quan això no sigui possible, s’intentarà un tractament estrictament controlat. Per això és necessari:
> - Comprovar que realment han comprès les instruccions que se’ls dóna. El millor és disposar d’intèrprets de confiança, de material adient d’educació sanitària, ensenyar-los la medicació que han de prendre, com i quina quantitat, i quan l’han de prendre. Cal emprar medicació combinada, per tal d’evitar que facin tractaments irregulars i se seleccionin bacils amb resistències a fàrmacs. (...)
> - *Actuar des del primer moment com si fos un malalt mal col·laborador*. Dissenyar un mètode adient de recuperació del pacient, per la qual cosa *és necessari disposar d’adreces i telèfons de contacte, tant del pacient com de familiars, amics, lloc de treball, llocs de reunió, menjador, etc.*

- Donar-li informació sobre horaris del centre, telèfons, noms de les persones amb les quals poden establir contacte, transports públics adients, etc.
- Tenir present que habitualment l'immigrant cobra si treballa, per tant no vol perdre dies de feina anant als serveis mèdics. S'ha de procurar concentrar les exploracions complementàries. *L'ideal seria que sortís del centre de salut amb totes les exploracions realitzades o programades* i amb la medicació que necessitarà fins a la propera visita, la qual s'haurà de subministrar de forma gratuïta.
- Emprar un consell útil per augmentar l'adherència amb el tractament: usar la S [estreptomicina] com a 4t fàrmac i injectar-li en el mateix centre, cada dia, i en els serveis d'urgència els dies no hàbils. Junt amb la injecció, se li dóna la medicació oral. Amb això, s'hi assegura un tractament correcte les primeres setmanes, que és quan té capacitat de contagiar.
- Pensar que el TDO facilita el fet que en les pautes de 6 mesos de durada, quan usin la R [rifampicina] i la H [isoniazida], es pugui deixar de prendre la medicació durant els caps de setmana. En aquest cas, cal perllongar la data final del tractament fins que s'hagin pres les 180 dosis de medicació previstes.
- Observar que *l'acompliment del tractament també augmenta amb l'ús d'incentius i els millors per als immigrants són els ajuts socials*.
- Emprar agents comunitaris i mediadors socials afavoreix molt la relació entre el personal sanitari i els immigrants." (Departament de Salut, 2005a: 21-23, las cursivas son mías)

"A la pràctica, aquestes mesures de prevenció i control de la TB són més difícils d'aplicar en els immigrants per una suma de factors diversos: prevalença de formes extrapulmonars més gran, situació administrativa irregular, dificultat per accedir al sistema sanitari, barrera idiomàtica, mobilitat geogràfica, dèficit econòmic, concepció diferent de la importància de la malaltia, diferències religioses i culturals, etc." (Departament de Salut, 2005a: 7)

"L'estudi de contactes és amb freqüència dificultós, però una educació sanitària efectiva del pacient pot ajudar molt; ja que si se li transmet la idea que la malaltia és molt greu i no se li ensenya que, actualment al nostre país, es guareix perfectament en tots els casos, el pacient amaga la malaltia als companys d'habitatge per evitar ser-ne expulsat. Això no sol passar si viu en família. Encara que ens diguin que viuen sols, sempre hi ha contactes, com són els companys de feina, de menjador o alberg, de tertúlia al bar o similars. Els estudis amb epidemiologia molecular han mostrat que, en aquestes circumstàncies, hi ha una transmissió recent del bacil.
Els contactes no solen acceptar el seu estudi, ja que es troben bé i són dies de treball que perden. Quan s'estudien, s'ha de fer sempre la prova de la tuberculina i la radiografia de tòrax en la primera visita, per les raons exposades anteriorment.
L'equip que diagnostica el malalt és qui té millors condicions per realitzar l'estudi dels contactes, ja que gaudeix de la credibilitat i confiança del malalt i de la seva família. És aconsellable que aquest equip assumeixi i faci l'estudi de tots els contactes del pacient; així s'evita la dispersió que sol originar la distribució geogràfica de les ABS. Aquest equip ha de cercar l'assessorament dels centres de referència o equips més experts, sobretot quan se sospiti l'existència de bacils amb resistències." (Departament de Salut, 2005a: 24-25, las cursivas son mías)

La extensión de las citas parece justificada por la necesidad de formularse diversas preguntas, entre ellas: ¿en cuántos CAPs de Cataluña es realmente posible que el paciente salga con todas las exploraciones y pruebas complementarias realizadas en una sola consulta?, ¿cuántos centros disponen de material didáctico adaptado?, ¿se practica el "tratamiento directamente observado" con población autóctona que ofrece mala colaboración o abandona el tratamiento?, si es así, ¿cuáles son los criterios que permiten definir, a priori, que se tratará de una persona poco colaboradora?, ¿qué tipos de ayudas sociales pueden ligarse al cumplimiento de un tratamiento?, ¿cuáles son los datos en los que se basan afirmaciones del tipo "tienen otras prioridades", "los contactos no suelen aceptar el estudio", etc.? De nuevo, es necesario hacer un llamamiento a la necesidad de que investigaciones y protocolos basen sus afirmaciones en datos científicamente sólidos y se tenga muy presente el alcance de las afirmaciones que vierten y su

influencia potencial en la actitud de los profesionales, en la convivencia y, en definitiva, en la vida de las personas.

Respecto al VIH/SIDA, las investigaciones suelen resaltar dos tipos de hechos. Por una parte, la elevada prevalencia de la infección en los países de origen –que implicaría que en muchos casos se trate de una enfermedad importada– aunque, en realidad, apenas existen datos respecto al porcentaje de pacientes ya contagiados en el momento de su llegada, algo que parece una exigencia importante antes de hacer afirmaciones que, pudiendo ser ciertas, no siempre están realmente fundamentadas y que pueden, además, comportar prejuicios y estigmatización. Por otra, se ha señalado que el virus importado puede corresponder a un tipo concreto cuya detección requeriría pruebas diferentes a las habituales y que podría ofrecer mayor resistencia al tratamiento (Stevens, Gilliam, 1998; Pérez et al., 2002; Holguín, Álvarez, Soriano, 2002; Berra et al., 2004).

> "Respecte a l'HIV s'estudia també el patró filogenètic. Segons dos estudis realitzats a Madrid, la prevalença de virus mutants no-B, virus que possiblement requereixen diferents proves diagnòstiques i que podrien tenir més resistència als tractaments tradicionals, és superior en els immigrants procedents de l'Àfrica subsahariana que en els autòctons o en els originaris d'altres països." (Berra et al., 2004: 29)

Además, diversas investigaciones apuntan hacia un incremento de los casos declarados de VIH/SIDA en inmigrantes a nivel de todo el Estado (Castilla, del Amo, Sánchez, 2000). En Barcelona, García de Olalla et al. (2000) estudian los casos de VIH/SIDA registrados por el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona (IMSP) entre 1988-1998 y comparan los perfiles de los extranjeros con los autóctonos. Aunque el estudio divide a los extranjeros en procedentes de "países de renta elevada" (PRE) (un 1,4% de un total de 4.663 pacientes) y "países de renta baja" (PRB) (un 3,3%) y analiza las diferencias entre ellos (sin encontrar ninguna estadísticamente significativa), la comparación con la población autóctona se realiza con ambos grupos unidos, lo que limita la utilidad del estudio. En concreto, encontraron que los extranjeros (en conjunto) eran con más frecuencia hombres, residían en las zonas más deprimidas de la ciudad (distrito I: Ciutat Vella), y eran en menor medida usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

> "La cohorte estudiada estaba formada por 4.663 pacientes, de los que 157 (3,3%) eran inmigrantes procedentes de PRB [países de renta baja], 64 (1,4%) de PRE [países de renta elevada], y 4.663 (95,3%) tenían nacionalidad española. Durante el periodo del estudio el porcentaje de casos de sida en extranjeros se ha mostrado estable (p = 0,36)." (García de Olalla et al., 2000: 190)

> "Al comparar las características entre los dos grupos de inmigrantes, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. (…)" (García de Olalla et al., 2000: 190)

> "Al comparar las características de los inmigrantes extranjeros con las del grupo de nacionalidad española, las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron: el sexo (los inmigrantes eran con más frecuencia hombres), la edad (los inmigrantes eran de mayor edad), el lugar de residencia (los inmigrantes residían con más frecuencia en el distrito I), los antecedentes penitenciarios (los inmigrantes tenían menos antecedentes de prisión), y el modo de transmisión del VIH (los inmigrantes eran con menor frecuencia UDVP) (…). Sin embargo, en el análisis multivariado sólo el sexo, el lugar de residencia y el modo de transmisión para el VIH continuaron presentando una asociación significativa (…)." (García de Olalla et al., 2000: 191)

Los autores estiman que, en al menos el 25% de los extranjeros, la infección se produjo cuando ya residían en España.

> "Este estudio ha permitido establecer que el 12% de los pacientes conocían su seropositividad antes de su llegada a España, y un 33% del total habían sido diagnosticados de sida cuando llevaban más de 10 años de residencia. Aunque es difícil determinar el lugar de la infección, estos datos sugieren que la infección en al menos el 25% de las personas con nacionalidad extranjera ha tenido lugar mientras ya residían en España." (García de Olalla et al., 2000: 193)

Sin embargo, el estudio no deja claro cómo se obtiene esta cifra. Habría que tener en cuenta la posibilidad de ocultación de datos, de manera que puede ocurrir que, aún sabiendo que se traía la enfermedad de origen, la persona decida no revelar esta información, por diversas razones, entre ellas el miedo a ser expulsado o que se le niegue el tratamiento. El hecho de que el diagnóstico se produzca diez años después de la llegada, aunque apuntaría más bien a un contagio en destino, no excluye de manera automática el contagio en origen, ni se tiene en cuenta tampoco la posibilidad de que la emigración se haya producido precisamente para acceder al tratamiento, lo que también podría sesgar los datos en su conjunto.

López et al. (2001) describen datos similares en un estudio entre los pacientes seropositivos que acuden al Hospital de Basurto (Vizcaya), encontrando que los inmigrantes suelen ser más jóvenes y con más porcentaje de contagio heterosexual.

Por último, además del VIH/SIDA y la tuberculosis, en los últimos años se han incrementado el número de investigaciones relacionadas con las enfermedades importadas y de retorno (entendidas estas últimas como las que afectan a los inmigrantes que vuelven a su país y pueden haber perdido la inmunidad frente a enfermedades muy comunes en su medio de origen o, en el caso de los niños nacidos en destino, que nunca la adquirieron) (Balanzó, 1991; Roca et al., 1999; 2002). Precisamente, en el caso de los niños, el riesgo sanitario en origen parece estar presente en el freno al retorno, como explica Kaplan (1998) en su trabajo sobre población senegambiana inmigrada en Cataluña:

> "Muchos han dejado atrás familias ya constituidas, otros han podido reagrupar a todos sus miembros, y algunos han desmembrado parte de su núcleo familiar. Muchos niños se han quedado en África al cuidado de la abuela paterna, otros han llegado cuando eran pequeños, y un contingente importante ha nacido en destino. Sus padres quieren volver. Pero volver significa una adaptación a un medio que les es desconocido, donde algunos de ellos ni siquiera hablan la lengua de origen. Volver significa enfrentarse a enfermedades tropicales, pero sobre todo a un asesino microscópico, el paludismo. La malaria es una enfermedad endémica en esta región, donde cada año mueren miles de personas, principalmente entre la población infantil, cuyos organismos son más frágiles y aún no han creado la escasa respuesta inmunitaria que los adultos desarrollan.
> Los niños que han viajado a Gambia con sus padres de vacaciones han vuelto enfermos. Por un lado han tenido problemas gastrointestinales debido al agua y a la alimentación. Por otro, han sufrido paludismo. Deben seguir una profilaxis estricta que muchas veces no se cumple." (Kaplan, 1998: 180)

3.2.2. Salud materno-infantil

El ámbito de la salud materno-infantil constituye, junto con el de las enfermedades infecciosas, uno de los más estudiados en relación con la población inmigrante. Las investigaciones suelen apuntar el incremento en el porcentaje de nacimientos de hijos de madre extranjera, las mayores tasas de natalidad de la población inmigrante en relación

con la población autóctona, la menor edad media de las madres y el hecho de que, con cierta frecuencia, el embarazo y, sobre todo, el parto constituyan los primeros contactos de la mujer con los servicios de ginecología y obstetricia. En relación con los cuidados suele señalarse, también, un menor número de consultas prenatales y menor estancia hospitalaria tras dar a luz, aunque es necesario decir sobre todo ello que, más allá de la referencia a los datos estadísticos que parecen mostrar estas situaciones, no suelen hacerse investigaciones en profundidad sobre sus causas. Veámoslo con más detenimiento.

En un informe del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (2002) sobre las características epidemiológicas y sociodemográficas de la población inmigrante residente en Barcelona en el que se analizan los registros de nacimientos y defunciones entre 1995 y 1999 se encuentra que el 9,4% de los nacimientos corresponden a hijos de madres nacidas fuera del Estado español, siendo los países de procedencia más frecuentes, tanto para el padre como para la madre, los de Centro y Sudamérica. Por distritos, el más frecuente es Ciutat Vella, con un 30,5% de nacimientos de madre extranjera, aunque, si se tienen en cuenta los nacimientos de madres europeas y de países desarrollados, el distrito más frecuente pasa a ser Sarrià-Sant Gervasi, evidenciándose, así, las diferencias en cuanto a los estratos de integración y reagrupación de personas nacidas en el extranjero en función de su procedencia o, más bien, de su nivel socioeconómico y el de sus países.

> "Pel conjunt dels anys, un 9,4% dels naixements de residents a la ciutat de Barcelona tenen el país de naixement de la mare fora de l'Estat Espanyol." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 8)

> "Els països de naixement de la mare més freqüents (sense Estat Espanyol) han estat Centre i Sud-Amèrica i Europa i Països Desenvolupats (han representat un 3,7% i 2,9% dels naixements) seguit del Magrib (…). El grup de països de naixement del pare més freqüent ha estat Centre i Sud-Amèrica, Europa i Països Desenvolupats seguir del Magrib." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 8)

> "El districte de Ciutat Vella és el que presenta el percentatge més important de fills de dones immigrades estrangers (30,5% de tots els naixements al districte), que sobretot es concentren en els barris del Raval (38,2%), Gòtic (27,7) i Parc (31,5%). Els fills de dones procedents d'Europa i Països Desenvolupats tenen més freqüentment el districte de residència de Sarriá-Sant Gervasi i les Corts (4,6%) (apart del de Ciutat Vella, 3,8%) i els barris de Sarriá i Pedralbes (4,4%) (apart del barri del Parc i el barri Gòtic). També cal fer esment que el barri de Trinitat Vella té una proporció important de naixements de dones del Magrib (9,6%) i el barri del Raval de Filipines." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 9)

El mismo informe puntualiza que sólo un 4% de los nacimientos corresponde a recién nacidos que no tendrán la nacionalidad española, es decir, para los que ninguno de los dos progenitores ha nacido en el Estado español o ha adquirido la nacionalidad.

> "Durant els anys 1995-1999 només hi ha hagut un 4% dels nadons amb nacionalitat de fora d'Espanya, de tota manera aquests ha estat un percentatge que ha anat augmentat al llarg dels anys ja que ha pasta de ser d'un 3,2 % l'any 1995 a un 4,7% l'any 1999." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 10)

También señala que el porcentaje más frecuente de madres adolescentes corresponde a las procedentes de países africanos, aunque no se aportan datos comparativos respecto a la población autóctona en general ni, con mayor precisión, a determinados estratos o colectivos dentro de ésta que podrían tener (o no) tasas similares.

> "Quant a l'edat de la mare cal destacar que els països del Margib-Vall del Nil i de la resta d'Àfrica tenen un percentatge més elevat de naixements en adolescents (6,3% de tots els nascuts de mares de la resta d'Àfrica). Es detecta una proporció elevada de naixements en dones Filipines de menys de 20 anys (5%) i de més de 35 anyis i de 40 anys (...). Quan s'analitza segons els 25 grups de països, destaca també l'elevat percentatge d'embarassos adolescents en dones de Mèxic i d'Amèrica Central i la República Dominicana i de més de 35 anys de dones de Canadà i EEUU, Argentina i Brasil i Guyanes (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 9)

Para los embarazos pretérmino y los recién nacidos con bajo peso, el porcentaje más elevado se observa en las mujeres subsaharianas.

> "Les dones de la resta d'Àfrica tenen un percentatge més elevat de nadons amb baix pes [menys de 2500 grams] i d'embarassos preterme [menys de 37 setmanes de gestació]. Els fills de dones procedents d'altres països, incloent-hi les originàries del Magrib, mostren un patró comparable a les originàries de Catalunya i la resta de l'Estat Espanyol (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 10)

Otros autores, como Cots et al. (2002) señalan que más del 35% de la actividad asistencial del área ginecológica del Hospital del Mar de Barcelona corresponde a madres extranjeras, hecho al que contribuiría el incremento de la población, su mayor natalidad y, también, el mayor porcentaje de mujeres autóctonas y procedentes de países desarrollados que utilizan la asistencia privada para el control del embarazo y el parto.

> "De los resultados se puede concluir que la utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante es reflejo de la edad y de componentes culturales diferenciados de este colectivo [inmigrante de países de renta baja]. Más del 35% de la actividad obstétrica, ginecológica y de neonatología del Hospital del Mar responde a población inmigrante. La reordenación de la oferta de los hospitales debe tener en cuenta esta clara variación del patrón de demanda que se concentra en especialidades que la pirámide de edad autóctona había puesto en situación de crisis en los últimos años. Así, mientras que dos terceras partes de las altas de inmigrantes tienen que ver con maternoinfantil, para la población autóctona esta especialidad no representa más del 20%. Estas diferencias se ven incrementadas por el hecho de que los aspectos relacionados con el embarazo y el parto se resuelven en un 65% de los casos por el sector privado para la población con nacionalidad española, mientras que para la población inmigrante este porcentaje es claramente menor, oscilando entre el 10 y el 40%." (Cots et al., 2002: 382)[35]

Por otra parte, los datos disponibles también indicarían una tendencia al alza de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres inmigrantes, así como dificultades para acceder a una correcta planificación familiar, aunque rara vez se investigan en profundidad las circunstancias que podrían conducir a estas situaciones.

> "Com que en el registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) no es recull ni la nacionalitat ni el país de naixement de la dona, no és possible conèixer quin és l'impacte de la immigració en aquest grup d'embarassos, ni per tant en el global d'embarassos. Tot i així, segons dades del Programa d'atenció a la maternitat a risc portat a terme per l'Associació Salut i Família, a tot Catalunya, de les 2.578 dones ateses en el subprograma de finançament de la IVE l'any 2000, el 40 % eren dones estrangeres. L'any 1992 aquest percentatge era del 17 % (sobre un total de 718). Aquest increment es deu principalment a dones procedents de Perú, Equador,

[35] Los autores no especifican qué entienden por "componentes culturales" ni los datos en los que basan esta afirmación, más allá de la mención a las mayores tasas de fecundidad de los inmigrantes, cuyas causas no pueden clasificarse como meramente culturales. A pesar de esto, se trata de un estudio de metodología cuidada y que ofrece reflexiones interesantes sobre los patrones de uso de los servicios sanitarios, que trataremos en el próximo capítulo.

Marroc, Colòmbia, República Dominicana i Filipines (Pasarín i Salvador, 2001).” (Borrell, Benach, 2003: 232-233)[36]

Respecto a la planificación familiar, merece la pena, a modo de apunte, reproducir lo señalado por Kaplan (1998) respecto a los posibles motivos para los cambios en los métodos anticonceptivos:

> “Vemos también que en un 28% de los casos [de mujeres senegambianas] existió un cambio de método respecto al inicial escogido. Aquellas mujeres a quienes se les había colocado un DIU, prefirieron en un 25% de los casos retirarlo y no acceder a otro método, mientras que un 19% solicitaron el cambio a pastillas. Es decir, que sólo en un 50% de los casos mantuvieron la utilización del DIU. En las historias clínicas se puede observar que la colocación y extracción del DIU son frecuentes y que las quejas manifestadas por las usuarias son diversas, pero siempre coincidentes en que les provocan molestias y ‘dolores abdominales’. Parece sugerente apuntar la idea de que se podría producir una somatización ante el rechazo a introducir un objeto extraño en el cuerpo, como ocurre también entre la población femenina española.” (Kaplan, 1998: 161)

> “En nuestro estudio, también es verdad que este comportamiento frecuente de cambios de método, que puede parecer errático en términos comparativos con la población autóctona, y que a veces es comentado como ‘no saben lo que quieren’ por parte de algunos sanitarios, puede formar parte de la experimentación y aprendizaje imprescindibles y necesarios en todo proceso de adaptación e integración social, no sólo a un nuevo medio, sino a la nueva situación de maternidad que la mayoría inicia en el lugar de destino. De hecho, aún no se ha realizado una investigación de este tipo ni con esta orientación socioantropológica en el ámbito de la reproducción y su control en la población catalana. Cuando este vacío esté cubierto, tal vez se puedan ponderar las opiniones que producen los comportamientos reproductivos de las mujeres africanas en Cataluña.” (Kaplan, 1998: 163)

Para Cataluña, la Generalitat ha publicado un informe sobre indicadores de salud materno-infantil en población extranjera con datos correspondientes al año 2003 obtenidos a partir del programa de detección precoz de metabolopatías (Departament de Salut, 2006b). En este tipo de programa se registran las siguientes variables:

> “La font d’informació utilitzada és el registre de salut maternoinfantil, que recull dades epidemiològiques dels nadons nascuts vius a Catalunya obtingudes mitjançant el programa de detecció precoç de metabolopaties congènites de Catalunya des de 1993. Les variables incloses en el registre són: centre maternal on ha tingut lloc el naixement, població de residència de la mare, edat de la mare en el moment del part, tipus d’alimentació instaurada en el moment del naixement, setmanes de gestació en néixer, pes en néixer, tipus de part, nombre de parts anteriors, part múltiple, perímetre cranial en néixer, talla en néixer i nacionalitat de la mare i del pare del nadó.” (Departament de Salut, 2006b: 9)

En este informe puede observarse un considerable paralelismo de los datos de Cataluña con los ya mencionados para Barcelona. Así, el porcentaje principal de madres extranjeras corresponde a Centro y Sudamérica y el Magreb:

> “S’hi pot observar com entre els estrangers residents a Catalunya que han tingut fills l’any 2003, destaquen les mares procedents de Centre i Sud-amèrica, seguides per les procedents del Magrib i la vall del Nil (6,3% i 5,2%, respectivament).” (Departament de Salut, 2006b: 11)

---

[36] De nuevo, se ofrecen tan sólo los porcentajes de mujeres extranjeras que han recurrido a la IVE sobre el total de casos (extranjeras más autóctonas), pero no sobre el número total de mujeres extranjeras, lo que permitiría mayor precisión en la significación de los datos y en la comparación con población autóctona. Como se ha ido viendo a lo largo del capítulo, se trata de una limitación muy común en este tipo de estudios.

En cuanto a la edad materna, es mayor en las madres autóctonas, especialmente cuando se tiene en cuenta la correspondiente al nacimiento del primer hijo:

> "Atenent l'edat materna s'observa una major prevalença de mares menors de 20 anys quan la seva procedència és de Centre i Sud-amèrica, Magrib-vall del Nil i Resta d'Europa (6,9%, 6,5%, i 5,7% respectivament). (...)
> En canvi, en les dones de nacionalitat espanyola, de països desenvolupats i d'Àsia, és on es presenten els percentatges més baixos de parts en mares de menys de 20 anys (1,5%, 1,5% i 1,9% respectivament). (...)
> Destaca que el percentatge de dones que són mares als 35 anys o més és clarament superior entre les dones procedents de països comunitaris o desenvolupats i les dones amb nacionalitat espanyola amb un 30,5% i un 23,0% respectivament.
> Aquesta distribució és similar quan es consideren només les dones que han tingut el seu primer fill. Així, s'observa que la majoria de dones que tenen el primer fill amb menys de 20 anys són les procedents del Magrib-vall del Nil, Resta d'Àfrica, Centre i Sud-amèrica i Resta d'Europa (13,8%, 11,8%, 11,8% i 7,8% respectivament)." (Departament de Salut, 2006b: 20)

> "Novament, el percentatge de dones que són mares per primer cop amb 35 anys o més és clarament superior entre les dones procedents de països comunitaris o desenvolupats i les dones amb nacionalitat espanyola amb un 19,6% i un 13,5% respectivament.
> La maternitat entre dones en edats adolescents (14-17 anys) pot suposar una situació de risc per al benestar físic i psicològic tant de la mare com del nadó. L'any 2003, a Catalunya 166 naixements procedien de mares adolescents estrangeres, el que va representar el 40,8% de tots els naixements de mares residents a Catalunya d´aquest grup d´edat." (Departament de Salut, 2006b: 21)

El informe ofrece, además, otros datos interesantes. Destacan, la abrumadora mayoría de partos en la sanidad pública entre las madres de origen extranjero, su mayor porcentaje de lactancia materna y también de prematuridad y bajo peso al nacer, aunque no se ofrecen hipótesis que traten de explicar estos datos, lo suficientemente significativos como para que esté justificado realizar investigaciones concretas sobre estos temas:

> "Quan es considera la titularitat del centre en el qual han tingut els seus/ves fills/filles es fa patent com la gran majoria de les dones immigrades, a excepció de les procedents de països desenvolupats, fan un ús gairebé exclusiu dels centre sanitaris públics. Així doncs, els percentatges se situen entre el 99,3% (Resta d'Àfrica i Magrib-vall del Nil) i el 91,0% (Resta d'Europa)." (Departament de Salut, 2006b: 15)

> "Així, s'observa una elevada prevalença d'alletament matern en el moment de néixer entre les mares procedents del Magrib-vall del Nil, Centre i Sud-amèrica i Resta d'Àfrica (93,3%, 91,1% i 90,9%, respectivament). (...)
> Les dones de nacionalitat asiàtica són les que presenten una prevalença d´alletament matern inferior, en concret un 61,0%. Al voltant del 80% se situarien les dones de nacionalitat espanyola (80,5%) i les dones originàries de les Filipines (81,5%)." (Departament de Salut, 2006b: 19)

> "Atenent l'edat gestacional, segons la nacionalitat de la mare s'observa que les dones procedents de les Filipines, malgrat que es refereix a pocs casos (128), són les que presenten un major percentatge de nadons prematurs, és a dir, nascuts abans de la 37a setmana de gestació completa (10,9%). Les dones procedents de la Resta d'Europa i de la Resta d'Àfrica presenten, també, percentatges elevats de prematuritat amb un 9,1% i un 8,1% respectivament. Les dones amb nacionalitat espanyola i de Centre i Sud-amèrica se situen a prop amb un 7,4% i un 7,0% respectivament." (Departament de Salut, 2006b: 17)

> "Un indicador molt relacionat amb l'edat gestacional és el pes en néixer. Atenent el pes normal, entre 2.500 i 3.999 g, s'observa que els nadons de mares procedents del Magrib-vall del Nil, Resta d'Europa, Àsia i països desenvolupats són els que presenten un menor percentatge de pes

normal al néixer. És en aquests mateixos països on es localitzen les majors prevalences de sobrepès (4.000 g o més) al néixer amb valors del 10,9%, 9,2%, 8,3% i 7,4%, respectivament." (Departament de Salut, 2006b: 18)

"Pel que fa al baix pes, associat a prematuritat, malnutrició gestacional, tabaquisme i d'altres situacions de risc, entre d'altres, s'aprecien percentatges més grans entre mares procedents de les Filipines, Resta d'Àfrica i Espanya amb un 8,8%, 8,4% i un 7,7% respectivament. Les prevalences de baix pes en néixer més baixes es presenten en nadons de mares procedents del Magrib-vall del Nil i Centre i Sud-amèrica amb un 5,1% i 5,7% respectivament." (Departament de Salut, 2006b: 19)

En lo que se refiere a la salud infantil, existe un protocolo editado recientemente por el Departament de Salut de la Generalitat (2005b) en el que se informa a los profesionales sobre cuestiones específicas relacionadas con la atención sanitaria a los menores, divididos en cuatro grupos diferentes:

"L'orientació de l'atenció als infants immigrats ha de ser la mateixa que la del conjunt de la població infantil; és a dir, se'ls ha d'aplicar el *Protocol de medicina preventiva a l'edat pediàtrica*. Les aportacions d'aquesta publicació són orientacions complementàries per atendre algunes peculiaritats vinculades a la seva procedència geogràfica i cultural. La publicació s'ha estructurat d'acord amb les diverses situacions en què s'ha d'intervenir:
• Infants immigrats que arriben per primera vegada al nostre país.
• Infants, fills d'immigrats, nascuts aquí i als quals s'aplica el Programa de seguiment del nen sa.
• Infants que van a fer estades al país d'origen dels pares.
• Infants que tornen de fer estades al país d'origen dels pares." (Departament de salut, 2005b: 17-18, las cursivas son suyas)

En el protocolo se abordan cuestiones relacionadas con características específicas de la historia clínica, evaluación de hábitos alimentarios y consejo alimentario en las diferentes etapas de la infancia, prevención y cribaje de enfermedades carenciales (ferropenia, raquitismo), hemoglobinopatías y enfermedades infecciosas (malaria y tuberculosis) y sobre la adaptación del calendario vacunal. Además, se llama la atención sobre la importancia de aspectos sociales y culturales y sobre la necesidad de promover la educación para la salud:

"Les famílies immigrades constitueixen un col·lectiu amb una presència creixent a Catalunya i presenten unes necessitats a les quals el personal sanitari hem d'adaptar-nos, tenint en compte, a més, que es tracta de famílies joves amb un alt índex reproductor. Igualment, hem de tenir sempre present que la migració determina unes interaccions molt particulars entre les famílies migrants i la societat d'acollida: la família migrant es troba en moltes ocasions en situacions de desigualtat social ja que, a més a més de les tasques naturals que tenen com qualsevol família (criança, educació dels fills), en té d'altres d'afegides, inherents al procés de migració: són els problemes de transmissió de la cultura d'origen juntament amb la qüestió de la lleialtat cap a la família d'origen, així com el procés d'incorporació a la societat d'acollida." (Departament de Salut, 2005b: 55)

"Hem d'aprofitar els contactes individuals amb el personal sanitari (i insistir en les visites de control de l'embaràs) i, a més, establir altres contactes de tipus col·lectiu per a una educació sanitària més eficaç, amb missatges simples i centrats en temes bàsics de promoció de la salut i prevenció de la malaltia. En aquest sentit, cal dur a terme tasques d'educació per a la salut, ja sigui de manera individual o en grup, segons les possibilitats del CAP, i sempre adaptades a la cultura de la població immigrada, preferiblement amb la participació de professionals de treball social, si fos possible amb visites domiciliàries." (Departament de Salut, 2005b: 55)

Sin duda, esta última es una recomendación acertada y muy razonable, aunque un tanto alejada de las posibilidades reales de los centros –salvo excepciones, afortunadamente–,

en el momento actual. Por este motivo cabe insistir, aunque volveremos sobre ello más adelante, en la necesidad de que el abordaje de la salud de poblaciones inmigrantes y pertenecientes a minorías culturales se haga desde un punto de vista interdisciplinar.

Finalmente, consideración a parte merece el tratamiento que desde los servicios de salud se da a la mutilación general femenina. Dado que se trata de una cuestión de abordaje complejo –y, esta vez sí, netamente cultural– que escapa a las posibilidades de este trabajo, tan sólo se mencionará que pocas veces en los textos de la bibliografía médica se hace un análisis en profundidad de este tema, teniendo en cuenta todas las posibles implicaciones, de tal manera que demasiado frecuentemente se convierte en un elemento para la estigmatización de la población inmigrante y la judicialización del problema. Uno de los aspectos que inicialmente llaman la atención es la diferencia de terminología empleada para referirse a esta práctica, dependiendo de la disciplina y la orientación teórica:

> "Durante mucho tiempo, incluso en la actualidad, el uso frecuente para este tipo de intervenciones es el término circuncisión, haciendo referencia también a la de los niños, como rito iniciático a la edad adulta. Es una expresión que no destila violencia o agresión, sino que la equipara a una práctica cultural ejercida sobre ambos sexos.
> Desde posiciones relativistas se sigue defendiendo el uso de la palabra circuncisión, junto a otras como operación o prácticas tradicionales. La propia población musulmana que la practica, se refiere a ella como sunna o bien remiten al término utilizado en la lengua autóctona: por ejemplo, en mandinga es *ñyakaa* y en somalí es *gudniin gadbahaada*, que tiene una carga más simbólica y menos emocional. Otros términos utilizados entre algunas etnias africanas son 'abierto' o 'cerrado'.
> Desde ámbitos académicos, el término que con mayor frecuencia se utiliza ha sido el de Female Genital Cutting (FGC), que podríamos traducir como Cortes Genitales Femeninos. Autoras que provienen de las ciencias sociales, prefieren hablar de FGC como una forma más respetuosa de referirse, no a la intervención, sino a la población que la ejecuta. Contempla los tres tipos de operación descritos mas adelante y evita la estigmatización, barbarización o los juicios morales sobre la práctica. En este mismo sentido se pronuncian algunos profesionales de las ciencias de la salud. En otros contextos sanitarios (como en Egipto), se reivindica el reconocimiento de la intervención, como una práctica médica dentro de la especialidad de Cirugía Genital Femenina.
> Desde posiciones más feministas y defensoras de los derechos humanos, se propone el término Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF), que cambia no solo la orientación terminológica sino conceptual. Se entiende que este tipo de prácticas atenta contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas, defendiendo que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino. A partir de este momento, en algunos foros internacionales y desde el propio Comité Interafricano, se habla de MGF. En su defecto y por respeto a las culturas afectadas por estas prácticas, se utiliza el término 'Prácticas tradicionales perjudiciales que afectan la salud de las mujeres y las niñas', como concepto que define una acción.
> Dentro de esta guía nos referiremos a MGF, por ser el término utilizado en los foros internacionales y porque constituye un tipo de práctica considerada una agresión a la integridad de las mujeres." (Kaplan, Martínez, 2004: 9, las cursivas son suyas)

Kaplan, una de las antropólogas que más ha trabajado sobre el tema en nuestro medio, describe los diferentes tipos de circuncisión[37]:

---

[37] La publicación de 1998 corresponde a la etnografía que la autora realizó, en origen y destino, con población senegambiana inmigrada en Catalunya y que ya sido citada con anterioridad. Posteriormente a este trabajo, la autora ha participado en diversos documentos sobre el tema. Destaca la publicación de la Associació Catalana de Llevadoras (Kaplan, Martínez, 2004) dirigida a profesionales de la salud, educación y del ámbito social. Además, existe un protocolo elaborado por el Institut Català de la Salut y el Departament de Salud de la Generalitat de Catalunya (2006) de contenido prácticamente idéntico al anterior. En lo posible, las citas corresponderán a la publicación de Kaplan de 1998, por ser, en parte, la fuente original, y porque es la que remite directamente a la etnografía.

> “Tanto Olayinka Kosso-Thomas (1987) como las autoras del informe para el Minorities Rights Group (1983), diferencian los tres tipos de circuncisión que se practican:
> a) Clitoridectomía: eliminación del prepucio del clítoris. En el mundo islámico es lo que se conoce como sunna y el equivalente a lo que llamamos con frecuencia circuncisión.
> b) Excisión: ablación del prepucio, del clítoris y de los labios menores, total o parcial, dejando los labios mayores intactos.
> c) Infibulación: excisión del prepucio, clítoris, la totalidad de los labios mayores y menores, y la sutura de ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual.” (Kaplan, 1998: 74)

En lo que se refiere a la contextualización social y cultural de la práctica, el análisis de Kaplan se realiza en los siguientes términos:

> “La clitoridectomía y la infibulación son prácticas ancestrales extendidas entre muchos pueblos africanos, aunque no exclusivamente, que tienen profundas raíces sociales y culturales. Una de las razones principales que aducen las mujeres que mantienen esta práctica tiene que ver con una cuestión de higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. A los hombres también se los circunda por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio. Sin embargo el tema es complicado por interferencias culturales, y es necesario plantearse la siguiente pregunta: ¿son el rito y su contenido simbólico un producto funcional de la necesidad de higiene, o es la atribución cultural de higiene una parte de los marcadores, sea o no una práctica higiénicamente funcional?
> Una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que se le confiere a cada una de ellas. La circuncisión masculina es una *farata* o *farada*, es decir, una obligación emanada del Corán y por lo tanto tiene carácter preceptivo. La circuncisión femenina es una sunna, es decir, forma parte de la tradición y por lo tanto sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Todos los hombres musulmanes están circuncidados, al igual que los judíos, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. Sin embargo, debemos resaltar que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a estas prácticas, a diferencia de la Biblia, que lo hace en el Antiguo Testamento. Vale la pena señalar que una cosa es la obligatoriedad del islam y otra, la obligatoriedad social, al margen o no del islam.
> En términos culturales y sociales, el hecho de que la circuncisión, tanto femenina como masculina, forme parte del rito de paso a la edad adulta, quiere decir que independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual permite a los niños y niñas el acceso futuro al mundo de los adultos. Y como en muchas culturas, este mundo está claramente definido y diferenciado entre el mundo de las mujeres y el mundo de los hombres. Entendiendo que la circuncisión es una ‘marca’ que llevan de por vida, se simboliza que su unidad al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de pertenencia al grupo, estás dentro o estás fuera. (…)” (Kaplan, 1998: 69, las cursivas son suyas)

> “Las razones que aducen las propias mujeres para continuar con esta mutilación, y que ellas entienden como ‘razones prácticas’, habituales entre la mayoría de las mujeres senegambianas, mandingas, serer, djolas, fulas y saraholes, a excepción de las wolof, son las siguientes: la higiene, la estética, facilitar el parto, promover una cohesión social, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad de las *sungkutó bah*, mantener a la mujer alejada de los hombres, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de hijos muertos en las primigrávidas, ya que creen que, si el niño, al nacer, toca con su cabeza el clítoris, puede morir o padecer algún trastorno mental. En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que proceden directamente a ella. Y en todo caso, cuando se les pregunta, las mujeres, todas las consultadas, remiten a la tradición, aducen razones estéticas (puede crecer demasiado), sanitarias (es más limpio) y de protección (de la virginidad).” (Kaplan, 1998: 74, las cursivas son suyas)

La autora expresa, al mismo tiempo, las dificultades que plantean las mujeres implicadas (y sus familias):

> “Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof y no la realizan. Sin embargo, en recientes

estudios llevados a cabo en Gambia, se ha encontrado que poblaciones que tradicionalmente no practicaban la MGF al entrar en contacto con otros grupos (que si lo hacen) y asentarse territorialmente en sus poblados, han comenzado, como parte de un proceso adaptativo mas amplio, con estas iniciaciones rituales." (Kaplan, Martínez, 2004: 12)

"Las intervenciones realizadas principalmente en los ámbitos sanitarios, educativos y sociales, tanto en España como en otros países europeos, encuentran conflictos que dificultan la efectividad de la labor realizada:
• Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición.
• La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.
• Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas que para ellas son prioritarios, de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.
• La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras.
• Debate entre estigmatización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas.
• El mito del retorno está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género." (Kaplan, Martínez, 2004: 15)

Y establece la necesidad de un enfoque adecuado que tenga en cuenta los condicionamientos sociales y culturales:

"Si se conocen las razones que la propia población aduce para el mantenimiento de la MGF, vemos que es posible modificarlas y que es necesario poner énfasis en las consecuencias visibles y frecuentes que estas operaciones conllevan, como la esterilidad, las infecciones y las hemorragias que puede causar la herida. Otra estrategia debe tener como objetivo realizar una labor comunitaria donde los hombres puedan participar, ser informados y tomar conciencia de su responsabilidad ante este tipo de problemas que afectan e inciden directamente en la salud de sus mujeres y sus hijas, que también repercuten en el bienestar de la comunidad y producen consecuencias socioeconómicas y psicológicas para el grupo familiar.
Algunas experiencias recientes en África (Kenia y Tanzania principalmente) están demostrando que es posible mantener la estructura ritual de la segunda y la tercera fase (marginación y agregación), eliminando la parte física, sin necesidad de eliminar completamente el sentido ritual de iniciación, como es el de otorgar una identidad étnica y de género a los miembros de la sociedad. Por otra parte, involucrar a los hombres en la toma de decisión está aportando grandes avances para su erradicación." (Kaplan, Martínez, 2004: 14-15)

"Se hace pues, imprescindible, una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de estas prácticas. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educados y trabajadores sociales." (Kaplan, Martínez, 2004: 15)

"Las estrategias planteadas para la erradicación de estas prácticas comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que debe llegar a las propias raíces culturales y a las relaciones de género, y no sólo a través de prohibiciones legales o decretos, que difícilmente serían respetados, sobre todo en las zonas rurales.
Lo cierto es que estamos tratando un tema resbaladizo, donde las fronteras no siempre están claras. Ocurre a veces que, como nosotras no entendemos lo que sucede o en todo caso no compartimos sus razones, entonces, parece que debe de haber otras, como la crueldad, la barbarie o el sometimiento. " (Kaplan, 1998: 76-77)

Sin embargo, no todas las autoras adoptan esta misma perspectiva. Así, Álvarez (2001) defiende la necesidad de investigar conjuntamente las circuncisiones masculinas y

femeninas en un trabajo que analiza ambas prácticas y señala paralelismos en sus justificaciones y orígenes. Se expresa, en resumen, en los siguientes términos:

> 1. "Las intervenciones genitales no son un fenómeno delimitado por fronteras geográficas, culturales o étnicas que definen los de 'adentro' y los de 'afuera', ni tampoco se circunscriben al universo femenino. Más bien se trata de *una práctica generalizada en numerosas sociedades del mundo, incluyendo las occidentales, que afecta tanto a mujeres como a varones*, y que precisa ser estudiada ampliamente con rigor metodológico y desde enfoques interdisciplinarios y transculturales.
> 2. Sustentadas con diferentes racionalidades, desde los mitos hasta el materialismo científico, las intervenciones genitales son realizadas por todas las sociedades que las practican con la finalidad prioritaria de 'modelar' sus (sic) individuos, en función de género, religión o adscripción al grupo, según su propio orden cultural, que incide en las concepciones biológicas para ajustarlas al constructo.
> 3. Factores concomitantes a las prácticas como el dolor, el control de la sexualidad, el concepto de higiene (sea simbólico o medicalizado) o la estética están presentes en todas las intervenciones genitales, sean femeninas o masculinas, de ámbito sanitario o ritual, del Norte o del Sur.
> 4. Los nombres con que en Occidente se designan estas intervenciones genitales, *circuncisión, circuncisión profiláctica, mutilación genital femenina, excisión, ablación o genitoplastia correctiva*, según sean sanitarias o rituales, provengan de los países ricos o pobres, o se destinen a varones o mujeres, no son más que una expresión de las racionalidades y tendencias que sustentan la perspectiva de análisis occidental sobre el tema.
> 5. La omisión persistente de las intervenciones genitales masculinas (quirúrgicas y rituales) como una contraparte de las femeninas sugiere una intencionalidad sujeta a factores históricos, ideológicos, culturales, políticos, religiosos, económicos e incluso estratégicos vinculados a los intereses occidentales, que deberían ser estudiados en profundidad.
> 6. Resulta necesario investigar las intervenciones genitales femeninas y masculinas en conjunto, con la finalidad de abordar una construcción teórica del tema con calidad metodológica y al mismo tiempo ofrecer a los niños las mismas garantías que se pretenden para las niñas.
> 7. Dada la importancia de conseguir la erradicación de las intervenciones genitales rituales para preservar la salud de las mujeres y niñas, conviene denunciar que la falta persistente de un enfoque antropológico y la tendencia del discurso sobre la cuestión en nuestro medio no resultan facilitadotas del diálogo intercultural (ni 'intracultural') indispensable para que los programas se ajusten a los requerimientos básicos de la salud comunitaria, a la comprensión del problema, ni a los principios éticos de la solidaridad entre los pueblos, considerando que los individuos no son sujetos aislados de su malla social.
> 8. Las llamadas mutilaciones genitales femeninas son mucho más que un objeto de análisis de Occidente, susceptible de una intervención destinada a su erradicación. *Deberían ser tratadas como un precioso instrumento de diálogo y reflexión entre el Norte y el Sur, entre ciencia y religión, entre hombres y mujeres, entre los derechos humanos y los derechos de las culturas, entre ética y dogma, entre 'los otros' y 'nosotros', donde las similitudes fueran punto de encuentra y las diferencias, apenas una expresión de la diversidad entre sus 'demonios' y los nuestros*." (Álvarez, 2001: 123-124, las cursivas son suyas)

3.2.3. Vacunación

De manera paralela a las investigaciones sobre enfermedades infecciosas, suele tratarse el tema de la vacunación. En este sentido, los datos y las opiniones son, frecuentemente, contradictorios:

> "Durant el congrés inaugural de la Sociedad Española de Vacunología (Sevilla, 2001), algunes de les comunicacions presentades també apuntaven l'existència de mancances de vacunació en els infants estrangers a diverses localitats de l'Estat espanyol i es constatava la necessitat d'establir estratègies de captació activa per a aquestes poblacions (Níguez i col·l., 2001). Recollint la necessitat de millorar algunes de les mancances en aquest àmbit, es feia constar que un dels objectius fonamentals d'aquesta nova societat científica era la incorporació i

l'actualització progressiva dels calendaris vacunals dels infants immigrants, atesa la situació de manca de garanties i d'informació identificada en molts casos (Navarro Alonso, 2001). En canvi, en una anàlisi recent de les dades del registre de vacunes de Barcelona, no es van observar uns índexs de cobertura més dolents entre els infants nascuts a l'estranger respecte als del país. Les úniques diferències destacables es relacionaven amb els diferents calendaris vacunals existents als altres països (Muñoz, 2001).
A partir d'aquestes dades, podem concloure que les desigualtats en la cobertura de vacunacions entre els infants i els joves immigrants respecte a la població autòctona, en bona mesura, serien el reflex d'una situació de partida deficitària en algunes de les vacunes incloses en els nostres calendaris vacunals, dels diferents criteris de vacunació en el país d'origen i de la manca de documentació de l'estat vacunal d'aquests infants i joves. Aquesta situació s'hauria d'anar equilibrant mitjançant les diverses estratègies de captació activa que es realitzen des del nostre sistema sanitari." (Borrell, Benach, 2003: 236)

En todo caso, la tendencia apunta a la necesidad de prestar atención a las tasas de vacunación y las condiciones de vida y a la revacunación ante la mínima duda:

"En malalties vacunables, caldria personalitzar el calendari en aquest col·lectiu segons les característiques d'augment de risc que es trobin. Caldria tenir en compte tant la situació d'amuntegament, alimentació i accés als serveis sanitaris, com el contacte freqüent entre el país d'origen i el d'acollida. Aquesta personalització s'hauria de dur a terme en totes les edats." (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2004: 9)

En el ya mencionado Protocol d'Atenció a Infants Immigrants del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2005b) se insiste en la importancia de esto y en la adaptación del calendario vacunal a la situación y necesidades de cada menor en concreto:

"Cal revisar el carnet o certificat de vacunacions del país d'origen. Si no en tenen cal fer una anamnesi acurada sobre vacunacions en la mesura que sigui possible; sempre, però, que hi hagi el mínim dubte raonable, hem d'actuar com si l'infant no estigués vacunat. S'ha de tenir una cura especial amb la fiabilitat dels certificats de vacunacions d'infants procedents d'orfenats, especialment de la Xina i de l'Europa de l'Est, i de certificats emplenats incorrectament." (Departament de Salut, 2005b: 45)

"Cal continuar o iniciar les vacunacions sistemàtiques dels infants tot seguint les recomanacions que, per les diferents edats, consten al Manual de vacunacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya." (Departament de Salut, 2005b: 45)

3.2.4. Nutrición

Suele señalarse la existencia de déficits nutricionales en la población inmigrante, especialmente aquella en peor situación socioeconómica, aunque en estas deficiencias podrían estar implicados no sólo factores económicos que limitarían el acceso a los alimentos sino también otros ligados a la posibilidad de mantener los hábitos dietéticos tradicionales y a cambios en la estructura familiar a raíz de la inmigración, es decir, a un conjunto complejo de factores económicos, sociales y culturales.

.

"Els col·lectius d'immigrants mantenen molts dels hàbits nutricionals dels seus llocs d'origen en la mesura que mantenen estructures familiars o costums religiosos i que poden accedir a aliments similars als d'ús tradicional. Si partim de la idea que es tracta de grups sans, que a més arriben a un territori amb suficient quantitat i varietat d'aliments, es podria pensar que a mesura que es produeix la integració en la societat d'acollida, és possible un enriquiment de la seva dieta i no un compromís amb la salut. No obstant això, la precarietat de la seva inserció laboral i social, així com la ruptura de xarxes socials, són fets freqüents, especialment en els immigrants de

primera generació, que poden repercutir en l'accés als aliments i en l'equilibri de l'alimentació." (Berra et al., 2004: 27)

"(...) No obstant això, no hi ha cap estudi que valori l'adequació o la suficiència de la dieta d'aquests grups, on la nutrició és fonamental. Tenint en compte que en la majoria de les comunitats la dona té un rol central en l'alimentació i que entre les dones de la família acostuma a haver un suport important en la criança dels fills i en l'aprenentatge de la cultura alimentària, s'hauria d'enfocar també sobre l'efecte que pogués tenir la ruptura de les relacions familiars tradicionals i les condicions laborals de les dones immigrants sobre la seva pròpia alimentació i la de les seves famílies, especialment la dels fills en edat de ser alletats. (...)" (Berra et al., 2004: 29)

Cabe, por tanto, insistir una vez más, en la necesidad de un enfoque interdisciplinar en el estudio de la salud de las poblaciones inmigrantes. En esta línea se manifiesta Kaplan y Carrasco (1999) en una de las pocas investigaciones en profundidad que existen sobre los procesos de adaptación de las prácticas alimentarias en población inmigrante, en concreto, población gambiana inmigrada en Cataluña. Aunque no es el momento de profundizar en estas cuestiones, merece la pena poner unos ejemplos sobre la importancia de un abordaje integral de las situaciones como medio para garantizar la validez de los datos y evitar generalizaciones estereotipadas y que no benefician en absoluto ni a las poblaciones afectadas ni a los profesionales sanitarios que trabajan con ellas:

"(…) Más de veinte años de investigación sobre la organización alimentaria de los grupos humanos en medios y situaciones variadas nos han revelado la necesidad de superar enfoques que atribuyen las eventuales inadecuaciones y riesgos de la cultura alimentaria practicada por distintos pueblos a la irracionalidad y la arbitrariedad de su adaptación. Desde nuestro actual nivel de conocimientos en las ciencias sociales, no parece aceptable que se interpreten sus respuestas ante las situaciones de cambio y desplazamiento hacia un medio social radicalmente distinto de su origen como una deficiencia de su cultura.
Por otra parte, si ya resulta cuestionable medir y caracterizar el comportamiento alimentario de la población autóctona por medio de la información verbal y las categorías de encuesta elaboradas *sin* una investigación etnográfica previa que fundamente los diseños de obtención de datos, aún es más inadecuado pretender aplicar este tipo de técnicas a grupos que se hallan en una situación de transición desde universos culturales tan alejados como el caso que nos ocupa [población gambiana inmigrada a Cataluña]. Además, las investigaciones cuantitativas que se han basado en la información verbal de los sujetos sobre su alimentación y que hasta la actualidad se han centrado sobre el consumo para fundamentar posteriormente intervenciones sanitarias de prevención y/o de modificación, han tenido resultados extremadamente pobres, a pesar de las grandes inversiones en recursos humanos y materiales realizadas (Carrasco, 1992; VVAA, 1992; VVAA, 1994)." (Kaplan, Carrasco, 1999: 9-10, las cursivas son suyas)

"En las situaciones de desplazamiento, voluntario o forzoso, las dinámicas alimentarias vividas (prácticas, comportamientos, concepciones) en la situación de origen se suman a los nuevos inputs económicos, sociales y culturales vividos en la situación de destino. A este respecto, hay que tener en cuenta al menos tres dimensiones de tipo sociocultural en el abordaje de las readaptaciones alimentarias surgidas en la migración: el papel que juega la alimentación en la cultura de cada uno de los grupos que entran en contacto /y que simplificaremos como 'colectivo migrante' y 'sociedad de inserción'), el tipo de inserción sociolaboral del colectivo migrante y, por último, pero no por ello menos importante, las consecuencias sanitarias y nutricionales de las readaptaciones alimentarias producidas." (Kaplan, Carrasco, 1999: 12)

Y en el caso de la nutrición infantil este abordaje integral cobra aún más sentido:

"[En relación con la nutrición infantil] Una de las razones aducidas por el personal sanitario, además del problema de comunicación debido al desconocimiento de la lengua, tiene que ver con cuestiones económicas, y éste es un lugar común frecuentemente manifestado entre los

distintos especialistas en general. En el trabajo cualitativo específico realizado con esta población durante las estancias etnográficas, se ha podido comprobar ampliamente que los niños tienen prioridad en el presupuesto familiar. El uso diario de pañales completos descartables y la adquisición de alimentos infantiles envasados y comercializados en las farmacias y supermercados, apoyan esta constatación. Es decir, que deberíamos descartar el tópico de una base económica precaria como argumentación válida para justificar problemas en la alimentación. Se trata más bien de cuestiones culturales las que rodean las dificultades en las relaciones pediátricas, entre las madres y los sanitarios, y entre las madres y los niños. Por un lado, la mayoría de las mujeres son primíparas en destino y, por lo tanto, no han accedido al mundo de la fecundidad y a los conocimientos de puericultura, que son transmitidos por las mujeres ancianas de la unidad doméstica en origen. Faltan las redes femeninas de apoyo tradicionales que permiten un soporte cultural, social y emocional, y, por lo tanto, se crea una inseguridad añadida a la de cualquier madre primeriza. Además, la concepción que tienen del alimento como gratificación que se suministra a demanda, y que se demuestra tanto en origen como en destino, amamantando al bebé cuando éste lo requiere, dificulta el establecimiento de unas pautas que permitan que el niño pueda tener hambre. En este sentido, en las indicaciones de cómo preparar una papilla, se debería hacer hincapié en cómo llegar a lograr una efectividad en su ingesta, es decir, explicar con más detenimiento cómo llegar a que los niños tengan hambre para que coman aquello que es nuevo y que, aparentemente no les gusta." (Kaplan, Carrasco, 1999: 68)

"En términos generales, se confirma una prevalencia de ciertas patologías en esta población infantil que están directamente relacionadas con la ingesta nutricional, como son la anemias carenciales, las hernias umbilicales por carencia proteica en las madres durante la gestación (que muchas veces se restauran solas sin necesidad de intervención quirúrgica), o los casos de raquitismo. En la aparición del raquitismo intervienen también otros factores determinantes de carácter biológico y cultural. Por una parte, las pieles más oscuras absorben menos radiación solar y necesitan de un tiempo de exposición mayor para producir vitamina. En Suecia, por ejemplo, se ha incorporado a la cobertura de la Seguridad Social el suplemento de vitamina D para los trabajadores negros residentes en este país. Por otra parte, en África no está culturalmente pautado el paseo diario de los pequeños, que pasan la mayor parte del día al aire libre, bien jugando con otros niños o cuando son bebés, sujetos a la espalda de su madre, cuyas actividades cotidianas se desenvuelven mayoritariamente en el exterior, como el trabajo en el campo, la recogida de agua y leña, la molienda de agua y grano, etc. En destino, los niños permanecen dentro de sus hogares y difícilmente salen fuera ya que sus madres tampoco lo hacen, lo que impide una exposición solar suficiente para la producción de esta vitamina. Es muy poco frecuente ver a las mujeres gambianas paseando con sus cochecitos por la calle o a los niños jugando en el parque." (Kaplan, Carrasco, 1999: 69)

3.2.5. Salud bucodental

También en relación con los cambios en las costumbres alimentarias y los déficits nutricionales señalados antes, diversas publicaciones han apuntado carencias en la salud bucodental de los niños hijos de inmigrantes, algo que se relacionaría, además de con lo anterior, con el hecho de que buena parte de los servicios odontológicos no están incluidos dentro de las prestaciones ofertadas por la sanidad pública, lo que limita claramente el acceso de los colectivos más desfavorecidos (Borrell, Benach, 2003). Ahora bien, ni las pautas de alimentación poco saludables ni los déficits en el acceso a los cuidados dentales diferirían en exceso de lo que ocurre con la población autóctona, especialmente la perteneciente a los sectores socioeconómicos más bajos, lo que remite más a la existencia de carencias en la organización de la educación para la salud y del propio sistema sanitario que a una problemática específica de grupos extranjeros.

"En aquest sentit, tot i la incorporació progressiva d'odontòlegs en els serveis d'atenció primària de la xarxa pública, és evident que les prestacions ofertes en aquest àmbit són molt limitades i que això determina que els col·lectius d'immigrants amb més mancances socials i econòmiques

> restin sense poder resoldre les seves necessitats de salut bucodental, de la mateixa manera que la població autòctona que viu en unes condicions semblants." (Borrell, Benach, 2003: 237)

3.2.6. Patología de base genética

Diversas investigaciones y documentos de referencia (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003; Divisió d'Atenció Primària, 2004) señalan la existencia de cierto de tipo de patologías de base genética que serían más prevalentes en algunos colectivos de inmigrantes –como es el caso de distintos tipos de hemoglobinopatías en inmigrantes africanos– y diferencias –también genéticamente determinadas– en la respuesta a los tratamientos de otras, como diabetes o hipertensión arterial.

Respecto a esto, habría que tener en cuenta fundamentalmente dos cuestiones. Por una parte, la necesidad de formar e informar adecuadamente a los profesionales sanitarios sobre este tema, ya que el desconocimiento podría limitar su capacidad diagnóstica y terapéutica. Por otra, la necesidad de realizar estudios en profundidad, adecuadamente documentados y contextualizados, que permitan conocer, primero, la frecuencia real de este tipo de enfermedades en población autóctona, inmigrante y perteneciente a minorías étnicas y poblaciones vulnerables y marginales; y, segundo, los posibles factores –biológicos, sociales o culturales, cuando existan– relacionados con su aparición más frecuente, con las diferencias en las formas de aparición o en la respuesta a los tratamientos, siempre que esto sea posible. Y todo ello con el objetivo triple de ayudar a los profesionales sanitarios en su práctica profesional, mejorar los conocimientos sobre la salud en estas poblaciones y evitar afirmaciones tendenciosas o usos estereotipados de datos poco contextualizados que puedan contribuir, deliberadamente o no, a estigmatizar o marginar a estas poblaciones.

3.2.7. Mortalidad

Como ya se ha comentado, los estudios en cuanto a las diferencias en la mortalidad de la población inmigrante son aún escasos en nuestro medio, fundamentalmente debido a que, hasta ahora, se trata de una población en general joven y sana.

En el mencionado informe del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (2002) en el que se abordan características epidemiológicas y sociodemográficas de los inmigrantes que residen en la ciudad se incluyen también cifras de mortalidad, obtenidas a partir del estudio de los registros de defunción entre 1995 y 1999: el porcentaje de extranjeros muertos entre 1995 y 1999 en la ciudad corresponde a menos del 3% del total (algo menor si se tiene en cuenta la nacionalidad y no el país de nacimiento) y el número más elevado pertenece a ciudadanos de la Unión Europea.

> "Durant els anys 1995-99 s'han produït 1725 defuncions de persones immigrades residents a la ciutat de Barcelona. La majoria de les defuncions han estat de persones nascudes a la Unió Europea (sense l'Estat Espanyol ni Portugal) (37,7%), l'Argentina (13,4%) i Mèxic i Amèrica Central (12,6%) (...).
> (...) Durant els 5 anys ha representat menys d'un 3% del total de defuncions a la ciutat. A més ha estat repartit de manera no massa diferent entre Europa i Països Desenvolupats (45%) i els altres països (55%) (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 11)

La mayor parte corresponde a personas mayores de 65 años, siendo las defunciones por debajo de los 45 años más frecuentes en personas procedentes de países en desarrollo.

> "Un 48,3% de les defuncions han estat homes (833) i la resta dones (892 casos, 51,7%).
> La majoria de les defuncions s'han produït en persones d'edat avançada (>=65 anys), i sobretot ha ocorregut en les dones. De tota manera, hi ha hagut més defuncions en edats joves (<=44 anys) en persones de països en desenvolupament (17,3% en els homes i 8,5% en les dones) que en les d'Europa i Països Desenvolupats (9,9% dels homes i 3,7% de les dones) (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 11)

Respecto a la causa de muerte, correspondería más frecuentemente a los epígrafes de la CIE-9[38] "causas externas" y "enfermedades infecciosas" para personas de países en desarrollo y a "tumores" para las procedentes de países desarrollados.

> "Els principals grans grups de causes de defunció són les malalties de l'aparell circulatori i els tumors (representen entre un 59,8% de les defuncions). Al comparar la distribució de defuncions de persones originàries de països en desenvolupament i d'Europa i Països Desenvolupats segons causa, cal destacar que les causes externes i les malalties infeccioses presenten percentatges més elevats en el primer grup de països i en canvi, aquest països tenen menys mortalitat per tumors (...). Aquest grups de causes es mantenen al tenir en compte els homes i les dones per separat, tot i que l'augment de les malalties infeccioses en els països en desenvolupament es dóna en els homes i no en les dones (...)" (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 12)

> "Quan es tenen en compte les causes de defunció més detallades, cal destacar la major importància de la sida en els immigrants procedents de països en desenvolupament al comparar-los amb els d'Europa i Països Desenvolupats, probablement per la seva situació més precària ja que aquestes són causes de mort que es donen més en població marginal. El càncer de budell gros, les malalties de l'aparell respiratori i les causes externes tenen més importància en immigrants d'Europa i Països Desenvolupats; una possible explicació seria que són causes de mort relacionades amb el desenvolupament (...)." (Institut Municipal de Salut Pública, 2002: 12-13)

Ambas observaciones parecen coincidir, en principio, con las diferencias en los patrones de morbi-mortalidad entre países desarrollados y en desarrollo: tendencia al envejecimiento de la población en los primeros y, paralelamente, mayor proporción de causas de muerte ligadas a edades más avanzadas, aunque cabe apuntar que serían necesarios estudios que confirmaran estos datos para la situación concreta actual en nuestro medio y que tuvieran en cuenta la existencia de grupos con más años de asentamiento en destino y, también, las implicaciones que pudieran tener los procesos de reagrupación familiar de personas en edades medias y avanzadas de la vida.

3.3. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

La salud mental es uno de los aspectos relacionados con la salud de las poblaciones inmigradas que han sido más estudiados y, en nuestro medio, al que se ha prestado más atención mediática. Y esto, tanto por la aparente frecuencia de este tipo de patología como por las dificultades para su identificación y tratamiento.

No existe, sin embargo, acuerdo entre los expertos, nacionales ni internacionales, sobre en qué medida se puede relacionar el proceso migratorio con el desarrollo de patología mental. Es obvio, como ya se ha señalado, que la emigración supone una situación de cambio vital drástico en la que buena parte de los referentes de los individuos desaparecen o se ven alterados, pero puede comportar también beneficios en las condiciones económicas, la calidad de vida, el desarrollo individual y en la atención a enfermedades preexistentes (mentales o no).

---

[38] Se trata de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión número 9, elaborada por la OMS.

En los primeros estudios relevantes sobre este tema, en la década de los setenta y ochenta, se argumentaba que las tasas de enfermedad mental entre los inmigrantes eran mayores que en la población autóctona. En una investigación publicada en 1977, Cochrane (Cochrane, 1977, citado en Bhugra, 2003) encuentra que las tasas de admisión en un hospital mental de Gran Bretaña eran más altas para pacientes inmigrantes que para autóctonos, aunque existían grandes diferencias en función del país de origen. En cuanto a los trastornos afectivos, las tasas eran menores respecto a los británicos entre los inmigrantes de la India, Antillas y Paquistán y mayores entre los irlandeses.

> "Cochrane studied the admission rates to mental hospitals and found that the rate of admission for British-born individuals was 265/100 000, whereas for immigrants these rates were higher at 495/100 000. However, after age and sex standardization, the rates for the Irish (1110/100 000) and West Indians (539/100 000) were much higher compared with Indians (403/100 000) and Pakistanis (336/100 000), both of whom showed lower admission rates. For affective disorders, too, the rates among Indian, West Indian and Pakistani immigrants were lower than the British-born but those of Irish immigrants were higher. All immigrants except West Indians showed higher rates of suicide. Cochrane suggests that some of the discrepancy can be explained by selective migration, ambivalent relationships and adjustment to culture." (Bhugra, 2003: 68)

En un estudio posterior, el mismo autor (Cochrane, 1987, citado en Bhugra, 2000), muestra datos similares refiriéndose a la esquizofrenia y apunta, además, posibles hipótesis, entre las que destacan la existencia de mayores tasas de enfermedad mental en los países de origen (que se relacionarían con vulnerabilidad biológica) y la denominada "migración selectiva", es decir, el hecho de que sean los individuos vulnerables a la enfermedad (o que la padecen) quienes emigren con mayor frecuencia –de sus explicaciones cabe suponer que no por razones de búsqueda de tratamiento, sino lo que podría calificarse de características de su personalidad–, siendo precisamente los que están en peores condiciones para soportar el estrés asociado a la emigración, por lo que es más probable que acaben desarrollando la patología.

Estas hipótesis de la emigración selectiva y la vulnerabilidad biológica se han ido manteniendo a lo largo del tiempo, aunque diferentes autores han mostrado sus críticas al respecto. Se ha cuestionado también la metodología de estos primeros estudios y los datos sobre la prevalencia de enfermedad mental en los países de origen.

> "For a considerable period of time it was considered that the countries from which the individuals originated had high rates, thereby making it likely that some biological factors may be playing a role in the genesis of schizophrenia. Until recently there were very few studies looking at the incidence rates in developing countries from where most of the migration to the developed countries had taken place. It was only with the Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders Study, under the aegis of WHO, that centres in three less-developed countries were included and the rates of narrow definition schizophrenia were not found to be significantly elevated when compared with rates in developed countries. The rates of broad-definition schizophrenia, however, were different and although these have been questioned no satisfactory explanations have been offered." (Bhugra, 2000: 69)

En esta línea, Bhugra (2000) compara las tasas de esquizofrenia entre inmigrantes y población autóctona en Londres y en Trinidad y Barbados y llega a la conclusión de que son menores entre los primeros. Respecto a las hipótesis anteriores, afirma que las tasas de esquizofrenia en los inmigrantes son más bajas que en la población de origen y mayores entre las segundas generaciones de inmigrantes, lo que no parece achacable ni a la emigración selectiva ni, directamente, al estrés asociado a la emigración, sino más

bien a factores sociales –se entiende que relativos a las condiciones de vida y las posibilidades de integración en las sociedades de destino.

> "While studying the rates of schizophrenia among three ethnic groups in London we also set up two studies in the Caribbean Islands of Trinidad and Barbados. Both these studies have reported lower rates than among African-Caribbeans in the United Kingdom, as has a study from Jamaica. Had the rates in the sending countries been genuinely higher it would have been possible to explain some of that on the basis of biological factors, such as genetic vulnerability, pregnancy and birth complications (PBCs). However, as rates in the second generation are higher than those among the first generation biological vulnerability, although not likely, cannot be entirely ruled out. Several studies have shown that rates of schizophrenia and other psychosis are higher among the siblings of second-generation African-Caribbeans, thereby making it likely that social factors may be playing a part in the genesis of schizophrenia." (Bhugra, 2000: 69)

> "The process of selective migration has often been put forward as a possible hypothesis to explain the high rates of schizophrenia in migrant communities, and suggests that vulnerable individuals tend to migrate and once they have migrated are unable to cope with the stressors of migration and develop schizophrenia. Although a very attractive hypothesis, there are serious problems inherent in this approach. If this were the case, then the rates of schizophrenia will be much higher in the first generation and then drop in subsequent generations, whereas the reverse appears to be the case. Furthermore, if this hypothesis were likely then all migrant groups will have high rates of schizophrenia, which we know not to be the case. For example, Bhugra et al. observed that inception rates of schizophrenia in two catchment areas in London were similar among the Asian and the white populations, but were raised in the African-Caribbean group. This hypothesis can be tested by compared personality traits of migrants with thse of no-migrants to see whether rates of schizotypal personality are higher among the migrants. Of the selective migration and stress the latter appears to be a more attractive option." (Bhugra, 2000: 70)

El autor (Bhugra, 2000) rechaza también la posibilidad de que las altas tasas de enfermedad mental encontradas por otros investigadores se deban a errores en el diagnóstico provocados por la diferencia cultural, aunque no entra en otro de los debates actuales en este terreno, que parece especialmente importante: la adecuación de los instrumentos diagnósticos de diseño occidental para valorar la existencia de patología mental en poblaciones de otras latitudes.

> "Misdiagnosis of schizophrenia in migrant groups or cultural and ethnic groups whose cultural mores may not be easily understood is offered as an explanation for the high rates of schizophrenia. Littlewood and Lipsedge had argued that religious experiences reported by African-Caribbean patients were being misunderstood and misdiagnosed by the clinicians. However, Leff takes issue with that and argues that when patients are recruited into research studies by their symptoms rather than research diagnoses, misdiagnosis becomes less likely. In addition, virtually all the recent studies have used standardized interviews and operational criteria making misdiagnosis less likely, and yet the high rates of schizophrenia remain significant." (Bhugra, 2000: 71)

En un artículo publicado en 2003, Bhugra repasa las posibles explicaciones a la depresión en inmigrantes que manejan las principales corrientes de la Psiquiatría: fundamentalmente el duelo (desde las teorías psicoanalíticas) y la localización del locus de control (en las cognitivas), en los siguientes términos:

> "Psychoanalytical explanations
> (…) Migration is linked with being deprived of specific objects as well as specific relationships. These include family, friends, occupational status and other factors. The loss may be followed by grief and mourning. As bereavement behaviour varies across different cultures, it would become difficult from the clinician's perspective to identify these factors. Unresolved grief and prolonged mourning are likely to lead to depression. If the grief is not allowed to be expressed

(which the new culture may well look down upon), the internalization of such a grief may lead to depression." (Bhugra, 2003: 70)

"Cognitive theories.
(…) Locus of control is defined as the belief which the individual holds to perceive any event as being contingent upon his own behaviour or his own relatively permanent characteristics as internal control or perceived as being the result of chance, fate or fortune or in the stars, so that the individual does not hold or feel any responsibility for the event. Fatalism is thus the situation where individualism places the locus of control to be external to the individual for whom, by and large, the individual holds no responsibility, and such an attitude is related to the non-changeability of responsibility. The opposite of fatalism is instrumentalism. Furnham and Bochner suggest that external locus of control or fatalism beliefs are related to poor mental health and lack of adaptation.
It is possible that when the individuals accept their fate they may become more accepting of their stresses, thereby linking it with cognitions which are less threatening. The fatalism of control explanations may explain the lower rates of reported mental distress among Indian subcontinent immigrants by virtue of their fatalistic beliefs. Negative life events are associated with onset of depression –an association of fatalistic beliefs and negative life events related to the process of migration itself can lead to depression, especially if social support is missing or is inadequate." (Bhugra, 2003: 70)

En definitiva, los datos aportados no son concluyentes y no parece que existan evidencias suficientes de una mayor o menor prevalencia de patología psicológica entre la población inmigrante respecto a la autóctona. De este modo, la mayor parte de los autores nacionales e internacionales (Bhugra, 2003; García-Campayo, Sanz, 2002; Atxotegui, 2002) tienden a señalar que más que la migración *per se*, lo que realmente se relacionaría con el desarrollo de psicopatología serían las condiciones adversas en las que a veces ésta tiene lugar: las malas condiciones de vida, el racismo percibido y la sensación de aislamiento actuarían como estresores crónicos que, en aquéllos con cierta vulnerabilidad biológica y menor soporte social, favorecerían la aparición de patología. Estos hechos parecen confirmarse en la medida en que la salud de los refugiados, sobre todo cuando las condiciones en origen fueron especialmente duras, suele ser peor que la de quienes emigran fundamentalmente por razones económicas (OMS, 2003) y la de estos últimos será tanto más mala cuanto más negativas sean las circunstancias en las que tiene lugar la acogida y menor la red social y de apoyo de que dispongan. Influirían, además, otros factores, como la mayor o menor distancia cultural respecto a la sociedad mayoritaria en destino, el género y la edad, así como, la personalidad del individuo (García-Campayo, Sanz, 2002) y la accesibilidad a los servicios de salud (Bhugra, 2003). En palabras de Bhugra (2000):

"The pathways into care and accessibility of services must be studied to determine whether any artefacts exist in differential rates of schizophrenia across different migrant groups. Socioeconomic factors may prove to be more relevant rather than ethnicity or migrant status alone and deserve to be studied further.
Conclusively, there is little doubt that migrant individuals experience stress and the result of this stress is influenced by the coping strategies employed, social support available and how these stressors are perceived and understood. Race and ethnicity act as vulnerability factors in cases of migrants but may also be protective factors in some instances. On the other hand, socioeconomic disadvantage and discrimination may act as chronic continuing difficulties, making vulnerable individuals prone to psychoses. The feeling of belonging to one group and/or acceptance by another and a sense of disillusionment and alienation contributing to poor self-esteem may all interact to produce a psychotic illness. Status inconsistency along with biological vulnerability and poor coping strategies with limited social support may also influence the genesis of mental disorders. Broader social factors also play a role and deserve to be studied in the specific context of the influence on migration on the development of schizophrenia." (Bhugra, 2000: 72)

En nuestro medio se han realizado pocos estudios comparativos de la situación de salud mental en inmigrantes respecto a la población autóctona y prácticamente no existen datos respecto a lo que puede ocurrir en las mal llamadas "segundas generaciones". Una de las pocas excepciones es un estudio llevado a cabo en el CAP de Drassanes de Barcelona (Pertiñez et al., 2002) que tiene como objetivo detectar diferencias entre población inmigrante y autóctona en la frecuencia de trastornos mentales. Para ello se investigan los diagnósticos de ansiedad, depresión, somatización, psicosis, trastorno de personalidad, neurosis, presencia del trastorno antes de la emigración, el número de visitas para cada diagnóstico, tratamientos y el número de visitas total. Los autores reconocen posibles sesgos en las variables sociodemográficas (provocados por la falta de datos) y en la generalización de los resultados (como consecuencia de la comparación con población autóctona de características marginales) pero concluyen que no parecían existir diferencias significativas entre inmigrantes y autóctonos salvo en que los primeros presentaban mayor proporción de somatizaciones y recibían tratamiento con menos frecuencia. Las diferencias encontradas, afirman, podrían deberse a los distintos modos de expresión de la enfermedad (que limitarían la utilidad de los instrumentos diagnósticos usados habitualmente) y a dificultades idiomáticas y de comunicación.

> "En el estudio de los hábitos tóxicos (…) se detectaron mayores prevalencias en el grupo autóctono en cuanto al consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la adicción a drogas por vía parenteral y otras drogas, con diferencias estadísticamente significativas.
> En el estudio de trastornos mentales de la muestra de grupos étnicos comparada con la muestra control de población autóctona (…), no se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los diagnósticos registrados, aunque se evidencia una tendencia del grupo etnia a presentar mayor porcentaje de depresión (15,2% frente a 13,4%) y de trastornos por somatización (10,7% frente a 6,3%). En cambio, el diagnóstico de ansiedad es más frecuente en el grupo autóctono respecto al étnico (26,8% frente a 17,9%), así como los trastornos de personalidad (3,6% frente a 0%) y las psicosis (5,4% frente a 0%). En el diagnóstico de otras neurosis los porcentajes son iguales en ambos grupos.
> De todos los casos en los que se detectó patología mental se recogió la prescripción de tratamientos (…), y se encontró que en el grupo étnico eran tratados un 19,8% (n =22; IC, 12,4-27,2) de los pacientes y en el grupo autóctono un 32,1% (n = 36; IC, 23,4-40,7). No se hallaron diferencias significativas en el tipo de tratamientos, aunque en el grupo étnico eran más usadas las benzodiacepinas (BZD) y los antidepresivos tricíclicos (ADT)." (Pertiñez et al., 2002: 8)

Circunstancias similares se describen en la bibliografía internacional sobre el tema, especialmente en EEUU, de tal manera que los pacientes inmigrantes o personas pertenecientes a minorías étnicas recibirían tratamiento en menor medida, más tarde y de peor calidad que la población mayoritaria (Goodwin et al., 2001; Melfi et al., 2000), por lo que sería interesante realizar comparaciones entre ambas poblaciones no sólo en nuestro medio sino también con otros países, aunque siempre teniendo en cuenta el papel que pueden tener las diferencias en cuanto a la estructura sanitaria de unos y otros.

En lo referente a la prevalencia de enfermedades concretas en nuestro medio, suele señalarse –en concordancia con lo expuesto por Pertiñez et al. (2002) y otros autores como García-Campayo y Sanz (2002) y Tizón (1989) –, que es menor en lo que se refiere a los trastornos psicóticos (algo que no coincide con la bibliografía internacional) y que la patología más específica es el trastorno por estrés post-traumático, seguido de las somatizaciones y la depresión.

> "1. Trastorno por estrés post-traumático. (…) Se considera la enfermedad psiquiátrica más específica de este grupo de pacientes, sobre todo de los refugiados, y tiene que ver con las

circunstancias de represión política y social, e incluso tortura a la que se encuentran sometidos en su país de origen y por el efecto de las guerras. No obstante, los emigrantes no refugiados también presentan mayores tasas de este trastorno ya que experiencias como la discriminación racial, el desempleo o la relación con los oficiales de inmigración pueden producirlo." (García-Campayo, Sanz, 2002: 188)

"3. Somatización. Se define la 'somatización' a [sic] la expresión del malestar psicológico en forma de síntomas somáticos. Aunque se acepta que la somatización presenta una prevalencia similar en diferentes culturas, los emigrantes la presentan con más frecuencia porque, aparte de expresar malestar psicológico, los síntomas somáticos se van a emplear, por parte de los emigrantes, con otros significados simbólicos. Algunos de los más frecuentes son, por ejemplo, respuesta ante una sociedad que les rechaza o, en las mujeres, posicionamiento reivindicativo dentro de una estructura de poder familiar de tipo machista. Por otra parte, la interpretación que los emigrantes hacen de los síntomas somáticos y las explicaciones causales que les atribuyen son muy diferentes a las que realizan los pacientes occidentales.
4. Ansiedad y deprsión. Se acepta que estos pacientes presentan mayores tasas de depresión y de trastornos de ansiedad que grupos con idénticas características sociodemográficas de su país de origen o de la cultura anfitriona. La razón principal sería los procesos de adaptación y las dificultades ambientales ligadas a la emigración." (García-Campayo, Sanz, 2002: 189)[39]

Ahora bien, a parte de la etiqueta diagnóstica concreta, se ha señalado la existencia de claras diferencias en las formas de presentación de estas enfermedades respecto a la población autóctona y en los diferentes grupos de inmigrantes, siendo el caso más estudiado el de la depresión. De manera genérica, se suelen diferenciar los síntomas afectivos (estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, ideas de muerte, pérdida de interés por las cosas, etc.) de los síntomas somáticos (fatiga, alteraciones del sueño, dificultades de concentración), observándose, en inmigrantes, un predomino de los últimos sobre los primeros, de tal manera que existiría entre ellos un tendencia a la somatización de las quejas frente a la psicologízación propia de la población autóctona. Así, aparecerían con menor frecuencia los sentimientos de culpa, especialmente –y esto es interesante–, en pacientes ajenos a la tradición judeo-cristiana, pero serían mucho mayores las quejas relacionadas con la fatiga, las cefaleas o las molestias osteoarticulares y digestivas (que se califican como somatizaciones). Las explicaciones a estas diferencias por parte de los profesionales de la Psiquiatría y la Psicología suelen centrarse más en el contexto cultural de procedencia del paciente que en la posible estrechez de nuestros instrumentos y categorías diagnósticas. De esta manera, la tendencia a las somatizaciones se atribuye a la menor separación en algunas culturas entre el cuerpo y la mente –aunque es algo que no está presente, ni mucho menos, en todas– mientras que la menor frecuencia de sentimientos de culpa suele relacionarse con las diferencias religiosas –aunque tampoco son homogéneas entre los inmigrantes y parece claro que no deben ser las únicas causas. En lo que se refiere a trastornos psicóticos con sintomatología como alucinaciones o delirios, algunos autores (García-Campayo, Sanz, 2002) señalan, de manera muy honesta, el riesgo de diagnosticar como tales explicaciones de las circunstancias vitales mediadas por la cultura en individuos sanos, tanto por el desconocimiento de este hecho por parte de los profesionales como por la existencia, entre algunos de ellos, de prejuicios hacia estos pacientes. En relación con esto se debe señalar también que, a pesar de figurar en un anexo del DSM-IV[40], las enfermedades ligadas a la cultura o *culture bound syndromes* son escasamente

[39] El artículo del que proceden las citas es una revisión general del tema, lo que podría ser la razón por la que los autores no aportan datos que respalden estas afirmaciones.
[40] El DSM es la clasificación de las enfermedades mentales elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Es el manual de diagnóstico más utilizado internacionalmente y también en nuestro medio. La última versión es el DSM-IV-TR (versión número cuatro, revisada).

conocidas y menos aún diagnosticadas por los profesionales de salud mental (a pesar del impacto que esta tesis ha tenido en ciertos sectores tanto de la Psiquiatría como de la Antropología especializada en esta temática), siendo mucho más frecuente, sin embargo, el fenómeno contrario: el etiquetaje de síntomas matizados por la cultura como enfermedades psiquiátricas definidas como tales en el contexto occidental.

Por otra parte, la identificación de síntomas somáticos –especialmente los relacionados con el insomnio– no resulta difícil en la consulta, al contrario de lo que ocurre con manifestaciones del área afectiva, que pueden ser muy difíciles de interpretar por personal no entrenado en el contexto de la diversidad cultural. Así, no es extraño que pacientes que presentan manifestaciones somáticas de quejas psicológicas sean derivados a diversos tipos de especialistas por su médico de cabecera, iniciando un periplo infructuoso tanto para los profesionales como para los propios pacientes, que no encuentran en la Medicina occidental respuestas adecuadas a sus demandas. Tampoco es rara la situación contraria en la que el conocimiento del clínico de la tendencia a la somatización lleva a una interpretación en clave psicológica de fenómenos físicos, ya sean comunes en nuestro medio o más específicos en el de origen y, por tanto, relativamente desconocidos por el profesional. En uno u otro caso, el paciente puede no recibir la atención adecuada, el médico encuentra dificultades para realizar su labor eficazmente y el sistema sanitario se ve mal utilizado.

En definitiva, se observa que tanto las circunstancias de índole socioeconómica como las propiamente culturales adquieren una enorme relevancia en el proceso de diagnóstico en Medicina y muy especialmente en Psiquiatría, evidenciándose la necesidad de que los distintos tipos de profesionales tengan la formación adecuada para distinguir entre unas y otras cuestiones y para valorar adecuadamente su impacto en la clínica, algo mucho más fácil de decir que de conseguir en la actualidad. Volveremos sobre ello más adelante.

Y si los síntomas son difíciles de interpretar, más complicado aún resulta hacerlos encajar en las categorías diagnósticas habitualmente utilizadas en Psiquiatría, de tal manera que se corre el riesgo de incrementar los errores, tanto por la no identificación de los síntomas como por las dificultades en la cuantificación de su gravedad, derivada de la diferente expresividad de las emociones en las distintas culturas. En relación con esto último, cabe destacar la escasa adaptación cultural, especialmente en nuestro medio, de la mayoría de los instrumentos de cuantificación empleados en Psicología y Psiquiatría, de tal manera que es frecuente que se usen tests y escalas sin adaptar que pueden conducir a errores en el diagnóstico y, con ello, a sesgos en la información epidemiológica.

Para intentar superar todos estos inconvenientes, algunos autores, en nuestro medio, han propuesto la creación de síndromes específicos para la población inmigrante, que recogerían las variaciones sintomatológicas citadas, y modelos que describirían los factores que se relacionan con la aparición de psicopatología en esta población. Además, existe, en la actualidad, un debate abierto que cuestiona la validez universal de las categorías psiquiátricas utilizadas habitualmente y la necesidad de su adaptación cultural. Tratemos cada uno de los temas separadamente y de forma breve.

3.3.1. Duelo migratorio

La migración comporta, además de aspectos positivos, una serie de pérdidas y riesgos que conformarían lo que J. Atxotegui (2002) ha dado en llamar *duelo migratorio*.

Desde la perspectiva psicoanalítica el duelo es entendido como un proceso por el que un individuo sufre una serie de reestructuraciones en su personalidad como consecuencia de una pérdida (el fallecimiento de un ser querido sería el caso clásico de duelo), entendiéndose como una situación normal, parte del proceso de maduración del ser humano, que sólo desembocará en patología cuando no se elabore correctamente. En este sentido, Atxotegui (2002) señala claramente que no se puede equiparar la emigración al duelo patológico, puesto que ésta, aún cuando comporta ciertas dificultades para el individuo, no necesariamente va asociada al desarrollo de patología y puede suponer efectos beneficiosos en la salud y en las condiciones de vida de quienes emigran y de quienes permanecen en origen. Sería entonces, igual que en el resto de los casos de duelo, necesario diferenciar entre el *simple* (el que se produce de forma natural como consecuencia de las pérdidas que se asocian a todo proceso migratorio) y el *complicado* (el provocado por todo un conjunto de circunstancias adversas que dificultan la adecuada elaboración del duelo y ponen en peligro la salud psíquica del paciente).

Atxotegui (2002) defiende que el duelo migratorio presenta una serie de características que lo hacen universal y que merece la pena reproducir y analizar de manera crítica[41]:

1. Es un duelo parcial

Para Atxotegui (2002) se trataría de la principal diferencia entre el duelo migratorio y el clásico. Si en el último la pérdida es total, ya que se deja para siempre de tener contacto con el ser querido, en el primero esto no es así: lo perdido, el país de origen y quienes allí quedaron, no desaparecen, permanecen y suele ser posible recuperar el contacto o incluso volver; es el individuo el que se aleja. Se trataría, entonces, según el autor, de un duelo por separación temporoespacial más que por pérdida.

Ahora bien, a modo de crítica, parece interesante añadir a este razonamiento algunos matices. Aún cuando el objeto que se deja no desaparece por completo sí podría decirse en cierto sentido que se produce una pérdida de ciertos elementos: de una estructura familiar concreta que se ve alterada –a veces para siempre– con la propia emigración o la de otros miembros de la familia; de unas circunstancias de vida que, por muy duras que pudieran ser, eran las que constituían el propio referente; de valores culturales también, puesto que tanto la emigración de parte de la población como el simple paso el tiempo implican cambios en todos los grupos humanos, de manera que, a parte de sus propios cambios individuales, lo que el inmigrante encuentra cuando vuelve no es nunca, exactamente, lo mismo que dejó cuando partió.

2. Es un duelo recurrente

El hecho de que el duelo sea parcial complica su elaboración según el autor, ya que cada llamada, cada noticia o viaje al país de origen implicarían la necesidad de elaborarlo de nuevo. Así, afirma que la posibilidad de retorno y de mantener el contacto pueden alimentar fantasías de regreso que, aunque tengan a veces un papel protector, podrían también retardar la elaboración completa del duelo y agravarlo.

---

[41] Reproduzco, a grandes rasgos, lo expuesto en Atxotegui , 2002.

En este punto podría hacerse al autor el mismo comentario que en el apartado anterior: el duelo sería, por decirlo de alguna manera, doble: cambia la sociedad de origen pero cambia también la persona que emigró, de tal manera que la necesidad de adaptación es mutua y será tanto más difícil cuanto mayor sea la distancia entre las dos realidades, cuanto más rápidos hayan sido los cambios o más esporádicos los contactos.

Además del contacto periódico, según Atxotegui (2002), existen otras circunstancias que llevan a incrementar el riesgo de que el duelo se complique. El agravamiento de las condiciones asociadas a la migración, cambios no deseados en las circunstancias de vida o malas noticias en origen, por ejemplo, provocarían que el duelo se reactive: el objeto perdido, del que se ha separado, puede ser la alternativa a la que aferrarse.

> "En esta línea se podría decir que el duelo migratorio mejor abordado psicológicamente puede convertirse en crónico cuando el contexto es muy desfavorable –ilegalidad, condiciones laborales de explotación, exclusión, racismo–. Y de hecho, ésas son, en buena parte, las circunstancias en las que se está viviendo la migración actual. Esta cronificación favorece la aparición de trastornos depresivos: el individuo se siente agotado en su lucha por la elaboración del duelo y se hunde en la desesperanza." (Atxotegui, 2002: 8)

La crítica que podría hacerse a esta posición es que acaba vinculando todo lo que le ocurre al inmigrante en el país de destino con el proceso migratorio, de manera que se trataría de un duelo ya no recurrente, como dice el autor, sino casi infinito, sin posibilidad de acabarse, en la medida en que en la vida del inmigrante, como en la del autóctono, siempre pueden ocurrir acontecimientos desfavorables. Una cosa es que la mala situación en destino complique la elaboración del duelo y aumente el riesgo de patología o que se den, de hecho, dificultades en la adaptación mutua entre quienes permanecen en destino y quienes han emigrado, pero otra muy distinta es que todo remita necesariamente a la migración. Si así fuera, ¿cuándo se daría por terminado el duelo?, en otras palabras, ¿cuándo dejarían de ser inmigrantes? Se trata el de Atxotegui de un planteamiento que dificulta considerar al inmigrante como un ciudadano más, sujeto a los estresores normales de otros ciudadanos, por mucho que ciertas circunstancias, especialmente en los primeros momentos, hagan peculiar su situación. Y apunta, una vez más, a la relevancia de las cuestiones no sólo económicas, culturales y sociales sobre la práctica médica, sino también las de índole política: remite no sólo a la atención desde el punto de vista sanitario sino también a la ciudadanía y los derechos sociales y políticos de los seres humanos.

3. Es un duelo vinculado a aspectos muy arraigados de la personalidad

Atxotegui (2002) insiste en que las posibilidades de elaboración patológica del duelo se incrementan con la existencia previa de otros, especialmente los ocurridos en la infancia, etapa en la que se elaboran las pautas básicas de enfrentamiento a los conflictos y, también, se seleccionan los elementos que servirán como referentes. Si estos duelos han sido mal elaborados, la posibilidad de desarrollo de patología tras la migración será mayor.

4. Es un duelo múltiple

El autor, en este punto, resalta la enorme cantidad de aspectos de la vida de la persona que se ven afectados por la emigración, en mayor número que en el duelo clásico, y describe la existencia, dentro del migratorio, de siete duelos diferentes, motivados por la separación de:

- La familia y los amigos: que suponen al mismo tiempo los referentes, la red de apoyo y, en ocasiones, los dependientes.
- La lengua: obviamente, cuando ésta es diferente a la del país de destino.
- La cultura, entendiendo por tal:

> "(…) los valores, hábitos alimentarios, la forma de vestir, etc. La situación de duelo complicado se asocia, por ejemplo, con las discriminaciones por vestir según sus costumbres como en el caso del uso del velo." (Atxotegui, 2002: 11)

- La tierra: que abarcaría el paisaje, la luz, los colores, etc. de la zona de origen.
- El nivel social: tendiendo en cuenta que la inmigración implica, frecuentemente, la pérdida del estatus social que la persona tenía en origen, para pasar a ocupar, en destino, uno mucho más bajo.
- El contacto con el grupo étnico: se trataría de la separación de las personas del grupo de pertenencia.
- Los riesgos físicos ligados a la migración: que se relacionarían con las condiciones en las que se realiza el viaje y la acogida.

La relevancia de uno u otro aspecto podría variar, según el autor, en función de factores como la lejanía cultural del grupo de origen respecto al mayoritario en destino, las circunstancias en las que tenga lugar el proceso migratorio, la adaptación y el tiempo de estancia y el éxito o no de la migración.

> "Se ha de señalar que pueden observarse diferencias en la importancia que posee cada uno de estos duelos, en relación con el éxito del proyecto migratorio. En las migraciones extracomunitarias que atiende actualmente el SAPPIR se observa que son los duelos por la familia, el *status* social y los riesgos físicos ligados a la migración los que se encuentran relacionados con más del 90% de las quejas, en general provenientes de personas que están encontrando graves dificultades en su migración. Sin embargo, varios centenares de entrevistas en profundidad acerca del proceso migratorio efectuadas desde la Universidad de Barcelona y dirigidas a inmigrantes ya asentados, bien relacionados socialmente y que han tenido éxito en su proyecto migratorio, han mostrado cómo sus dificultades de elaboración se centran mucho más (más del 70%) en aspectos ligados a la lengua, la cultura y al contacto con el grupo étnico." (Atxotegui, 2002: 10)

La crítica, en este punto, podría centrarse en varios de los componentes del duelo. Por una parte, cabe señalar que más que "familia y amigos", debería hablarse de "red social" del inmigrante, en la medida en que estos términos no tienen el mismo significado en todos los grupos. Por otra, no parece pertinente considerar la discriminación dentro del duelo por la cultura, ni queda clara la diferenciación entre éste y el que se produce por la pérdida de contacto con el grupo étnico, aunque, sin duda, poner de relieve las consecuencias, en este caso psicológicas, que tiene la marginación y la discriminación, es una aportación relevante que debe ser tenida en cuenta. La cuestión aparece insinuada por el autor, aunque no llega a plantearla del todo. En este sentido, podría añadirse que la separación de la propia cultura implica la pérdida de referentes y la puesta en cuestión –por parte del propio individuo y también de la sociedad de acogida– de valores y pautas de comportamiento hasta ese momento considerados como propios, adecuados y adaptativos, pero, además, la pérdida de contacto con el grupo étnico que sostiene la identidad, junto con las dificultades para la integración en el medio de acogida, conducirían a una situación de anomia identitaria o, como mínimo, a alteraciones en la construcción de la propia identidad.

En otro orden de cosas, el autor parece contemplar que se refuercen los vínculos con el grupo de referencia tan sólo cuando la situación en destino es mala, pero no parece tener presente que esto puede ocurrir aún cuando no lo sea o, incluso, darse el fenómeno contrario, que la persona opte por la asimilación. Sería especialmente así en el caso de refugiados sin posibilidad de retorno y con muy malas experiencias previas, en personas que migran huyendo de una determinada forma de vida o de la aplicación de algún aspecto concreto de su cultura de origen o las que, más o menos voluntaria y conscientemente, lleguen a la conclusión de que el éxito de la emigración pasa por dejar en el camino ciertos aspectos de su tradición cultural. Todo ello implica, necesariamente, una reestructuración de la identidad, pero no necesariamente un duelo mal elaborado.

5. Afecta a la identidad

El autor reconoce la existencia de cambios en la identidad a raíz del proceso migratorio, entendiendo por tal:

> "(…) el conjunto de las autorrepresentaciones que permiten que el individuo se sienta, por una parte, como semejante y perteneciente a determinadas comunidades de personas y, por otra, diferente y no perteneciente a otras." (Atxotegui, 2002: 12)

E insiste en que el duelo puede llevar a la construcción de una nueva identidad, fruto de la experiencia adquirida y del contacto con otros elementos culturales, o bien, en caso de que ésta se entienda como algo rígido, complicarse y aparecer patología.

6. Comporta una regresión

Atxotegui defiende, como uno de los rasgos universales del duelo, la existencia de una regresión, es decir, el retorno a posiciones infantiles como consecuencia de circunstancias vitales estresantes y como modo de buscar una situación más cómoda, evitando enfrentarse a la realidad. Esta regresión se manifestaría bien en actitudes sumisas y dependientes por parte del inmigrante, bien en forma de queja, que, destaca, suele dirigirse precisamente a aquellas personas o ámbitos donde es posible descargarla, habitualmente donde mejor se le suele tratar: en los servicios asistenciales. Aunque también reconoce que éstos pueden favorecer las actitudes de dependencia con su paternalismo, señala que las quejas llegan a frustrar a los trabajadores, que se encuentran siendo blanco de unas protestas de las que no necesariamente son responsables.

El autor señala que la regresión sería menor a medida que se incrementa la red social del inmigrante, por lo que es necesario favorecer los procesos de asociacionismo y reagrupación familiar, aunque no dice nada respecto al establecimiento de redes con personas no vinculadas a la realidad migratoria, como podría ser la participación social en sindicatos, asociaciones locales, etc., o simplemente, redes de amistad con personas autóctonas.

Sin embargo, Atxotegui (2002) también parece considerar una regresión que el inmigrante adopte una militancia étnica que no tenía antes de partir, aferrándose a las tradiciones de origen, lo que bien podría considerarse un análisis un tanto sesgado: sin duda el recurso a las bases, normalmente sólidas y bien establecidas, de la propia tradición cultural es una reacción lógica, que aporta seguridad al individuo en su relación con un ambiente en el que muchas cosas son nuevas y pueden vivirse como agresivas; puede incluso aceptarse que esta militancia llegue a complicar el proceso de

adaptación y pueda conducir a situaciones poco saludables desde el punto de vista psicológico, aunque no necesariamente tendría que ser así, pero considerarlo una regresión parece de una dureza excesiva. Aunque es cierto que las dificultades para conseguir una adecuada adaptación al medio de destino pueden conducir a una militancia desproporcionada –que, a la vez, aporta una reparación de la frustración y la impotencia y una forma de integración en un grupo que pretende reproducir el de origen– también lo es que pueden darse formas de militancia sanas que favorezcan la integración cívica y política.

> "Expresiones indirectas de esta regresión pueden ser, también, la vuelta a la cultura de origen. De hecho, personas que en su país de origen habían estado poco apegadas a las tradiciones, a partir de la migración se fijan en ellas. En este sentido, la participación en los actos colectivos (Ramadán, fiesta del cordero…) aportarían al inmigrante más seguridad, mayor sentimiento de pertenencia a un grupo." (Atxotegui, 2002: 14)

7. La elaboración del duelo discurre en una serie de fases

Según Atxotegui (2002) el duelo migratorio mantiene las fases clásicas del duelo común (negación, resistencia, aceptación y restitución), aunque sus características de recurrencia y multiplicidad introducirían algunas modificaciones o peculiaridades:

> "Desde la perspectiva de la experiencia del SAPPIR, en la primera etapa se daría una diferencia de sexo en la respuesta. Así, a través de un cuestionario sobre los siete duelos de la migración que ha realizado el SAPPIR y la Universidad de Barcelona, se ha constatado en más de 300 casos de inmigrantes de todo el mundo que los hombres tienen una fase inicial de negación más intensa y más duradera que las mujeres, quizás porque, como señalaba una compañera, 'es que las mujeres somos más realistas'. Así pues, la expresión del duelo surge antes en la mujer que en el hombre." (Atxotegui, 2002: 15)

Estas diferencias constituyen un hecho relevante, con implicaciones directas sobre la asistencia a las personas, por lo que sería necesario profundizar en este tema y establecer estudios que trataran de apuntar las causas o factores que intervienen.

8. Implica la elaboración de defensas psicológicas

Al igual que en el duelo común, en el migratorio se elaborarían mecanismos de defensa psicológicos, aunque su desarrollo y forma de presentación pueden también ser particulares[42].

9. Implica sentimientos de ambivalencia

El autor defiende la existencia de sentimientos ambivalentes de amor-odio tanto hacia el país de origen como al de acogida.

> "Un caso extremo de esta ambivalencia sería la denominada 'depresión del éxito'. Hacer referencia a este mecanismo psicológico puede parecer excesivamente sutil y preciosista, pero una parte de los sentimientos depresivos que se observan en los inmigrantes proviene de los sentimientos de culpa por las ganancias de la migración, sobre todo si ha habido actitudes de desprecio hacia lo que se ha dejado atrás. Si el éxito en la migración es vivido como un 'triunfo maníaco' sobre los objetos (país de origen) que son atacados y despreciados, el disfrute de las ganancias de la migración se convierte en algo muy dificultoso a causa de la culpa inconsciente." (Atxotegui, 2002: 17)

[42] El comentario, en este punto, sería el mismo que en la nota anterior.

10. Es un duelo transgeneracional

Atxotegui (2002) defiende que el duelo afecta a los hijos de los inmigrantes, aún cuando sean nacidos y criados en destino, que éste tendrá posibilidades de ser mejor o peor construido en función de cómo se haya elaborado el de los padres y, puede ser, incluso, de peores consecuencias que en los progenitores, aunque reconoce que, en ocasiones, los hijos pueden estar en mejores condiciones que los padres y conocer más los mecanismos de funcionamiento de la sociedad de acogida, lo que les permitiría estructurar mejor sus demandas. Según el autor, este duelo sería debido a que los hijos, aún educados en destino, han adquirido los vínculos con el lugar de origen a través de sus padres. Atxotegui no contempla, sin embargo, otra posibilidad: que el duelo proceda de la vivencia por parte de los hijos de que la sociedad de destino no los diferencia de sus padres sino que los considera inmigrantes igual que a estos.

> "El grado de elaboración del duelo migratorio de los padres, 'la primera generación' de inmigrantes, ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten hacia el país de acogida los miembros de la siguiente generación. Y debe tenerse en cuenta, como se ha señalado, que las circunstancias que favorecen la exclusión, la marginación, favorecen que el duelo se prolongue a través de las generaciones, impidiéndose los procesos de integración e interculturalidad (un ejemplo muy claro serían los negros de Norteamérica). Por desgracia, en la migración extracomunitaria actual también se están dando al menos una parte de estas circunstancias." (Atxotegui, 2002: 18)

La postura del autor parece también confundir duelo con dificultades de integración. No aclara en ningún punto si utiliza los dos términos como sinónimos, tal y como se deriva de la lectura, pero, de hacerlo así, se trataría de una perspectiva reduccionista. Es evidente que cada miembro de la familia que emigra tiene que elaborar su propio duelo y que en la evolución de éste influirán las circunstancias que se encuentran en destino, pero no puede decirse que niños nacidos y criados tras la emigración tengan propiamente un duelo migratorio (ni siquiera lo tienen que tener, prioritariamente, sus padres) sino ciertas dificultades o peculiaridades de integración en la estructura de la sociedad mayoritaria derivadas de vivir, en ocasiones, a caballo entre dos culturas, cuyas presiones pueden ser, en ciertas edades como la adolescencia, difíciles de manejar. Y no sólo intervendrían cuestiones relacionadas con la(s) cultura(s) sino también, de la misma manera que amplios grupos de población autóctona, con la situación de precariedad económica y/o marginalidad en la que a veces se encuentran. ¿Cómo denominaría, entonces, Atxotegui, a la situación que sufren jóvenes gitanos de barriadas marginales? No puede considerarse, obviamente un duelo migratorio, en la medida en que sus familias pueden llevar siglos asentadas en el mismo lugar, pero sí intervendrían factores sociales, culturales y económicos, paralelos, aún con diferencias, a los que atribuye a los jóvenes inmigrantes de segunda generación. Se olvida también, el autor de las diferencias en las expectativas para el futuro que pueden tener padres e hijos y de la importancia de las relaciones que se hayan establecido entre ellos (marcadas culturalmente, pero no sólo).

En resumen, considerar la adaptación de las segundas generaciones como un duelo podría suponer una psicologízación excesiva de los procesos y conducir, aún sin quererlo, a prolongar *sine die* una situación potencialmente patológica y estigmatizadora, por lo que, sin perder de vista la importancia de prestar atención a la situación vital de estas generaciones, sería necesario hacerlo desde puntos de vista más amplios.

11. Se repite con el retorno

Atxotegui (2002) defiende que el duelo debe ser reelaborado si el inmigrante vuelve al país de origen: durante el tiempo que haya durado la migración, tanto él como su país y a quienes allí se encuentra han cambiado, de manera que deben reelaborarse las relaciones. El duelo sería esta vez por la sociedad de destino, por lo que se deja atrás con la vuelta. El autor defiende, además, que este duelo será tanto más difícil cuanto peor hubiera sido el inicial.

> "La persona que regresa al país de origen es muy diferente de la que un día marchó y llega aun país que también es diferente. Se vuelve a repetir la situación inicial: volvemos a estar ante un proceso de cambio que comporta una parte de duelo por lo que se deja atrás, en este caso la vinculación que el inmigrante ha efectuado a lo largo de los años con el país de acogida. Y esta elaboración será tanto más difícil cuanto peor haya sido la relación del inmigrante con el país de acogida, cuanto peor haya elaborado el duelo migratorio inicial. Cuanta más ambivalencia y más utilización de defensas de modo masivo (negación, idealización del país de origen, etc.), en definitiva, cuanto peor haya sido la elaboración del duelo migratorio, más difícil psicológicamente será el regreso" (Atxotegui, 2002: 18-19)

12. Afecta también a los autóctonos y a quienes permanecen en origen

El autor defiende que la inmigración es un fenómeno que comporta cambios no sólo en la vida de quien emigra sino también en la de los miembros de la sociedad que le recibe y en la de los que permanecen en origen. Y entiende que estos cambios pueden afectar a distintas esferas de la vida en uno u otro caso: en los autóctonos se trataría de una defensa de la propia identidad frente a la llegada de personas de culturas diferentes con las que hay que convivir, tanto mayor cuanto más estrechos sean los contactos con los inmigrantes; en el caso de quienes quedan allá, se trataría de un duelo por la pérdida de quien se ha marchado.

La crítica a este planteamiento giraría en torno a que parece claro que se trate de un duelo en el segundo caso, pero no en el primero. Es obvio que, sobre todo si la convivencia es estrecha y afecta a ciertos pilares que se considera que conforman la identidad, pueden producirse conflictos e, incluso, reacciones psicológicas a éstos, pero considerarlo un duelo parece excesivo, en la medida en que no hay una pérdida en sentido estricto ni necesariamente, sino, y en todo caso, la vivencia de una amenaza, demasiado frecuentemente manipulada de manera interesada por determinados sectores políticos y económicos. Las dificultades que la población autóctona encuentra para aceptar la inmigración y convivir (realmente convivir) con los inmigrantes no pueden reducirse tan sólo a los problemas para compatibilizar determinadas prácticas culturales sino a fenómenos complejos en los que intervienen múltiples variables. Limitar el análisis únicamente a las dificultades psicológicas de aceptación del Otro, además de tener el efecto no buscado de dar alas a los defensores de las teorías de la incompatibilidad de las culturas y de la aversión instintiva hacia el diferente, supone obviar circunstancias como la explotación, la marginación y la reclusión en sectores productivos y sociales de los inmigrantes que poco o nada tienen que ver con los contenidos de las tradiciones culturales de unos y de otros[43].

[43] El lector interesado en estos temas puede consultar: San Román, 1996.

3.3.2. Síndrome de Ulises

Según Atxotegui (2002), la sintomatología de tipo depresivo es la más frecuente en los inmigrantes y se presentaría de dos maneras diferenciadas: bien en forma de un trastorno depresivo mayor o una distimia, de acuerdo con el DSM-IV, bien como un nuevo tipo de trastorno que ha denominado *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico* o *Síndrome de Ulises*.

Según el autor, se trata de un síndrome específico de los inmigrantes, especialmente los extracomunitarios, que se caracteriza por la existencia de estrés crónico, relacionado con la vivencia de alguna de estas personas de que su supervivencia está en riesgo y vive en unas condiciones que interpreta como agresivas, a lo que podría añadirse la violencia previa sufrida en sus países de origen o en el trayecto. El cuadro clínico combina síntomas depresivos, ansiosos, somatomorfos y disociativos.

Atxotegui (2002) defiende la creación de un síndrome específico en la medida en la que el cuadro que describe no se ajusta a las características exigidas por las clasificaciones internacionales para diagnosticar un trastorno adaptativo ni un trastorno por estrés post-traumático. El argumento sería el siguiente:

> "El síndrome de Ulises, aunque posee aspectos en común con el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo es, sin embargo, diferente de ellos fundamentalmente porque no es concordante en varios aspectos con los criterios que exige el DSM-IV-TR:
> - Los estresores identificables no son uno o varios, sino muchos
> - La duración del cuadro no se mide en semanas o meses, sino incluso en años
> - Puede haber interpretaciones culturales que relacionen las penalidades con el mal de ojo, la brujería…
> - La intensidad de los estresores es muchas veces muy elevada, con peligros graves para la integridad física y la supervivencia, lo cual aproxima el cuadro hacia el trastorno por estrés postraumático
> - Se asocian síntomas de tipo somatomorfo y disociativo
>
> Por estas razones, consideramos que más que de una situación de estrés agudo se podría hablar, en el caso del inmigrante actual, de una problemática de estrés crónico." (Atxotegui, 2002: 46)

Y describe el síndrome a través de la enumeración de sus síntomas, que se incluirían en cuatro grandes grupos:

1. Síntomas del área depresiva

Los síntomas serían:

- Tristeza: Atxotegui reconoce la dificultad para delimitar la tristeza en pacientes procedentes de otras tradiciones culturales –lo que es valorable, sin duda–, pero destaca que es el síntoma más frecuente tanto en los trastornos depresivos como en los duelos, en este último caso relacionado, sobre todo, con la familia, el nivel social y las dificultades asociadas a la migración.
- Llanto: Respecto a este síntoma, afirma que sería hasta cuatro veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y que existirían, también, variaciones en función de la procedencia, siendo menor en pacientes musulmanes. Ambas cuestiones estarían relacionadas con la consideración social que reciba el llanto en cada cultura, lo que constituye una hipótesis muy interesante que debería ser puesta a prueba.
- Baja autoestima: En este punto, el propio autor reconoce que se trata de lo que denomina un "síntoma cultural", es decir, es producto de una manera concreta de entender el mundo y a las personas, un modo de entender el "yo" fundamentalmente occidental. Aún así, destaca que estos sentimientos se relacionarían con la sensación de

fracaso en el proceso migratorio. Sobre esto podría añadirse que, además de comprobar los elementos que entran en juego, sus causas y consecuencias, sería necesario también valorar la posibilidad de la existencia de fenómenos en cierto sentido contrarios –y que han sido documentados por etnógrafos para diferentes grupos culturales– como podría ser la compensación de una cierta sensación de inferioridad o baja autoestima –derivada del desconocimiento de las pautas de la sociedad de acogida, de su idioma, su tecnología, etc.– mediante la adopción de posturas de, podría decirse, "superioridad moral" o interpretaciones en términos de impureza o inmoralidad de valores o conductas que se consideran propios de la sociedad de destino (el modo de tratar a los ancianos o el respeto a los padres podrían ser ejemplos concretos).

- Culpa: Se trataría este de un síntoma muy ligado a la religión cristiana, donde el concepto de culpa tiene un peso importante, por lo que estaría, según el autor, menos presente en pacientes de otras tradiciones. En este punto podría decirse que no se trata de un síntoma ligado exclusivamente al cristianismo, sino que está presente también en otras religiones y, no sólo en ellas, sino, incluso con más frecuencia, en otras pautas culturales que poco tienen que ver con la religión, de modo que sería necesario y posible, aunque complejo, valorar el papel que podría tener en cada caso concreto.
- Ideas de muerte y suicidio: Al igual que el anterior, para el autor se trata de un síntoma muy ligado a la religión, con la particularidad, en este caso, de que la prohibición del suicidio está presente en todas las grandes religiones monoteístas, aunque habría que decir que, en ciertas circunstancias, sí puede afirmarse que está culturalmente pautado en muchas sociedades, independientemente de la religión. Según Atxotegui, no se trata de una manifestación frecuente en inmigrantes, de acuerdo con sus datos.
- Falta de interés por hacer las cosas: Para el autor, tampoco sería un síntoma muy habitual en la medida en que el inmigrante tiene como objetivo el éxito del proyecto migratorio, lo que parece absolutamente lógico, pero debería añadir también que, a parte de esto, podría también estar influyendo el hecho de que la actividad sea imprescindible para la propia supervivencia, especialmente en aquellos casos, muchos, de vulnerabilidad económica.
- Pérdida de interés sexual: Para Atxotegui, al igual que ocurre con los pacientes autóctonos, es un síntoma por el que consultan más los hombres que las mujeres, explicable, aparentemente, por las diferencias en los roles entre los sexos y los comportamientos considerados correctos para unos y otros.
- Pérdida o aumento de peso o apetito: Las alteraciones en la dieta y las dificultades que a veces se dan para adquirir alimentos dificultan su exploración, pero, según el autor, no se trataría de síntomas usuales.

2. Síntomas del área de la ansiedad

- Ansiedad: Según Atxotegui (2002), es el síntoma más frecuente, junto con la tristeza y existirían diferencias en su presentación según la procedencia y el género, que, de nuevo, sería interesante y conveniente investigar en profundidad y de manera contextualizada.
- Preocupaciones excesivas e intrusivas: Se trataría de una manifestación comprensible y, generalmente, ajustada a la realidad vital de estas personas, por lo que su vertiente hacia la patología se refiere más a la dificultad del individuo para manejarlas y a los cuadros que se le asocian, como el insomnio y la cefalea. Según el autor, este síntoma se asemeja a las ideas recurrentes características del síndrome por estrés postraumático. La existencia de una red social y de apoyo constituiría un elemento protector, algo lógico, por otra parte, en cualquier tipo de paciente.

- Irritabilidad: Se trata de un síntoma muy ligado a las frustraciones que a menudo tienen que soportar los inmigrantes y cuya presencia está mediada, según el autor, por la consideración que la violencia o la agresividad tengan en cada cultura –aunque debería puntualizarse, más bien, que se trataría de la consideración que cada cultura atribuya a la violencia para cada uno de los estratos que la conforman–, de manera que sería menos frecuente en pacientes de aquéllas en las que ésta tiende a reprimirse más. Su presentación varía también con el género y, según el autor, sería más frecuente en mujeres debido a su mayor grado de dependencia, presión social, baja consideración de su trabajo y autonomía, aunque no aporta datos concretos que respalden esta afirmación. No parece contemplar, tampoco, que la violencia tenga en cada cultura una consideración diferente en función de si la ejerce un hombre o una mujer y, también, obviamente, en función de la situación concreta que la desencadene. En cualquier caso, se trataría de hipótesis que es necesario contrastar.

3. Síntomas relacionados con las somatizaciones

Los más usuales serían la triada insomnio-cefalea-fatiga, igual que en pacientes autóctonos, seguidas de las somatizaciones osteoarticulares y digestivas.

- Alteraciones del sueño: El autor (Atxotegui, 2002) destaca que el insomnio, especialmente de conciliación, es uno de los síntomas más habituales y se relaciona, como se ha dicho antes, con la presencia de preocupaciones recurrentes y la evolución hacia el desarrollo de trastornos depresivos. Lo más destacable es, sin embargo, que a pesar de que, según sus datos, se registra una mayor frecuencia en mujeres, a medida que desciende el apoyo social y se incrementa la edad (aunque aparece desde edades más jóvenes que en autóctonos), se trata del síntoma con menos variaciones culturales en su presentación, algo que, según el autor, se explicaría por el carácter de actividad humana básica, aunque, podría añadirse, a modo de crítica, que no sólo se debería a esto, sino también a que se trata de una situación de valoración sencilla y sujeta a pocas subjetividades.

- Cefalea: Se trataría, como se ha dicho, de un síntoma muy frecuente y asociado, como el insomnio, a preocupaciones excesivas. También, como éste, parece ser más habitual en mujeres y a medida que se incrementa la edad. Respecto a las características, se trataría, generalmente, de una cefalea primaria y de tipo tensional. Además, sería más frecuente en pacientes latinoamericanos, lo que el autor relaciona con el consumo de alcohol en este grupo.

> "La cefalea tensional que padecen los inmigrantes suele presentar síntomas de dolor opresivo, no pulsátil, de intensidad leve o moderada, localización bilateral, no se agrava con esfuerzos físicos, no se acompaña de náuseas y vómitos, y no presenta fonofobia ni fotofobia." (Atxotegui, 2002: 54)

- Fatiga: Es un síntoma de gran intensidad y que se da, según el autor, mucho más en mujeres, lo que relaciona con el mayor estrés que éstas soportan, según su experiencia. Describe también variaciones en cuanto a la procedencia e, incluso, en relación a un "síntoma cultural":

> "Desde el punto de vista de los grupos étnicos, según nuestros datos, la fatiga afecta con mayor frecuencia a asiáticos y marroquíes. Desde la perspectiva de la población asiática, la fatiga es un síntoma fundamental en un trastorno de tipo cultural denominado *Dhat*. El *Dhat* es un trastorno cultural, propio de amplias zonas de India, Pakistán, China, etc., que consiste en el temor a que la pérdida de semen suponga una enorme pérdida de energía. En los inmigrantes puede asociarse al esfuerzo que supone la elaboración de los duelos de la migración, lo cual favorece que se sientan sin energía, agotados. Otro síndrome cultural asociado a la fatiga sería la denominada

> ‘neurastenia’ china en la que trastornos de tipo depresivo se expresarían sobre todo a través del cansancio.” (Atxotegui, 2002: 54, las cursivas son suyas).

Cabría añadir, finalmente, que, con independencia de estas explicaciones, sería necesario indagar en otras cuestiones que podrían estar implicadas como los tipos de vida y las ocupaciones diferenciales en diferentes grupos de inmigrantes y también en las circunstancias vitales diferentes en éstos entre hombres y mujeres.

4. Síntomas del área disociativa

Se trata del conjunto de síntomas más difícil de evaluar, tanto por la dificultad de encuadrarlo dentro de las categorías diagnósticas del DSM y diferenciarlo de otros cuadros como por las posibles variaciones culturales, especialmente en aquellas tradiciones con diferente concepto del yo. Según el autor, la sintomatología se relacionaría con un cuadro de confusión temporoespacial, caracterizado por “fallos en la memoria, en la atención, sentirse perdido y perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal, etc.” (Atxotegui, 2002: 55).

A parte de lo dicho hasta el momento, es posible realizar varios comentarios más respecto a la pertinencia de establecer un nuevo síndrome específico de la población inmigrante. En primer lugar, esta propuesta parece estar amparada por las dificultades que encuentran los profesionales en hacer encajar los síntomas y signos que presentan los pacientes inmigrantes en las categorías diagnósticas de las que disponen y en las posibles diferencias, también, en la forma de presentación de los cuadros. Aún así, no parece justificado que se acuñe un nuevo síndrome: las variaciones en cuanto al número de estresores y la duración del cuadro no parecen ser suficientes como para esto y, por otra parte, como el mismo autor reconoce (Atxotegui, 2002), es relativamente frecuente que los cuadros que presentan los pacientes (todos) no se ajusten con exactitud a los que se describen en el DSM o en el CIE, sin que por ello se considere oportuno establecer nuevas entidades diagnósticas para recoger las particularidades de cada caso. Sobre todo, porque si se hace para inmigrantes debería hacerse para todos los grupos de la sociedad autóctona que presentaran formas de expresión diferentes: mujeres, ancianos…, lo que sería inviable y haría imposible el diagnóstico.

Respecto al papel de las variaciones culturales, el propio Atxotegui reconoce que pueden condicionar toda la sintomatología, pero cabe añadir que lo harían tanto en relación a este síndrome como en aquellos respecto de los que pretende diferenciarse. En realidad, lo que el autor está haciendo es poner un nombre nuevo a manifestaciones peculiares, derivadas de la influencia de la cultura de origen, los procesos socioeconómicos de los grupos y también de las particularidades del proceso adaptativo en cada individuo. Se trata, por tanto, de la fabricación de un *culture bound síndrome*, agravado por el hecho de que el grupo al que se adjudica no es homogéneo ni comparte una misma tradición cultural, por lo que también podría llegar a ser aplicable a la población autóctona, igualmente dotada de cultura (y de diversidad).

En tercer lugar, puede señalarse que este estrés crónico podrían vivirlo, en cierta forma, otros grupos de la sociedad. Por ejemplo, personas en situación habitual de marginación que –excepto por el problema de la situación de regularización jurídica, e incluso con éste a veces– presentan condiciones de vida muy similares a las de los inmigrantes más marginales o, también, gitanos autóctonos que comparten con los inmigrantes la diferencia cultural con la sociedad mayoritaria, muchos de ellos las dificultades de

integración y, en ocasiones, también la marginalidad. Podría argumentarse que otro síntoma diferente y exclusivo de los inmigrantes es el del riesgo vital, pero personas que viven en la calle, presos, etc. padecen también situaciones de extrema violencia que ponen en riesgo sus vidas. No puede negarse, sin embargo, que cada grupo cultural presenta peculiaridades en la expresión de las quejas relativas al sufrimiento psíquico, pero llegar a acuñar una nueva entidad parece tener más inconvenientes que ventajas. Podría producirse un sobrediagnóstico, una tendencia entre los profesionales a diagnosticar de este síndrome a un número excesivo de inmigrantes, porque es una etiqueta cómoda y que parece explicarlo todo, todos los síntomas que aparecen, y también, al mismo tiempo, todas las diferencias o todo aquello que el clínico no está en condiciones de entender. Incluirlo en los manuales de diagnóstico y tratamiento podría propiciar la estigmatización y disminuir –consciente o inconscientemente– el esfuerzo de los médicos y del resto del personal por tratar de entender lo que le ocurre al paciente, por cuestionar sus instrumentos diagnósticos y buscar soluciones no sólo centradas en él sino también en sus condiciones de vida y en el propio sistema sanitario en el que es atendido.

Finalmente, aclarar que de la crítica realizada hasta el momento no puede deducirse, en absoluto, que el abordaje de Atxotegui carezca de valor, antes al contrario, es muy de agradecer el intento del autor de contextualizar el sufrimiento de estas personas en unas circunstancias vitales concretas y complejas y no sólo relacionadas con sus patrones culturales o con sus diferencias respecto a la sociedad que les recibe y que requieren de un análisis respetuoso y en profundidad.

3.3.3. Modelo de estrés[44]

Frente al modelo propuesto por Atxotegui, otros autores centran su atención en el estrés provocado por la emigración y en sus posibles consecuencias sobre la salud del individuo, dejando claro, de todas formas, que no necesariamente la existencia de este estrés ni su mayor o menor intensidad se relacionará directamente con la aparición de sintomatología ni con la severidad de la misma, ya que en esto pueden influir cuestiones muy variadas y que irían desde las características y particularidades del proceso migratorio y las circunstancias que el inmigrante viva en destino, hasta su estructura de personalidad y los recursos psicológicos de los que disponga y, también, la existencia de respaldo ya sea en forma de red social o de recursos y servicios institucionales que le ofrezcan ayuda (Cervantes, Castro, 1985; Noh, Kaspar, 2003).

De acuerdo con esta perspectiva, y de manera genérica, puesto que el acuerdo entre los diversos autores no es total, se ha propuesto un modelo que se centraría en la existencia de cuatro dimensiones en el estrés que podría padecer la población inmigrante y relacionarse con la aparición de patología psicológica:

1. Estrés relacionado con la migración

Se trata de un ámbito de estudio clásico de la Psiquiatría psicoanalítica, que sugiere, como ya se ha visto, que la emigración se asocia a una serie de duelos que pueden derivar, de no ser elaborados de una manera eficaz, en síntomas tanto afectivos como ansiosos o psicóticos, aunque no ha podido demostrarse la relación directa entre duelo migratorio y aparición de psicopatología (Atxotegui, 2002).

---

[44] Gracias a F. Collazos y A. Qureshi por su ayuda para elaborar este apartado.

2. Estrés aculturativo
Este estrés estaría derivado del esfuerzo de adaptación al proceso de cambio cultural que se da cuando el individuo vive en una cultura diferente a la suya y que además ejerce como dominante. Sus efectos dependerían tanto del grado de diferencia cultural como de las condiciones de vida y el tratamiento a los inmigrantes que imponga la sociedad mayoritaria y, también, de las características individuales de cada uno de ellos.

En este modelo suele olvidarse, sin embargo, que la aculturación (aunque más bien parecen referirse a la asimilación) no necesariamente se vive de una manera negativa y que puede ser, incluso, buscada de manera deliberada.

3. Estrés relacionado con la discriminación percibida
El carácter específico de este estrés, diferenciado del estrés aculturativo o formando parte de él, es motivo de debate entre los autores que escriben sobre este tema. Sea de una manera o de otra, haría referencia al sentimiento, subjetivo, del inmigrante de ser objeto de actitudes discriminatorias por parte de los miembros de la sociedad mayoritaria, bien por pertenencia a una minoría étnica, por diferencia cultural o derivadas de la situación socioeconómica en la que se encuentre (Fischer, Shaw, 1999). Su incorporación a los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar el sufrimiento de estas personas es muy relevante y supone un paso adelante en la consideración de la importancia de los factores sociales sobre la salud aunque, una vez más, sería necesario investigar su papel concreto en el desarrollo de patología y los mecanismos por los que llega a producirse.

4. Estrés psicosocial general
Esta dimensión del estrés hace referencia a los estresores a los que puede verse sometido cualquier individuo, derivados de las preocupaciones ligadas a la vida cotidiana: vivienda, trabajo, relaciones sociales y familiares, etc.

Ahora bien, pese al interés teórico de estos planteamientos no existe, en este momento, acuerdo respecto a la relación que cada uno de los patrones de estrés señalados puede llegar a tener con el desarrollo de psicopatología. Por otra parte, tampoco puede olvidarse que todos y cada uno de estos estresores puede considerarse en situaciones y en individuos que no son inmigrantes.

3.3.4. Uso de los instrumentos diagnósticos en situaciones interculturales

Otro de los temas objeto de debate en el abordaje de la salud mental de los pacientes inmigrantes y pertenecientes a minorías étnicas es la supuesta validez universal de las categorías diagnósticas de la Psiquiatría occidental. En esta disciplina, con la excepción poco significativa de aquellos trastornos en los que puede identificarse una base orgánica, el proceso de elaboración del diagnóstico está marcado por la subjetividad en la interpretación por parte del clínico de la narración de los síntomas que realiza el paciente, correspondientes, asimismo, a las percepciones, también subjetivas, de éste sobre lo que le ocurre. A partir de esta interpretación, el profesional agrupa los síntomas y establece categorías diagnósticas cerradas. Para ello, se han diseñado dos clasificaciones: el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría y del que, en este momento, existe una revisión de su cuarta edición (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, que va por la décima (CIE-

10). La más utilizada en la Psiquiatría en nuestro medio, tras irse imponiendo poco a poco, es el DSM-IV, aunque es habitual que las hojas de historia clínica ofrezcan la posibilidad de efectuar el diagnóstico de acuerdo con ambas clasificaciones. El debate, tanto a nivel nacional como, especialmente, internacional, se centra sobre todo en esta clasificación.

En nuestro medio, el tema ha sido abordado, desde la Antropología de la Salud, sobre todo (y entre otros) por A. Martínez (2000), cuyo análisis tomaremos como base, y que cuestiona la capacidad de los DSM[45] para servir a un abordaje integral del paciente en el que se tenga en cuenta adecuadamente el contexto social y cultural en el que se inscribe y en el que sus síntomas adquieren significación completa[46]. Este autor, inicia la crítica desde el nacimiento de la clasificación y el propósito que presidió su elaboración. Afirma que el objetivo que se reconoce para diseñar el DSM-III fue disponer de un instrumento que permitiera englobar los presupuestos de la CIE y de todas las corrientes teóricas en Psiquiatría, dando como resultado un conjunto de categorías diagnósticas que pudieran considerarse en sí mismas ateóricas y que permitieran orientar de manera fiable el tratamiento de los pacientes. Se trataba, por tanto, de elaborar una clasificación que redujera al máximo la subjetividad de la interpretación y minimizara los sesgos por posición teórica. Martínez (2000) afirma que, por el contrario, el DSM-III y los posteriores DSM-IV y DSM-IV-TR responden a una única corriente que representa la tendencia a la biologización de la Psiquiatría, denominada neokraepelenismo. De acuerdo con el autor, esta tendencia se observa, en primer lugar, en la propia definición del trastorno mental que pretende aproximarse a las que utiliza la biomedicina para la salud o la enfermedad, en un intento por dotar de carácter científico a la disciplina y huir de subjetividades y estigmatizaciones. En palabras de Martínez:

> "La inspiración biomédica del DSM-III(R) y el DSM-IV queda patente, asimismo, en otra puntualización no menos importante: la definición de 'trastorno mental'. En los diversos manuales de esta se advierte que el concepto de 'trastorno mental' no implica límites precisos, sino que adquiere un carácter ambiguo junto a otras nociones como las de 'salud mental y física' o 'trastorno físico' (APA, 1990, p. XXII; 1995, p. XXI). Se hace también énfasis en que una clasificación de trastornos como la que se presenta no trata de catalogar a los individuos particulares; una cosa son las enfermedades y otra muy distinta los individuos que las padecen (…)." (Martínez, 2000: 258)
>
> "Con este principio se trata de quebrar un asunción tradicional que marginaba a la psiquiatría por el lado de su objeto de conocimiento; a saber: la idea de que si gran parte de las enfermedades físicas responden a un *padecer* o aun *tener*: 'J padece una enfermedad cardiovascular', los trastornos mentales aparecen principalmente asociados no al *tener* sino al *ser*: 'J es un esquizofrénico'. Al romper los nuevos DSM con este presupuesto, se hace posible un acercamiento ontológico y epistemológico entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales y, como contrapartida, la marginación del modelo psicoanalítico en beneficio del biomédico. Y es que para una psiquiatría científica, esta asociación entre *ser* y patología, entre biología y trastorno mental es inexacta, por no decir errada.
> Al situar la enfermedad fuera del espacio del *ser*, los nuevos DSM ponen en juego presupuestos que, aunque fuertemente interrelacionados, pueden desgranarse a efectos analíticos. En una primera instancia, esta aseveración permite no generar una mayor estigmatización de los individuos que sufren un trastorno mental; un tipo de fenómeno también presente en gran parte de las enfermedades físicas que suponen una cronificación: 'un diabético', 'un hipertenso', etc. No obstante, en un segundo avance, esta forma de entender los fenómenos patológicos permite a

[45] El artículo que aquí se menciona hace referencia en concreto al DSM-III, aunque el propio autor defiende que la crítica es extensible a la versión más actualizada, DSM-IV (Martínez, 2000).
[46] El lector interesado en la situación del debate en la Psiquiatría de nuestro medio puede consultar, entre otros, López-Ibor, 2002.

> la psiquiatría adelantarse a cualquier intento de marginalización con respecto al modelo biomédico, ya que el tener parece más pertinente al dominio del cuerpo (*soma*) que al de la mente (*psique*). En ello hay una necesidad de diferenciar la enfermedad del enfermo para justificar el carácter 'científico' del conocimiento psiquiátrico. (…).” (Martínez, 2000: 259, las cursivas son suyas)

Además de la crítica a la primacía de las posiciones más biologicistas, se ha realizado otra respecto a la supuesta validez universal de las categorías. Y es que, teniendo en cuenta el considerable grado de interpretación que cabe en el encuadre de los síntomas del paciente en los ítems diagnósticos que se ofrecen al clínico, lo que resulta es que las categorías que se ofrecen son altamente reproducibles –es decir, ante los mismos síntomas, expresados de la misma manera, la mayoría de los profesionales (occidentales y para pacientes occidentales) diagnosticarían la misma entidad– lo que, aún siendo muy valorable, no necesariamente significa que no quepan otras interpretaciones, que éstas sean adecuadas o que el proceso de encaje sea más o menos fácil. El diseño de este sistema de clasificación responde, según Martínez (2000), a un enfoque positivista, inductivo, es decir, a un modo de entender el conocimiento en el que la elaboración de una teoría tiene lugar a partir de un conjunto de datos discreto.

> “Diagnosticar se convierte, en las taxonomías neokraepelinianas, en el simple ejercicio de otorgar los *nombres* ya preestablecidos de las *cosas*. Con esta maniobra se trata de reducir la inferencia teórica de una manera muy similar a como la orientación positivista tradicional trataba de circunscribir su alcance teórico a 'la copia de los hechos' (Habermas, 1989, p.93).” (Martínez, 2000: 268-269)

A parte de lo anterior, la principal crítica al sistema de clasificación norteamericano se centra en que constituye una tipología en la que se priman los síntomas biológicos y se fracasa en la identificación de los factores sociales y culturales que delimitan el contexto en el que tiene lugar el proceso. A pesar de la existencia de cinco ejes[47] a partir de los que realizar el diagnóstico, sólo los tres primeros se perciben como realmente relevantes y, aunque es posible cumplimentarlos todos, es decir, diagnosticar la existencia de varias entidades al mismo tiempo, no se permite establecer relaciones entre los trastornos, de tal manera que aparecen como algo aislado entre sí y sin posibilidad de relacionarlos con la historia biográfica del paciente.

> “A pesar de que existen cinco ejes, es importante anotar que los tres primeros son los que se contemplan en los informes clínicos usuales; mientras que los dos últimos cobran un carácter anecdótico, puesto que la mayoría de las veces sólo son utilizados en investigaciones específicas. Curiosamente, estos dos ejes no incluyen una información exclusivamente cualitativa, sino también cuantitativa. Por ejemplo, el resultado del eje V se consigue con la utilización de una escala (EEAG) que consiste, paradójicamente, en un *continuum* numerado del 0 al 100 en el que el clínico establece un juicio sobre la actividad psicosocial, social y laboral del paciente (APA, 1995, p.34).” (Martínez, 2000: 262)

> “Adicionalmente, y por lo que respecta principalmente a los tres primeros ejes, las diferentes enfermedades aparecen claramente delimitadas y sin anotaciones sobre sus posibles relaciones. Incluso el propio individuo en el que cobra realidad toda esta nómina de categorías, enfermedades y circunstancias aparece prácticamente anulado como referente, pues los diferentes trastornos se articulan a partir de una lógica propia que no necesita de su materialización en una biografía. Y es que el énfasis recae aquí sobre las enfermedades y no

[47] Según los DSM: Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención. Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental. Eje III: Enfermedades médicas. Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales. Eje V: Escala de evaluación de la actividad global.

> sobre los enfermos. (…) De poco servirá que en el DSM-IV se haya incluido un apéndice que incluye una guía para la formulación cultural y un glosario de síndromes dependientes de la cultura o que aparentemente se destaque la importancia de los factores culturales y sociales en la etiología, curso y pronóstico de los trastornos mentales. La voz del paciente, sus juicios y sus afirmaciones no tienen cabida en el sistema multiaxial del neokraepelinismo." (Martínez, 2000: 262-263)

De acuerdo con el esquema cerrado de diagnóstico que ofrece esta clasificación, los fenómenos sociales y culturales, contextualizados para un determinado paciente y en un tiempo y entorno concretos, se tratan como si fuesen fenómenos biológicos. Las categorías diagnósticas acaban entendiéndose como universalmente válidas en lugar de encuadrarlas en un determinado contexto sociocultural y se convierten las realidades subjetivas en fenómenos positivos, supuestamente objetivables y universales.

> "En esta compleja descripción de los cuadros clínicos se priman los factores que corresponden a las dimensiones biológicas, aunque retóricamente se entiendan también como relevantes las dimensiones psicológicas y conductuales. Sin embargo, los factores sociales quedan excluidos como criterios que puedan determinar el valor de anormalidad que presenta un determinado trastorno (…)." (Martínez, 2000: 256)

Respecto a esto, el autor (Martínez, 2000) profundiza en dos cuestiones. Por una parte, el fracaso de estas clasificaciones para diferenciar lo médicamente patológico de lo socialmente normativo, es decir, las dificultades para distinguir entre los aspectos psicológicos o biológicos de los síntomas y los factores culturales que los matizan y desde los que se interpretan y clasifican como patológicos o no. Y llama especialmente la atención la separación tajante del trastorno mental del contexto social y cultural en el que aparece cuando, entre los criterios para establecer los diagnósticos, se incluyen ítems que aluden claramente a comportamientos fuera de lo normativo para la cultura occidental en la que se ha desarrollado la clasificación. Martínez cita como ejemplo de esto los criterios que se utilizan para establecer el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad:

> "Quizá el ejemplo más representativo de estas discrepancias sea el llamado 'trastorno antisocial de la personalidad' (APA, 1983, 1990 y 1995; Widiger y Corbitt, 1995, p. 103). En el DSM-III-R se estipula para su diagnóstico la existencia de una conducta irresponsable y antisocial desde la edad de los quince años. Aquí antisocial alude a conductas y actitudes del tipo 'incapacidad para mantener un conducta laboral consistente', 'fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal', 'irritable y agresivo tal como se pone de manifiesto por luchas o ataques físicos repetidos', 'fracasos repetidos en el cumplimiento de las obligaciones económicas', 'fallos para planificar y actuaciones impulsivas', 'ausencia de interés por la verdad', 'cuando actúa como padre o como cuidador carece de capacidad para actuar de manera responsable', 'no ha mantenido un relación totalmente monogámica durante más de un año' y 'ausencia de remordimientos' (APA, 1990, pp. 184-186). Sorprendentemente, sólo hacen falta cuatro de estos diez criterios para diagnosticar un trastorno antisocial de la personalidad.
> En el DSM-IV se han suprimido dos ítems (actitud parental irresponsable y no mantener una relación monogámica durante más de un año). Asimismo, se ha reducido el número de criterios de cuatro a tres para realizar un diagnóstico. Con todo, estos cambios no suponen un correctivo al tono moralizante del DSM-III, pues los ítems suprimidos reaparecen en el texto de discusión que acompaña a los criterios diagnósticos para este trastorno." (Martínez, 2000: 257-258)

Por otra parte, estos fenómenos subjetivos, necesariamente mediados por la cultura de la que es portador el paciente e interpretados desde la que se sitúa el clínico, se presentan en los DSM como fenómenos estables, directamente observables y universales y constituyen los criterios clínicos, aún cuando esto generalmente no se reconozca.

> “Ahora bien, difícilmente se puede llevar a cabo una contextualización cultural en toda su extensión cuando se parte de criterios diagnósticos en donde los diferentes atributos sociales y psicosociales han sido previamente biomedicalizados. De hecho, los factores psicosociales y socioculturales son convertidos en este manual en criterios diagnósticos y utilizados como realidades físicas que responden a un orden de realidad universal reconocible. El clínico debe, entre todos ellos, hallar aquellos criterios pertinentes para descubrir una especie psicopatológica similar a las enfermedades de etiología física conocida. También debe proceder a valorar las manifestaciones y su duración temporal en términos de una agrupación lógica que le revele un diagnóstico. Ahora bien, y este es el problema, las agrupaciones que nos presentan los nuevos DSM no son representaciones que tratan de dar cuenta de hechos, sino representaciones de otras representaciones. Sin embargo, en el manual no se insiste suficientemente en la necesidad de entender estos criterios como realidades culturales que dependen de un contexto nativo. Más bien, los criterios aparecen como una especie de hechos o significantes naturales que no están sujetos a una variabilidad cultural. ‘Alucinaciones auditivas’, ‘sospechas de ser explotado’, ‘sentimientos de desesperanza’ o ‘baja autoestima’ se manejan como fenómenos factuales más que como resultados ineludibles de una interpretación y contextualización cultural. Las categorías y criterios aparecen, así, deificados y convertidos en hechos positivos, naturales y directamente reconocibles. Pero, como es obvio, el peso de algunos interrogantes se hace evidente. Porque, ¿qué es sentimientos de desesperanza y desde el punto de vista de quién?, ¿sobre qué criterios determinar la baja autoestima?, ¿por qué entender la baja autoestima como una manifestación patológica?, ¿cuáles la ‘base suficiente’ para sentirse cuerdamente explotado? Por no entrar ya en preguntas como: ¿es verdad o es falso que el vecino saca la basura sólo para molestar al paciente?” (Martínez, 2000: 270-271)

En definitiva, según Martínez (2000), cuya posición comparto en líneas generales, se trata de un modelo de clasificación que, pretendiendo ser biopsicosocial, otorga primacía a los fenómenos biológicos y supedita y trata de biologizar los sociales y culturales, por lo que es cuestionable su adecuación para el abordaje de pacientes ajenos a la tradición cultural occidental o, cuando menos, éste debe hacerse teniendo en cuenta sus limitaciones.

> “(…) los nuevos DSM se presentan explícitamente como modelos biopsicosociales en donde, aparentemente, se busca una integración de variables explicativas de diferentes dimensiones de realidad. Sin embargo, si se profundiza en la estructura de estos manuales, y en la forma en que son utilizados por sus usuarios, el modelo muestra no una paridad de dimensiones de realidad, sino más bien una subordinación que va al hilo del orden que se establece en el propio término biopsicosocial.” (Martínez, 2000: 265)

Tan sólo añadir a lo dicho por Martínez (2000) que la crítica a los instrumentos diagnósticos disponibles no debe interpretarse como una defensa de que la Psiquiatría occidental (y sus instrumentos) estén incapacitados para el abordaje de personas pertenecientes a otras tradiciones culturales, sino que pretende poner sobre la mesa que responden a una tradición cultural concreta, a una manera de entender el cuerpo y la mente y de interpretar el mundo, la enfermedad y el proceso de curación que no tiene por qué ser la única, la más correcta ni la más adecuada para cada uno de los casos concretos. Se trataría de ser capaz de reconocer esto, de adquirir la humildad necesaria para asumir que los propios parámetros pueden ser puestos en duda y ser capaz, entonces, *de estar ante el paciente* de una manera distinta, más humana, más modesta y necesariamente más cercana. Esto, a su vez, permitiría la construcción de categorías e instrumentos con una validez más intercultural, aunque difícilmente siempre generalizable y nunca inmutable.

3.3.5. Abordaje terapéutico en situaciones de interculturalidad

De acuerdo con lo dicho anteriormente, parece evidente que la salud mental de la población inmigrada requiere de un abordaje interdisciplinar en el que se combinarían, según los casos, el tratamiento farmacológico y la psicoterapia, sin dejar de lado, como se hace en ocasiones, la intervención de carácter social y el papel que juega la tradición cultural. Sería necesario también, como en todos los temas relacionados con la asistencia sanitaria a estas poblaciones, incrementar los conocimientos de los profesionales de salud mental pero, también y especialmente de Medicina de Familia y Comunitaria, respecto a las variaciones en las formas de presentación de las patologías y las limitaciones de nuestros instrumentos diagnósticos, así como en aspectos básicos de Psiquiatría Transcultural que les permitan identificar estas circunstancias.

En relación con el tratamiento farmacológico, y sin entrar en cuestiones relacionadas con la mayor o menor indicación de unos fármacos sobre otros, aspectos que se escapan al ámbito de interés de este trabajo, sí cabe mencionar que en su eficacia intervendrán diferentes factores, tanto socioculturales como puramente biológicos. Así, será necesario explicar adecuadamente al paciente la conveniencia de tomar la medicación, el modo correcto de hacerlo, los resultados esperables (positivos y negativos) y el tiempo de espera antes de la aparición de unos y de otros. Y todo esto teniendo en cuenta que el paciente puede no compartir nuestro idioma, puede no estar familiarizado con la forma de tratamiento de la Medicina occidental y puede tener una explicación personal de aquello que le ocurre que sea más o menos incompatible con la ingesta de fármacos. Y también sin olvidar que puede tener toda una serie de expectativas (buenas y malas) respecto a la Medicina occidental, el médico que le atiende y el tratamiento concreto que recibe, puede tener una idea muy clara de qué tipo de intervención requiere el cuadro que padece y puede estar combinando tratamientos de la medicina tradicional o alternativa. Hablaremos más detenidamente de estas cuestiones en el próximo capítulo.

Desde el punto de vista biológico, uno de los aspectos que más interés han despertado, tanto en nuestro medio como, sobre todo, a nivel internacional, es lo que se ha dado en llamar *etnopsicofarmacología* o *farmacología transcultural*[48], es decir, el estudio de las variaciones en la respuesta a fármacos entre las diversas poblaciones humanas, asociadas, según las distintas definiciones, a factores "raciales, sociales y culturales". Decir, a este respecto que, en la bibliografía consultada sobre el tema, el aspecto central se refiere a características biológicas de los diferentes grupos (dependiendo de la fuente se referirán a ellos como "razas", "grupos" o "etnias"), pero que muy raramente se analizan los otros elementos. Algo que, tendiendo en cuenta que los equipos de investigación raramente incluyen antropólogos, es de agradecer, pero aún así, sí puede observarse que estos "factores sociales y culturales" parecen constituir una etiqueta políticamente correcta, una especie de coletilla que en los estudios de corte más biomédico se incluye siempre detrás de otros elementos, considerados más importantes y que se suelen estudiar en mayor profundidad. Algo así como si siempre que se escribiera "inmigrante" o "minoría étnica", en algún punto de la frase tuvieran que ir los aspectos sociales y especialmente los culturales, aunque casi nunca se definan ni se intenten buscar y comprender.

---

[48] Gracias a F. Collazos y A. Qureshi por su ayuda para comprender estas cuestiones.

En los últimos años se han realizado diversas investigaciones en diferentes grupos humanos –aunque no entraremos ahora a cuestionarlos, los criterios utilizados para seleccionar y agrupar a estas poblaciones también podría ser objeto de debate– y se han encontrado diferencias genéticas en los sistemas enzimáticos que participan en la metabolización de los psicofármacos y algunas drogas de uso recreativo (Lin, Smith, Mendoza, 1999). Las variaciones en estas enzimas condicionarían una mayor o menor rapidez en la metabolización de los medicamentos, de tal manera que aquellos individuos (o grupos) que metabolizasen más rápido presentarían en apariencia una menor eficacia de los fármacos en las dosis que se usan habitualmente y también menos reacciones adversas, pero requerirían dosis mayores para llegar a los efectos terapéuticos. Por su parte, aquéllos que lo hicieran de manera más lenta necesitarían menos dosis para conseguir los mismos resultados, de tal manera que si se empleara con ellos la dosificación habitual, aparecerían más efectos secundarios. Se entiende todo ello comparado con un patrón estándar que estaría representado por población blanca occidental, en la que tradicionalmente se han utilizado estos fármacos y ha sido objeto de interés y estudio por parte de los farmacólogos. Los estudios realizados en esta materia encuentran un gradiente de latitud, de modo que los metabolizadores rápidos aumentarían a medida que ésta disminuye.

Además de las diferencias en la metabolización, la farmacología actual está también interesada en las posibles interacciones entre los *fármacos* de la biomedicina y los *remedios* empleados en la medicina tradicional[49]. Los expertos en el tema han llamado la atención sobre la necesidad de establecer una regulación respecto a la comercialización de estos preparados, asunto en el que entran en juego múltiples intereses no sólo sanitarios, sino, muy especialmente, económicos y competenciales[50]. De esta manera, un artículo publicado en el boletín de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (Serrano et al., 2003) muestra la preocupación de los autores por el agravio comparativo que supone que los fármacos tengan que pasar estrictos controles sobre interacciones, efectos secundarios o eficacia terapéutica que no se le exigen en la práctica a los preparados a base de plantas a pesar de que algunos de ellos reciban la consideración de medicamentos, algo, que unido a la falta de estudios científicos sobre las propiedades médicas de estos productos y sus posibles efectos secundarios y a la percepción de que su composición vegetal los hace más inocuos,

---

[49] El vocabulario, como se puede observar, no es inocente.

[50] La normativa vigente está recogida, fundamentalmente en:

- Orden SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad. *Boletín Oficial del Estado*, 32, 6 de febrero de 2004, 5061-5065.
- Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. *Boletín Oficial del Estado*, 173, 20 de julio de 2002, 26876-26882.
- Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. *Boletín Oficial del Estado*, 65, 16 de marzo de 2001, 9746-9755. [Modificado en el Boletín Oficial del Estado, 166, 12 de julio de 2003, 27359-27360].
- Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 99, 24 de abril de 1996, 14670-14702.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento. *Boletín Oficial del Estado*, 306, 22 de diciembre de 1990, 38228-38246.
- Orden de 26 de septiembre de 1983 sobre control y registro sanitarios de determinados productos. *Boletín Oficial del Estado*, 238, 5 de octubre de 1983, 27012-27013.
- Orden de 3 de octubre de 1973 por la que se establece el registro especial para preparados a base de especies vegetales medicinales. *Boletín Oficial del Estado*, 247, 15 de octubre de 1973, 19866-19867.

incrementaría la desprotección de los usuarios y los riesgos sanitarios de su uso. Los autores citan diversos ejemplos de interacciones de productos usados frecuentemente, entre ellos el hipérico[51] o la nuez de betel[52], que disminuirían la eficacia y aumentarían los efectos secundarios de algunos de los antidepresivos más utilizados.

> "El consumo de plantas medicinales ha crecido en nuestro medio en los últimos años y es frecuente su utilización en combinación con medicamentos prescritos por los médicos. Existe la falsa percepción de que los productos a base de plantas son inocuos e incluso ventajosos por su supuesto carácter 'natural', razonamiento poco compatible con el hecho de que su efecto terapéutico se atribuya a su contenido en principios activos con actividad farmacológica. Se han descrito algunas interacciones de relevancia clínica entre plantas y medicamentos por lo que resulta imprescindible incorporar a la historia clínica el interrogatorio sobre tales hábitos, especialmente en aquellos pacientes tratados con medicamentos en los que las posibles interacciones impliquen consecuencias clínicas. Debemos considerar estos productos como posible origen de síntomas, reacciones adversas e interacciones medicamentosas en los pacientes. La notificación de estas sospechas al Sistema Español de Farmacovigilancia puede ser una herramienta para mejorar el conocimiento sobre estos productos." (Serrano et al., 2003: 161)

A parte de las cuestiones puramente farmacológicas, no puede perderse de vista el efecto que puede tener las diferencias en la dieta o factores de índole todavía más cultural como la forma de presentación o la vía de administración de algunos fármacos – que, por otra parte, no son exclusivos de la población inmigrante: baste como ejemplo el rechazo que provoca en buena parte de la población general, especialmente la masculina, el uso de supositorios.

En lo que se refiere a la psicoterapia, cabe señalar que ésta es especialmente difícil en el contexto intercultural, por diversos motivos. Entre los más obvios, las diferencias idiomáticas que limitan la capacidad de comunicación, pero también otros como el concepto de persona, el modo de funcionamiento del cuerpo y la mente o el hecho de que las diferencias en la atribución causal que el paciente hace respecto a su enfermedad (y, con ellas, las posibilidades de que él o ella tengan algún papel en su curación) hagan que la psicoterapia no sea vista como una opción válida para el paciente o, aún cuando se acepte, el profesional tenga que tener en cuenta estas cuestiones. De lo contrario, se correría el riesgo no sólo de que la intervención no fuera eficaz sino de que pudiera, incluso, implicar mayor desestructuración para el enfermo, quien a su situación personal añadiría las dificultades de sobrellevar el proceso de una terapia que no entiende, que profundiza en aspectos que le son ajenos y no responde a sus necesidades percibidas ni modo de ver la vida, con lo que se incrementaría su estrés y su sensación de desprotección. Sorprende en este punto, la cantidad de páginas científicas que se han dedicado al estudio de los efectos secundarios de los fármacos y la poca atención que se ha prestado a los que puedan tener las intervenciones psicológicas mal orientadas o parciales.

---

[51] La denominación latina es *Hypericum perforatum* y recibe diferentes nombres populares, los más conocidos hipérico, corazoncillo, hierba de San Juan o sanjuanera. Se utiliza en forma de aceite o pastillas y es ampliamente comercializado en España y sobre todo en otros países europeos. Sus efectos antiinflamatorios, cicatrizantes y analgésicos están descritos incluso en los textos de Medicina de Hipócrates. Se utiliza también, en pastillas, para estados depresivos.

[52] El nombre en latín es *Areca catechu* y popularmente se conoce como areca o nuez de betel. Es menos conocido a nivel popular en nuestro medio, pero muy utilizado por población inmigrante de India y Pakistán por sus efectos sobre el sistema nervioso central. A bajas dosis, mascar la hoja de la planta produce descenso de la sensación de cansancio y cierta euforia, mientras que a dosis más altas tiene efectos relajantes e incluso sedantes.

Aunque se este tema se abordará con más detenimiento en el próximo capítulo, decir aquí que es necesario que el profesional de la Psicología o Psiquiatría que realiza su labor en un contexto de diversidad cultural tenga en cuenta que la cultura y la identidad son entidades dinámicas, de manera que cada uno de sus pacientes, inmigrantes o no, –aunque éstos en mayor medida– tendrá un grado de adscripción cultural y de aculturación variables y cambiantes tanto en origen como a lo largo del proceso migratorio, algo que el profesional debe tener presente para evitar generalizaciones que puedan alejarse completamente de la realidad del paciente. Así, el médico debería tratar de conocer las representaciones que el paciente realiza sobre su enfermedad, sus atribuciones causales y los itinerarios terapéuticos que considera adecuados, explorando, también, el recurso a la medicina tradicional y su alternancia o simultaneidad con la biomedicina. Pero no por esto debe presuponer que todos sus pacientes pertenecientes a minorías étnicas creen en la brujería o acuden a los curanderos que se anuncian en los periódicos, por poner dos ejemplos sencillos. Volveremos sobre ello.

En relación con la medicina tradicional, autores como Atxotegui (2002) defienden su compatibilización con los tratamientos de la Psiquiatría o la biomedicina y proponen que se explore con naturalidad (y prudencia), sin estigmatizaciones ni paternalismos, de forma que el médico pueda conocer mejor las expectativas del paciente y también las sustancias que toma para enfrentar su enfermedad y pueda tenerlo en cuenta a la hora de enfocar el tratamiento.

No debería perderse de vista, por tanto, que, de una parte, el profesional de la salud se ha enculturado en un medio y en un tiempo concreto, y piensa y actúa –en tanto que profesional y persona– de acuerdo a ciertas pautas, aunque –tampoco puede olvidarse– con cierta variabilidad individual. De otra parte, el paciente inmigrante o perteneciente a una minoría étnica diferente de la del profesional ha sido también enculturado en un medio y tiempo concretos, ha tenido una biografía concreta y piensa y actúa de acuerdo con todo ello, pero, también, con cierta variabilidad individual. El profesional de la salud debería tratar de comprender esto –de comprender al Otro y así mismo–, de tal manera que así le resultaría más sencillo entender y tener presente durante su práctica clínica la existencia de posibles disonancias y desconocimientos mutuos. Cuando las personas se estancan en ideas estereotipadas sobre el Otro –elaboradas y transmitidas por su propia cultura y sociedad– la comprensión corre el riesgo de ser imposible y la posibilidad de errores y malentendidos, es enorme. Es cierto, sin embargo, que esto ocurre por ambas partes –profesionales y pacientes–, pero también lo es que, de ambos, es el profesional sanitario el que está en mejores condiciones para iniciar esta tarea de comprensión, por su posición social, por su autoridad y formación. En este sentido, destacar una vez más que, dada la dificultad para los profesionales de conocer por sí mismos estas cuestiones, se hacen imprescindibles los equipos interdisciplinares en los que tengan presencia antropólogos. Son éstos quienes manejan las claves no ya sólo de los diferentes contenidos culturales (dependiendo, claro, de su especialización temática y experiencia etnográfica) sino, sobre todo, el conocimiento de las características de la cultura, de la variabilidad cultural, los factores de vulnerabilidad social y de los procesos de adaptación, integración y marginación social.

Finalmente, apuntar que un abordaje integral de la salud mental de la población inmigrante no puede tampoco dejar de lado la vertiente más puramente social. Es bien sabido que las difíciles condiciones en las que vive una parte de los inmigrantes tendrán

relación con su estado de salud físico y mental y que además del apoyo farmacológico o psicológico, buena parte de la solución del problema recaería en una intervención de tipo social, actuando sobre cuestiones como la vivienda, el trabajo o los aspectos jurídicos. Algo no siempre sencillo de modificar, teniendo en cuenta el escaso margen de maniobra de los trabajadores sociales en cuestiones de contenido político tan claro como estas, pero sí más sencillo de comprender y mostrar esa comprensión.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 3. EL ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD

1. ACCESIBILIDAD. DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES GENERALES

Suele definirse la accesibilidad del sistema sanitario como la capacidad de éste para adecuar su oferta y características a las necesidades reales de los usuarios. En un documento editado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Gàmez, Galindo, 2002) se explica del siguiente modo:

> "La accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. (Donabedian, A. citado en: Frenk, Julio: *El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. OPS. Pubicación Científica nº 534, 1992)" (Gàmez, Galindo, 2002: 18, las cursivas son suyas)

De acuerdo con esta definición, la accesibilidad debería ser una de las características constitutivas de nuestro sistema sanitario, en la medida en que las leyes establecen el derecho a disfrutar de una asistencia integral, universal y en condiciones de equidad. Según la Ley de Extranjería –cuyas implicaciones sobre la asistencia sanitaria a inmigrantes se analizarán con mayor detenimiento en la tercera parte de este trabajo, capítulo 5– la mayor parte de los inmigrantes tienen garantizado el disfrute de este derecho en igualdad con los demás ciudadanos[53], por lo que el sistema sanitario debería adaptar su estructura y modo de funcionamiento para cubrir sus necesidades, por mucho que éstas puedan ser específicas y diferenciadas, de la misma manera que se da por hecho que tiene que responder a las del resto de la población.

> "La accesibilidad es una característica fundamental del servicio sanitario. Si ésta se encuentra limitada, se verían afectadas las cualidades elementales de la atención como son la igualdad, la equidad, la utilidad y la universalidad y, por tanto, no se conseguirían los objetivos de promoción, prevención y rehabilitación. De hecho, condiciones consustanciales a la atención de la salud, como son la eficacia y la eficiencia, requieren, no solamente la disponibilidad de los recursos sino también que éstos sean accesibles tanto geográfica como organizativamente (Pineault y Daveluy, *La Planificación Sanitaria*, Edit. Masson, 1987, pág. 282)." (Gàmez, Galindo, 2002: 18, las cursivas son suyas)

> "(…) Por lo tanto, las características de la población inmigrante que vamos a enunciar, aunque realmente signifiquen dificultades de accesibilidad, deben ser vencidas por un sistema de salud que debe ser flexible ante ellas, en aras de la necesaria equidad en la atención. Se trata, además, de cuestiones transversales que afectan a todo el proceso de la atención y no sólo al acceso al

---

[53] La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, conocida como Ley de Extranjería, se publicó en el BOE nº 10 de 12 de enero de 2000 (corrección de errores en BOE nº 20, de 20 de enero). Posteriormente, esta Ley ha sido reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE nº 307, de 23 de diciembre de 2000; corrección de errores en BOE nº 47, de 23 de febrero de 2001), por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (BOE nº 234, de 30 de septiembre de 2003) y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2003).
De modo resumido, señalar que el artículo 12 de esta Ley contempla que tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles los extranjeros en situación legal e, independientemente de la regularización, aquéllos empadronados en su municipio de residencia, los menores de 18 años, las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y todos los que precisen atención de urgencia. Así, en el caso de los inmigrantes irregulares el único modo de obtener la TSI (y con ella poder ser atendido en la red sanitaria pública) es el empadronamiento.

servicio, y que por lo tanto requieren esfuerzos adicionales del sistema y de los profesionales para vencerlas." (Gàmez, Galindo, 2002: 20-21)

Sin embargo, la evidencia de que existen dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de los inmigrantes (regularizados o no) pone en cuestión su capacidad para ofrecer la misma protección a todos sus usuarios. Las necesidades y dificultades específicas que habitualmente se señalan para la población inmigrante en cuanto a la atención sanitaria son de naturaleza variada y su importancia relativa parece modificarse en función de si se pregunta a profesionales de la salud o a pacientes y también, dependiendo de la disciplina desde la que se aborde el tema. Así, de modo muy genérico, algunos autores señalan las cuestiones legales, idiomáticas y culturales como los principales problemas, mientras que otros apuntan a la falta de formación del personal sanitario o al desconocimiento del sistema por parte de los inmigrantes. Ellos, por su parte, suelen subrayar también esto último pero añaden los prejuicios de los profesionales y dificultades en cierto modo ajenas al sistema sanitario –aunque no a la protección de la salud pública– como pueden ser el trabajo o la vivienda.

"Molts autors reconeixen l'accés al sistema sanitari per part de la població immigrant, com una de les dificultats més importants en la provisió de serveis. La diferència en l'accessibilitat s'associa a barreres culturals, idiomàtiques, situació de legalitat o no en el país d'acollida, i desconeixença del sistema sanitari per part dels immigrants. Suggereixen que l'idioma, la manera d'expressar-se, el concepte de malaltia i de salut, o la religió, poden afectar els processos d'atenció sanitària (diagnòstic, decisions terapèutiques, seguiment, compliment, etc.). (Berra et al., 2004: 32)

"L'accés a certs serveis sanitaris sembla tenir dificultats independents de la situació legal. Des del punt de vista de l'immigrant els motius principals serien el desconeixement del sistema i la por per la seva situació d'irregularitat. Segons els professionals existirien certes barreres burocràtiques i la inadequació de l'accés a les condicions socials (horaris laborals, xarxes de suport) dels immigrants." (Berra et al., 2004: 40)

Un estudio llevado a cabo por E. Maluquer (1997) respecto a las condiciones de acceso de los inmigrantes a los servicios sociales y de salud en Barcelona muestra que mientras los profesionales de los servicios sociales señalan los factores económicos y legales como principales determinantes de la limitación de la accesibilidad, los sanitarios suelen apuntar a cuestiones de organización de la asistencia y lo que denominan "factores culturales".

El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2003), en un documento informativo sobre inmigración y salud, diferencia estas cuestiones en dos grandes tipos: restricciones internas (propias del inmigrante) y externas, de acuerdo con la siguiente clasificación:

"Per tal d'explicar aquest dèficits en l'accessibilitat s'han definit dos tipus de restriccions: les restriccions internes i les externes.
1. Restriccions internes (les pròpies de l'individu):
- l'autopercepció de salut
- la falta d'informació sobre els recursos de què es disposa
- altres prioritats, com el treball o l'habitatge abans que la seva salut; demandes més per a assistència a malalties que per a activitats preventives.
- les experiències prèvies negatives amb els serveis, que influiran en l'ús que en faci l'individu en el futur
- els dèficits de comunicació (idioma) i educatius (analfabetisme)
2. Restriccions externes

> Existeixen unes restriccions externes, causades tant per aspectes legals i administratius com per diferències culturals que provoquen que l'immigrant es trobi amb dificultats per accedir als serveis de salut.
> Com exemples d'aquestes restriccions podem citar: la manca del domini dels idiomes pont per part dels treballadors dels centres sanitaris, la qual cosa dificulta extraordinàriament la comunicació i pot provocar l'actitud discriminatòria d'alguns treballadors que no senten l'obligació d'atendre a una població que consideren 'sense drets'." (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2003: 18)

La división parece poco acertada, por varios motivos, entre ellos el hecho de que se coloquen los déficits de información sobre los recursos o las experiencias negativas previas como problemas del inmigrante y no del sistema sanitario o, al menos, de la calidad de la relación que se establece entre ambos. Pero, independientemente de la adecuación de una clasificación en apariencia tan sólo operativa, este tipo de consideraciones subyace en buena parte de las publicaciones de tipo médico e institucional. Así, uno de los términos más utilizados es el de "barreras" y frecuentemente se consideran como tales los aspectos de la cultura del paciente que se relacionan con las representaciones sobre la salud y la enfermedad y otros como la alimentación o la influencia de la religión en la vida cotidiana. Respecto a esto, llaman la atención dos cuestiones: una, que, como ya hemos ido viendo, prácticamente nunca se aportan, en estas publicaciones, ejemplos concretos y adecuadamente justificados que apoyen tales afirmaciones y demuestren su relevancia real en la práctica clínica, y otra, que suele olvidarse que la población autóctona dispone también de sus propias atribuciones causales, patrones de demanda de atención y remedios alejados de la biomedicina, sin que la consideración que reciben ambas situaciones sea, ni mucho menos, igual.

Entre los profesionales y gestores sanitarios y en algunas publicaciones especializadas es frecuente escuchar afirmaciones relativas a que la salud no es una prioridad para los inmigrantes, que sólo acuden a los servicios cuando los procesos están ya avanzados y dejan de hacerlo en cuanto desaparecen los síntomas. Independientemente de que pocas veces se realice un análisis en profundidad, primero del alcance real de este fenómeno y sus implicaciones clínicas y, después, de sus posibles causas, cabe decir que las explicaciones serían casi siempre complejas y, en ocasiones, crudas. A las trabas legales y burocráticas que dificultan el acceso –y de las que se hablará a continuación– hay que añadir una realidad cotidiana en la que la prioridad puede ser alcanzar unos mínimos de calidad de vida –cuando no la mera supervivencia–, para lo que hay que atender necesidades mucho más acuciantes: los *papeles*, la vivienda, el trabajo, el envío de dinero a la familia, la realización de un proyecto personal en el que se ponen en juego la propia autoestima y el respeto de los allegados… Teniendo esto en cuenta es más fácil comprender que algunos inmigrantes –sobre todo aquellos recién llegados o en peores condiciones socioeconómicas– esperaren todo lo posible para ir al médico, vayan cuando las molestias les impidan hacer una vida normal y dejen de hacerlo en cuanto puedan reanudarla. Y esto puede ser así, sobre todo, si el contacto con el sistema ha sido muy complejo o poco satisfactorio en cuanto al trato personal y los resultados obtenidos.

> "Por su parte, los inmigrantes económicos dicen encontrarse bien de salud, y afirman que su principal problema no es la atención sanitaria, sino la regularización y el acceso a la vivienda, sobre todo para algunos grupos." (Ramos et al., 2001: 324)

> "Por último, el hecho de que los inmigrantes no consideren la atención sanitaria como un problema, hace pensar que tienen otras preocupaciones más acuciantes, lo que a su vez sugiere que el proyecto migratorio no consigue vencer la precariedad." (Ramos et al., 2001: 325)

La cultura, evidentemente, tendrá un papel fundamental: la atribución causal que se hace de la enfermedad y, por tanto, el tipo de respuesta que se considera adecuada ante ella influirá en que se solicite o no ayuda sanitaria, dónde y cuándo se haga y en qué medida se cumplan los tratamientos o se dé credibilidad a la explicación obtenida. De todas estas cuestiones hablaremos con detenimiento más adelante, tan sólo aclarar aquí que no se trata, como se dice a veces con demasiada ligereza, de que no se le otorgue valor a la salud, que no se entiendan los riesgos o no se aprecie la posibilidad de la asistencia sanitaria, es, simplemente, que no siempre la primera opción tiene que ser la biomedicina y que, aún cuando lo sea, la calidad del acceso ofrecido condicionará en buena medida el tipo de relación que se establezca, además de que, a veces, las necesidades preeminentes serán otras y éstas sólo se aplazarán cuando la mala salud impida atenderlas.

> "La percepció de la salut i dels riscs, el valor atorgat a la salut o les expectatives de beneficis davant de determinats tractaments, entre d'altres factors, varien entre cultures. Així, és possible que l'interès i la participació en programes preventius, la recerca d'assistència sanitària i l'adherència a tractaments siguin diferents en diversos col·lectius immigrants així com respecte als autòctons." (Berra et al., 2004: 36)

También suele señalarse la escasa participación y adherencia a las actividades de carácter preventivo y las razones serían, otra vez, similares. Por una parte, las diferencias en la atribución causal y las indicaciones del tratamiento entre algunos inmigrantes pueden influir en que no se perciba la utilidad de la prevención: si determinadas enfermedades son debidas a castigos divinos, al destino o al mal de ojo –atribuciones, por otra parte, frecuentes en nuestra sociedad no hace tanto o, aún hoy, en ciertos sectores–, la prevención, en el plano médico al menos, tiene poco sentido. Por otra, de nuevo, será la solución de los problemas inmediatos la que capte la atención, y la preocupación por la prevención de riesgos o por problemas futuros pasará, comprensiblemente, a segundo plano o a acciones extrasanitarias (como la confesión, ciertos rituales que restauren el equilibrio…). Pero, además, si ya es frecuente que el acceso al sistema sanitario se perciba como complicado cuando existe un problema no parece que vaya a ser muy probable que acudan a servicios que viven como ajenos o incluso agresivos para actividades de tipo preventivo. Nada, en el fondo, que sea sustancialmente diferente a lo que ocurre en amplias capas de la población autóctona, por más que sus condiciones de vida y sus patrones culturales nos resulten más conocidos, hasta el punto, muchas veces, de no ser considerados.

> "Los inmigrantes, en la mayoría de ocasiones, van a acudir a nuestras consultas por problemas que les supongan dificultades para realizar su trabajo y buscando soluciones rápidas, porque su principal necesidad va ser la de obtener recursos económicos. Por ello, las actividades tanto preventivas como de promoción de la salud (sexo seguro, tabaco, alcohol, etc.), que serían esenciales en este colectivo dada la precariedad y aislamiento familiar en que se encuentran, no van a ser reconocidas como una necesidad y, por tanto, no serán demandadas. Si estas actividades suponen, además, visitas repetidas a la consulta con pérdida de días de trabajo, la captación y el seguimiento en estas actividades va a ser nulo.
> Debemos aprovechar cualquier consulta a demanda para introducir elementos preventivos y de promoción de la salud y no establecer protocolos rígidos." (Gámez, Galindo, 2002: 25-26)

No se pretende con esto restar importancia a la prevención y la educación para la salud, –antes al contrario, tratándose precisamente de un grupo de población que, en ocasiones, padece carencias y vive expuesto a situaciones de riesgo–, sino simplemente poner sobre la mesa el hecho de que las cuestiones que condicionan cuándo y cómo se acude a los servicios de salud responden a una realidad compleja que necesita de análisis responsables y en profundidad. Ni siempre serán las condiciones económicas las que condicionen el acceso ni lo será tampoco la diferencia cultural, sino un conjunto complejo, heterogéneo y cambiante de circunstancias. En este sentido, la recomendación genérica iría hacia la incorporación paulatina de esta población a la sanidad pública, proporcionando mayor y mejor información sobre sus derechos y sobre la disponibilidad y modo de funcionamiento de los servicios de salud, junto con la necesaria adaptación de éstos para dar cabida a una población heterogénea, y la formación y apoyo de los profesionales sanitarios para que afronten el reto con garantías.

> "In fact, lack of information about what is available or about health matters in general is one of the reasons migrants most often give for not using health services effectively and for not taking action themselves to prevent illness. Studies carried out in a number of Western European countries show that rates of maternal mortality and morbidity, as well as of infant mortality, are higher among immigrant women than in women belonging to the ethnic majorities in the same countries. Abortion rates are higher and levels of use of modern contraceptives are generally lower. The differences are related to lower levels of information about relevant services and entitlements, for example, with respect to antenatal care or access to contraceptives. Overall, it has been reported that in Europe, migrants are systematically ill-informed; they come from different backgrounds, have linguistic barriers and many of them have poor educational backgrounds." (OMS, 2003: 28)

> "Finalmente, cabe destacar una vez más que, en la medida en que los patrones de morbimortalidad de los inmigrantes extranjeros no difieren sustancialmente de los de la población autóctona, las principales necesidades en salud de estos colectivos pasan por avanzar progresivamente en facilitarles el conocimiento de los servicios de atención primaria, así como en adaptar los recursos existentes a las nuevas necesidades. En este mismo sentido, considerando en muchos casos los distintos patrones sociales y culturales de estas poblaciones, y las necesidades en promoción y prevención de la salud, cabe plantearse el refuerzo y adaptación de los programas de salud comunitaria vinculados a las propias estrategias asistenciales." (Jansá, Borrell, 2002: 468)

Analizaremos, a continuación, algunos de los datos disponibles sobre el uso de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes en nuestro medio.

2. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Los estudios respecto a la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante en nuestro medio son aún escasos, especialmente aquellos que establecen comparaciones con la población autóctona. Los autores que escriben sobre el tema suelen señalar la existencia de diferentes perfiles en cuanto a la edad y al género, a los motivos de consulta y a la vía de acceso al sistema sanitario, así como diferencias en los costes asociados a la atención entre la población inmigrante y la autóctona. Así, la primera sería más joven que la segunda y predominaría el género femenino, características que parecen explicar y condicionar al mismo tiempo el tipo de procesos más frecuentes que motivan la consulta: las causas ginecológicas y de salud materno-infantil, además de otras, como los accidentes laborales.

El estudio comparativo del perfil de hospitalización de la población inmigrante con la autóctona realizado por Cots et al. (2002)[54] a través del análisis de las altas del Hospital del Mar de Barcelona en el año 2000, mencionado ya en el capítulo anterior, describe que las correspondientes a pacientes procedentes de países con renta baja suponen el 7,7% del total, siendo los latinoamericanos el grupo mayoritario (3,5%).

> "El 9,1% de las altas atendidas en el hospital estudiado era de pacientes con nacionalidad extranjera. El porcentaje de altas que calificamos como de IPRB [inmigrantes de países con renta baja] se cifra en el 7,7%. El grupo mayoritario es el de pacientes de América Latina, con el 3,5% de las altas totales. Los inmigrantes procedentes de África representan el 2% de las altas, y las altas de Asia representan el 1,7% (…)." (Cots et al., 2002: 379)[55]

Según este estudio, la población inmigrante hospitalizada es más joven que la autóctona (edad media de 27 años frente a 54) y el porcentaje de mujeres es mayor (68%). Las consultas más frecuentes son las relacionadas con el embarazo y parto, algo que los autores relacionan con el perfil demográfico y también, con una mayor tasa de fecundidad respecto a la población autóctona. Además, ofrecen hipótesis sobre las razones de las diferencias en el patrón de uso de los servicios:

> "Las diferencias en la proporción de utilización de recursos entre hospitalización, consulta externa y urgencias de la población inmigrante pueden deberse a distintas razones. En primer lugar, a la distinta dolencia atendida, que puede comportar menor necesidad de ingresos hospitalarios relacionados con procesos crónicos al ser la población inmigrante más joven. En segundo lugar, a diferencias de comportamiento, hábitos o estilos de vida, los cuales pueden favorecer que la población inmigrante demande servicios cuando haya síntomas reales de enfermedad sin valorar en la misma medida los aspectos preventivos que comporta un contacto programado y ambulatorio con los servicios sanitarios. En tercer lugar, la situación laboral más precaria puede obligar a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas de horarios. En cuarto lugar, su situación más o menos próxima a la alegalidad puede impulsarles a buscar entradas en el dispositivo sanitario que no impliquen identificación personal previa. A semejanza de la población nacional, este colectivo busca eliminar el mayor número de obstáculos a la entrada en el dispositivo sanitario y, en su caso, estos obstáculos son mayores. Y en quinto lugar, el propio factor edad, asociado directamente con la tendencia a mayor frecuentación relativa de urgencias por parte de la población más joven." (Cots et al., 2002: 381-382)

Añadir, respecto a esto, dos cuestiones en la línea de las críticas a la metodología de las investigaciones realizadas hasta el momento. En primer lugar, y de nuevo, la necesidad de realizar una contrastación de todas las hipótesis que se formulan, y, segundo, que,

---

[54] Destacar que se trata de uno de los pocos estudios en nuestro medio que realiza comparaciones entre ambas poblaciones. Además, divide a los pacientes extranjeros en procedentes de países de renta alta y baja. Los propios autores reconocen algunas de las limitaciones del estudio:

> "Este estudio presenta algunas limitaciones que dificultan la generalización de las conclusiones sobre los resultados obtenidos. Al no conocer el conjunto de servicios hospitalarios utilizados por la población inmigrante no se pueden analizar ni su frecuentación ni un perfil de utilización de forma estricta. Por otro lado, el concepto nacionalidad sobrevalora el papel de los inmigrantes recientes con respecto a los que ya llevan más tiempo residiendo en nuestro país. Posiblemente un porcentaje de estos últimos figure con nacionalidad española aun teniendo la misma procedencia que los que se consideran inmigrantes por razón de la nacionalidad actual. También puede ocurrir que las características y circunstancias asociadas a inmigrantes con un período de convivencia largo hayan evolucionado hacia patrones próximos a los de la población autóctona. Ello significaría que los resultados obtenidos subvaloran las diferencias de comportamiento del colectivo de inmigración reciente." (Cots et al., 2002: 383)

[55] El estudio no ofrece datos del volumen de población inmigrante que tiene asignado el Hospital del Mar como centro de referencia, datos realmente muy difíciles de obtener, pero aclara que recoge el 60% de los ingresos hospitalarios del distrito de Ciutat Vella de Barcelona que, en el año 2000, tenía contabilizado un 20% de población inmigrante.

teniendo en cuenta que el distrito de Ciutat Vella es uno de los más deprimidos de la ciudad de Barcelona, sería interesante analizar también hasta qué punto estas diferencias se dan entre sectores socioeconómicos, independientemente de la procedencia.

Además de lo anterior, según los autores, la hospitalización a través de urgencias se da en un porcentaje mayor a la población autóctona.

> "Las urgencias atendidas han reflejado un porcentaje de IPRB del 13,3%, mientras que en las consultas externas esta proporción ha disminuido hasta el 2,3%." (Cots et al., 2002: 379)

> "(…) Como ya se ha comentado, no se ha dispuesto de información suficiente para inferir si este porcentaje de altas supone una tasa de utilización de servicios hospitalarios mayor o menor entre la población inmigrante y la no inmigrante. Aun así, queda claro que el porcentaje de urgencias que corresponde a población de países de renta baja es muy superior (+5,5 puntos) al de pacientes ingresados, mientras que en lo referente a consultas externas este porcentaje se queda en un tercio (–5,4 puntos) del relativo a hospitalización. La entrada en el dispositivo sanitario público por la «puerta» de urgencias parece ser la vía más utilizada por la población inmigrante de países de renta baja; y de ella se desprende la mayoría de los ingresos posteriores (69%). Entre grupos de países, estas relaciones no siempre se mantienen; así, los inmigrantes latinoamericanos presentan menos variación entre los porcentajes de hospitalización y urgencias. En este caso, el predominio del sexo masculino no es tan acusado como en el resto de los grupos de países, y la razón del mayor porcentaje relativo de ingresos hospitalarios respecto a contactos en urgencias puede deberse a enfermedad obstétrica (parto), la cual se resuelve indefectiblemente mediante un ingreso hospitalario." (Cots et al., 2002: 381)

Sin embargo, el coste medio de las estancias hospitalarias fue menor, incluso teniendo en cuenta las diferencias en la casuística, dato muy interesante que, de confirmarse y considerarse reproducible para otros centros, debería ser adecuadamente difundido, entre otras cosas, para evitar afirmaciones tendenciosas en sentido contrario.

> "El coste medio derivado de la atención de pacientes inmigrantes es inferior al coste medio promedio del conjunto del hospital. La diferencia es de un 26% por alta, lo cual es muy relevante. La causa básica de esta diferencia de coste por alta se concentra en la diferente casuística que presentan los dos colectivos. Y a su vez, las diferencias en la casuística se deben mayoritariamente al distinto patrón demográfico de ambos grupos, aunque también a razones culturales y/o socioeconómicas asociadas a un mayor índice de fecundidad." (Cots et al., 2002: 382)

> "Una vez ajustadas las diferencias de casuística, el consumo de recursos valorado en días de estancia es entre un 5 y un 11% inferior para los pacientes provenientes de países de renta baja. En conjunto es una diferencia notable, pero hay que tener en cuenta que las razones que motivan cada uno de los dos componentes de la diferencia son distintos." (Cots et al., 2002: 382-383)

Estos datos llevan a los autores a concluir que la hipótesis que supone a los inmigrantes una mayor utilización de recursos sanitarios debido a su peor situación económica es errónea, para lo que ofrecen distintas explicaciones, entre ellas, el diferente nivel de demanda (menor en la población inmigrante), la tendencia a acortar las estancias (se supone que a causa de obligaciones laborales y menor protección social en este terreno) y diferentes trabas legales y burocráticas.

Además de lo anterior, Cots el al. (2002) hacen una reflexión sobre la que merece la pena detenerse: aceptan que pueden existir también diferencias en la oferta de prestaciones por parte del sistema y sus profesionales pero rechazan que pueda ser deliberado y lo achacan tan sólo a las dificultades de comunicación. Plantear siquiera la posibilidad de un trato desigual es tan honesto como infrecuente, pero, a pesar de ello, el

que se dé por hecho que tales desigualdades sean exclusivamente inconscientes y/o debidas a problemas de comunicación supone no hacer algo tan sencillo y tan difícil al mismo tiempo como reconocer que los profesionales sanitarios están sujetos al mismo tipo de prejuicios que el resto de la población y que, en algunos de ellos, estos prejuicios pueden llevar, junto con muchos otros motivos, a que no realicen su trabajo de la manera más correcta. Reconocer esto no sería ni mucho menos desprestigiar ni criticar al colectivo en su conjunto, sino poner sobre la mesa una realidad sobre la que es necesario trabajar y esto, al mismo tiempo, para mejorar la atención a los pacientes y para dar el adecuado respaldo a unos profesionales que ejercen su trabajo a veces en condiciones muy duras.

> "El motivo por el que el consumo de recursos de pacientes inmigrantes es inferior a igual enfermedad, gravedad y edad no parece coincidir con la hipótesis inicial según la cual la inmigración caracteriza una población con una situación socioeconómica frágil que debería suponer una tendencia a mayor coste. Esta discrepancia puede deberse al hecho de la existencia de otros factores que priman en la etiqueta de inmigrante por encima de la característica de capacidad económica. La razón puede atribuirse a un nivel de demanda de recursos asistenciales diferente entre los dos colectivos analizados, ya sea por una mayor capacidad de presión de la población autóctona, ya sea por una tendencia a reducir el estándar normal de asistencia por criterios culturales, laborales o económicos de la población inmigrante. Incluso, la razón podría encontrarse en una oferta diferenciada debida a un criterio asistencial asentado en razones no únicamente clínicas. Las causas ligadas a la demanda parecen posibles y pueden parecer hasta lógicas en un primer momento de un fenómeno migratorio relativamente brusco e intenso. Por lo que se refiere a la razón basada en la oferta, parece del todo inconcebible que esto ocurra de forma consciente, pero no es menos lógico pensar que haya dificultades en la interlocución con los pacientes que puedan influir en las decisiones adoptadas." (Cots et al., 2002: 383)

Otro estudio realizado en las urgencias de Medicina del Hospital Clínico de Barcelona (Junyent, Miró, Sánchez, 2006) llegó a conclusiones similares al anterior. Se estudia una muestra de 2819 pacientes, 181 de ellos inmigrantes, entre los que se destaca una edad más joven (unos 36 años los inmigrantes frente a los 53 de la población autóctona) y mayor nivel de satisfacción respecto a la atención recibida (8,2 frente a 7,7). El estudio no encuentra diferencias significativas en cuanto a la patología que motiva la consulta[56], ni en cuanto a las derivaciones posteriores, pero sí mayor solicitud de pruebas complementarias en el grupo inmigrante, circunstancia que relacionan (aunque no aportan datos concretos ni otras explicaciones posibles) con la existencia de barreras idiomáticas.

> "Durante el mes de febrero del 2004, la SUM [Sección de Urgencias de Medicina] visitó un total de 2.819 pacientes, 181 de los cuales eran inmigrantes (6,4%). (…) Destaca la edad joven de este colectivo (36±14 años) frente a la media de edad de los pacientes atendidos de forma habitual en el SUM (53±22 años)7 y que más de la mitad de ellos procedían de países iberoamericanos.
> Cuando se compararon las características clínicas y sanitarias de la PI [Población Inmigrante] con las de la PA [Población Autóctona] (…), la PI con mayor frecuencia había consultado previamente a un facultativo (20% vs 10%; $p<0,05$). Existía barrera idiomática en la PI en un 11% de los casos y la práctica de pruebas complementarias fue más frecuente en esta población respecto a la PA (56% vs 36%; $p<0,001$). No se objetivaron, sin embargo, diferencias acerca de las razones por las que acudieron a nuestra SUH [Servicios de Urgencias Hospitalarios]." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 233)

> "Destaca que la satisfacción percibida por el colectivo inmigrante fue mayor que en el autóctono (8,2±1,8 vs 7,7±1,5; $p<0,05$)." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 233)

[56] Es necesario tener en cuenta que el servicio de urgencias al que se refiere el estudio abarca sólo el área de medicina interna, de tal manera que otro tipo de demandas como las relacionadas con el área materno-infantil, por ejemplo, se atienden en un servicio de urgencias específico que no se incluye en el estudio.

> "Las características clínicas, los motivos de consulta y el destino final de los pacientes fueron similares en ambos colectivos. Estos resultados concuerdan con los publicados en otros trabajos, tanto en el ámbito de urgencias y en consultas externas como en primaria. Asimismo, el mayor número de pruebas complementarias practicadas en nuestro estudio a la PI respecto a la PA, podría explicarse por la existencia de un porcentaje no despreciable de casos con barrera idiomática, ante la que el médico puede necesitar datos objetivos de enfermedad o responder con actitudes defensivas." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 234)

Un hecho que llama la atención es que una cuarta parte de ambas poblaciones no tenía asignado médico de familia:

> "Resulta remarcable que hasta una cuarta parte de los pacientes de ambas poblaciones no tenían asignado un médico de primaria de referencia o desconocían el emplazamiento del centro de atención primaria (CAP)." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 233)

Tan sólo añadir un comentario más: el estudio llega a la conclusión de que la demanda es cuantitativamente importante (un 6,4% de los pacientes son inmigrantes), por lo que son necesarios más recursos, pero se echa de menos una adecuada explicación de esta petición. Por una parte, no se ofrece ningún tipo de dato que corrobore que los inmigrantes usen más los servicios que los autóctonos (no se aportan datos sobre porcentaje de unos y de otros del área asistencial del hospital, por lo que no se puede saber si comparativamente el porcentaje de consultas es o no mayor), por lo que el incremento de los recursos debería relacionarse directamente con el incremento de la población y no exclusivamente con el hecho de que esta sea inmigrante. Por otra, debe tenerse presente que cuando la población está regularizada (en este caso el 80% de los inmigrantes que acuden) sus derechos en cuanto a la atención sanitaria son los mismos que para la población autóctona, de manera que el único argumento válido para que el incremento de recursos se derivara directamente de que la población es inmigrante sería la referencia al 20% de irregulares[57] o, también, a las necesidades especiales del conjunto de esta población (contratación de traductores, por ejemplo), lo que no se dice, al menos en estos términos. El incremento de recursos y, también, la mejor gestión de los ya existentes son demandas absolutamente legítimas y justificadas pero que conviene contextualizar y explicar adecuadamente para evitar estigmatizaciones y usos interesados de la información.

> "El presente trabajo muestra que existe una demanda asistencial urgente cuantitativamente importante entre la PI (6,4%). (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 234)

> "Concluimos que la demanda asistencial de la PI a los SUH es cuantitativamente relevante, pero cualitativamente, a pesar de tener unas características propias, no difiere en sus patologías y en el destino final de los pacientes de la PA. Creemos necesaria una optimización de los recursos sanitarios disponibles para aumentar la efectividad y eficiencia de los SUH." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 234-235)

En lo que se refiere a la Atención Primaria, en el estudio, ya citado, de Sanz, Torres y Schumacher (2000)[58] entre 300 inmigrantes –predominantemente marroquíes– pertenecientes al Área Sanitaria 6 de Madrid, se encuentra que los servicios de salud más utilizados fueron los de primaria, seguidos de las consultas a los farmacéuticos, mientras que el recurso a ONGs fue escaso.

---

[57] Aunque, como ya sabemos, éstos también tendrían derecho a la asistencia si están empadronados y, en cualquier caso, a la atención en urgencias (donde se realiza el estudio).

[58] Como ya se ha señalado, la metodología del estudio puede sesgar los resultados.

> "La mayoría ha utilizado algún servicio sanitario en España, y los centros de salud son los servicios más utilizados, aunque casi una cuarta parte de los entrevistados no tenía cartilla sanitaria del INSALUD (…). Los farmacéuticos (61%) fueron consultados casi tanto como los servicios del INSALUD en el último episodio de enfermedad, utilizando ampliamente medicamentos (70%) y en menor medida remedios caseros o de medicina tradicional (22%). Aunque el 66% (IC del 95%, 27,1-37,9) de la población conocía la existencia de organizaciones no gubernamentales, las consultas a ONG por motivos de salud fueron poco frecuentes." (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 317)

Se trata este último de un dato muy significativo, en la medida en que, en muchos de los países de origen de los inmigrantes, especialmente subsaharianos, parte de la atención sanitaria es ofrecida por ONGs internacionales. Además, pone de manifiesto una realidad a la que sería necesario prestar más atención: el relevante papel de los profesionales de farmacia en la salud de la población. El estudio, sin embargo, no profundiza en las razones de este patrón de uso de los servicios.

Sí señala que un 23,3% de los entrevistados había estado hospitalizado y, de manera similar a lo descrito por Cots et al. (2002), Urgencias fue la vía de ingreso mayoritaria (81%) y las ginecológicas fueron las causas más frecuentes.

> "Un 23,3% de los entrevistados refirió un total de 126 hospitalizaciones en España. La estancia hospitalaria estimada del último episodio fue de 8,2 días (IC del 95%, 5,1-11,3), realizándose el 81% (IC del 95%, 69,5-89,9) de los ingresos por urgencias. Las causas más frecuentes de hospitalización fueron parto (22,9%), accidentes (21,4%) y otras causas ginecoobstétricas (incluyendo aborto). Extrapolando estos datos a la población general, resultaría una tasa de hospitalización por todas las causas de 0,21 por mil personas y año de estancia en España.
> La mitad de las mujeres ha acudido al ginecólogo desde que se encuentra en España y un 31,6% de las mujeres ha seguido un embarazo en España, refiriendo de media 7,9 consultas prenatales (IC del 95%, 6,1-9,8)."(Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 317)

Estos datos son concordantes también con los obtenidos por Roca et al. (1999) respecto a las altas de la Unitat de Medicina de l'Immigració i Tropical del Hospital de Mataró (Barcelona) y por Salazar et al. (2003) a partir del estudio de las altas hospitalarias en un centro de Valencia, quienes encontraron que el 82,9% de los ingresos procedían de Urgencias y menos de un 15% eran programados.

Respecto al número de días de hospitalización (y, por tanto, los costes asociados), los datos de Sanz, Torres y Schumacher (2000) son contradictorios a los presentados por otros autores, lo que vuelve a reforzar la necesidad de realizar estudios en profundidad sobre esta temática.

> "Entre los problemas de salud referidos destaca la importancia de los problemas osteomusculares y, especialmente, la alta frecuencia de accidentes que es 3 veces superior a la referida por la población española adulta. Los servicios sanitarios públicos se utilizan de forma mayoritaria relegando a un nivel muy secundario los servicios de ONG o ayuntamientos, mientras que las farmacias aparecen como un punto de contacto y consumo importante. La duración de la hospitalización es ligeramente superior a la población española (7,6 días). Las causas ginecoobstétricas representan casi la cuarta parte de las causas de hospitalización en población inmigrantes y sólo un 14% en población española. Los servicios de urgencias son el procedimiento de hospitalización utilizado mayoritariamente, frente al 54% referido por la población española adulta. No obstante, los servicios de urgencias parecen desempeñar un papel mucho más limitado en la provisión regular de asistencia sanitaria a esta población. La utilización de consultas prenatales fue frecuente, siendo estos datos coincidentes con la apreciación de una utilización alta aunque variable en función de la procedencia y nacionalidad." (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 318)

Destacar, finalmente, que algo más de un 30% de los participantes no estaba regularizado y casi una cuarta parte no tenía TSI (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 317).

A continuación, repasaremos algunos de los factores que pueden influir en el acceso de la población inmigrante a la salud y a los cuidados de salud en nuestro medio, sin perder de vista que aunque se analicen por separado todos ellos están íntimamente relacionados.

3. FACTORES RELACIONADOS CON EL ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD

3.1. MARGINACIÓN SOCIAL Y POBREZA

Tal y como se ha mencionado repetidamente, existe concordancia en la opinión de la mayoría de los autores al considerar la situación de marginación social en la que se encuentran algunos inmigrantes como uno de los principales factores que influye en el deterioro de su salud y en su menor capacidad de utilización de los servicios sanitarios.

Ahora bien, a lo largo del texto hemos venido utilizando los términos marginación y exclusión social[59] sin definirlos adecuadamente, por lo que merece la pena detenernos un momento en su clarificación. Siguiendo a San Román (1990), entenderemos la marginación en estos términos:

> "(…) 'la esencia de lo que tipificamos como marginación se produce en situaciones de competencia en las que existen posibilidades objetivas de que se resuelvan en la suplantación de uno de los competidores por el otro, de forma que consiste socialmente en la exclusión del marginado de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, siendo ese acceso no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente. Este proceso estaría siempre sujeto a una tensión inclusión/exclusión que depende tanto de las variaciones del propio sistema sociocultural como de las propiedades del marginado, sea un colectivo o un individuo' (…)." (San Román, 1990: 119)

De acuerdo con esta definición, existen varios factores relacionados con los procesos de marginación social de la población inmigrante que tienen una especial relevancia desde el punto de vista de la atención sanitaria. Veamos algunos de ellos.

3.1.1. Situación legal

Sin duda, la situación de regularización jurídica de los inmigrantes es el primer factor que interviene en la generación de procesos de exclusión social y constituye también uno de los problemas más frecuentemente señalados en relación a la asistencia sanitaria a esta población.

Recordemos que el artículo 12 de la Ley de Extranjería contempla que tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles:

[59] Ambos términos se utilizarán como sinónimos.

- Los extranjeros en situación legal.
- Independientemente de su situación legal: aquéllos empadronados en su municipio de residencia, los menores de 18 años, las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y todos aquellos que precisen atención de urgencia[60].

Es decir, se trata de una garantía de asistencia amplia, mayor que la que impone la legislación internacional[61], pero no universal. Este hecho ha merecido la crítica de organismos nacionales e internacionales que defienden que no pueden presentarse argumentos justificables para la negación de la asistencia normalizada a una parte de la población por mucho que se halle en situación irregular: además de ir en contra del más elemental sentido de la solidaridad, esta limitación de derechos no evitará que continúen llegando inmigrantes no regularizados (como es obvio, simplemente observando la realidad) y supone poner en riesgo la salud no sólo de estas personas sino, potencialmente, como se ha visto, la del resto de la población.

> "One of the most important determining factors of whether migrants face barriers to accessing health services is the question of their legal status in the country. (…)
> Laws and policies which prevent migrants from accessing social services, including health care, based on immigration status rest upon and convey the idea that irregular migrants themselves are primarily responsible for their precarious situation, that it would be expensive for taxpayers to afford them health services and that excluding them from social benefits would serve to deter future irregular migrants. Allowing irregular migrants access to health services is therefore often considered charity or 'generosity' on behalf of the State. According to human rights law, however, governments have legal obligations in relation to the health of every person within their jurisdiction." (OMS, 2003: 19)

> "Public health initiatives by intent and design are universal, and the protection of the public health requires access by the entire community. Restrictions on access to services placed on immigrants would seriously limit the effectiveness of outreach, case finding, and prevention and treatment programs related to infectious diseases." (OMS, 2003: 22)

Tampoco es justificable el argumento de que la atención se garantiza a través de los servicios de Urgencias, en la medida en que es evidente que pueden quedar sin atender situaciones que no por no ser de emergencia dejan de ser relevantes y que esta población, precisamente la que podría encontrarse condiciones socioeconómicas precarias y más expuesta a ciertos problemas sanitarios, quedará fuera de todas las medidas regladas de educación, prevención y promoción de la salud y no tendrá tampoco acceso a otras prestaciones básicas del sistema sanitario como las farmacéuticas, la atención domiciliaria o el seguimiento de los tratamientos. En palabras de la OMS:

> "National health-care plans often discriminate against temporary migrants (most fall under this category for a time) and especially undocumented ones by making only emergency care available for non-citizens. This forces migrants to wait until they feel their condition is sufficiently hazardous to justify going to emergency clinics. Minor problems that could have been treated at the early stages may become more serious and therefore more expensive to treat. Instead, most undocumented migrants initially try to solve the problems on their own by self-medication or by referring to other non-professionals within their community." (OMS, 2003: 21)

---

[60] Llama la atención el desconocimiento del contenido de la Ley no sólo en los profesionales sanitarios sino también por una parte de los autores que escriben sobre este tema. Es frecuente, por ejemplo, la confusión entre inmigrante regularizado y empadronado o la derivación a ONGs o centros benéficos de los inmigrantes sin TSI.

[61] El análisis de esta legislación se abordará en la tercera parte de este trabajo, capítulos 4 y 5.

Por otra parte, es bien conocido que los profesionales de los servicios de urgencias rara vez dejan de atender a estos pacientes, sea su patología motivo de consulta justificado o no en este tipo de equipamientos. Pero este hecho tampoco puede esgrimirse como un elemento positivo en la medida en que lo que supone es derivar a estos profesionales una responsabilidad que no les corresponde, contribuir a la saturación de los servicios (ya de por sí bastante saturados) y entorpecer los procesos de educación de la población (de toda) en el buen uso de los recursos.

> "Entre los niveles asistenciales de la red pública, los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son especialmente vulnerables a cualquier incremento de la presión asistencial. Además, el hecho que todo inmigrante, en situación de urgencia, tiene derecho a ser atendido con independencia de su situación administrativa, hace que estos SUH soporten una parte sustancial de la carga asistencial de esta población." (Junyent, Miró, Sánchez, 2006: 233)

También es importante tener en cuenta que para obtener la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) –y con ella poder ser atendido en la red pública– el empadronamiento es un trámite imprescindible y en este aspecto existen variaciones entre los municipios en cuanto a las facilidades o impedimentos para empadronar a personas sin vivienda estable, a pesar de que en realidad, como se verá en el capítulo 5, la normativa es muy clara a este respecto.

> "Amb tot, l'element clau que garanteix l'accés a l'assistència sanitària pública dels immigrants estrangers se centra en l'obtenció de l'empadronament en les seves localitats de residència i la vinculació d'aquest procediment amb la tramitació de la Targeta Sanitària Individual com a document d'accés al sistema públic de salut. De vegades però, l'arbitrarietat en els processos d'empadronament i la manca d'habilitació dels recursos sanitaris necessaris no faciliten el dret d'accés als serveis de salut als estrangers (Llàcer i col·l., 2001)". (Borrell, Benach, 2003: 222)

Otro hecho que se debe tener en cuenta es que la gestión del empadronamiento en estas circunstancias depende de los servicios sociales municipales, de modo que la saturación y la escasez de medios que sufren a menudo –sobre todo en aquellas zonas más deprimidas en las que la población tiene un elevado volumen de necesidades y demandas– puede tener repercusiones en cuanto al tiempo de gestión de la TSI o las facilidades que los usuarios perciban para el trámite. Por otra parte, algunos inmigrantes no se inscriben en el padrón por miedo a que los municipios faciliten los datos respecto a su situación legal a las autoridades con competencias en inmigración, por lo que será necesario clarificar de manera inequívoca en qué casos se pueden ceder estos datos. Desde luego, lo deseable sería que, en la medida en que el empadronamiento es un requisito básico para acceder a servicios sociales entendidos como derechos humanos fundamentales, se garantizase la confidencialidad de esa información y, de no ser así, al menos deberían buscarse otros mecanismos administrativos, igualmente claros, por los que todos los inmigrantes pudieran acceder a los servicios sanitarios aún sin estar regularizados. Tras el establecimiento de una u otra normativa, quedaría publicitar adecuadamente la información y facilitar el trámite.

Además del miedo a la expulsión derivado de la situación de irregularidad y probablemente unidos a él, pueden encontrarse otros factores que se relacionarían con la preferencia por no empadronarse de determinados inmigrantes. La temporalidad de la estancia sería uno de ellos: no todos los que en este momentos se encuentran aquí tienen (o tenían) el Estado español como destino final pretendido, de modo que la intención (o esperanza) de continuar viaje hacia el lugar elegido puede hacer que muchos vivan su situación como temporal y no cumplan determinados trámites administrativos como el

empadronamiento (más aún si no existe posibilidad de legalizar la estancia). Otros entenderán la salida de su medio de origen como una situación transitoria, de forma que, una vez ganada una cierta cantidad de dinero que permita conseguir algunos objetivos (comprar una casa, montar un negocio…) su intención será volver cuanto antes, por lo que no se perciben a sí mismos como destinatarios de servicios sociales y, si no pueden legalizar su estancia (para conseguir mejores trabajos), no verán útil realizar un trámite del que entienden, además, que puede tener riesgos. Existe también otra forma de temporalidad en la residencia, en este caso dentro del Estado, y que parece ser la más común, que sería la característica de, por ejemplo, gran cantidad de trabajadores (el ejemplo típico es el de los agrícolas temporeros, pero hay muchos otros) cuya residencia es ampliamente móvil, incluso entre Comunidades Autónomas, a lo largo del año. La situación de irregularidad administrativa de algunos de ellos unida a los continuos cambios de vivienda hace que el empadronamiento no sea sencillo ni se vea necesariamente como útil. A todas estas situaciones podría unirse, posiblemente, la percepción de la propia fortaleza física y psicológica de unas personas jóvenes y sanas que se han embarcado en una dura aventura personal, lo que hace que, fundamentalmente entre los que no tienen dependientes a su cargo, la asistencia sanitaria no se vea como necesaria, de modo que la solicitud de la TSI coincidirá, a menudo, con la primera demanda de atención.

En definitiva, cuando a la irregularidad jurídica y la imposibilidad de que esta situación cambie en un futuro cercano se le unen otro tipo de dificultades o circunstancias (temporalidad de la estancia, cambio de vivienda, percepción de ausencia de necesidad de ayuda médica…) las ventajas que desde el punto de vista de acceso a beneficios sociales supone el empadronamiento pueden pasar a segundo plano.

3.1.2. Situación laboral

Es bien conocido que la irregularidad jurídica en la que se encuentra una parte de la población inmigrante frena su acceso al trabajo, ya que, especialmente a raíz del último proceso de regularización extraordinaria (2005) y el incremento de los controles laborales en este sentido, no es sencillo conseguir empleo si no se dispone de *papeles*. Y, aún cuando se consiga, será de manera informal, al margen de los beneficios laborales de los trabajadores regularizados: bajas por enfermedad, seguro de desempleo, protección frente al despido, prevención de riesgos, etc.

Ahora bien, la situación de marginación respecto al trabajo no es, de ninguna manera, exclusiva de los irregulares. Buena parte de los que no lo son quedan fuera de algunas de las garantías de protección que sí se conceden a trabajadores autóctonos (al menos a los que, a su vez, no están marginados). La contratación es altamente inestable (según los datos de la Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración para el año 2006 (2007a), más del 88% de los contratos a personas inmigrantes se realizó dentro de las distintas modalidades de contrato temporal) y la remuneración baja (en ocasiones, peor que para la población autóctona que realiza el mismo trabajo, especialmente en el caso de las mujeres). Los trabajos que se les ofrecen son a menudo de escasa cualificación laboral incluso cuando la formación disponible permitiría acceder a otro tipo de puesto, dándose una especie de reclusión de la mano de obra inmigrante en determinados sectores laborales. Así, por ejemplo, según las mismas fuentes, la mayoría de los contratos realizados a trabajadores inmigrantes residentes correspondían a los sectores de agricultura, ganadería y pesca, construcción, servicio doméstico y hostelería. Estos

datos son concordantes con los que ofrece Kaplan (1998) para población senegambiana residente en Salt (Girona):

> "En destino, vemos en términos generales que la actividad laboral anterior a la actual, es decir, el primer trabajo que han realizado cuando llegaron a España, en un 50% de los casos ha sido la agricultura, un 4% los servicios, un 6,5% la construcción; un 34,5% de los migrantes no ha trabajado nunca. Incluimos en esta última cifra a la población femenina, que mayoritariamente no ha efectuado trabajos remunerados, salvo en dos casos, que han realizado servicios de limpieza en domicilios particulares. Por este motivo, el análisis de las actividades laborales en destino se referirá sólo a los hombres adultos.
> La actividad laboral anterior en destino, según el tiempo de llegada, es mayoritariamente la agricultura (68%), con independencia de los años que se llevan residiendo en Cataluña. Otros individuos (10%) han trabajado como albañiles en la construcción y un 14% no ha realizado ninguna actividad. Este porcentaje debemos precisar que se refiere a hombres que han llegado más recientemente, que llevan dos años o menos de residencia en nuestro país." (Kaplan, 1998: 109)

En palabras de San Román (2002):

> "(…) Algunos son trabajadores cualificados en su lugar de origen, pero no son contratados como tales en Cataluña sino como no-cualificados, cortadores de brezo, peones o jornaleros. Y esto da qué pensar. Los jornaleros o los obreros que trabajan como peones, pueden de hecho competir con población de las mayorías étnicas autóctonas, aunque en Cataluña en algunas de estas ocupaciones hay más oferta que demanda en este momento. Sin embargo *no se les permite una competencia a niveles más altos. Esto es importante a la hora de pensar políticas de empleo y políticas educativas. Y es importante al hablar de explotación y de prejuicio, de marginación de ciertos medios sociales y reclusión, por muy integrada que sea, en otros*.
> El tema de la exclusión social tiene por fuerza que recuperar éste de la reclusión en esferas cerradas o muy difíciles de traspasar (como las múltiples formas de practicar la exclusión laboral), que se realiza marginando a un nivel más alto para integrar a un nivel más bajo, aún a costa de perder buenos trabajadores cualificados y a costa de ignorar los niveles de formación de la gente a la que decidimos querer formar, empleando, de hecho, recursos públicos para ello. (…)" (San Román, 2002: 436, las cursivas son suyas)

De esta manera, parte de los inmigrantes viven en una situación de desprotección y abuso que hace que el riesgo de perder el empleo (y con él no sólo los ingresos sino también la posibilidad de regularización jurídica y de reagrupación familiar) lleve a aceptar salarios bajos, horarios prolongados y menores medidas de seguridad. La limitación de ingresos y la inestabilidad de los contratos llevan, además, a la necesidad de simultanear actividades, con lo que se incrementan las jornadas laborales. Estas condiciones de trabajo implican un incremento de los riesgos, que se asocian con consecuencias negativas para la salud: exposición a tóxicos, lesiones, accidentes, fatiga, etc., a lo que habrá que sumar el coste psicológico de saberse discriminado y explotado y de tener la continua sensación de vivir en un equilibrio muy frágil. Según la OMS (2003):

> "There is a high risk that migrants, especially low-skilled migrants or migrants in an irregular situation, will be placed in high-risk, low-paid jobs with poor supervision. They typically accept positions that local workers refuse, which are frequently oriented towards mining, construction, heavy manufacturing and agricultural tasks that can expose them to a range of occupational health risks, including toxic agents, long hours and little if any protection in terms of clothing and other equipment. Linguistic obstacles, poor communication, lack of familiarity with modern machinery and different attitudes to safety are all factors that increase the work-related health risks. In general, occupational accident rates are about twice as high for immigrant workers as native workers in Europe, and there is no reason to believe the situation is not similar in other parts of the world." (OMS, 2003: 25)

A los riesgos evidentes para la salud se le añadirá, además, la limitación de las posibilidades de acceso normalizado a los servicios sanitarios, ya que no será fácil que estos trabajadores se atrevan a pedir unas horas libres para acudir al médico, a solicitar una baja o a declarar que una lesión es fruto de un accidente laboral. Como consecuencia, será previsible que tarden más en acudir al médico ante la misma situación de necesidad –por lo que es frecuente que se retarden el diagnóstico y el tratamiento–, que tengan menor seguimiento de las consultas de control y de los tratamientos (especialmente los crónicos), mayor uso de los servicios de urgencias (de horarios más amplios) y más probabilidad de complicación de los cuadros y de que éstos conduzcan a hospitalizaciones que hubieran podido ser evitadas.

3.1.3. Limitación de ingresos y pobreza

La limitación de ingresos, asociada a la precariedad laboral, coloca a cierta parte de los inmigrantes en una situación de pobreza que tendrá también consecuencias sobre la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Ahora bien, conviene, en este punto, volver de nuevo a la distinción entre marginación social y pobreza. Según San Román:

> "¿Quiénes son los marginados? Me parece especialmente importante aclarar este punto. El hecho de que MARGINACIÓN Y MARGINADOS sean palabras de uso común, como religión, boda o solidaridad, no hace sino incrementar los problemas, porque tienen ya un contenido en nuestra cultura del que es difícil escapar. (…) Su uso fue primero dominio de las entidades caritativas y luego de los servicios sociales. Más tarde, los científicos sociales lo han entendido como conducta desviada o como carencia de poder, pero casi siempre ha coincidido (¿heredado?) con los anteriores en vincularlo unívocamente a los desposeídos, de forma que un pobre y un marginado llegan a ser lo mismo. Sin duda, los marginados, desde esta perspectiva, tenderían a tener un nivel de vida más bajo, dadas sus relaciones y posiciones en los límites del sistema ecocultural. Pero de ninguna forma sería cierto lo contrario, esto es, que los desposeídos sean marginados. Las propias posiciones del sistema prevén, precisamente, la desigualdad y la pobreza como parte integrante de sus posiciones y propiedades definitorias. En este sentido, podría decirse que un paupérrimo peón agrícola está lamentable y perfectamente incluido en el sistema ecocultural, mientras que no lo está un busquero que rastrea residuos en el vertedero aunque pueda estar mejor alimentado que aquél.
> Sin embargo, alguna vez se ha dicho también que la marginación puede producirse tanto por exceso como por defecto, o bien a partir de los límites económica y políticamente más altos y más bajos. Este planteamiento deriva, sobre todo, de algunas posiciones que hacen del concepto de marginación un sinónimo de conducta desviada. Sin embargo, desde el punto de vista que he explicado, las diferencias son claras, aunque la conducta pueda ser desviada a pesar de que (o precisamente en contraste con) las personas que las ejecuten se sitúen en posiciones de estatus y activen roles que son definitorios del sistema. (…)" (San Román, 1990: 117, las mayúsculas son suyas)

> "(…) Es decir, existe correspondencia entre pobreza y marginación pero no se subsume la una en la otra, no es la marginación una característica exclusiva de la pobreza, como no es pobre sólo el marginado, sino millones de trabajadores sólidamente integrados en la clase más baja del espectro social." (San Román, 2002: 437)

De acuerdo con este planteamiento, un inmigrante irregular, por poner un ejemplo claro, aunque la marginación no sea ni mucho menos exclusiva de ellos, vivirá en una situación clara de marginación, en la medida en que no puede acceder al mercado laboral regularizado y a los beneficios que se le asocian ni a ciertos recursos de protección social y se encuentra limitado en el ejercicio de buena parte de los derechos ciudadanos hasta el punto de que es posible que ni siquiera *exista* como sujeto administrativo. Es decir, se encuentra en una situación de exclusión "de los espacios sociales, del acceso institucionalizado a los recursos comunes o públicos, siendo ese

acceso no-pautado, menor, limitado temporalmente y dependiente" (San Román, 1990: 119). Sin embargo, esta exclusión de los espacios sociales normalizados no va unida, necesariamente, a la pobreza: un irregular no podrá alquilar un piso a su nombre o solicitar un préstamo, pero puede realizar algún tipo de actividad laboral que le asegure unos ingresos similares (o incluso, algunas veces, superiores) a los de la media de su entorno concreto para la población autóctona, ya sea en el ámbito de las actividades regulares (aunque el trabajador no lo sea, como es el caso de las que se realizan en empresas legalmente constituidas en las que el inmigrante trabaja sin contrato), de las irregulares (la venta ambulante sin permisos legales, sería uno de los posibles casos) o, incluso, de las ilegales (robos, tráfico de drogas, etc.)[62]. Puede, de una u otra forma, tener unos ingresos que le aseguren un nivel de vida adecuado por mucho que continúe marginado.

Y existe la situación inversa, el inmigrante con *papeles*, con nacionalidad española incluso, que se mueve dentro del sistema pero que cobra un salario por debajo de sus necesidades o que ha tenido un accidente laboral y percibe una pensión mínima, por ejemplo, de modo que vive en condiciones muy similares a las de sectores de la población general igualmente no marginados pero igualmente pobres –el ejemplo más claro en la sociedad mayoritaria es el número creciente de mujeres ancianas que viven solas y perciben pensiones muy bajas.

Los datos ofrecidos por Kaplan (1998) muestran esta diversidad de situaciones:

> "En el momento de la recogida de datos, un 53% de los hombres adultos tenían una situación laboral activa, un 31% no activa, y un 16% eran parados retribuidos. Esto significa que casi la mitad de la población masculina está desempleada o realizando trabajos dentro de la economía sumergida.
> Entre quienes realizan actividades laborales no sumergidas, un 35% está empleado en el sector servicios, casi un 30% en la construcción, un 20% en la agricultura, un 11% trabaja en ramos diversos, incluida la industria, y uno es comerciante. El 47% tiene contrato de un año, mayoritariamente aquellos que trabajan en servicios y en la construcción, y un 32% tiene contrato de seis meses. Sólo el 9% tiene contrato fijo y un 3% lo tiene de menos de seis meses. Hay cuatro individuos que no tienen contrato aunque parece que cotizan a la Seguridad Social; dos de ellos son autónomos. La periodicidad del cobro es mensual en el 53% de los casos, quincenal en el 21% y semana en el 26%.
> Respecto a la actividad laboral sumergida, más de la mitad (56%) realiza trabajos relacionados con la agricultura, especialmente la recogida del brezo y de la piña. Un individuo trabaja en

---

[62] Las distintas situaciones laborales están extraídas de la propuesta de clasificación de San Román (2002):

> "(…) Los criterios para la clasificación son la regularización del trabajador, es decir, su existencia jurídica como tal o no, y la regularización positiva o negativa de la propia actividad, es decir, la existencia de la propia ocupación en términos jurídico-laborales tanto para ser ejercida como para prohibir su realización. (…) De esta manera he entendido:
> - Un trabajador integrado (o trabajadora, pero no me pidan por favor, que lo escriba siempre) es aquel que realiza una actividad laboral estando regularizados normativamente tanto el trabajador como la actividad.
> - Un trabajador sumergido es el que realiza una actividad regularizada normativamente sin estarlo él mismo (por ejemplo, el que trabaja en una obra sin contrato o quien confecciona pantalones para unos grandes almacenes en su casa).
> - Un trabajador marginal o excluido sería aquel que no sólo no está regularizado para ejercer la actividad laboral, sino que la propia actividad carece de regularización (que es lo que ocurre, por ejemplo, cuando se limpian cristales en los semáforos).
> - Un trabajador ilegal es el que realiza una actividad prohibida normativamente (por ejemplo, quien vende ropa con marcas falsificadas o quien practica el contrabando o la venta de droga)." (San Román, 2002: 437)

servicios, dos en la construcción, dos realizando tareas diversas, una persona es sastre y otra trabaja en el ramo textil. Estas actividades sumergidas son principalmente estacionales (41%), sobre todo las tareas agrícolas, que llegan al 35%. Tienen carácter continuo en un 29% de los casos, de los cuales casi el 18% corresponde a la agricultura y el 12% a los servicios. Y un 24% de las actividades es coyuntural." (Kaplan, 1998: 110)

Por otra parte, la situación de pobreza en los inmigrantes no necesariamente procederá de unos ingresos bajos sino, como vimos en el capítulo 1, de la existencia de obligaciones diferentes de las que tienen otros sectores de la población con los mismos ingresos: alquileres abusivos (con frecuencia a causa de la discriminación) que obligan a destinar a su pago gran parte de los ingresos, pago de la deuda adquirida para venir o diferentes obligaciones de reciprocidad (remesas, financiación de viajes de familiares o personas de su lugar de origen, ayuda económica cuando acaban de llegar, préstamos, etc.). También puede existir la necesidad de gastar dinero en cuestiones que aportan prestigio y elevan la posición social dentro del propio grupo (y con ello facilitan el acceso a otros recursos y beneficios): coches, relojes, aparatos electrónicos o, incluso, nuevos matrimonios polígamos en algunos casos de éxito[63]. En estos casos, el nivel de vida puede llegar a estar por debajo de los ingresos teóricos y puede ser, en cierto modo, auto-impuesto o elegido (en la medida en que lo son las decisiones tomadas por estos criterios), pero, en todo caso, serán otras necesidades las que se vean pospuestas o desatendidas, entre ellas la atención a la salud. Fons (2004) describe esta situación en su trabajo con inmigrantes guineanos en Barcelona[64]:

"Asimismo, no se rompe casi nunca el lazo de unión con los parientes que viven en el medio de origen y este hecho facilita una continua demanda de ayuda por parte de las familias residentes en Guinea que tienen parientes en España. Los emigrantes representan una de las principales fuentes de mantenimiento y de apoyo de las unidades de origen. La ayuda que se espera y se obtiene del grupo de parientes tiene que ver con el concepto de 'redistribución de la riqueza' que actúa, en Guinea, con mucha intensidad.

---

[63] Para profundizar en la organización de los matrimonios polígamos en origen y destino en población senegambiana, puede verse: Kaplan, 1998: 48-51 y:

"En nuestro estudio, el 27% de los hombres casados tienen dos esposas, aunque en Salt sólo reside una familia donde ambas mujeres conviven en destino. Por los datos recogidos durante el trabajo de campo más global, sabemos que en Cataluña hay aproximadamente unas quince familias en situación de convivencia poligínica, siendo cinco mandingas (todas procedentes de la zona de Baddibú), siete saraholes y dos fulas. Mantener esta práctica cultural en destino no es ni adaptativo ni funcional, y su coste es elevado. Las viviendas son pequeñas y generalmente son compartidas por otra familia o miembros varones, lo que permite repartir y reducir los gastos de alquiler, servicios y mantenimiento." (Kaplan, 1998: 100)

"Es más rentable tener una segunda esposa en origen, a quien se visita cada cierto tiempo, dejándola en estado de gestación y asegurando así una prole considerable, tanto en origen como en destino para cuando el mito del retorno se haga efectivo en el futuro. Este es el planteamiento generalizado de los hombres que tienen dos esposas.
La primera cónyuge es la que reside en destino, ya que las segundas nupcias fueron contraídas más recientemente, en la medida en que la migración permite con mayor facilidad afrontar el pago del *futo naafulo*. En el caso de los fula residentes en Salt, donde son las segundas esposas las que viven en destino, la estrategia ha sido diferente. Una vez las primeras mujeres han tenido algunos hijos en España regresaron a Gambia con los pequeños para permitir el desplazamiento de las segundas, que actualmente residen aquí. De esta forma, y siguiendo los mandatos de equidad del Corán, los hombres están orgullosos de haber brindado las mismas oportunidades a las dos esposas." (Kaplan, 1998: 102)

[64] La investigación de Fons (2004) es de las pocas que combinan trabajo de campo en el lugar de origen y en destino, lo que la hace especialmente interesante para tratar aspectos sociales y culturales de estas poblaciones.

Este mecanismo funciona dentro de la familia amplia, que engloba a un gran número de parientes. La presión social 'obliga' a la persona que tiene posibilidades económicas a hacerse cargo de algunos familiares, y a cambio adquiere el prestigio que comporta mantenerlos. Hacer emigrar a algún pariente significa mantenerlo durante un cierto tiempo. El último en llegar no adquiere ninguna deuda específica con el familiar que le ha ayudado, pero algún día quizás él mismo tenga que mantener a otro, si se da el caso. Pero no siempre las personas con posibilidades económicas hacen venir a un pariente, aunque es una de las prioridades que más se tienen en cuenta. En este sentido es importante destacar que este colectivo pone en marcha formas de control sobre los individuos y dirige a sus miembros a seguir las normas de convivencia y de redistribución culturalmente pautadas.

Así, por ejemplo, está muy mal visto que una persona no acepte en su casa a algún pariente por un tiempo: es una muestra de que tiene *algo* en su contra. El acto de hacer emigrar a algún familiar no deja de ser voluntario, pero la carga positiva que lo acompaña es un aliciente para que se opte por este tipo de práctica. Además, este proceso migratorio refuerza las instituciones familiares y, especialmente, garantiza jerarquía, poder y autoridad a los parientes que hacen venir a familiares.

Asimismo, esta redistribución mediante la acogida familiar limita en gran medida a los emigrantes el enriquecimiento personal. Éste sería uno de los factores fundamentales (juntamente con el hecho de que normalmente los guineanos realicen actividades mal retribuidas) que explicaría el por qué este grupo no consigue sobresalir económicamente, pese a vivir en unas condiciones no marginales. Es importante insistir en este tema, porque los estudios sobre migraciones suelen confundir marginación y falta de riqueza. Es decir, no siempre la pobreza supone marginación. Me parece fundamental plantear este tema porque esta población, no marginal, ha generado 'riqueza', pero no ha salido nunca de un cierto estado de pobreza." (Fons, 2004: 32-33, las cursivas son suyas)

Kaplan (1998) muestra otro ejemplo:

"En este apartado sobre la religión y la migración nos parece importante considerar la prescriptita peregrinación a La Meca como un hecho que ha comenzado a ser relevante por la frecuencia con la que se produce y por lo que nos revela respecto a las expectativas globales del proyecto migratorio, tanto en origen como en destino, que no se limitan a cuestiones de bienestar material sino que trascienden a esferas más amplias de realización personal. (…)" (Kaplan, 1998: 130)

"Últimamente se han registrado casos entre los inmigrantes senegambianos que llevan más tiempo residiendo en destino, en los que envían dinero a sus padres para que puedan realizar esta peregrinación. Entienden que, una vez que han construido una vivienda sólida, han podido reagrupar a su familia y han ayudado en la medida de lo posible a los otros parientes residentes en el lugar de origen, es el momento de dar la oportunidad a sus padres para que realicen el sueño de todo buen musulmán." (Kaplan, 1998: 131)

"A escala familiar, parece claro que existen diferentes expectativas y presiones en origen según se trate de hombres o de mujeres, en la medida en que la emigración de éstas es inducida por la reagrupación familiar, mientras que la de los hombres tiene un carácter básicamente económico. Mientras ellos son considerados productores, ellas establecen su rango a partir de ser reproductivas. La migración se concibe dentro de una estrategia de movilidad socioeconómica y es percibida como una inversión que es realizada por todo el grupo doméstico, con un claro efecto multiplicador. De esta forma, se favorece la migración de nuevos parientes y se van fortaleciendo las redes en destino. Por lo tanto, cuantos más miembros tiene una familia en el extranjero, mejor garantiza la frecuencia y la cuantía de los envíos.

El alto grado de disciplina social y las fuertes lealtades de esta primera generación de migrantes hacia la comunidad de origen, producen un nivel de estrés basado en el 'éxito' que se espera de su aventura migratoria y que viene marcado por la ayuda que se envía a África y por la legitimación de este éxito/fracaso por parte de la comunidad. A medida que se sustituyen las generaciones (Battistela, 1997), disminuye el soporte y el envío de dinero a la familia de origen." (Kaplan, 1998: 174-175)

En definitiva, sea derivada de la precariedad laboral o asociada a la reciprocidad obligada, las limitaciones en cuanto a la disponibilidad de dinero tendrán consecuencias para la salud. La nutrición es, por ejemplo, uno de los aspectos relacionados con la salud que más puede verse deteriorado a raíz de los procesos de marginación y pobreza. Este hecho puede ser debido, como ya se ha mencionado, a cuestiones diversas que van desde el déficit de ingresos (que limitaría la posibilidad de adquirir alimentos, especialmente aquellos más caros como frutas, pescados o carnes), las variaciones en los hábitos dietéticos (debidos a la imposibilidad de encontrar o poder pagar productos que eran la base de su alimentación en origen), los horarios laborales intensivos (que reducen el tiempo para cocinar y para comer) hasta las condiciones de la vivienda (donde no siempre es posible cocinar ni conservar adecuadamente los alimentos) y las modificaciones en la estructura familiar.

> "In addition to the dramatic changes migrants are often required to make to their dietary habits in cross-border movements, the economic nature of migration means that migrants may have little to spend on food; even where this is not the case, the culture clash involved in adapting to new ingredients and habits can be serious." (OMS, 2003: 25)

La limitación de ingresos influirá también en la capacidad del individuo para acceder al sistema sanitario y a los cuidados de salud (por la imposibilidad de comprar fármacos, seguir dietas, dejar de trabajar para guardar reposo, etc.)[65]. De esta manera, cuando se dice que la asistencia sanitaria en el Estado español es gratuita conviene puntualizar que el transporte hasta los centros de salud o los medicamentos que se prescriben no lo son, y, por tanto, no están al alcance de toda la población, como no lo está tampoco la posibilidad de dejar de trabajar durante la enfermedad o la convalecencia, cambiar a un empleo con menores riesgos laborales o perder días de trabajo para acudir a las consultas. Y no lo está, desde siempre y para amplios sectores de la población, de modo que, a veces, llama la atención el hecho de que parezca que partimos de cero cuando analizamos las circunstancias de la atención sanitaria a inmigrantes, como si todos los factores y circunstancias fueran nuevos y les fueran exclusivos. La OMS ha destacado este hecho en uno de sus documentos sobre salud e inmigración:

> "Migrant workers often suffer on account of inability to obtain health insurance. In addition to unsafe working and living conditions, migrants frequently resist seeking medical treatment because of associated costs, inability to miss work, inability to find childcare and problems of transportation. Many are unfamiliar with the local health-care systems, and may have linguistic or cultural difficulties communicating their problems." (OMS, 2003: 23)

> "The right to health requires health facilities, goods and services to be 'within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups'. However, location, distance and timing of opening hours of health services may pose problems for migrants. For a variety of reasons, migrant workers may be less able to request time off to seek health care during the day. Indeed, in many countries, they need to take two or more jobs to survive economically and are thus unable even to access care in the evenings. In addition they often live and work in areas of towns and cities or agricultural areas where services tend not to be physically located." (OMS, 2003: 27)

---

[65] Un estudio realizado con una muestra de 78 inmigrantes irregulares en el Campo de Gibraltar (Vázquez, Espejo, Faus, 2006) encuentra que un 27,7% de ellos reciben los fármacos en centros de acogida o de atención a inmigrantes y que un 21,2% declara haber tenido dificultades para la adquisición de fármacos por motivos económicos. Aunque la muestra es muy pequeña y se trata, exclusivamente, de inmigrantes irregulares, es un hecho que debe tenerse en cuenta.

Otros aspectos ligados a la limitación de ingresos como la disponibilidad de ropa, las características de ésta y la posibilidad de mantenerla en condiciones de higiene pueden parecer menores pero condicionan en cierta medida tanto la salud (pensemos, por ejemplo, en la falta de ropa de abrigo o calzado adecuado) como el acceso a la atención sanitaria (algo que se relacionaría con el pudor de ciertos pacientes, inmigrantes o no, a acudir al médico sucios o con una ropa que delata una situación de precariedad económica).

3.1.4. Vivienda

Uno de los ámbitos en los que se conjugan la marginación y pobreza es el acceso a la vivienda (y, más aún, a la vivienda de calidad). El ya mencionado estudio de Sanz, Torres y Schumacher (2000) sobre la morbilidad y uso de servicios sanitarios en inmigrantes del Área Sanitaria 6 de Madrid encuentra que hasta un 11,3% de los entrevistados residían en chabolas y un 19% afirmaba no tener las instalaciones higiénicas básicas.

> "Se han diferenciado 4 situaciones respecto a la vivienda: *a)* piso independiente a su cargo o compartido (60,3%; IC del 95%, 54,2-65-6); *b)* vivienda del empleador (18,4%; IC del 95%, 14,1-23-2), de los que la mitad disponía adicionalmente de piso compartido; *c)* chabolas (11,3%; IC del 95%, 8-15,5), y *d)* personas sin residencia fija (casas abandonadas, coches, y otros) (10%; IC del 95%, 6,8-14). La práctica totalidad (98,3%) del primer grupo comparte el piso con hijos (16,9%; IC del 95%, 12,6-22,6), cónyuge (23%; IC del 95%, 17,5-28,7), otros familiares (41%) o amigos (49,9%) (categorías no excluyentes). En promedio, las viviendas son compartidas por 6,5 personas (IC del 95%, 3,9-9,1) y la habitación para dormir por casi 3 (IC del 95%, 2,5-3,1). Un 19% (IC del 95%, 14,4-24,7) no dispone de agua corriente, electricidad ni recogida de basuras en sus viviendas." (Sanz, Torres, Schumacher, 2000: 316)

No parece necesario insistir en las negativas consecuencias para la salud que conlleva la ausencia de vivienda: exposición al frío y al calor, limitación de la higiene y de las posibilidades de alimentación, situaciones de violencia…, por citar tan solo alguna de las más evidentes.

Y aún cuanto en general sí se dispone de ella, no es extraño que presente graves deficiencias en cuanto a las condiciones mínimas de habitabilidad (agua, servicios higiénicos, ventilación, aislamiento térmico, etc.), a lo que se puede unir el hacinamiento (dado el elevado precio de la vivienda y la necesidad de compartirla para ahorrar gastos), lo que, en su conjunto, favorecería la contracción y transmisión de patologías y dificultaría, en caso de ser necesarios, los cuidados en situaciones de enfermedad. Las consecuencias psicológicas son también fáciles de suponer: falta de privacidad, oscuridad, frío, dificultades de convivencia, etc.[66] Además, como ya se ha visto, el elevado precio y las condiciones de abuso en las que, a veces, se alquilan los pisos (varios meses por adelantado, avales bancarios exagerados…) llevan a que buena parte de los ingresos se dediquen al pago de la vivienda, lo que limitará las posibilidades de dedicarlo a otras *partidas*, como alimentación, ropa y calzado, pago de la deuda, u otros, directamente relacionados con la salud, como la compra de fármacos, lo que, sin duda, influirá directamente en la calidad de vida y en la vulnerabilidad frente

[66] Los accidentes tampoco son raros: pisos fríos y húmedos, sin calefacción y con instalaciones eléctricas antiguas y defectuosas que hacen que sus ocupantes enciendan radiadores (cuando pueden permitirse el gasto), braseros o, incluso, pequeñas hogueras, que pueden provocar, como ya ha ocurrido, intoxicaciones por monóxido de carbono o incendios.

a la enfermedad. Afortunadamente, las situaciones, aunque difíciles, no siempre son tan precarias. Según los datos de Kaplan (1998):

> "Las condiciones residenciales de la población senegambiana en Salt tiene unas características particulares respecto a otros municipios catalanes. En primer lugar se trata de pisos con buenas condiciones de habitabilidad en términos generales. En segundo lugar, la localización de estas viviendas permite una distribución dentro de la ciudad relativamente equilibrada. Y en tercer lugar, el apoyo, el interés e implicación de los Servicios Sociales del Ayuntamiento contribuyen a que estas condiciones sean posibles.
> Todas las viviendas poseen desagües y agua corriente. En el 85% de los pisos el suministro de agua caliente llega al baño y a la cocina, en dos pisos sólo al baño, y en uno no existe. Las viviendas suelen ser interiores, pero soleadas y con ventanas suficientes, que evitan ambientes insalubres de humedad y falta de ventilación. La gran mayoría (74%) tiene algo de sol durante el día y un 17% recibe muchas horas de insolación. La ventilación es suficiente en el 80% de los pisos y muy elevada en un 18%. Todas disponen de calefacción, mayoritariamente (82%) estufas de butano, y casi un 12% tiene radiadores, aunque un 3% no los utiliza debido al elevado coste de su consumo. Tampoco parecen tener aceptación las estufas y placas eléctricas. El suministro de gas en las viviendas es de butano en un 67% y de gas ciudad en un 33%." (Kaplan, 1998: 106-107)

> "Sin embargo, a pesar de que por el momento no se produce un fenómeno de 'guetización', las situaciones de hacinamiento son frecuentes. Los pisos son pequeños, tienen superficies que no superan los 70m^2, están distribuidos en tres habitaciones de tamaño reducido, salón, baño y cocina. En un 53% de los casos, los individuos que conviven en la misma vivienda son entre cinco y siete, y en un 28%, el número de miembros aumente a entre ocho y nueve. Sólo en un 20% viven cuatro o menos individuos en un mismo piso." (Kaplan, 1998: 107)

A todo lo anterior habría que añadir otro factor relevante para la salud pública y también para los procesos de generación de exclusión social, y es la tendencia a la concentración de los inmigrantes en determinadas zonas de las ciudades, muchas veces las más degradadas y con peores servicios, aquéllas donde la vivienda es más barata y las condiciones de salubridad peores[67].

> "Housing is an indicator of the quality of life people enjoy, and in the case of migrants, especially undocumented migrants, housing is typically problematic. Not only do most migrants arrive with little money but in many cases their official status is temporary and does not allow them to 'invest' in good quality housing, even if they had the money to do so. Social barriers often reinforce this further by allocating only selected areas of towns and cities to migrants.
> The frequency with which new migrants are forced to concentrate in poor areas of towns and cities and in substandard housing where overcrowding and inadequate sanitation are the norm has been highlighted by numerous studies." (OMS, 2003: 26)

Esta situación de reclusión en determinadas zonas de las ciudades tampoco es nueva. Parramón (2002) la describió también en un trabajo sobre migraciones internas a L'Hospitalet del Llobregat entre los años 60 y 75:

> "La investigación la llevo a cabo en L'Hospitalet de Llobregat, un municipio fronterizo de Barcelona ciudad, que al inicio del s. XX llegaba a los 5000 habitantes y que en la actualidad, en el marco del proceso de pérdida de habitantes que lo caracteriza, se sitúa cerca del cuarto de

[67] La mala calidad de la vivienda asociada a un precio bajo es una situación frecuente, aunque diversos estudios han señalado la existencia de una ratio desproporcionada precio/calidad de la vivienda, que apuntaría a otros factores como el realquiler para obtener beneficios, el incremento de los precios por discriminación o, también, por sensación de inseguridad de los propietarios, o el alquiler de viviendas como *negocio étnico* (personas inmigrantes de determinados grupos que compran o alquilan viviendas para alquilarlas, con o sin la documentación adecuada, a miembros de otros grupos, como forma de ganar dinero).

millón. Las grandes transformaciones socio-económicas y urbanísticas que han acompañado este fabuloso crecimiento demográfico han tenido lugar durante el s. XX y directamente vinculadas a los procesos migratorios que se iniciaron durante el primer tercio de siglo y retomaron intensidad después de la Guerra Civil. Fue durante el franquismo que desaparecieron definitivamente los vestigios del pasado agrícola hospitalense y que el término municipal se urbanizó completamente. En el año 1981 llegaba a su máximo con 295.074 habitantes, cifra que representaba un 423% de aumento respecto de los 69.748 habitantes de 1950.
Fueron 30 años en los que entre la capital catalana y la actual comarca del Bajo Llobregat se construyó el continuo urbano hospitalense, un paisaje de cemento de configuración especialmente desarticulada. Éste fue uno de los factores, aunque no el único, que incidió en la preponderancia de los barrios en L'Hospitalet, aquellas 'populosas barriadas' cuyo caos urbanístico y desmesura humana reforzaban obviamente el espejismo del retorno, habitualmente más presente en los primeros tiempos de los procesos migratorios. Se trataba de aquellos barrios que la prensa estaba estigmatizando y en los que, como es sabido, durante años la vida fue francamente difícil ya que se caracterizaron, especialmente los de nueva construcción, por la falta de todo tipo de infraestructuras urbanas y equipamientos. Fueron años en que el proceso urbanístico hospitalense potenció el fenómeno de las poblaciones inmigradas y en torno al cual cuajan fabulosos negocios inmobiliarios." (Parramón, 2002: 304)[68]

En lo que respecta al acceso al sistema sanitario, aunque la ausencia de vivienda, las características de ésta o su régimen de tenencia no pueden ser, legalmente, un motivo para negar el empadronamiento[69] (y con él, la obtención de la TSI), está claro que se trata de situaciones que dificultan el trámite, ya sea por las trabas que, en la práctica, ponen los Ayuntamientos, por el desconocimiento de la persona interesada sobre sus derechos, las reticencias a acudir a los servicios sociales o el retardo con el que, en ocasiones, éstos funcionan y los recursos limitados de los que pueden disponer. Por otra parte, los cambios de vivienda son habituales, sobre todo en las primeras etapas de la migración, de tal manera que es frecuente que las tarjetas sanitarias no lleguen correctamente a los domicilios. Además, el cambio de vivienda implica, a veces, el de centro de salud de referencia y de médico asignado, con lo que se reducen las posibilidades de seguimiento de los casos y se dificulta el establecimiento de una relación adecuada con el médico de familia, primera vía de entrada al sistema sanitario, reiniciándose de nuevo el proceso de adaptación y de toma de decisiones respecto al acceso.

3.2. ESTRUCTURA Y FUNDAMENTOS DEL SISTEMA SANITARIO

3.2.1. Planificación de la asistencia

Como se ha visto, existen restricciones para la atención sanitaria a personas inmigrantes que nada tienen que ver con cuestiones médicas pero que afectan en diferentes grados a la planificación de la asistencia.

"En muchos casos la responsabilidad colectiva en la búsqueda de soluciones por parte de gestores, profesionales sanitarios y otros agentes implicados en el ámbito de la salud, se ve seriamente comprometida a nivel de la cobertura de las necesidades de salud, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la equidad, debido a aspectos legislativos y a políticas globales que se hallan muy alejadas de las sanitarias. De este modo, el principio de la universalidad de la

[68] Hoy en día L'Hospitalet es uno de los municipios de Barcelona con mayor índice de población inmigrante. Como ha ocurrido en otras ciudades y barrios, se ha ido produciendo paulatinamente una sustitución demográfica: a medida que conseguían mejorar, especialmente las segundas y terceras generaciones, esos antiguos emigrantes andaluces, extremeños… han ido abandonando los barrios y han sido sustituidos por un nuevo perfil de población: senegales, marroquíes, pakistaníes…

[69] La normativa de empadronamiento se revisará, con mayor profundidad, en la tercera parte del trabajo, capítulo 5.

> asistencia sanitaria para el conjunto de la población del país, queda seriamente restringido para muchos de los inmigrantes extranjeros y, específicamente, para los que no disponen de una situación administrativa legal o regularizada." (Jansá, 1998: 165-166)

Además de las cuestiones estrictamente legales se dan otras, derivadas de éstas, que dificultan la planificación de la atención: por ejemplo, como ya se ha dicho, no se dispone de cifras exactas del número total de inmigrantes (regulares e irregulares), ya que respecto a estos últimos tan sólo existen estimaciones, que pueden, incluso, variar considerablemente en función de la entidad o Administración que las calcule. Teniendo en cuenta que la delimitación de Áreas Básicas de Salud y la asignación de personal y presupuestos a los centros se hacen fundamentalmente en función del volumen de población atendida, el reparto puede no ser ajustado a la realidad, en la medida en que la población existente puede ser mayor a la estimada.

> "(…) En este mismo sentido, en el padrón municipal de habitantes en Barcelona del año 1996, los extranjeros residentes en la ciudad representaban el 1,9% del total de la población de residentes, siendo un 28,6% de ellos procedentes de países de la Unión Europea. Si, en lugar del padrón municipal de habitantes, se toman como referencia para el mismo año los datos del Gobierno Civil relativos a los permisos de residencia vigentes, permisos especiales para estudiantes extranjeros y reagrupamientos familiares, esta cifra se incrementa en un 35%, lo que pone de manifiesto la subestimación de los registros poblacionales en cuanto a la inclusión de poblaciones extranjeras residentes. Este hecho, debido tanto a las personas que se hallan en situación no regularizada como a las dificultades inherentes a factores idiomáticos, culturales y sociales de algunos de estos ciudadanos, conlleva dificultades para la planificación de servicios de salud y para la puesta en marcha de programas y estrategias en el ámbito de la salud pública, toda vez que pone de manifiesto la necesidad de tener un mejor conocimiento de la situación de estas poblaciones a nivel demográfico, económico, socio-sanitario y epidemiológico." (Jansá, 1998: 165)

Cabe puntualizar, sin embargo, que esta situación de dificultad para calcular la población atendida no se debe exclusivamente a la presencia de inmigrantes no regularizados (o no empadronados). Un estudio realizado por Salas et al. (2003) respecto a la tasa de empadronamiento real de los pacientes ingresados en el Hospital de Poniente de Almería mostró que el 24% de los pacientes estudiados no estaban empadronados en las poblaciones en las que decían residir (tres municipios elegidos, precisamente, por su elevado crecimiento demográfico). El análisis de los datos muestra que, de entre los pacientes no empadronados, la mayoría (75%) eran nacionales y mayores de 70 años (58%), lo que se explicaría por el desplazamiento a estos ayuntamientos de familiares ancianos de personas que sí lo están, que generan un gran número de ingresos y no constan en el padrón. De los no empadronados, sólo el 24% eran extranjeros, fundamentalmente inmigrantes, aunque también se contabilizaban algunos turistas.

> "La mayoría de los ingresos de pacientes no empadronados corresponden a personas mayores de 70 años nacionales. La causa parece estar en que se trata de los padres y familiares de personas que ya residen en la comarca desde hace años, procedentes de zonas próximas de Andalucía y del resto del territorio nacional, y que por su avanzada edad pasan a ser atendidos por sus familiares más jóvenes. En algunos casos incluso se ha detectado pacientes que, aunque no viven en la zona de referencia, se desplazan para ingresar y ser cuidados por los familiares. La pérdida de las capacidades y autonomía de las personas mayores, es, de hecho, una de las principales causas que motivan la inmigración en este grupo de edad." (Salas et al., 2003: 314)

> "El segundo gran grupo de pacientes no empadronados son los inmigrantes. Se trata fundamentalmente de sujetos procedentes de los países africanos, aunque está aumentando de forma importante el número de pacientes del este de Europa y Latinoamérica. El perfil es el de

> varones jóvenes que ingresan por alguna enfermedad infecciosa, en algunos casos propia de sus países de origen. Aunque la proporción de inmigrantes con tarjeta sanitaria va en progresivo aumento, se calcula en varios miles el número de inmigrantes que no disponen de la misma. Por último, los pacientes extranjeros no inmigrantes, fundamentalmente turistas, representan una pequeña proporción debido a que la cobertura de sus seguros particulares favorece su ingreso en hospitales del ámbito privado." (Salas et al., 2003: 314)

Estos datos, llevan a los autores a defender, muy razonablemente, que el padrón de habitantes no sea la única fuente de referencia para la asignación de recursos sanitarios y reclaman la realización de estudios que permitan conocer las características reales de la población a la que se atiende.

> "La elevada proporción de pacientes no empadronados, sobre todo en lo que respecta a la población anciana, con un elevado consumo de recursos hospitalarios, tanto en estancias hospitalarias como en gasto farmacéutico, motiva un desajuste entre la asignación de recursos en función de la población reconocida en el padrón y la población real." (Salas et al., 2003: 314)

> "En conclusión, consideramos que el Padrón Municipal no debería ser la única referencia para la asignación de recursos sanitarios en determinadas zonas de rápido desarrollo y crecimiento poblacional. Deberían tenerse en consideración otras fuentes de información, como la expedición de tarjeta sanitaria en el caso de inmigrantes y, sobre todo, datos de hospitalización que permitan conocer mejor la realidad de la población atendida." (Salas et al., 2003: 314)

Aún cuando no se conozca en qué medida esta situación es extrapolable a otros centros, sí merece la pena tener presente que quizá los métodos de asignación de cupos y presupuestos no sean los más adecuados, ni para la organización de la asistencia ni para garantizar la calidad de la atención.

La situación puede complicarse, además, porque no sólo se desconoce su número sino muchas veces también las características sociodemográficas básicas de estas poblaciones (contabilizadas o no) y, sobre todo, sus necesidades en salud y expectativas concretas en esta materia. Las características sociodemográficas en cuanto a edad y género pueden ser muy diferentes ente los distintos colectivos de inmigrantes y, también, en función del tiempo de estancia. Así, por ejemplo, en Cataluña, es frecuente que la inmigración de origen pakistaní y subsahariana (no guineana) sea fundamentalmente de hombres jóvenes, siendo menor el número de mujeres y diferentes los motivos y los momentos en los que éstas emigran (sobre todo, tras varios años de estancia de los hombres y por reagrupación familiar). En el caso de la población procedente de América Latina, suele ser más frecuente la emigración de las mujeres en primer lugar y más tarde su retorno a origen o la reagrupación del resto de la familia. Kaplan (1998) habla de estas diferencias en los siguientes términos:

> "La migración senegambiana hacia el extranjero es asimétrica en términos de género, ya que el rol de emigrante, en la sociedad de origen, ha correspondido tradicionalmente al hombre (Kaplan, 1991)." (Kaplan, 1998: 91)

> "Cerca de la mitad de la población masculina (44,6%) llegó a España hace más de ocho años, y sólo dos mujeres lo hicieron en el mismo periodo. Vemos claramente que son las mujeres quienes más recientemente han llegado, situándose casi el 40% de ellas en un período de residencia de un año o inferior a un año, frente al 20% de hombres; un 21,4% de mujeres llegó hace dos años, frente al 10,8% de hombres.
> Cruzando las variables de la situación legal con los años de llegada, aparece un incremento de población femenina en años recientes a través de la reagrupación familiar, es decir, que se vio claramente favorecida por la regularización de extranjeros efectuada durante el segundo semestre del año 1991, en una campaña titulada 'Sal a la luz, ponte en regla' lanzada conjuntamente por el

> Ministerio del Interior y el de Trabajo y Seguridad Social. Este proceso de regularización permitió, por ejemplo, que el número de ciudadanos gambianos que tenían permiso de trabajo y residencia en la provincia de Gerona pasara de 778 en 1990 a 1968 en 1991, según datos oficiales del Gobierno Civil." (Kaplan, 1998: 96)
>
> "Como ya apuntábamos anteriormente, son los hombres quienes inician el proceso migratorio porque es a ellos a quienes tradicionalmente la sociedad de origen les ha reservado el papel de emigrar. Las mujeres permanecen en África, en la unidad doméstica, realizando tareas fundamentales para la supervivencia del grupo, como primeras productoras de alimento y energía, reproductoras biológicas y culturales, cuidadoras y administradoras de la economía doméstica. Las familias depositan en sus varones migrantes generosas expectativas que se comienzan a concretar, generalmente, en la construcción de una vivienda sólida.
> Hemos visto que la población adulta de nuestro estudio es mayoritariamente masculina (casi el 70%), confirmando de este modo una trayectoria migratoria característica en el África subsahariana occidental: los hombres emigran solos y una vez alcanzan cierta estabilidad laboral, legal y residencial que les permite enviar dinero a origen y al mismo tiempo afrontar los gastos de desplazamiento, vivienda y manutención en destino, comienzan la reagrupación familiar.
> De esta forma, las mujeres inician su proceso migratorio de manera inducida, con otros fines, y sin tener en principio estrategias familiares de movilidad, sino la voluntad de reunirse con sus maridos y empezar, o continuar, la construcción familiar. Por lo tanto, todas las mujeres adultas son mujeres casadas. Excepcionalmente, durante los últimos años algunos hombres que llevaban un tiempo de residencia prolongada en España han traído a sus hermanas o hijas mayores para brindarles la posibilidad de estudiar, y en algunos casos han sido acordados matrimonios con otros gambianos residentes en destino." (Kaplan, 1998: 99)

Sería necesario, por tanto, que cada Área Básica de Salud dispusiera de datos lo más fiables posible de la población a la que le corresponde asistir y emprendiera, con el respaldo suficiente, actividades destinadas a conocer su estado de salud, sus necesidades y demandas, estableciendo también programas adaptados de promoción y educación para la salud. E, indudablemente, esto requiere estudios concretos, contextualizados en tiempo y espacio y realizados por equipos interdisciplinares constituidos por profesionales con la formación adecuada para atender a la amplia gama de aspectos que entran en juego.

También es necesario tener en cuenta que el flujo migratorio es continuo e impredecible (suele afirmarse que simplemente imparable), de manera que la población con necesidad de ser atendida varía constantemente, tanto por la llegada de nuevos inmigrantes como por la situación de temporalidad de la residencia de algunos de ellos (especia, pero no exclusivamente, en el ámbito rural) o los cambios frecuentes de domicilio. Aunque, en realidad, esta afirmación no siempre es completamente exacta, ya que la llegada de nuevos inmigrantes a zonas concretas sí es, en ciertas ocasiones, predecible. Así, por ejemplo, el último proceso de regularización extraordinaria (2005) ha permitido la legalización de la estancia de gran cantidad de inmigrantes que tenían derecho, de acuerdo con la normativa legal, a solicitar la reagrupación familiar al cabo de un año. Es decir, ya en el momento en el que se conocieron las cifras de inmigrantes recién regularizados podría suponerse que parte de ellos solicitarían la reagrupación, lo que hubiera permitido tomar, por adelantado, algunas medidas. Pero es que, además, teniendo en cuenta la lentitud de los trámites, de forma que pueden pasar varios meses desde que se solicita hasta que se concede y se consiguen los documentos (y el dinero) necesarios para traer a la familia, aún se dispondría de tiempo para hacer un cálculo exacto del número de personas que van a llegar, cuántos son adultos y cuántos ancianos o niños, realizar una estimación de las necesidades específicas en salud que tendrán y planificar, esta vez con antelación, su asistencia. Muchos profesionales, sobre todo de

centros de primaria, son conscientes de esta situación y lo son también de que no siempre se toman las medidas necesarias para asumirla con garantías.

Y la situación, una vez en la consulta, tampoco siempre va a ser fácil, por varios motivos. El profesional encontrará dificultades para interrogar a algunos de sus pacientes debido a diferencias idiomáticas, en giros y expresiones, pero también por el desconocimiento por parte de algunos de ellos de la estructura y criterios de funcionamiento del sistema sanitario, de sus pautas de tratamiento y por diferencias en la atribución de causas a las enfermedades y en la manera de entender el cuerpo, los tratamientos, las jerarquías de valores respecto a las salud, etc. Pero, además, la consulta puede llevar más tiempo debido a la necesidad de recabar más información que en otros pacientes: abrir historias clínicas por primera vez, recoger datos sobre el estado de salud en origen, vacunaciones, determinadas enfermedades, condiciones de vida, etc. Esto puede resultar complicado para los médicos que no siempre tienen la formación adecuada, ni desde el punto de vista clínico (no conocen bien algunas enfermedades y pueden temer no conocer otras, de modo que pueden necesitar más tiempo para estar seguros), antropológico (pueden no saber abordar bien al paciente ni conocer los factores implicados) ni en cuanto a recursos (mediadores, intérpretes…). Todo en conjunto puede hacer que el curso de la entrevista clínica requiera más tiempo y sea más lento de lo normal, lo que puede tener varias consecuencias. Al hacer más lenta la marcha de la consulta, si no se ha tenido en cuenta en la planificación del horario, éste sufrirá retrasos. El profesional puede estar prevenido contra esto y por necesidad de ver a todos los pacientes o por su propia comodidad, puede –consciente o inconscientemente– llegar a atenderles peor de lo que debería o de lo que sus necesidades requieren. Puede también asumir que no es capaz de entenderse ni desde el punto de vista lingüístico ni humano con su paciente o que éste se irá pronto o cambiará de domicilio o no seguirá sus indicaciones (porque no puede o porque no quiere), de modo que puede tender a simplificar la atención, lo que incrementará la frustración de ambos y puede aumentar el riesgo de cometer errores que complicarán la asistencia y la salud del paciente y no contribuirán, precisamente, a que las relaciones mejoren. O puede, por el contrario, entender que su responsabilidad es ofrecer a cada paciente concreto la atención que requiere, dedicándole el tiempo necesario, con lo que prolongará su jornada laboral o es posible que la dirección del centro le recuerde que tiene un cupo de pacientes que visitar o que los usuarios autóctonos acaben solicitando el cambio a otro profesional que los atienda antes. En cualquier caso, su posición será complicada, el equilibrio entre necesidades y posibilidades de atención será difícil de alcanzar y tendrá que asumir, frecuentemente en solitario, los riesgos de una u otra actuación.

Sea como sea, los aumentos de la población y las características concretas que esta tenga implican un incremento en la carga asistencial que no recae por igual en todos los centros, en la medida en que, como ya se ha explicado, los lugares de asentamiento de los inmigrantes corresponden en ocasiones con las zonas de las ciudades en peor situación socioeconómica y frecuentemente con menor dotación de servicios[70]. Estos

[70] También debe señalarse que las diferencias en la carga asistencial se dan también, dentro de los centros, entre los profesionales, de manera que es a los últimos que se incorporan a los que se les suelen asignar los usuarios recién llegados (en la medida en que se abren cupos nuevos con la población que va llegando). Así, no es raro que en determinados centros los últimos médicos contratados tengan un volumen de población inmigrante muy superior a los más antiguos, en cuyos cupos suele predominar la población autóctona.

centros atenderán a un tipo de población –tanto inmigrante como la autóctona más pobre y/o marginal– con necesidades peculiares, de modo que difícilmente pueden regirse por los estándares de funcionamiento que son válidos para otros servicios, con un volumen de población más estable y conocida y en mejor situación socioeconómica. Los gestores sanitarios deberían tener en cuenta que estos centros deben poner en marcha actividades de promoción y prevención de la salud que pueden no ser necesarias en otros lugares (o serlo en distinta medida o en diferente modo), que los profesionales pueden necesitar más tiempo para la atención de cada uno de estos ciudadanos y que probablemente requerirán de un respaldo en cuanto a formación, apoyo y recursos económicos y humanos superior (y diferente) al de otros lugares. Disponer de ellos, en el momento y en la medida adecuados, permitirá que puedan ejercer su labor con garantías, evitando estrés y frustraciones innecesarios y que sólo irán en detrimento de la salud, en este caso tanto de los pacientes como de los propios profesionales. Veámoslo con más detenimiento.

3.2.2. Organización y gestión de la asistencia

No puede dejar de reconocerse que el sistema sanitario de corte occidental que existe en el Estado español, como cualquier otro de nuestros sistemas, responde a un modelo concreto, diseñado por y para una tradición cultural y un tipo de sociedad determinadas o, más bien, para los sectores considerados estándar de esta sociedad. Nuestro sistema sanitario está diseñado, preferentemente, para un *usuario-tipo*, desprovisto de diferencias significativas respecto a la media. De manera genérica, podríamos decir que se trata de un varón (la atención a hombres y mujeres es la misma y sólo muy recientemente comienza a tenerse en cuenta una perspectiva de género), de nivel socioeconómico medio, del que no se espera (habitualmente) que presente dificultades económicas graves que causen o se relacionen con patologías ni limiten su capacidad de acceso al sistema sanitario y a los productos relacionados con la salud (fármacos, dietas…). Se le supone, además, una capacidad básica para entender los mensajes de su médico y suficientes posibilidades intelectuales, económicas y legales para seguirlos. Y se trata, por supuesto, de un usuario con el que no existen dificultades significativas de comunicación, puesto que además de utilizar el mismo idioma que su médico, comparte, básicamente, sus códigos culturales, se identifica con el sistema sanitario y lo siente como propio, en su estructura y fundamentos.

La biomedicina en nuestro medio mantiene una estructura estática, muy poco flexible en cuanto a los estándares de funcionamiento y que encuentra dificultades para adaptarse a usuarios que se aparten de la media y tengan necesidades o demandas específicas. Y en esto los inmigrantes son sólo uno de los posibles casos, de forma que puede decirse que su llegada lo único que ha hecho ha sido sacar a la luz y exacerbar fenómenos que, en realidad, siempre habían estado ahí: la población a la que se ha atendido en nuestras consultas no ha sido homogénea nunca, siempre ha habido individuos o colectivos con necesidades diferenciadas y cuyos planteamientos culturales o situación social no se correspondían con los supuestamente comunes o, peor aún, normales. Sin embargo, la estructura del sistema sanitario pocas veces se cuestiona y no siempre se contempla que tenga que adaptarse a las necesidades de estos nuevos usuarios: se espera que sean ellos los que modifiquen sus planeamientos y traten de cambiar aquellas circunstancias que les limitan o complican el acceso.

Ya se ha comentado en varias ocasiones el desconocimiento por parte de algunos profesionales sanitarios de los supuestos legales en los que los inmigrantes tienen derecho a la asistencia y, sobre todo, el hecho de que, una vez que se les concede, independientemente de la vía por la que sea, esta atención se debe realizar en condiciones de igualdad al resto de los usuarios. Es frecuente, en las conversaciones más o menos informales, oír a algunos profesionales comentarios en la línea de suponer que la población inmigrante carece de determinados derechos o que éstos se le otorgan desde un punto de vista de la solidaridad o la caridad y, por tanto, en cierta medida, aún cuando sea de manera no consciente o no malintencionada, sus derechos, sus exigencias, tendrían que ser menores a las del resto de la población. Dicho de una manera coloquial: '*no tienen derecho a pedir tanto, que ya bastante se les da*'[71].

> "La percepción muy generalizada de que se trata de una población 'sin derechos' puede hacer que el personal de los centros sanitarios entienda que no tiene la obligación laboral de atenderlos y que, si lo hace, es desde la opción del voluntariado. Una información correcta de la realidad del otro, sobre cuestiones deontológicas, morales y legislativas podría vencer esta barrera.
> Se puede interpretar que este trabajo 'de más' no tiene ningún reconocimiento desde los órganos gestores, ni económico, ni de otra índole. La respuesta de la Administración para adecuar los recursos a nuevas necesidades suele ser más lenta de lo deseable. Sólo el reconocimiento de la carga real que en algunos centros significa este incremento de población (en número de usuarios y en utilización de servicios) y su traducción en el necesario aumento de recursos disponibles (pago por capitación, aumentos de plantilla si procede, incremento de recursos para la atención y para la referencia de pacientes a otros niveles) puede mejorar la atención prestada en los centros. Asumir que voluntario es sólo el que elige serlo, también desde la Administración, es una necesidad palpable y urgente." (Gàmez, Galindo, 2002: 19)

En este sentido, sería necesario informar claramente a los profesionales sanitarios y administrativos de los centros de los supuestos en los que puede tener lugar la atención y dejar claro que se trata de una población con derechos comparables a los del resto de los pacientes y que, por tanto, su atención entra dentro de las obligaciones normales de los profesionales por mucho que pueda ser menos sencilla. Pero, al mismo tiempo, es necesario reconocer esto: que muchas veces esta atención puede resultar más compleja y que el profesional puede necesitar mayor formación, más recursos y más esfuerzo que, para ser justos, las administraciones tendrían que reconocerles y actuar para subsanarlas. Gestores, profesionales sanitarios y usuarios tendrían que asumir que el sistema debe ganar en flexibilidad, que tiene que dar respuesta a las necesidades de todos y, por tanto, no debe confundir diferencia con desigualdad: tendrá que atender a las necesidades de todos y, por tanto, no podrá tratar a todos igual, sean o no inmigrantes. Existe, podría decirse, una cierta falta de conciencia de que la sociedad en que vivimos es pluricultural –lo es desde hace mucho, de hecho–, y, al mismo tiempo, desigual, sin que ambas condiciones sean lo mismo ni la respuesta que deban darles las administraciones y sus profesionales lo sean tampoco: se trata de respetar la primera y luchar contra la segunda.

Por otra parte, el sistema sanitario español y catalán corresponde (o trata de hacerlo, al menos) a los parámetros de un Estado de bienestar, pero se encuentra para responder a ellos limitado por cuestiones políticas y económicas. Aunque el análisis en profundidad de las causas del incremento de los costes de la asistencia sanitaria se escapa a las posibilidades de este trabajo, merece la pena apuntar, brevemente, algunos de los factores que pueden estar interviniendo. En primer lugar, la esperanza de vida se ha incrementado mucho en las últimas décadas, la población está cada día más envejecida y existen tratamientos para enfermedades que permiten curar o prolongar la vida a

[71] Palabras de un profesional sanitario, en entrevista.

pacientes que hace no mucho hubieran muerto, de tal modo que se ha incrementado de manera muy significativa el número de personas ancianas y/o dependientes y que necesitan atención específica y continuada. Al mismo tiempo, se da, por parte de los ciudadanos, una mayor exigencia en cuanto a la calidad de la atención y la capacidad resolutiva de la misma, buscándose mayores estándares de bienestar. En un documento publicado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a) para conocer las visiones y valoraciones de profesionales, gestores y usuarios sobre el sistema sanitario catalán[72], que se citará ampliamente a lo largo de las próximas páginas, se menciona este hecho:

> "[Los profesionales] Aprecien com els usuaris s'han tornat més exigents, en relació amb les seves demandes, encara que el seu nivell pot ser diferent en funció del tipus de població. Esdevenen conscients que el bon tracte és, des del punt de vista dels usuaris, una de les característiques del bon professional, així com la informació i participació en la presa de decisions.
> Avaluen positivament les demandes i exigències dels usuaris; però qüestionen l'abast que ha de tenir la resposta del sistema. Posen de manifest la necessitat d'esclarir l'oferta i els seus límits." (Departament de Salut, 2006a: 21)

Los profesionales y especialistas sobre el tema señalan aún la existencia de dos factores más: el incremento en los recursos técnicos de la Medicina en las últimas décadas y la tendencia a medicalizar ciertas situaciones (procesos psicológicos leves o de cambio vital, por ejemplo, y, sobre todo, problemas de índole más social que médica), que contribuirían al incremento de los costes y de la presión asistencial, cada vez más difíciles de asumir por los sistemas públicos. En el documento mencionado antes (Departament de Salut, 2006a) se destaca que tanto los profesionales sanitarios como los gestores responsabilizan a los usuarios de esta tendencia a la medicalización, tratando de evitar que se generalice. Los usuarios, por su parte, afirman no estar medicalizando problemas que les generan malestar y parecen vivir como un descrédito que los profesionales redefinan sus demandas como psicológicas o no médicas:

> "[Los profesionales] Es refereixen a què el sistema sanitari està contribuint a medicalitzar problemes i dificultats que tenen una etiologia diferent a la mèdica." (Departament de Salut, 2006a: 15)

> "[Los usuarios] No consideren que estiguin construint (traduint/expressant) com a problemes de salut gran part dels malestars que comporta viure. Ni que demanar indiscriminadament atenció sanitària en les situacions que senten necessitat d'ajuda, esdevingui una solució perjudicial a nivell individual i/o col·lectiu. En canvi, sí que veuen com a problema que els professionals redefineixen en les consultes els seus problemes de salut com a invents seus al desconsiderar-los com a objectes reals d'atenció mèdica o al definir-los com a objectes d'atenció psicològica." (Departament de Salut, 2006a: 33-34)

> "[Los profesionales] Aprecien aquesta tendència a la sobremedicalització del malestar com un problema que afecta molt el seu treball i indirectament responsabilitzen els usuaris, atribuint-los manca de competències i de capacitat de contenció. Això es tradueix en una forma d'atenció interessada en fer fora del sistema aquest tipus de demandes d'ajuda i en reprimir en els usuaris

[72] El documento presenta los resultados de un estudio sobre las experiencias, percepciones y valoraciones de usuarios, profesionales y gestores a cerca del sistema sanitario catalán. Utiliza metodología cualitativa, mediante entrevistas en profundidad, relatos biográficos y grupos focales a un total de 254 personas de distintos ámbitos: profesionales, gestores, usuarios, cuidadores y no usuarios. No especifica el perfil en cuanto a género ni edad, ni el tipo de profesional o de centro para cada tipo de respuesta, por lo que es difícil establecer matices o incluso contextualizarlas.

aquests intents de solució. Això sovint comporta que el personal mèdic els desplaci per tal que siguin atesos pel personal d'infermeria." (Departament de Salut, 2006a: 34)

"[Los gestores] Consideren aquestes demandes com a greus problemes per al sistema i, indirectament, en culpabilitzen els usuaris. A més a més, promouen i potencien les formes d'atenció que fan fora aquestes demandes i inhibeixen la hiperfreqüentació." (Departament de Salut, 2006a: 34)

En cuanto a la sobreutilización de los recursos, especialmente técnicos, se suele señalar que estaría relacionada con la valoración positiva de la tecnología médica por parte de los usuarios (que pueden llegar a interpretar como desatención que no se les realicen pruebas que, en realidad, no siempre están indicadas) y como un mecanismo de protección del profesional, en una doble vertiente: por un lado, tratar de hacer más rápidas las consultas solicitando pruebas complementarias que podrían –en algunos casos– suplirse con una anamnesis y exploración más prolongada (para la que no siempre disponen de tiempo) y, por otra, respaldarse en las pruebas como medio de evitar demandas y conflictos y, también, de aumentar su propia seguridad respecto a las acciones terapéuticas.

"[Los usuarios] Veuen la utilització de les proves complementàries com a signe d'una bona atenció sanitària i no hi consideren la sobreutilització." (Departament de Salut, 2006a: 25-26)

"[Los profesionales] Reconeixen que en fan una sobreutilització, però la consideren necessària per les condicions actuals en què han de fer l'atenció sanitària (manca de temps i pressió/por dels usuaris)" (Departament de Salut, 2006a: 26)

"[Los gestores] Creuen que hi ha sobreutilització, a causa de les condicions actuals en què es fa l'atenció i per l'excés d'una pràctica innecessàriament defensiva i tecnocràtica del personal mèdic." (Departament de Salut, 2006a: 26)

En cuanto a la inmigración, algunos los profesionales y, parte de la población, suelen señalarla también como uno de los factores que influye en la presión asistencial, el incremento de los costes y el deterioro de la calidad de la asistencia. En el mismo documento los profesionales se expresan en los siguientes términos:

"[Los profesionales] Reconeixen que l'envelliment de la població i la immigració generen pressió sobre la pràctica quotidiana i això repercuteix sobre la qualitat assistencial i el judici que mereix la pràctica clínica, tant per als usuaris com per als mateixos professionals." (Departament de Salut, 2006a: 15)

"[Los profesionales] Mencionen que la immigració ha contribuït a incrementar la demanda sanitària actual. Afirmen que es veuen obligats a desenvolupar més feina i a atendre un nombre extraordinari d'usuaris sense que s'hagin modificat les condicions d'atenció i de plantilla existents." (Departament de Salut, 2006a: 17)

Los usuarios autóctonos, por su parte, pueden tener la sensación de que los inmigrantes hacen mal uso de los servicios, que abusan de unos recursos que algunos piensan que no tendrían derecho a tener y, sobre todo, que esto repercute en la calidad de la atención que reciben quienes sí lo tienen (o lo tienen en mayor medida), o sea, ellos. Al mismo tiempo pueden surgir informaciones manipuladas interesadamente (o simplemente simplificadoras) que generen estereotipos y prejuicios hacia estos pacientes: "vienen a hacer uso de nuestros recursos", "consumen más de lo que aportan", "generan problemas", "acaparan los recursos públicos", etc., que no contribuyen a facilitar su integración social ni a mejorar la convivencia. Diversos autores, sin embargo,

contradicen que el incremento del gasto sanitario público pueda deberse, en la medida alarmista en que suele señalarse, a la inmigración y el envejecimiento de la población:

> "Estudios recientes plantean que desde el punto de vista de los costes económicos, sólo una pequeña parte del incremento del gasto sanitario público puede atribuirse al envejecimiento poblacional, aspecto que por sus propias características no es susceptible de regulación futura, a diferencia de otros como el tipo de recursos utilizados, la frecuentación, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas.
> Con relación al impacto económico de la inmigración en los costes del sistema de salud, un estudio previo concluía la existencia de un efecto positivo (mayores aportaciones que gastos) por parte del colectivo inmigrante. Todo ello permite disponer de los elementos necesarios para afrontar las futuras necesidades y planificaciones con suficiente conocimiento de causa, evitando visiones catastrofistas sobre la inevitable crisis del sistema de salud vinculada al envejecimiento de la población y a la inmigración extranjera." (Jansá, 2006: 13)

Teniendo en cuenta todo esto, la organización de la atención, igual que la planificación de la misma, debería hacerse de acuerdo con las necesidades de la población en concreto a la que se va atender y de cada individuo en particular, por lo que será frecuente que, para prestar asistencia al mismo número de personas que se atendía antes o que se atiende en otros centros, haya que incrementar los recursos humanos y económicos y optimizar los existentes. Y, hay que volver a insistir en ello, para esto es necesario conocer a la población diana, sus características, necesidades y demandas y establecer unos parámetros de funcionamiento en cuanto a número de pacientes que hay que ver y tiempo que hay que dedicarles que sea verdaderamente adaptado a la realidad. Habrá que realizar una adaptación también a la realidad social de los pacientes (de todos), ampliando los horarios si fuera necesario, disponiendo de intérpretes y mediadores, etc.; a la realidad clínica, asumiendo que puede haber diferencias en las patologías, en su prevalencia, en el tipo y en la forma de presentación, por lo que será necesario disponer de los recursos necesarios; y a la realidad cultural, reconociendo que existen diferencias que son absolutamente legítimas y que es necesario conocer y respetar. De todas estas necesidades en materia de adaptación hablaremos más adelante, en el apartado dedicado a la competencia cultural.

En cualquier caso, y evitando siempre informaciones sesgadas o tendenciosas, sí parece razonable la solicitud de incremento de los recursos –y, cabría añadir, las mejoras en la gestión– especialmente en aquellos centros que hayan visto incrementada su carga asistencial (por la razón que sea):

> "Uno de los entornos en los que la inmigración ha tenido y continúa teniendo especiales repercusiones es el ámbito sanitario, y de modo especial los servicios de atención primaria ubicados en zonas con elevadas concentraciones de población extranjera. En estos entornos, a pesar de que desde hace años se ha hablado de la necesidad de dotar de recursos complementarios a los mencionados centros (formación de los profesionales de atención primaria, mediadores culturales, refuerzos administrativos...) la situación actual, a pesar de haber mejorado, sigue sin responder en muchos de los casos a las demandas y las necesidades reales. En el ámbito de la formación cabe destacar que, aparte de profundizar en el conocimiento y manejo de determinadas patologías de origen parasitario o de menor prevalencia en nuestro medio, resulta esencial la mejora en el conocimiento de los aspectos sociales, culturales y antropológicos característicos de los distintos colectivos de inmigrantes que residen en nuestro entorno." (Jansá, Borrell, 2002: 467-468)

Como uno de los posibles medios para tratar de reducir costes, aumentar la eficiencia y la sensación de seguridad del personal, la tendencia es cada vez más a establecer protocolos que guíen la actuación de los profesionales sanitarios. Éstos, por su parte,

pueden sentirse así más protegidos frente a posibles demandas por parte de sus pacientes, cubren las exigencias de los centros que los contratan y, al mismo tiempo, algunos, no se plantean conflictos éticos o lo hacen en menor medida y creen cumplir con ciertos estándares científicos dictados, a menudo, por profesionales de otras latitudes. Los gestores sanitarios, a su vez, encuentran una manera de simplificar y estandarizar las actuaciones, aumentando la "productividad", la eficacia (o al menos un cierto concepto de eficacia, que se limita a valorar positivamente la atención cuando es resolutiva de manera inmediata y en términos exclusivamente biológicos) y reduciendo los gastos.

La contrapartida a esto es, como parece evidente, una rigidez en los patrones de atención que, aunque afecta a todos los usuarios hará recaer sus peores consecuencias sobre aquellos pacientes que no correspondan a ese *usuario-tipo* que describíamos antes y sobre aquellos profesionales para los que la atención a la salud se entiende en términos más amplios. Si además de características sociales y económicas, al paciente lo separan de la media factores culturales ligados a su interpretación de la enfermedad y a las expectativas y demandas al sistema sanitario y si tiene experiencias muy diferentes en estos temas e intereses muy diferentes a los usuales, su atención resultará aún más compleja y con mayor posibilidad de no ser adecuada desde un punto de vista humano y, peor aún, tampoco clínico.

La posición del médico respecto a la existencia de los protocolos es, según se recoge en el documento ya citado del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a), ambigua:

> "[Los profesionales] Mostren ambivalència ja que, al mateix temps, volen processos fixats, que comportin poca burocràcia, que no impliquin interactivitat amb professionals d'estatus igual o superior i marge per a l'autonomia i l'ús del seu criteri professional. Ideal que esmenten: fragmentar els processos de manera que tots els seus components es puguin precisar i que el desenvolupament d'aquestes accions fragmentades es pogui fer fora del que és relacional, com si fossin merament funcions de cada rol professional." (Departament de Salut, 2006a: 26-27)

> "[Los profesionales] Presenten ambivalència entre donar més valor al coneixement basat en l'evidència científica i a la pràctica estandaritzada i subjecta als protocols, o al mètode i els criteris clínics que els capaciten per fer front a la complexitat i diversitat que configuren cada cas en la seva pràctica diària.
> L'atenció fonamentada en protocols basats en l'evidència científica resulta altament asseguradora per a la major part del personal mèdic i d'hospital; però no a l'atenció primària ni en infermeria. En aquesta forma de pràctica, interessa el coneixement que compta amb evidència científica, que facilita el sistema, la indústria farmacèutica o grups experts, i els fragments d'informació que pot donar l'usuari com a resposta a demandes concretes del professional.
> En canvi, en l'atenció guiada pel criteri professional resulta imprescindible disposar de coneixements rellevants per construir el cas. I per això es veu també necessari conèixer l'experiència i la perspectiva, tal com la relaten les persones usuàries." (Departament de Salut, 2006a: 29)

Además de lo anterior suelen señalarse otros hechos que, sin estar directamente relacionados con la asistencia a población inmigrante influirán, sin duda, en la calidad misma y es necesario tener presentes, aunque aquí se mencionen sólo brevemente: los cambios en el estatus de los profesionales, las condiciones de trabajo en las que ejercen y la distancia que se establece entre éstos y los gestores del sistema sanitario. Veámoslo.

La posición social del médico y su grado de poder está sufriendo modificaciones importantes: aún cuando se mantiene una relación jerarquizada en la que el médico (y

no tanto otros profesionales de la salud) ocupan una posición más elevada que el usuario, la diferencia que se establece es cada vez menor. Como se decía antes, el nivel de exigencia, en cuanto al trato y a los resultados, se ha incrementado considerablemente y la información de los usuarios respecto a cuestiones relacionadas con la salud es cada día mayor (aunque frecuentemente nada precisa ni contextualizada) de forma que el médico puede ver cuestionadas sus actuaciones y se le exige en mayor medida que las explique y las justifique. Existen dificultades para transmitir a la población que la Medicina no es una ciencia exacta, –y, también hay que decirlo, para que parte de la propia profesión en su conjunto lo asuma así–, que la tecnificación y la formación especializada no garantizan el éxito de las actuaciones y que las respuestas a las mismas dependen de factores que, en cierta medida, pueden escapar al control del médico y del sistema sanitario en general.

A esto se añade, frecuentemente, el bagaje de experiencias previas de los pacientes, en el ámbito sanitario o en otros, donde alguno de ellos puede haber sufrido situaciones de discriminación o abuso por parte de superiores o que su opinión o capacidad individual de decisión haya sido menospreciada o simplemente no tenida en cuenta, con lo que, una vez en la consulta, es más fácil que estén menos dispuestos a tolerar situaciones que perciban –objetivamente o no– como discriminatorias o abusivas. En el caso de ciertos inmigrantes es así muchas veces: la discriminación, explotación y abuso que sufren en ocasiones en otros ámbitos –o incluso la discriminación que puedan haber sufrido en otros momentos en el sanitario– les llevará a interpretar con facilidad que circunstancias que pueden ser normales o, al menos, similares para todos los usuarios (tiempos de espera prolongados antes de que le visiten, rapidez del profesional al atenderle…) se interpreten como actitudes discriminatorias derivadas de su condición de inmigrante.

Como consecuencia de todo esto, se ha incrementado mucho el número de conflictos, agresiones y también de demandas judiciales, de tal manera que parte del sector médico cree encontrarse –y, de hecho, se encuentra a menudo– en situaciones de desprotección.

En cuanto a las condiciones en las que ejercen su trabajo los profesionales sanitarios, son frecuentes las quejas relativas a la precariedad laboral que sufren, especialmente las generaciones más jóvenes, que son, al mismo tiempo, las que suelen soportar mayor carga asistencial. Se señalan los contratos temporales (a veces incluso diarios, por horas, especialmente en el caso de personal médico de urgencias y de enfermería) que implican, además de la precariedad evidente, la pérdida de beneficios sociales y "corporativos" de los que sí disfrutan compañeros que realizan un trabajo, en ocasiones, muy similar o incluso idéntico; acumulación de horas de guardias sin disponer siempre de los descansos adecuados; posibilidades limitadas de promoción profesional a medio plazo (la oferta tanto de interinajes como de plazas de estatus funcionarial es escasa y en ocasiones suele estar sujeta a coyunturas políticas ajenas, al mismo tiempo, al control y a la capacidad profesional e intelectual de los afectados); oferta de formación continuada escasa y a menudo poco orientada a la realidad de la práctica clínica (tanto en su temática como en la disponibilidad de tiempo para hacer los cursos); el hecho de que la asistencia clínica se deba combinar con la coordinación, investigación y publicaciones sin que esto suponga necesariamente una adaptación de los horarios o de los cupos de atención, etc.

A pesar de estas condiciones de trabajo, que no son minoritarias en las últimas generaciones de profesionales que se han incorporado al trabajo en nuestro sistema

sanitario, persiste en el imaginario colectivo la imagen del médico de posición alta, sueldo elevado, gran autoridad y trabajo cómodo (típica de la situación que existía en algunos medios hace unas décadas o la que pueden disfrutar algunos profesionales sanitarios de mayor edad y mejor situados en la actualidad), que hace que sus reivindicaciones laborales o, simplemente, las circunstancias en las que ejercen, sean poco reconocidas por la población a la que atienden. Y más aún, la tendencia al traspaso de ciertos sectores de la población a la medicina privada, reduce, en la práctica, la posibilidad de que la situación mejore, al disminuir la presencia de aquellos sectores que tienen más capacidad de presión.

> "[Los profesionales] Qualifiquen la provisionalitat, la rotació i la precarietat laboral en les places ocupades, com a elements que generen disfuncionalitats per la marxa del sistema." (Departament de Salut, 2006a: 16)

> "[Los profesionales] Perceben una tendència perquè la seva experiència i coneixements no siguin valorats per l'organització i, per tant, creuen que s'està produint una pèrdua creixent de capital humà ja format i expert." (Departament de Salut, 2006a: 17)

> "Una part del personal mèdic i el d'infermeria veu que les condicions actuals justifiquen àmpliament diferents formes de mala pràctica, la no implicació dels professionals en les organitzacions i l'obtenció de beneficis secundaris al problema (com els derivats d'una dedicació limitada i burocratitzada a allò pel que són contractats, i una altra intensa a la privada). I una altra part deixa d'implicar-se amb l'organització, però intenta mantenir una forma de pràctica que considera acceptable/possible. Qualsevol de les dues posicions implica dosis altes d'insensibilització i submissió en els professionals per tal de portar a terme el treball diari. I en els casos que no volen/poden renunciar a realitzar el que consideren una pràctica de qualitat, implica també alts nivells de malestar, fins mostrar símptomes de patir la síndrome d'estar cremat (*burnout)*." (Departament de Salut, 2006a: 32-33)

Finalmente, se constata también otro hecho: la lejanía entre profesionales de la salud (de asistencia directa) y gestores del sistema sanitario. En la historia reciente de nuestro sistema sanitario la profesionalidad de los gestores está siendo objeto de debate. Frecuentemente, se da la circunstancia de que los encargados de gestionar los centros suelen tener una formación, experiencia profesional y grado de profesionalización cuando menos ambiguo: el perfil –salvo excepciones, obviamente– suele ser doble. Por un lado, profesionales con formación en el terreno de la Economía, la empresa o los recursos humanos que han seguido (aunque no siempre) ciertos cursos de especialización en gestión de centros sanitarios (de oferta escasa y contenido diverso) y, por otro, profesionales de la Medicina que (aunque tampoco siempre) han realizado algún tipo de formación en gestión de empresas o servicios sanitarios. En cualquier caso, no se trata habitualmente de itinerarios formativos establecidos con criterios claros y estrictos en cuanto a los contenidos y calidad (que sí existen, por ejemplo, en los curricula de los profesionales sanitarios).

Los criterios de selección son otros de los puntos del debate: los profesionales sanitarios, de cualquier tipo, se quejan con frecuencia de la excesiva injerencia de los poderes públicos ya no sólo en el establecimiento del cuadro de prestaciones sino en la propia gestión de los centros. Y perciben que los gestores son muchas veces elegidos de acuerdo –aunque no siempre exclusivamente, claro– con criterios de afinidad política o como resultado de equilibrios de poder entre departamentos lo cual implica un riesgo de que se vean en la necesidad de mantener obligaciones o lealtades que se orientarán más bien hacia que el sistema gane en eficacia, a reducir los costes e incrementar la agilidad –lo que también es deseable–, pero contemplando escasamente los efectos de estas

acciones a otros niveles y, demasiadas veces, a costa de recortar o condicionar indebidamente los derechos de los pacientes y de los profesionales. Estos gestores raramente cuentan, además, con estabilidad en su propio puesto de trabajo, de manera que esta temporalidad influirá también en la continuidad de las políticas y las decisiones y en la sensación de provisionalidad por parte de los profesionales.

> "[Los profesionales] Troben divergència entre els criteris d'avaluació del sistema i els dels professionals. Es posa de manifest que l'Administració primer fa una avaluació on el que prima és la dimensió econòmica i, subsidiàriament, es valora la part qualitativa.
> Creuen que l'Administració té més interès en mesurar l'assistència amb criteris quantitatius d'eficàcia que en la millora de la qualitat de les pràctiques. Aquest interès quasi exclusiu pels criteris d'eficàcia creuen que produeix un deteriorament de la qualitat assistencial.
> Esmenten que aquesta concepció rendibilista de l'atenció sanitària que estimula l'Administració acaba desfigurant formes de treball professional i adultera el funcionament dels serveis." (Departament de Salut, 2006a: 13)

> "[Los profesionales] Consideren que les polítiques definides des d'una concepció gerencial i administrativa del sistema -despersonalitzada i desprofessionalitzada- són les que condicionen la pràctica professional i les que interfereixen de forma determinant sobre la seva qualitat." (Departament de Salut, 2006a: 13)

> "[Los profesionales] Intenten conciliar demandes que sovint són discordants i es troben entre la pressió que prové de l'Administració i , simultàniament, amb la dels usuaris." (Departament de Salut, 2006a: 15)

Y al mismo tiempo, el profesional sanitario se encontrará a menudo, por decirlo así, *entre dos fuegos*, tratando de conciliar las demandas de pacientes y gestores, que pocas veces van en la misma línea.

> "[Los gestores] Veuen que les condicions actuals generen desimplicació i malestar en una part significativament ampla dels professionals, però desestimen aquests problemes considerant-los efectes col·laterals d'haver aconseguit una gran cobertura i una suposada millora de l'eficiència del sistema (s'aconsegueix més quantitat d'activitat mesurable, encara que se sap que no d'objectius de salut); per això intenten pal·liar el conflicte potencial intentant posar en marxa polítiques d'incentius." (Departament de Salut, 2006a: 33)

> "[Los profesionales] Veuen que, actualment, els interessos i les demandes que els arriben per part dels usuaris i dels gestors són incompatibles. Majoritàriament, gairebé consideren que no poden mantenir una posició mediadora, sinó estratègica: ho transmeten als usuaris que comparteixen gran part dels seus interessos i demandes, i fan una pràctica significativament consistent amb els interessos representats pels gestors, encara que cada vegada la facin amb menys convenciment." (Departament de Salut, 2006a: 34-35)

> "[Los gestores] Mantenen dos interessos centrals a l'hora d'incidir en els processos: l'optimització i l'augment de l'eficiència. Les necessitats i la satisfacció de les persones usuàries no es central, ja que consideren que es produirà com a efecte directe de la millora del tracte (que situen al marge de la durada de la consulta). Així és com les necessitats dels professionals (principalment del personal mèdic) i del sistema esdevenen centrals en el disseny dels processos." (Departament de Salut, 2006a: 27)

Como consecuencia de todo esto, ha aumentado el descontento, la frustración y la sensación de impotencia de los profesionales. Es difícil que los usuarios se hagan cargo de que las condiciones en las que muchas veces tiene lugar la asistencia dependen sólo muy parcialmente del profesional que les atiende de manera directa, pero es este profesional el que suele sufrir las consecuencias finales: no siempre tiene las condiciones que desearía para realizar su trabajo y, además, con frecuencia y cada vez más es blanco de las críticas –justificadas o no– de los usuarios. Y al mismo tiempo, su

capacidad para trasladarlas a quien le corresponde poner soluciones es, a menudo, limitada.

3.2.3. Estructura burocrática

Volvamos de nuevo específicamente al tema de la asistencia a población inmigrante.

Una vez obtenido el derecho teórico a la asistencia sanitaria, el inmigrante –y el resto de usuarios– se enfrentan, para poder hacerlo efectivo, a un entramado burocrático complejo y no siempre bien explicado por parte de los responsables de su organización. De modo genérico, el proceso podría ser como sigue: en primer lugar, debe conocer cuáles son sus derechos a nivel de asistencia médica y saber que necesita obtener una Tarjeta Sanitaria y que, para ello, primero tiene que empadronarse. Para hacerlo tendrá que dirigirse al Ayuntamiento –debe, por tanto, conocer dónde está y que es ahí dónde debe ir– y llevar la documentación necesaria –que también tiene que conocer. Después, con el volante o certificado de empadronamiento, tiene que ir al Centro de Atención Primaria (CAP) que le corresponda –de nuevo, tendrá que saber cuál es– y solicitar la TSI. Tras esto, se le asigna un médico de familia (y un pediatra) y, en caso de necesitarlo, debe pedir cita y acudir a ella en el lugar y la hora indicados, establecidos dentro de unos horarios limitados (que a menudo coinciden con las jornadas laborales) y para los que los tiempos de espera pueden ser prolongados (o, en todo caso, relativamente impredecibles). Frecuentemente, el médico de familia indicará pruebas diagnósticas, que deberán solicitarse y realizarse, a veces, fuera del CAP. El paciente tendrá también que saber cuándo recoger por sí mismo los resultados y cuándo se le envían directamente a su médico, para el que tendrá que solicitar una nueva cita. En otras ocasiones, el médico de familia le derivará a un especialista, situado en el mismo centro, en otro o en un hospital y éste, a su vez, solicitará más pruebas complementarias. Unos y otros ofrecerán explicaciones –de las dificultades en este punto hablaremos más adelante–, indicarán tratamientos –es decir, expedirán recetas, para fármacos que hay que comprar, y pagar, en la farmacia, llevando, además, la TSI– y darán indicaciones respecto a cómo tomarlos. Además, incluirán recomendaciones en cuanto a dieta, ejercicio u otros hábitos de vida. Y todo ello en un tiempo récord: menos de diez minutos de media en las consultas de primaria.

Explicado así, el proceso en su conjunto parece una carrera de obstáculos, sobre todo si se tiene en cuenta que los inmigrantes pueden no dominar el idioma y no siempre están familiarizados con nuestra compleja organización sanitaria, aunque, también es cierto que la situación de desconcierto, las dificultades de manejo y los problemas de comunicación no son tampoco ajenos a buena parte de la población autóctona, socializada ya en esta estructura burocrática. De hecho, cuando se les pregunta, esta complejidad en la estructura es uno de los factores que más resaltan los usuarios autóctonos:

> "[Los usuarios] Posen de manifest la complexitat i la dificultat de la seva comprensió en l'espai de l'ús, quant a l'estructura i l'organització assistencial. Això genera als usuaris un context d'abast incommensurable, generador de disfuncions i efectes negatius relacionats amb l'assistència mateixa, el seu control real i percebut, i la seva satisfacció." (Departament de Salut, 2006a: 8)

> "*Els usuaris com veuen els itineraris d'atenció que han de seguir?*
> - Esmenten que entren en un context ple de camins, on han de seguir un itinerari complex que sovint ningú no els l'explicita. La conseqüència d'aquesta situació és doble: 1) l'assumpció de

més responsabilitats de les que els pertoquen i 2) la desorientació en la resolució del seu problema de salut.
- Aprecien que la connexió entre les diferents xarxes és més formal que real i això els resulta poc útil i els porta a una situació de desemparament.
- Perceben que la resolució dels problemes que es deriven tant del seu problema de salut com del seu itinerari d'atenció es troba exclusivament en l'aprenentatge acumulat per la seva experiència dins del sistema." (Departament de Salut, 2006a: 9, las cursivas son suyas)

Los propios profesionales destacan esta complejidad, a la que añaden la falta de coordinación entre los distintos tipos de servicios:

"[Los profesionales] Manifesten que les restriccions explícites de la coordinació estan en la pràctica quotidiana, perquè les relacions quotidianes estan mediatitzades per una demarcació de rols i d'estatus. La coordinació sembla que sols funciona quan les competències considerades com a pròpies no se senten envaïdes." (Departament de Salut, 2006a: 14)

"[Los profesionales] Observen que la descoordinació entre diferents nivells i xarxes del sistema té efectes sobre l'usuari.
Veuen important la coordinació entre atenció primària i hospitalària, malgrat que reconeixen que sovint hi ha una ignorància o subestimació del professional d'atenció primària, per part del d'atenció hospitalària.
Veuen que la descoordinació entre atenció primària i hospitalària l'origina les expectatives que hi ha respecte al funcionament de l'atenció primària per part de l'hospitalària, juntament amb el desconeixement del funcionament real de les condicions en les que es desenvolupa." (Departament de Salut, 2006a: 14)

En lo que a los inmigrantes se refiere, los sistemas sanitarios de sus países de origen (aún correspondiendo a la biomedicina) pueden tener funcionamientos muy diferentes y es fácil también que comparen estas complicaciones con la atención generalmente desburocratizada que ofrecen algunas ONGs. Resulta difícil de entender también el lapso de tiempo (a veces alto) que media entre la solicitud de la consulta y que ésta se lleve a cabo, la realización de las pruebas o la derivación al especialista, en contraste, sobre todo, con el poco tiempo disponible una vez que se encuentra en la consulta (aunque en esto tampoco difiere tanto con el resto de la población).

Todas estas dificultades burocráticas, junto con la sensación de duda, desconocimiento, desprotección y, por qué no decirlo, de miedo al ridículo en muchas ocasiones, pueden limitar el acceso efectivo de los inmigrantes a los servicios de salud. Será frecuente que difieran en lo posible el momento de acudir al médico y, cuando lo hagan, elijan de preferencia los servicios de urgencias, más conocidos y donde la asistencia es inmediata e *in situ* en todas sus fases. Como ya se ha dicho, esto implica, por una parte, que la atención a su salud no siempre será la más deseable (por el retardo en solicitar la consulta y por las limitaciones propias de los dispositivos de urgencias para el seguimiento a largo plazo o las medidas preventivas), pero, por otra, también se contribuirá al mal funcionamiento de los servicios, a la prolongación de la situación de desconocimiento y, frecuentemente, a la generación en los profesionales sanitarios y el resto de los pacientes de prejuicios relativos a una población que parece hacer un mal uso –percibido incluso como un abuso– de los recursos sanitarios[73].

[73] Cabe señalar, con respecto a esto, que estudios referidos a los motivos de consulta en urgencias señalan que hasta un 37% del total de pacientes (de todos) que acuden no presentan patologías que justifiquen la consulta urgente (Aranaz et al., 2006):

"La demanda de asistencia sanitaria con carácter de urgencia en asistencia especializada alcanza en la actualidad niveles preocupantes, pasando de 375 visitas por cada 1.000 habitantes en el año 1993 a superar las 500 en el año 20001. En este contexto, se ha relatado que los pacientes no

Se hace necesario, por tanto, realizar actividades de información de la población inmigrante respecto al modo y criterios de funcionamiento de los servicios: cuáles son sus derechos, cuándo y cómo acudir al médico, dónde hacerlo en cada momento, qué tipo de atención es esperable y justificable en cada uno de los servicios, etc.[74] Y, al mismo tiempo, educar a todo el conjunto de la población respecto al derecho que les asiste a una atención sanitaria de calidad (a todos), pero también en el uso responsable de los recursos.

Finalmente, aclarar, para evitar malentendidos, que reflexionar sobre estas carencias o puntos débiles del sistema sanitario no implica que no se reconozcan sus fortalezas y que se valore como uno de los mejores del mundo, con una cobertura de prestaciones muy amplia, asistencia casi universal y un elevado nivel de formación de sus profesionales. Se trata, ni más ni menos, que de defender nuestro sistema sanitario con la misma convicción con la que se defiende que puede mejorar.

3.2.4. Redes paralelas de asistencia y centros de referencia

En los últimos años se ha ido produciendo una progresiva incorporación de los inmigrantes a la red asistencial pública, de modo que los dispositivos alternativos que se encargaban de su asistencia (regidos sobre todo por ONGs y entidades religiosas) han ido derivando a sus pacientes a la red normalizada. En el momento actual, tenidas en cuenta las modificaciones introducidas por la Ley de Extranjería, este tipo de centros tan sólo tienen sentido para la asistencia continuada (no de urgencias) de la población sin derecho a atención y para el apoyo de aquellos en peores circunstancias económicas en cuestiones como la compra de fármacos.

> "Tras la aprobación de la Ley 4/2000, estas redes, basadas en cuestiones humanitarias, han dejado de tener sentido y solamente se sustenta su función en la medida en que siguen persistiendo dificultades de acceso de esta población al sistema público, pero a su vez, la propia existencia de estas redes paralelas puede ser una causa de enlentecimiento en la incorporación de los inmigrantes al SNS." (Gámez, Galindo, 2002: 20)

Paralelamente a la desaparición de estos equipamientos, se han ido generando en el Sistema Nacional de Salud y en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas,

---

siempre cumplen criterios que precisen atenciones diagnóstico-terapéuticas propias de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) describiéndose porcentajes de inadecuación de urgencias hospitalarias entre el 26,8 y el 37,9% si se emplean juicios objetivos4,5, y entre el 24 y el 79% si se emplean juicios subjetivos. Por otro lado, se argumenta como causas responsables del incremento de la demanda, entre otras, el desajuste en la relación entre niveles asistenciales, los distintos estilos en la práctica clínica, cada vez más confluentes hacia la llamada 'medicina defensiva', los factores sociodemográficos asociados a un fácil acceso y a un bajo nivel económico-educacional, el envejecimiento poblacional y el cambio en los patrones de consumo, relatándose que en un 84,1% se resuelve con la derivación de éstos a su domicilio y que un 79,8% de los pacientes acude por iniciativa propia. Por otro lado, se ha descrito que las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias ha mostrado una escasa efectividad, por lo que sería pertinente explorar las causas de la masificación en los SUH, con la finalidad de planificar intervenciones adecuadas." (Aranaz et al., 2006: 311-312)

[74] Existen diferentes documentos editados por organismos oficiales para servir de ayuda a los inmigrantes en el proceso de empadronamiento y acceso a la atención sanitaria, aunque su difusión es bastante escasa. Destacan, en el ámbito catalán, la publicación *El sistema sanitario: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros* (Diputació de Barcelona, 1997), la *Guía informativa d'accés a la Sanitat Pública* (Ajuntament de Barcelona, 2007) o la *Guia d'acollida a població immigrant* de la Generalitat de Catalunya (2007), estas dos últimas colgadas en la web y disponibles en varios idiomas.

incluida Cataluña, centros públicos más o menos especializados en algunos ámbitos concretos de la atención sanitaria a inmigrantes. Se trata fundamentalmente de servicios relacionados con la Salud Internacional o la Medicina Tropical que nacieron como centros especializados en patologías aún poco conocidas por los profesionales autóctonos y que, por contar con personal especializado, y, en ocasiones, mejor dotación de recursos, han acabado, en algunos casos, convirtiéndose en centros de asistencia paralela para todo tipo de situaciones[75]. Es ésta una situación relativamente común y poco recomendable, tanto desde el punto de vista del buen funcionamiento de estos servicios (para el objetivo para el que fueron creados), como para la necesaria incorporación de los inmigrantes a la red normalizada (donde debería garantizárseles la atención que necesitan) y, también, para la formación y progresiva adquisición de experiencia del resto de los profesionales.

> "Però prenem com a principi general de tota actuació el de la *normalització*: és a la xarxa ordinària d'atenció a la salut on tot usuari ha de ser atès, independentment de la seva procedència geogràfica. Una altra qüestió és que ens dotem dels *protocols* adients per establir quan un cas ha de ser derivat a un centre referent en tant que especialitzat en patologies concretes, o protocols d'acollida per facilitar l'accés als serveis a persones nouvingudes i a grups socials que per raons vàries es veuen excloses de la xarxa ordinària d'atenció a la salut." (Divisió d'Atenció Primària, 2004: 4, las cursivas son suyas)

La pertinencia de la creación o mantenimiento de esta clase de centros, el tipo de labor que deben realizar y su relación con la red asistencial normalizada es objeto de vivo debate. La tendencia general, que comparto, es a considerar que su existencia parece estar justificada de manera indudable tan sólo bajo dos objetivos: ofrecer atención especializada en enfermedades tropicales muy específicas y para las que no resulta operativo disponer de pruebas diagnósticas y tratamientos en todos los centros (teniendo en cuenta su baja incidencia) y realizar investigaciones sobre patologías de base genética o peculiaridades en la respuesta a distintos tipos de fármacos.

Existiría aún una posibilidad más, en la que se centra el debate, que sería la existencia de centros públicos incluidos en la red asistencial normalizada que, sin estar necesariamente dedicados a la atención en exclusiva de inmigrantes, sí dispusieran de personal con la formación y la dotación de medios que permitiera una atención más completa a estas personas[76]. Se trataría de servicios que contarían con el privilegio de disponer de un equipo interdisciplinar formado por personal sanitario, de Antropología, mediación y servicios sociales, en número y horas de dedicación suficientes, que permitiera ofrecer un tipo de atención integral y especializada a estos pacientes. No serían, por tanto, –ni creo que debieran ser– centros específicos para inmigrantes, por mucho que, probablemente, se situaran en zonas con alta densidad de esta población, pero sí centros adecuadamente dotados para responder a las necesidades de pacientes cuyas circunstancias socioeconómicas y/o culturales hacen que su manejo en la red habitual sea más complejo o menos eficaz. Su existencia estaría justificada tan sólo por criterios de disponibilidad de recursos y especialización del personal y los criterios de derivación de pacientes ajenos a la zona de referencia deberían ser claros y estrictos,

---

[75] Algo similar ha ocurrido con centros de salud situados en zonas con alta densidad migratoria, donde la mayor experiencia (y buena voluntad) de los profesionales han hecho que acudan a ellos inmigrantes procedentes de otras zonas de la ciudad. Uno de los ejemplos más representativos sería el Centro de Salud de Drassanes, en Barcelona.

[76] Algunos profesionales defienden incluso que se trate de centros específicos, destinados en exclusiva a atención de este tipo de población, postura que no comparto en absoluto.

motivados únicamente por la posibilidad de ofrecer una atención más amplia (en todos los sentidos) en un momento puntual. Además, uno de los objetivos debería ser, ineludiblemente, la formación de nuevos profesionales que pudieran después trabajar en el resto de la red, así como la labor de asesoramiento al personal de otros centros en aquellos casos que lo precisaran. La duda que presenta este tipo de equipamientos radica en el riesgo de que acaben convirtiéndose en guetos asistenciales, en redes paralelas de asistencia que dificulten la incorporación de las minorías a la asistencia pública habitual, por lo que su planificación y el seguimiento de su funcionamiento deberían ser muy cuidadosos. Cabe preguntarse, en este sentido, dónde se encuentran los límites entre la necesidad, obvia, de incorporación a la red y de normalización de la asistencia, por una parte, y el convencimiento, por otra, de que dentro de la estructura actual y la dotación de medios que tienen la mayoría de los servicios, la atención que se da a esta población es, demasiadas veces, insuficiente e inadecuada. Y en mi opinión, la respuesta debería ir, una vez más, porque el sistema sanitario en general y cada centro en particular preste atención adaptada al tipo de población a la que atiende, y esto pasa por disponer del personal adecuado para ello en cada momento, sean antropólogos y traductores, en unos casos, o gerontólogos o pediatras, en otros.

3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA TRADICIÓN CULTURAL

A lo largo del texto se ha ido mencionando reiteradamente la existencia de elementos ligados a la cultura que influencian el proceso de atención a pacientes inmigrantes y pertenecientes a grupos minoritarios. El abordaje que se realiza de estas cuestiones en las distintas disciplinas que las tratan, desde nuestro medio, es variado y desigual: es frecuente que en las publicaciones de corte biomédico, sobre todo (pero ni mucho menos en exclusiva) en las más biologicistas se hable de “choque cultural”, “barreras culturales”, “dificultades derivadas de la idiosincrasia de los inmigrantes”, etc. En la mayoría de estos trabajos no suele hacerse un análisis crítico de estas afirmaciones y lo habitual es que la diferencia cultural se aborde tan sólo desde el punto de vista del paciente: “la cultura”, percibida como exótica, curiosa o extraña y poco adaptativa, radica exclusivamente en el paciente y se suelen obviar los posicionamientos del personal, del resto de los usuarios y los fundamentos culturales en los que descansa la estructura del sistema sanitario y las conductas y expectativas de los profesionales que en él trabajan. Desde la Antropología, el error es muchas veces el inverso, la focalización en los contenidos culturales (en el mejor de los casos de unos y otros) pero la menor atención al contexto social concreto en el que tiene lugar la relación terapéutica y, más aún, el desconocimiento del abismo que en ocasiones media entre las condiciones en las que el profesional desarrolla su trabajo y en las que se sería deseable que lo realizara. Desconocimiento también del funcionamiento del sistema sanitario, de qué en él responde a criterios biológicos o médicos, qué a los parámetros de la cultura que lo ha definido o a criterios administrativos, de operatividad o de otra índole, a veces ajena a sus objetivos de asistencia. Y, sobre todo, en qué medida estos aspectos se cruzan y se hacen, en ocasiones, muy difíciles de distinguir. Cuándo, por citar un ejemplo ya clásico de dificultad, la obligatoriedad de que sólo un acompañante permanezca con el paciente en los hospitales responde a criterios médicos de necesidad de aislamiento biológico (para evitar contagios y contaminaciones a él y a aquéllos con los que comparte habitación o planta) y cuándo a la limitación física de espacio, a la necesidad de reducir el ruido y a velar por la comodidad al resto de los pacientes y a los profesionales, y cuándo, también, a criterios más relacionados con la manera en la que

se entiende la individualidad, en los que la enfermedad la sufre sólo la persona y no su cuerpo social. En uno y otro caso, es necesario prestar mucha atención al alcance de las afirmaciones que se realizan, para los inmigrantes, para el resto de la población y para el mantenimiento y adecuado funcionamiento de un sistema sanitario público y universal.

Veamos algunos ejemplos de elementos definidos por la tradición cultural de pacientes y profesionales que pueden tener relevancia en el proceso asistencial y en la relación médico-paciente[77].

3.3.1. Comunicación médico-paciente

La relación que se establece entre el paciente y el personal sanitario que le atiende constituye un modelo de interacción social en el que cada una de las personas que interviene aporta a la relación su bagaje cultural, sus experiencias y expectativas personales. El encuentro terapéutico no se refiere exclusivamente a dos personas, la relación se establece entre dos roles: el del médico (o personal sanitario) y el del enfermo (o usuario), que tienen conocimientos y grados de poder muy diferenciados y que son portadores de culturas diferentes, en ambos casos mucho más amplias de lo que estrictamente correspondería a la ciencia médica.

Los pacientes autóctonos tienen entre sus principales demandas la mejora en la comunicación médico-paciente[78] y el reconocimiento de su condición de sujeto de derechos. En el ya mencionado informe del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2006a) sobre las percepciones de profesionales, gestores y usuarios sobre el sistema sanitario, éstos últimos señalan que la interacción tiene déficits y piden información comprensible sobre su estado de salud, el itinerario terapéutico y el funcionamiento del sistema, sus derechos y obligaciones. Los profesionales, por su parte, parecen valorar desigualmente la información privilegiada a los usuarios, entendiendo que pueda ser importante para su satisfacción pero no necesariamente lo es para la práctica clínica correcta, entendida en este caso como eficacia terapéutica.

> "[Los usuarios] Aprecien, en conseqüència, que el reconeixement de l'usuari com a persona i com a agent competent, la seva consideració ètica, moral i política com a persona, el seu reconeixement com a interlocutor, no sempre està garantit pel sistema. Denuncien críticament la manca de credibilitat davant els professionals, aspecte que es relaciona amb la seva deslegitimació.
> Reconeixen, al mateix temps, altres aspectes del comportament dels professionals sanitaris com: el compromís, la responsabilitat, la competència, la consideració, la bona disposició, la modèstia, la confiança o l'empatia. Valoren altament que es confereixi credibilitat a les aportacions experiencials de l'usuari respecte a la vivència de la seva situació de salut." (Departament de Salut, 2006a: 7)
>
> "[Los usuarios] Demanen i necessiten informació sobre el seu estat de salut, que sigui entenedora i comprensible, incloses les conseqüències que se'n deriven, tant pel que fa als seus efectes com a les accions que hauran de desenvolupar." (Departament de Salut, 2006a: 7)
>
> "[Los usuarios] Detecten una manca global d'escolta per part dels professionals i el sistema sanitari. Aquest dèficit té com a conseqüències percebudes per a l'usuari el fet de sentir-se

[77] Aclarar que la división temática que se presenta a continuación está justificada tan sólo por la intención de facilitar el análisis, pudiendo hacerse otras igualmente adecuadas.
[78] Aunque sería preferible y más preciso emplear la expresión *comunicación entre personal sanitario y paciente*, se mantendrá la de *médico-paciente* porque es la que se utiliza habitualmente en la bibliografía especializada en el tema.

> desplaçat, ignorat i fins i tot invalidat com a agent que pren decisions sobre la seva salut." (Departament de Salut, 2006a: 8)
>
> "Es produeix una tendència creixent en els usuaris a expressar la voluntat de prendre part activa en les decisions que afecten la seva salut. Majoritàriament, no es conformen amb assumir automàticament les prescripcions que tant el coneixement professional com les exigències sistèmiques els imposen." (Departament de Salut, 2006a: 10)
>
> "[Los profesionales] Expliquen la condició de la relació entre professional i usuari per les condicions de l'exercici de l'activitat, la pressió, l'agenda, el volum de demanda i -amb freqüència- pel desenvolupament dels rols adscrits a cada tipus d'activitat professional." (Departament de Salut, 2006a: 15)
>
> "[Los profesionales] Desitgen que les persones usuàries tinguin una competència igual a la seva per entendre la informació. Valoren de manera desigual la informació privilegiada que té l'usuari sobre allò que li passa. Tots veuen que la relació és la clau per generar satisfacció en els usuaris, però no tots veuen que sigui imprescindible per a una bona pràctica (p.e. per l'eficàcia terapèutica o l'eficiència) en tots els casos." (Departament de Salut, 2006a: 37)

Cuando la relación tiene lugar en un medio marcadamente intercultural, se encuentran, además, distintas maneras de ver el mundo y de entender las relaciones sociales y la comunicación, no siempre coincidentes. La relación médico-paciente y las posibilidades reales de comunicación entre ambos se verán afectadas, entre otras cuestiones, por las diferencias en el idioma, en los estilos de comunicación, los estereotipos mutuos o las experiencias previas de ambos. Veámoslo.

Uno de los elementos que interviene en la posibilidad de obtener una atención de calidad es el idioma. Las diferencias lingüísticas entre el usuario y los profesionales que ejercen en el ámbito de la salud (no sólo médicos, sino también personal de enfermería y administrativo) limitan el acceso al sistema sanitario y complican el manejo dentro de él. Limitan el acceso porque restringen la capacidad –en este caso, del inmigrante– para acceder a la información respecto a sus derechos en esta materia, para efectuar los trámites necesarios y para solicitar la atención. Y complican el manejo porque, aún cuando se haya conseguido acceder, la capacidad de comunicación suele ser menor, con lo que existen menos posibilidades de que el paciente pueda transmitir su demanda y de que comprenda correctamente los mensajes terapéuticos, con las consecuencias, a nivel médico, que ya se han ido mencionando. Cuando las posibilidades de comunicación no son buenas se produce con frecuencia un cambio en el modo en el que se transmiten los mensajes y, por tanto, en la manera en la que son percibidos por el paciente: es habitual que el profesional trate de mejorar la comunicación a base de simplificar el mensaje todo lo posible, con lo que, frecuentemente, la manera en la que se da la información es más simple, podría decirse incluso que más infantil o, también, todo lo contrario, más directa y dura, lo que puede ser fácilmente percibido por el paciente como una agresión. La comunicación se vuelve más difícil porque la capacidad para introducir matices, indirectas que suavicen la relación o bromas y mensajes empáticos que la hagan más agradable y cercana puede disminuir considerablemente. Además, las diferencias lingüísticas, que hacen más lenta y dificultan el curso de la consulta, contribuyen, como ya se ha explicado, a dejar en el clínico y en el resto de los pacientes una sensación de que se trata de usuarios que complican, entorpecen y consumen más tiempo y recursos, a lo que habrá que añadir la incertidumbre del profesional respecto a estar realizando bien su trabajo, la frustración de no disponer de los medios necesarios para hacerlo y, por parte del paciente, la desconfianza hacia el sistema sanitario y el médico concretos.

> "Accessibility of health information includes the right to seek, receive and impart information and ideas concerning health issues. Even when domestic legislative provisions guarantee access to services, lack of awareness among migrants impedes their ability to access care." (OMS, 2003: 28)

> "Many migrants simply cannot communicate with health providers in a meaningful way. Only in a few countries are interpreters routinely used in health-care facilities (…). As a result, the chances of misdiagnosis and inappropriate treatment have been and continue to be high. Nowhere is this more evident than in the field of mental health, where communication between the patient and the health-care provider is of fundamental importance." (OMS, 2003: 28)

El uso de traductores o intérpretes está muy poco extendido y regulado en nuestro sistema sanitario[79] y su figura se confunde, a menudo, con la del mediador cultural y el agente de salud. Además, aunque su empleo generalmente mejora la comunicación, es necesario que tanto el personal sanitario como el propio intérprete conozcan bien las peculiaridades de la entrevista clínica en estos casos y, también, las propias características de la labor de interpretación, para lo que ambos deberán estar adecuadamente formados.

Por otra parte, la influencia de la diferencia lingüística entre médico y paciente no sólo se da cuando las lenguas de uso en la consulta son diferentes sino también en dos circunstancias más. Una, cuando la lengua es la misma pero presenta, entre quienes la usan, diferencias dialectales o, simplemente, en giros, expresiones o en la construcción de las frases, que puedan dificultar la comprensión mutua, tal y como ocurre, por ejemplo, con los pacientes latinos que hablan castellano. Otra, aquella en la que, aún cuando el médico y el paciente son capaces de emplear el mismo idioma, usan como lengua de uso habitual una diferente (por ejemplo, el catalán y el castellano), dándose, entonces una situación de disglosia, en la que la lengua del poder, del prestigio, es la usada por el personal sanitario y la que no lo tiene es la que emplea el usuario. Las consecuencias en este último caso no se refieren sólo a la capacidad de comunicación entre ambos sino, también, a las posiciones de estatus y de poder relativas que se definen, en este caso, a través de la lengua. En relación con esto, en 2004 se publicaron los resultados de una encuesta realizada en centros sanitarios catalanes con el objetivo de describir las dimensiones del uso lingüístico, los factores que lo condicionan y las actitudes sociolingüísticas, mediante entrevistas a directivos y profesionales y observación directa de los centros y la documentación que manejaban (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, 2004)[80]. El documento no incluye ninguna referencia a la inmigración, no se investigan los usos lingüísticos de los usuarios ni las posibles diferencias de perfiles de éstos en los distintos tipos de centros, ni tampoco se elaboran hipótesis que traten de explicar las diferencias encontradas en los distintos tipos de centros y Áreas Sanitarias,

---

[79] Además de diferentes iniciativas en centros de salud y hospitales concretos, la Generalitat de Catalunya ha habilitado un servicio telefónico denominado *Sanitat Respon* (902111444) en el que, además de diversas orientaciones a personal médico y usuarios, existe la posibilidad de proporcionar traductores. Sin embargo, el número limitado de éstos y su horario de trabajo hace que su disponibilidad real sea pequeña, que muchas veces su intervención sea telefónica y, cuando acuden al centro sanitario, puedan tardar cierto tiempo en hacerlo, por lo que su utilidad se ve reducida, especialmente en situaciones de urgencias. Algunas ONGs, consulados y embajadas ofrecen también servicios similares, pero no reglados ni siempre profesionales.

[80] Se ofrecen datos de criterios de atención oral, escrita, de calidad en el uso lingüístico y de apoyo a la formación del personal, desglosados por Área Sanitaria. En total, se realizaron 416 entrevistas, 185 a hospitales grandes (más de 400 camas), 123 a hospitales pequeños y 108 a CAPS.

pero se ofrecen datos interesantes que merece la pena reproducir[81]. Aunque las cifras de uso global del catalán alcanzan un 86,7%, el documento concluye que:

> "En els centres sanitaris catalans existeix una manca de criteris lingüístics afavoridors del català." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, 2004: 33)

Y aporta un dato significativo:

> "Els usos més elevats del català són aquells que no depenen dels professionals individualment. Els usos que depenen de les persones individualment i sobretot, aquells on hi ha una interacció amb els usuaris, mostren els nivells inferiors d'ús del català." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, 2004: 33)

Los datos que ofrece el documento no permiten deducir el por qué de este hecho, ni se ofrece ninguna hipótesis tentativa. Ahora bien, si, según la encuesta, el menor uso de catalán se da en hospitales grandes (que suelen ser los que reciben más población referida de otras áreas y los que están en las grandes ciudades, donde suele haber más población extranjera) y, precisamente, en las áreas de Barcelona ciudad o el Maresme, ¿podría decirse que los profesionales tienen la *tendencia* a usar la lengua con la que mejor pueden comunicarse con sus pacientes? Sería necesario investigarlo.

Entre los aspectos que se concluye que se deben mejorar está el fomento del uso del catalán en la atención oral, especialmente en aquellos centros como los de Barcelona ciudad donde el uso es menor. No se incluye ningún comentario sobre los posibles medios de acercamiento o la adaptación a la lengua del usuario ni sobre su derecho a ser atendido de una manera comprensible.

Ahora bien, no todas las cuestiones que intervienen en la comunicación se refieren a las diferencias en cuanto al idioma sino también a lo que se ha dado en llamar *estilos de comunicación*, o, en otras palabras, el modo considerado correcto en cada contexto de establecer relaciones entre las personas y de transmitir la información. La existencia de diferentes estilos de comunicación es un clásico en los estudios lingüísticos y en la Psicología y de ellos se han ocupado también, las ramas de la Medicina y la Antropología interesadas en el estudio de la relación médico-paciente. En este tema influirán cuestiones como la formalidad de la relación, el grado de concreción con que se emiten los mensajes, las diferencias en la expresividad de las emociones y el dolor o la comunicación no verbal, como veremos a continuación.

El tipo de relación que se establece con el médico puede ser más o menos formal dependiendo de la tradición cultural a la que pertenece el individuo, lo jerárquica que ésta sea y el rol que ocupa en ella el médico o la figura equivalente. En nuestro contexto, como ya se ha mencionado, la relación ha cambiado significativamente en las

---

[81] Destacan los siguientes: un 48,6% de los centros no ha adoptado ningún criterio sobre uso de lengua en la atención oral y en un porcentaje muy similar se atiende por defecto en catalán. El 81% de los entrevistados afirma que cambia a la lengua del interlocutor cuando éste emplea una diferente (aunque no lo explicita, se entiende que se trata cambios castellano-catalán y viceversa) mientras que un 9% no lo hace. Sin embargo, todos ellos afirman cambiar de idioma si el usuario lo pide. En un 63% de los centros la documentación escrita es, por defecto en catalán y un 5,8% afirma que hay una adaptación a la lengua del receptor. La documentación de uso externo dirigida a "clientes" (sic) es en catalán en un 76,2% y en castellano en un 23,6% (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, 2004).

últimas décadas. Hasta no hace mucho, se trataba de una relación muy formal y distante, en la que el médico pertenecía a una categoría superior, y que ostentaba poder, tanto por su posición socioeconómica (generalmente media o alta) como por ser poseedor de conocimientos que no están al alcance del resto de la población, que, además, los precisa. En la actualidad, la relación, aún manteniendo un cierto grado de distancia y conservando el médico bastante de su poder, tiende a ser menos distante: la posición social ya no es tan elevada, la formación en Medicina se ha abierto a sectores sociales menos elitistas, existe más información de carácter médico al alcance de los usuarios y hay una tendencia a entender el sistema sanitario y al médico como simples prestadores de servicios, entre otros posibles factores. En otras tradiciones culturales, la distancia entre el especialista en salud y el paciente puede ser mayor, determinada tanto por su posición social privilegiada en la comunidad como por ser poseedor de conocimientos especiales, muchas veces ligados al plano sobrenatural, pero, por otra parte, tampoco es extraño que el especialista sea alguien próximo, con quien las relaciones son múltiples y guiadas por el desempeño de distintos roles, lo que, sin duda, puede cambiar la naturaleza de la relación y los papeles que en ella se definan.

Esta distancia jerárquica influirá en la relación que se establece entre el médico y el paciente y en los parámetros que se tengan en cuenta para considerarla correcta. La corrección de la relación vendrá entonces determinada por variables como la posición social, el género y la edad: el médico no se dirigirá de la misma manera a una mujer joven que a un hombre anciano, a un niño o a alguien que considere que tiene una posición social superior, por mucho que nos guste creer que la relación es igualitaria, y tampoco tolerará según qué maneras de dirigirse a él en función de las mismas variables. En este sentido, en la consulta en un medio intercultural, en la que a menudo el paciente procede de una tradición cultural en la que la distancia jerárquica con su médico es considerable y en la que, al mismo tiempo, el paciente se puede sentir discriminado, explotado o infravalorado, es importe tener hacia él detalles que denoten respeto: llamarle de usted, invitarle a sentarse… , actitudes que transmiten al paciente una sensación de que se le respeta, de que su comodidad importa y no se le discrimina.

> "Son muy importantes los detalles que denoten respeto y aceptación de los inmigrantes y las minorías, ya que estos grupos humanos se sienten con frecuencia rechazados por amplios sectores de la sociedad autóctona y tiene, en general, una baja autoestima (D'Ardenne, 1999); así, por ejemplo, es importante anotar cuidadosamente el nombre del paciente, intentar pronunciarlo correctamente (no siempre es fácil), o tratarle como 'Sr.' como muestra de respeto, algo que en un autóctono se da por supuesto pero desde 'la piel' del inmigrante no está tan claro." (Atxotegui, 2002: 57)[82]

También habrá que tener en cuenta que en determinadas culturas tiende a limitarse al máximo el contacto físico, sobre todo si la persona pertenece a determinados grupos de edad y sexo, como los ancianos y las mujeres:

> "Es importante, asimismo, respetar ciertos rasgos culturales como ser prudente a la hora del contacto físico entre hombres y mujeres (dar la mano para saludarse, exploraciones…). En el SAPPIR se ha comprobado que las mujeres 'tapadas' dan la mano a los terapeutas hombres con más facilidad que las mujeres sin pañuelo, seguramente porque se sienten más protegidas, guardando más las distancias entre sexos, y piensan que habrá menos equívocos cuando dan la mano a un hombre estando 'tapadas'." (Atxotegui, 2002: 57-58)

[82] Decir, claro, que lo anterior debería valer para todos los pacientes, independientemente de su procedencia y características socioeconómicas o culturales.

Pero no sólo influirán cuestiones relacionadas con la edad y el género sino otras como el grado de importancia que en cada cultura se dé a las relaciones personales y a los términos en los que tienen lugar. Hay culturas, incluidas las de segmentos sociales autóctonos, en las que establecer relaciones interpersonales de calidad es prioritario –incluso para sobrevivir– en cualquier interacción social, mientras que en otras la relación en determinados ámbitos puede entenderse como un intercambio de servicios donde no necesariamente tiene que haber un contacto personal estrecho entre los que la establecen. El significado concreto de una conversación o de la información que se transmiten médico y paciente tiene que ser valorado dentro del contexto cultural concreto al que pertenece cada uno y, también, en el contexto del sistema sanitario. Qué tipo y qué cantidad y en qué circunstancias y ante quién se puede dar una información es algo que también está influenciado por la tradición cultural. Determinadas culturas valoran la concreción y el estilo directo, mientras que en otras no es correcto dar la información directamente sino a través de rodeos y en el contexto de una conversación más amplia. Obviamente, no se trata de una situación dicotómica, sino que es algo que estará mediado también por las características de la persona y sobre todo, en el ámbito sanitario, por el tipo de situación que se establezca: que un paciente autóctono exprese directamente y del modo más concreto que le es posible su queja o su demanda no significa necesariamente que esto no le resulte violento o que no preferiría iniciar la conversación con una charla más informal antes de *ir al grano*; simplemente puede ser que conozca y tenga más experiencia en el sistema sanitario y sepa del tiempo escaso, o puede, también, que conozca a su médico y éste, en anteriores ocasiones, le haya hecho ver la necesidad de ser concreto. Aún así, el estilo directo, a veces crudo, con el que el médico comunica la información y pide al paciente que exprese sus síntomas puede resultar violento y cohibir a pacientes de tradiciones culturales que valoran la conversación previa, el contexto en el que se produce aquello que van a expresar, el conocimiento mutuo y las muestras de respeto y sienten, también, pudor al comunicar cierta información.

La expresividad de las emociones está también mediada, en gran medida, por los patrones que cada tradición cultural establece como correctos. El profesional sanitario debería conocer que toda tradición cultural y religiosa (incluida la suya de pertenencia) define los modos en los que es correcto expresar las emociones y el dolor (físico o psicológico): algunas primarán la contención y restringirán la expresividad, otras, todo lo contrario, pero siempre dependiendo de aquello que motiva la reacción y también en función de criterios de edad, género, posición social y, con frecuencia, rol que se desempeña en ese momento concreto. La expresividad del sufrimiento que se considera aceptable en una misma cultura no necesariamente es la misma para hombres que para mujeres, para adultos que para jóvenes o ancianos, ni para aquellos a los que se supone una posición de poder o para los que no la tienen. Los profesionales sanitarios están acostumbrados a una determinada manera de expresar las emociones de acuerdo con los parámetros que se consideran normativos en el grupo social y cultural al que pertenecen. En función de esta expresividad, conociendo sus claves, son capaces de estimar la intensidad del dolor que sufre un paciente, su grado de afectación por la enfermedad, su comportamiento normativo o no, etc., pero cuando se enfrentan a pacientes que tienen una expresividad diferente estos parámetros no siempre funcionan: puede interpretarse como frialdad emocional situaciones de contención del dolor (físico y psicológico) por parte de hombres indios o pakistaníes o exageración y teatralidad la manera de expresarlo de mujeres rrom de Rumanía, por poner dos ejemplos. En todo caso, sus

parámetros habituales pueden dejar de tener validez y es necesario que establezca otros para poder interpretar correctamente las situaciones.

Además, será necesario también tener en cuenta la comunicación no verbal: la postura, el contacto visual, los gestos o, incluso, los silencios, estarán en buena parte mediados por las normas culturales, de la misma manera que la comunicación verbal.

Finalmente, como se decía al principio de este apartado, y ya se ha ido mencionando a lo largo del texto, además de las cuestiones relacionadas con el idioma y los estilos de comunicación, en la relación médico-paciente influirán también las expectativas y prejuicios mutuos y las experiencias previas. Situándonos en el actual contexto de la inmigración, es fácil comprender que los pacientes puedan sentir desconfianza o recelo hacia los profesionales: tanto ellos como el sistema sanitario en general forman parte de la sociedad mayoritaria, una sociedad que a veces les rechaza, les explota y pretende expulsarlos. El paciente puede desconfiar de las posibles relaciones de complicidad del médico con las estructuras de poder con competencia en inmigración y puede temer ser expulsado. Y al contrario, la conciencia del secreto profesional puede establecer una relación de paralelismo con los sacerdotes o líderes espirituales y, en una especie de secreto de confesión, el paciente puede contarle a su médico cuestiones referentes a su situación que éste no contemple como relevantes para la consulta o simplemente no tenga tiempo de escuchar, lo que puede ser interpretado por el paciente como desinterés. Las reacciones, en definitiva, dependerán de multitud de factores, desde la tradición cultural de origen, el grado de aculturación, las condiciones en las que se ha realizado la emigración y ha tenido lugar la adaptación o los procesos concretos que motiven la consulta y, obviamente, las características personales.

La reacción del médico puede ser también, como ya se ha visto, variada. Desde aquellos que, consciente o inconscientemente, niegan la existencia de una diferencia cultural y, por tanto, obvian el papel que puede tener en la relación, en las distintas fases del tratamiento y en el cumplimiento del mismo, hasta los que la ponen en primer plano, responsabilizándola de todo aquello que ocurre en la consulta. No puede negarse tampoco que el personal sanitario está sujeto a estereotipos y prejuicios y también a actitudes de racismo franco igual que lo está el resto de la población. La reacción puede orientarse también hacia el paternalismo, asumiendo el profesional que la diferencia coloca al paciente en una situación de desprotección o inferioridad y que su papel debe ser el de protector, pudiendo llegar a darse actitudes que no conciben que el paciente sea dueño de sus actos y tenga capacidad para manejarse en la vida y decidir sobre ella. Los pacientes se quejan a menudo también de una falsa complicidad de algunos profesionales, aquellos que queriendo minimizar la diferencia y las dificultades que se le pueden asociar tratan de hacer ver sus conocimientos sobre la realidad social y cultural del paciente, recurriendo a menudo a estereotipos que, sin pretenderlo, pueden resultar ofensivos o simplemente absurdos. El profesional puede, además, sentirse inseguro por ser consciente de que puede no entender del todo ni el idioma ni la cultura del paciente o, incluso, algunas situaciones clínicas, de manera que es posible que tome una actitud defensiva. Su reacción puede estar también mediada por las circunstancias a menudo difíciles en las que ejercen su profesión, de tal manera que, en ocasiones, el paciente de origen extranjero o perteneciente a grupos minoritarios pasa a ser visto como alguien que dificulta el proceso y hace más difícil aún el ejercer.

3.3.2. Redes sociales y de apoyo

La emigración, como ya se ha dicho reiteradamente, implica muchas veces la separación de la red social y familiar de la que se disponía en origen, con lo que se pierde el contacto estrecho con personas y circunstancias que constituían los referentes en los que se ha basado la personalidad y la forma de vida del paciente. Esto, junto con los cambios de roles que impone en ocasiones el proceso migratorio entre quienes lo emprenden (incorporación de la mujer al trabajo, papel destacado de los hijos menores que manejan mejor el idioma, etc.), implican, como también se ha dicho, un incremento del riesgo de aparición de patología psicológica, pero también, a menudo, un empeoramiento de las condiciones de vida (déficits en la alimentación, en la recepción de cuidados durante la enfermedad o en la prevención de la misma).

El aislamiento se produce también, frecuentemente, con respecto a la sociedad de acogida. Así, la situación de marginación en la que viven algunos o las dificultades de integración que sufren la mayoría limita su incorporación a nuevas redes de población autóctona, personas que por su posición en la sociedad mayoritaria constituyen un valioso capital social, en la medida en la que pueden proporcionar recursos de muy diversa índole: información (sobre trámites legales, búsqueda de trabajo, acceso al sistema sanitario, …), recursos económicos (préstamos, trabajo, …), apoyo psicológico (interés por su vida aquí y allá, respeto y reconocimiento a su esfuerzo, …), etc.

Ahora bien, no puede perderse de vista que las situaciones de aislamiento total no son las más frecuentes, ya que el inmigrante suele elegir el destino por diferentes criterios, entre ellos, la presencia de personas de su familia o lugar de origen. Esta red social proporcionará un apoyo inestimable en muchos sentidos: psicológico (soporte afectivo de la familia con la que se convive o se tiene cerca, noticias de su lugar de origen, personas con las que compartir sus circunstancias actuales de vida…), información (los que llevan aquí más tiempo pueden proporcionar indicaciones sobre trámites y derechos, por ejemplo), recursos económicos (en forma de préstamos, trabajo, posibilidad de compartir la vivienda o ponerla a nombre de alguien con *papeles*…), y de otro tipo (personas que cuidan a los hijos mientras se trabaja, que se ocupan de trámites administrativos…) y, también, ayuda en relación con la salud, ya sea para la prevención (personas que se ocupan de la higiene y la alimentación, que proporcionan consejos sobre seguridad en el trabajo…) o cuando aparece la enfermedad (miembros de la red social que acompañan a la consulta o durante la hospitalización, que hacen de traductores, cuidan al enfermo o atienden a hijos o familiares mientras se recupera, que proporcionan dinero o comida mientras no puede trabajar, etc.).

De acuerdo con esto, se ha defendido que favorecer los procesos de reagrupación familiar y el asociacionismo de personas inmigrantes tendría efectos positivos en su integración social y en su salud (Atxotegui, 2002). Otros autores, como Kaplan (1998) ha resaltado también la importancia del asociacionismo en el mantenimiento de la cultura y las estructuras sociales de origen:

> "Es realmente difícil separar aspectos sociales que afectan ámbitos religiosos, de otros aspectos más convencionales que se refieren a la readaptación funcional de los migrantes. En este sentido, parece existir una cierta tendencia, aunque no generalizable, a constituir asociaciones donde los aspectos territoriales y étnicos substituyan la disponibilidad de una amplia red de parentesco en origen. Las asociaciones no son de carácter religioso, pero ofrecen un marco cultural específico, que ayuda a conformar una cierta estructura social propia en destino." (Kaplan, 1998: 127)

> "Estas asociaciones sirven de apoyo a quienes han llegado recientemente e intentan ofrecer información sobre temas relacionados con permisos de residencia y trabajo, contratos laborales, reagrupación familiar, y facilitan en la medida de lo posible la tramitación de distintas solicitudes, particularmente entre aquellos que no saben leer ni escribir." (Kaplan, 1998: 127-128)

> "Las mujeres tienen su propia asociación, Musu Kafo, cuyos miembros mayoritariamente son mujeres mandigas y cuyo ámbito territorial abarca toda Cataluña. Las funciones de esta asociación son distintas a la de los hombres, ya que sirve de red de apoyo a las demás mujeres, especialmente a las madres primerizas, y es la encargada de la celebración de rituales específicos, como los bautizos (*kulyó*), y de la preparación de festejos, como el *tobaski* y la fiesta de la independencia (*independango Lungo*), el 18 de febrero. Es decir, que son las mujeres quienes han asumido responsabilidades reproductivas culturales, de carácter intraétnico, mientras que los hombres se ocupan más de cuestiones administrativas y políticas, cuya cobertura afecta ámbitos públicos interétnicos." (Kaplan, 1998: 128)

A lo anterior, cabría añadir, que el apoyo al asociacionismo debería ir unido a la promoción de la participación social en todos los ámbitos y a la formación de redes pluriculturales, que eviten la consolidación del aislamiento y la incomunicación social y favorezcan los procesos de adaptación.

3.3.3. La persona: componentes, roles e individualidad

Componentes de la persona

Cada cultura ha elaborado una cosmovisión, una manera de entender el mundo, que le es propia y que incluye, entre otros, la definición de persona, los elementos que la constituyen y el papel que ocupa en la sociedad. La tradición judeocristiana, por ejemplo, ha distinguido tradicionalmente entre cuerpo y alma y la biomedicina ha establecido una manera concreta de definir los componentes del cuerpo y su modo de funcionamiento. Otras culturas, sin embargo, manejan concepciones diferentes, como los ndowé de Guinea Ecuatorial, descritas en el ya mencionado trabajo de Fons (2004) y que tomaremos como ejemplo-base en este apartado[83]. Para este grupo humano, los componentes de la persona incluyen una parte visible y una invisible que la conforman y la dotan de determinadas cualidades o capacidades y, al mismo tiempo, se relacionan con la enfermedad y con el modo en que habrá que actuar para tratarla. Así:

> "Los ndowé establecen una clara distinción entre lo visible y lo invisible. Así, la persona (llamada en ndowé *moto*) está formada por diferentes elementos: el espíritu (*ilina*), una fuerza vital (*evusu*) y el cuerpo (*nyolo*). El cuerpo contiene el espíritu llamado *ilina* mientras vive, que puede considerarse su *doble invisible*. Cuando este doble invisible se une con un cuerpo *nyolo* se da la vida hasta que se produce la muerte, en que se desprende del cuerpo para convertirse en una fuerza de vida o sombra llamada *edimo* que mantiene vivo al antepasado. Es decir, cuando el espíritu y el cuerpo se separan definitivamente es la muerte *iwedi*, y el *edimo* va a formar parte del mundo de los antepasados, *malima mua mongo* (espíritus de los difuntos) o *bedimo*." (Fons, 2004: 42, las cursivas son suyas)

> "Asimismo, según la concepción ndowé, la persona tiene diferentes espíritus (*muendi* o *miindi*) en su interior, que la dotan de ciertas cualidades, habilidades y talento. Son aportaciones que debe conservar, ya que de lo contrario quedaría sin las diferentes facetas de su personalidad. Cada espíritu tiene su función, que le proporciona una capacidad específica: curar, procrear, soñar, limpiar, hacer música, cantar, bailar, etc." (Fons, 2004: 48, las cursivas son suyas)

---

[83] Las descripciones extensas de elementos culturales de distintos grupos y también de los aspectos claves de diversas prácticas médicas alejadas de la biomedicina se justifican por la intención de mostrar la variedad y riqueza de interpretaciones y, también, por su relevancia para los profesionales sanitarios.

> "Según la conceptualización ndowé, todo el mundo tiene *muendi* (espíritus) en su cuerpo. Pero hay dos clases de *muendi*: los que ya hemos visto que aportan ciertas habilidades a la persona y otros que pueden ocasionarle algún daño, es decir, le pueden provocar alteraciones en su cuerpo. A los primeros se los debe conservar, en cambio, los otros que hacen enfermar son considerados malos espíritus que deben extraerse del cuerpo: especialmente el *mabambu* que produce locura, el *melogo* que anula todas las constantes vitales, el *meñambe* que alarga todos los músculos y otros que provocan ataques o convulsiones." (Fons, 2004: 48, las cursivas son suyas)

Las diferencias se encuentran también en lo que se refiere a la formación de la persona durante el embarazo, a las fuerzas que intervienen y el papel que juegan cada uno de los progenitores. En el ejemplo de los ndowé:

> "Es el *agua* del padre (semen) que trae el nuevo espíritu-antepasado hasta el vientre de la madre, donde hay un fruto. En este sentido, los ndowé comparan la mujer a un árbol. Los árboles femeninos son los que tienen frutos y tienen mucha savia (sangre), como la mujer que también dispone de frutos y mucha sangre para ser fecundada. Tiene *frutos rojos* en su interior y éstos representan todos los hijos que tendrá durante su vida, que deben ser fecundados con el agua del hombre. Algunos de estos frutos pueden ser abortos, ya que las mujeres ndowé cuentan los abortos como hijos. Incluso son considerados abortos los que se producen en un momento avanzado de la gestación o en el momento del nacimiento, cuando la criatura nace muerta. En estos casos se le llama *edundú*, que se puede traducir como 'niño muerto', entendido como aborto. Por lo tanto, cuando se les pregunta a las mujeres ndowé el número de hijos que han tenido, responden el número total de hijos vivos y de hijos muertos y entre éstos también los abortos, que son hijos que no se han querido quedar en el mundo de los vivos[84].
> Cuando el hombre *deja ir agua* (semen) al entrar en contacto con el fruto, fecunda a la mujer, y esta agua transporta un espíritu, un principio de vida (*edimo*), que se nutrirá del fruto de la madre durante todo el periodo de gestación. Con el contacto del agua del hombre, comparable a la savia del árbol o de la planta, en el fruto de la mujer aparece una mancha blanca. Esta mancha blanca es el bebé. Es cuando se forma *dyemi* (embarazo), en *edyai* (matriz), que significa 'algo que puede producir, algo que puede dar frutos'. La nueva vida se forma en *edyai*, que está conectado con el *ibumu* ('vientre', a veces denominado en castellano por los ndowé como 'el saco'). Por esta razón exist toda una serie de prescripciones y prohibiciones alimentarias durante el embarazo y se practican lavativas por el ano para limpiar a la criatura." (Fons, 2004: 95, las cursivas son suyas)
>
> "El feto se forma con dos sustancias: el agua y la sangre. El hombre aporta el agua, que es el semen (*homo*) y la mujer la sangre (*machia*). En ndowé, *mbanga* es el principio de la vida hasta los tres o cuatro meses. *Mbanga* no tiene hueso, es todo líquido, ya que está formado por el agua del padre y la sangre de la madre y cuando la carne empieza a formarse deja de ser *mbanga* para convertirse en *moana* (niño). (…)
> Durante el embarazo, los dos progenitores colaboran en la formación del feto: la madre aporta la sangre y el padre el agua (semen). Estas dos sustancias son imprescindibles para dar vida y desarrollar el feto. Mientras el padre colabora en la formación de los huesos del niño (asociados al color blanquecino del semen), la mujer aporta la sangre, que formará más tarde la carne. Así pues, es a través de las relaciones sexuales que el padre alimenta a la criatura. De aquí que durante estos meses sea fundamental la aportación periódica de esperma paterno. Si una mujer no mantiene relaciones sexuales, el feto no podrá desarrollarse con normalidad, y podría nacer con los huesos blandos o huecos." (Fons, 2004: 96, las cursivas son suyas)

Estas creencias influirán en gran medida en los comportamientos y prácticas respecto a la fertilidad y la reproducción y, paralelamente, condicionarán la atribución causal que se haga de las enfermedades que aparecen estos periodos y los procedimientos que, teniendo en cuenta la causa, están indicados para tratar cada disfunción. Así, para los ndowé:

---

[84] Sin duda, se trata de una información útil para los profesionales en el momento de elaborar la historia clínica de una paciente.

> "Esta aportación de agua es necesaria sobre todo hasta el quinto mes de embarazo en que, según conceptualizan los ndowé, el feto ya está formado. No obstante, es a partir del séptimo mes (u octavo, según los casos), que debe comenzar un periodo de abstinencia sexual, pues a partir de entonces el semen ya no lo fortalece, sólo lo *ensucia*. Incluso se piensa que el líquido podría perjudicar a la criatura en el momento del parto, ya que la podría ahogar. A partir este momento, la embarazada ya no debe mantener relaciones sexuales, no debe *ensuciar* a la criatura, pues para una mujer ndowé es una vergüenza tener un parto *sucio*. Por esta razón la mujer *limpia su interior* ya desde el principio del embarazo. Se baña en el río y se frota el vientre (*ibumu*) con arena o con una piedra de mar, para mantener limpio su vientre de toda suciedad (en parte provocada por la alimentación y por las relaciones sexuales prescritas) y evitar que se acumule en exceso en su interior durante todo el embarazo. Aunque, es a partir de los ocho meses, ya sin miedo de un posible aborto, que realiza numerosas lavativas para limpiar definitivamente su interior." (Fons, 2004: 97, las cursivas son suyas)

> "Así, por propia experiencia, son muchas las mujeres que han comprobado que no es imprescindible la aportación de agua para la formación de la criatura. Éste es el caso de las mujeres ndowé que han emigrado, las cuales mantienen, como método de prevención, relaciones sexuales hasta los siete meses para alimentar a la criatura con el líquido seminal del padre, aunque, en otros casos, no cumplan con esta recomendación, lo cual no entra en contradicción para que, si después le pasa alguna cosa a la criatura, se interprete que la razón ha sido el no haber seguido esta recomendación." (Fons, 2004: 97-98)

Las diferencias en cuanto a la atribución de la cualidad de persona influyen también en la actitud hacia la muerte. Según Kaplan (1998):

> "(…) Como decíamos en la primera parte, un niño no es considerado 'persona' hasta que es bautizado, se le impone un nombre y es aceptado por la comunidad como un nuevo miembro, al séptimo día. Esta ceremonia recibe el nombre de *ñyamboo* y forma parte de la tercera fase, la de agregación, del ritual del nacimiento. Cuando un niño fallece antes de ser bautizado, se le da el nombre de *atambitah*, que podríamos traducir como que 'ha pasado de largo', y es enterrado sin plegarias en algún lugar del bosque por la abuela o la *ding-mutalaa*, la comadrona tradicional. Sin embargo, cuando un niño muere después del *ñyamboo*, es decir que ya tiene entidad de persona, recibe el nombre de *afaatah*, es bendecido con plegarias y enterrado en el cementerio de la comunidad." (Kaplan, 1998: 151, las cursivas son suyas)

Pueden ponerse aún más ejemplos. La Medicina Tradicional China –que habitualmente continúan practicando los inmigrantes chinos en Cataluña, incluso en detrimento de la Medicina occidental– se basa en la consideración de que el ser humano constituye una unidad en sí mismo y con el Universo. Los principios fundamentales en los que se basa son, de manera muy resumida, la Teoría del Yin-Yang y de los Cinco Elementos. La Teoría del Yin-Yang afirma la existencia en todo fenómeno de la Naturaleza de dos polos opuestos, el yin y el yang:

> "Esta división en dos polos opuestos en un equilibrio dinámico de crecimiento-decrecimiento de un determinado concepto fue la guía básica de la filosofía tradicional china en la antigüedad. Según esta forma de visión del universo, para la existencia (positiva) de cualquier fenómeno, es necesaria también la existencia (negativa) del mismo (opuesto, antifenómeno), y además, dentro del mismo, subsisten dos polaridades opuestas en continuo equilibrio. Este equilibrio se basa precisamente en esta interoposición de los dos polos que conforman la integridad y unidad del fenómeno. Por tanto, yin y yang, no son más que eso, polaridades, no siendo ninguna realidad o fenómeno per se (…)." (Lafuente et al., 2006: 74)

> "Los aspectos típicos de la naturaleza Yang son: lo activo y movilizador, lo externo o centrífugo, lo superior o ascendente, lo caliente o calentador, lo luminoso o iluminante. Por el contrario, lo pasivo o inmovilizante, lo inferior o descendente, lo frío o enfriante (sic), lo oscuro u oscurecedor, son de naturaleza Yin." (Lafuente et al., 2006: 75)

Esta teoría sirve para explicar los procesos estructurales y fisiológicos básicos del cuerpo humano:

> "Estos conceptos, aplicados a la Medicina Tradicional [China], supusieron la cualificación del Yang a todo aquello que ejerce una acción estimulante, movilizadora o activa, ascendente, calentadora, y del Yin a lo que posee cualidades moderadoras, concentradoras, pasiva, materiales, hidratantes, nutrientes, etc." (Lafuente et al., 2006: 75)

> "La teoría del yin-yang aparece en todos los aspectos teóricos de la medicina tradicional china. Sirve para explicar la estructura orgánica del cuerpo humano, sus funciones fisiológicas y los cambios patológicos, y además sirve de guía para el diagnóstico y para el tratamiento." (Lafuente et al., 2006: 79)

Por su parte, la Teoría de los Cinco Movimientos explica los elementos constitutivos básicos de la materia y las relaciones que existen entre ellos:

> "[Teoría de los 5 Movimientos] La forma tradicional de comprensión de la Naturaleza en la antigüedad, en China, sostiene que hay cinco elementos básicos e imprescindibles (Wu Zhi): Madera, Fuego, Tierra, Metal y Agua, que componen el Universo. Entre ellos existe también una doble relación de estímulo y moderación, constituyendo así un sistema en equilibrio simbiótico. Al igual que la teoría Yin Yang, este pensamiento impregnó también el cuerpo teórico de la MTCh [Medicina Tradicional China]." (Lafuente et al., 2006: 85)

Además, se describen una sería de elementos que constituyen los órganos del cuerpo y que rigen su funcionamiento:

> "Jing (Esencia), Qi [Energía], Xue (Sangre), Jinye (Líquidos) y Shen (Espíritu), son los elementos básicos imprescindibles para la actividad funcional de los ZangFu, y a la vez, son también productos de la actividad funcional de los mismos. Por tanto, existe también entre éstos, una interrelación de mutua génesis, y es por esto que, tanto en la fisiología como en la patogenia, están interrelacionados, pudiendo afectarse mutuamente como consecuencia de la alteración de cualquiera de ellos." (Lafuente et al., 2006: 115)

Y es especialmente importante la procedencia que se atribuye a cada uno de los elementos:

> "Estos elementos o substancias básicas se originan en lo que la MTCh denomina el 'Cielo Anterior', es decir, la vida intrauterina, que incluye entre otros factores, a la carga genética (que deciden lo congénito), siendo su función principal, nutrir y estimular la actividad de los ZangFu. Esto supone un continuo consumo de los mismos, y acabaría agotándose si no contase con alguna forma de suministro continuo. Esto se consigue a través del permanente aporte que supone la ingesta, la respiración, etc, que es lo que la MTCh denomina el 'Cielo Posterior', o vida postnatal, extrauterina, elementos que forman parte de los factores adquiridos." (Lafuente et al., 2006: 115)

Teniendo esto en cuenta podremos comprender mejor situaciones frecuentes en las consultas como el hecho de que los pacientes de origen chino comiencen muchas veces la descripción de sus síntomas haciendo referencia a elementos considerados, a menudo, intrascendentes para el profesional de la biomedicina: aludirán, por ejemplo, al número de hermanos que tiene y el lugar que ocupa entre ellos (haciendo referencia al 'Cielo Anterior', a lo adquirido a través de la madre), a su dieta ('Cielo posterior') o mostrarán su preocupación por la contaminación del aire (respiración: 'Cielo posterior').

Veamos, ahora, el paralelismo de esta manera de entender la fisiología humana con la que establece el Ayurveda, sistema médico procedente de la India y cuyos fundamentos

siguen –aunque con grandes variaciones entre unos grupos y otros– inmigrantes procedentes de la India y Pakistán:

> "Los *rishis* utilizaron la teoría de los cinco grandes elementos, más propiamente llamados 'los cinco grandes estados de la existencia material', para explicar de qué modo las fuerzas interiores y exteriores están unidas entre sí. Los cinco grandes elementos son:
> **Tierra**, el estado sólido de la materia, cuyo atributo característico es la estabilidad, fijeza o rigidez. La tierra es sustancia estable.
> **Agua**, el estado líquido de la materia, cuyo atributo característico es el flujo. El agua es sustancia que carece de estabilidad.
> **Fuego**, el poder capaz de transformar una sustancia de sólida en líquida y en gas, y viceversa, aumentando o reduciendo la disposición relativa de la materia. El atributo característico del fuego es la transformación. El fuego es forma sin sustancia.
> **Aire**, el estado gaseoso de la materia, cuyo atributo característico es la movilidad o dinamismo. El aire es existencia sin forma.
> **Éter**, el espacio en que todo se manifiesta y al que todo regresa; el espacio en que ocurren las cosas. El éter no tiene existencia física; sólo existe en forma de distancias que separan la materia." (Svoboda, 2003: 34-35, las cursivas y las negritas son suyas)[85]

> "Los cinco elementos se condensan en las tres *doshas*: *vata*, *pitta* y *kafa*, que son en realidad aire, fuego y agua respectivamente. *Vata* es el principio de energía cinética del cuerpo. Está relacionada sobre todo con el sistema nervioso y regula todo el movimiento del cuerpo. *Kafa* es el principio de energía potencial, que regula la estabilidad y lubricación del cuerpo. Los tejidos y desechos corporales que *vata* mueve de un lado a otro son competencia de *kafa*. *Pitta* regula el equilibrio en el cuerpo de las energías cinéticas y potencial. Todos los procesos de *pitta* suponen digestión o 'cocción', aún cuando se trate de cocer pensamientos para elaborar teorías. Los sistemas enzimático y endocrino son los principales campos de actividad de *pitta*." (Svoboda, 2003: 35-36, las cursivas son suyas)

> "Las tres son fuerzas, no sustancias. *Kafa* no es una mucosidad, es la fuerza que, cuando se proyecta en el cuerpo, provoca la aparición de mucosidad. *Pitta* no es bilis; es la fuerza que hace que se produzca la bilis. *Vata* no es gas, pero un incremento de *vata* provoca un incremento de gas. *Vata*, *pitta* y *kafa* reciben el nombre de *doshas* porque el término 'doshas' significa 'cosas que pueden estropearse'. Cuando *vata*, *pitta* y *kafa* están desequilibradas entre sí, el sistema pierde inevitablemente su propio equilibrio." (Svoboda, 2003: 36, las cursivas son suyas)

Igual que en la Medicina Tradicional China, estas tres fuerzas procederán, entre otras, de las influencias materna y paterna y su combinación define la constitución de cada individuo:

> "El modelo metabólico innato se denomina *prakriti*. *Prakriti* significa también 'Naturaleza', la primera creación. Nuestra *prakriti* es nuestra primera 'creación', nuestra primera reacción cuando nos vemos obligados a adaptarnos a algún cambio en el entorno. La constitución es el conjunto de tendencias metabólicas que determinan de qué modo reaccionarán instintivamente el cuerpo y la mente cuando se enfrenten a un estímulo. Muchos de los rasgos que apreciamos de nuestra personalidad proceden de esas tendencias metabólicas. Muchas de las cualidades que no nos gustan de nosotros mismos también tienen su origen en esas tendencias. El conocimiento de la propia constitución permite conocer mejor el cuerpo y la mente. Uno aprende a no sentirse culpable por sus preferencias dietéticas, o por rasgos mentales como la ira o el miedo. Una vez

---

[85] La inclusión de fuentes bibliográficas destinadas a su lectura por occidentales (en el caso de la Medicina Tradicional China, elaborados por profesionales de la biomedicina) no responde, como suele ocurrir, a un intento de *dotar de lógica científica* a estos sistemas médicos, describiéndolos desde la óptica de sus paralelismos o *explicaciones* desde la biomedicina. Se trata, más bien, de una doble intención, por un lado, mostrar precisamente esta tendencia por parte de la biomedicina y, por otro, hacer comprensibles estos sistemas médicos para el lector no especializado (y más familiarizado con nuestras estructuras biológicas que con las propias de otras latitudes).

que se ha comprendido que esos rasgos dependen de la propia constitución, los cambios en el estilo de vida pueden ayudar al organismo a minimizar su influencia.
La constitución personal depende del estado de los cuerpos del padre y de la madre en el momento de la concepción. El espermatozoide concreto que mejor resistió las condiciones imperantes en ambos cuerpos ganó la carrera para alcanzar el óvulo, y mezcló sus genes con los genes del óvulo para formar el nuevo hijo. La constitución está influida por la genética de los padres, la dieta de la madre durante el embarazo y los sucesos anormales en el momento del nacimiento. Una vez establecidas la constitución personal y las tendencias que la acompañan, no se pueden alterar de manera permanente. Nos guste o no, la constitución, como los genes, es para toda la vida." (Svoboda, 2003: 57-58, las cursivas son suyas)

"El ayurveda es un tipo de sistema médico muy lógico. Se vale de principios muy sencillos y fáciles de entender para determinar la *prakriti* individual. Esos principios se basan en la teoría de las tres *doshas*, y por eso la *prakriti* se expresa en términos de *vata*, *pitta* y *kafa*. La gente de tipo *vata* es realmente más ligera y etérea que el resto de la gente. Sus cuerpos tienden a producir más gases intestinales y sus mentes a ser más 'espaciales'. Algunas autoridades opinan incluso que los crujidos que hacen sus articulaciones son debidos al desplazamiento en ellas de burbujas de nitrógeno. Las personas de tipo *pitta* tienen literalmente más fuego que las de los demás tipo. Tienen más apetito y mejor digestión, aguantan mejor el frío y son más impulsivas. La gente *kafa* suelen tener cuerpos más pesados, más terrosos que la de los demás tipos, y suelen almacenar sustancias acuosas como fluidos y grasa más fácilmente que los demás. El ayurveda contempla a los individuos a través de las lentes *vata*, *pitta* y *kafa*." (Svoboda, 2003: 58-59, las cursivas son suyas)[86]

Así mismo, la cantidad de cada *dosha* en el cuerpo depende –también como en la Medicina Tradicional China– de la alimentación, que podrá entonces tener efectos beneficiosos, perjudiciales o terapéuticos sobre el organismo:

"La constitución personal, que es la estructura metabólica individual, ayuda a determinar en qué medida los sabores y emociones específicos afectan a cada uno. Por esta razón, no todos los que comen la misma comida sufren necesariamente las mismas consecuencias físicas o mentales. Cuando todos los miembros de una familia comen juntos, los sabores y emociones de cada individuo resultan afectados según su propio equilibrio individual de sabores y emociones." (Svoboda, 2003: 57)

"La eliminación regular de las *doshas* es importante porque los procesos metabólicos normales las producen constantemente. La cantidad de cada *dosha* que el cuerpo produce depende en primer lugar de los sabores que consume. Los sabores influyen en el equilibrio de las *doshas* en el cuerpo. Proceden, como las *doshas*, de los cinco grandes elementos. Debemos poner de relieve el profundo efecto que tienen en cada una de las partes del organismo, no sólo en la lengua." (Svoboda, 2003: 42, las cursivas son suyas)

"El salado es el sabor más importante para el control de *vata*, porque es pesado, oleoso y calorífico, y mejora la digestión. Luego viene el agrio y después el dulce. El amargo es el mejor sabor para controlar *pitta* porque es refrescante y secante. A continuación va el dulce y después el astringente. El picante es el mejor sabor para controlar *kafa* porque es calorífico, ligero y seco, y limpia el cuerpo de secreciones. Luego viene el amargo y después el astringente. La intensidad de los sabores de un alimento determina sus efectos sobre las *doshas*." (Svoboda, 2003: 47, las cursivas son suyas)

---

[86] La constitución se establece teniendo en cuenta las características, en función de las tres *doshas*, de: la estructura corporal, el peso, el color, aspecto y características de la piel, el sudor, el pelo, las uñas, los ojos, la boca, el apetito, el desayuno, la digestión y la evacuación, la menstruación, las preferencias climáticas, el instinto sexual, la fuerza y resistencia físicas, el pulso, el sueño, los sueños, las cualidades vocales, la emoción característica, los rasgos de la personalidad, el modo de expresión predominante, la mente, la memoria y el estilo de vida (Svoboda, 2003: 64-93).

"Existen ocho tipos de constitución posibles: V, P, K, VP, PK, VK, VPK, y equilibrado." (Svoboda, 2003: 61) [La denominación de las constituciones corresponde a la abreviatura, efectuada por el autor, de cada una de las doshas]

Los alimentos digeridos adecuadamente dan forma y permiten la función del cuerpo y de la mente:

> "La comida digerida nutre tanto al cuerpo como a la mente y da fuerza y soporte a *ahamkara*[87] y su querida personalidad. El ayurveda divide todos los tejidos corporales en siete grupos denominados *dathus*, siendo un *dathu* todo aquello que da firmeza[88]. Cada *dathu* satisface uno de los requisitos de *ahamkara* para existir en un cuerpo humano y 'afirma' o 'confirma' la identificación de *ahamkara* con el cuerpo. De lo bien que cada uno –su personalidad- se adapte a su cuerpo, dependerá su resistencia a los extraños que desafíen sus derechos sobre el organismo." (Svoboda, 2003: 133, las cursivas son suyas)

> "En tanto que los *dathus* estén sanos y bien formados y los residuos sean mínimos y se excreten con facilidad, *ahamkara* se siente plenamente satisfecha de su encarnación y el individuo experimenta una profunda sensación somática de bienestar. Cuando la nutrición de los *dhatus* es inadecuada, *ahamkara* acusa la carencia y su insatisfacción se transmite a la conciencia del individuo en cuestión. La digestión y la asimilación son fundamentales para el bienestar de un individuo a todos los niveles." (Svoboda, 2003: 134-135, las cursivas son suyas)

Pero la alimentación no será la única influencia sobre el organismo:

> "*Prana* es la fuerza vital, equivalente al *chi* o *ki* [Qi] de la medicina oriental. Enhebra el cuerpo, la mente y el espíritu en una única hebra de aliento, como perlas en un hilo, y los hace vivir, actuar de concierto como un único organismo. *Tejas* es la fuerza de la transmutación, que da lugar a que el cuerpo, la mente y el espíritu se influyan mutuamente a pesar de sus distintos planos de existencia. *Ojas* es la manifestación más sutil de la fuerza de la inmunidad, lo que constituye la individualidad, la cola que cimenta la unión entre esas piezas e integra el Yo. *Prana*, *tejas* y *ojas* unen el cuerpo, la mente y el espíritu." (Svoboda, 2003: 199, las cursivas son suyas)

> "El *prana* lo obtenemos de la atmósfera y la comida. La respiración recarga de *prana* inmediatamente. *Prana* no es oxígeno, como tampoco *kafa* es mucosidad ni *pitta* bilis. *Prana* es la fuerza vital; el oxígeno es una de las sustancias que lo transportan. La comida y el agua también transportan *prana*. Mientras que la mayor parte de los nutrientes son absorbidos por la circulación en el intestino delgado, el *prana* es absorbido por el colon. Las investigaciones modernas demuestran que unas sustancias denominadas ácidos grasos volátiles son absorbidas en el colon por la circulación y representan una fuente importante de energía para el sistema. Esos ácidos grasos, igual que el oxígeno, son portadores de *prana*. La salud de nuestros pulmones y colon determinará la cantidad de *prana* que podamos absorber y, por consiguiente, cuán activos nos sintamos." (Svoboda, 2003: 200, las cursivas son suyas)

Así, no podrá extrañarnos la enorme importancia que los pacientes que tienen como referencia los principios del Ayurveda le dan a su dieta, su insistencia en describirla en la consulta, en detallar la frecuencia y características de sus deposiciones y su extrañeza cuando no se les mide el pulso o los tratamientos no son individualizados y tienen fármacos y no alimentos como base (Svoboda, 2003: 105-122).

Como es obvio, no debería ser necesario señalar que los pacientes, habitualmente, no llegan a las consultas (o a las entrevistas con los antropólogos) mostrando este corpus de conocimientos, que no suele estar a su alcance, como tampoco lo está, para la mayoría de los pacientes autóctonos, las bases fisiológicas del ser humano que establece la biomedicina. Se trata tan sólo de situar algunos posibles comportamientos y creencias

---

[87] "El aspecto de la personalidad que me recuerda permanentemente que yo soy yo se llama en sánscrito *ahamkara*, literalmente, 'la formadora del yo'." (Svoboda, 2003: 20, las cursivas son suyas)

[88] Los dathus son: rasa (líquidos titulares), sangre, carne, grasa, hueso, médula y Shubra (fluidos sexuales) (Svoboda, 2003: 133-134).

en el conjunto de la cosmología y la visión del cuerpo humano en la que encuentran su explicación. Y será necesario que el médico conozca, no tanto el contenido concreto de estas creencias, algo que obviamente se escapa a sus posibilidades, sino su misma existencia, su papel en la vida cotidiana de las personas y en las conductas relacionadas con la salud. Aunque no sepa exactamente en qué consisten, saber que existen, que cada pueblo tiene las suyas, en una inmensa variedad, y ser consciente de la relevancia que tienen le permitirá explorarlas con naturalidad, conocer hasta qué punto son o no compatibles con su práctica clínica y en qué medida pueden adaptarse a esta –algo posible en la mayoría de los casos–, lo que redundaría en una mejor atención de sus pacientes y en la reducción del riesgo de abandono de las indicaciones y los tratamientos. Al fin y al cabo, las creencias religiosas, las convicciones ideológicas, los valores que seleccionan nuestra actuación e incluso nuestra percepción, los prejuicios y estereotipos –tantas cosas que escapan a la constatación científica– están absolutamente enraizadas en la cosmovisión de nuestra propia sociedad y en cada uno de nosotros, el personal sanitario incluido. La base del cambio de actitud es precisamente el reconocimiento de estos contenidos y sesgos culturales en nosotros mismos y en nuestro medio y, a partir de ahí, el paso de comprender a otros pueblos es posible y más fácil.

Separación mente-cuerpo

Además de en lo que se refiere a la manera de interpretar el funcionamiento del cuerpo existen también diferencias en la consideración de la separación mente-cuerpo. En la tradición occidental (en su versión actual más extendida) esta separación se mantiene de manera bastante estricta e incluso influye claramente en el modo de organización de los servicios sanitarios y en la consideración que éstos otorgan a los distintos cuadros patológicos. En otras culturas esta separación no existe o no es tan marcada, de ahí que la Psiquiatría Transcultural se haya apresurado a señalar, por ejemplo, una tendencia entre los miembros de otras tradiciones a llevar al cuerpo los síntomas de la mente, a somatizar las manifestaciones psicológicas (por mucho que ciertas corrientes sigan considerando esto un modo “menos sano” de expresar las quejas). Desconocer estos hechos llevará, como hemos visto, al riesgo de psicologizar los procesos, a ofrecer respuestas o tratamientos en clave psicológica a enfermedades físicas y viceversa, a tratar de buscar una explicación en términos de enfermedad somática a lo que no es sino una expresión de malestar psicológico que responde a una manera de conceptualizar el cuerpo diferente a la que maneja la biomedicina.

En definitiva, la manera de entender el cuerpo y la mente de la Medicina occidental es una y no necesariamente la única, ni en cada uno de sus enunciados necesariamente la más correcta, por mucho que esta afirmación pueda molestar a parte del sector y por mucho también que no se deje de reconocer la innegable utilidad social que esta interpretación ha tenido para las poblaciones humanas a lo largo de la Historia. Además de las interpretaciones legas, de las que existen casi tantas como personas, sean de la cultura que sean, existen otros modelos médicos bien establecidos que han demostrado su capacidad para cumplir el papel para el que fueron diseñados en cada sociedad en concreto y que despiertan un interés creciente y van siendo poco a poco reinterpretados por la biomedicina e incorporados a su práctica, como la Acupuntura (de la que se dice que es una técnica anestésica) o la Homeopatía. Cada vez son más, también, las personas que acuden a estos servicios buscando no sólo soluciones que no les ofrece la biomedicina sino también otras interpretaciones de la salud y la enfermedad, otra manera de entender el cuerpo y la mente que dé mejores explicaciones a sus malestares. La ausencia de dogmatismo, la duda, la apertura a la comprensión y al conocimiento

son, sin embargo, la base más sólida del éxito de nuestra propia ciencia y su olvido en la práctica de los científicos tiene el altísimo coste de la presunción y el error. No se trata, por tanto, de *convertirnos* a ninguna tradición extraña sino, más bien, de respetar más sincera, humilde y profundamente lo mejor de la nuestra.

Concepción de la individualidad

Cada cultura ha manejado también, a lo largo de su historia, nociones distintas respecto a la posición del individuo en el mundo y en el grupo al que pertenece y en relación con sus posibilidades de adquisición de individualidad y posición social.

De modo genérico, se defiende la existencia de dos grandes formas de definir las relaciones entre el individuo y el grupo en el que se inscribe: una concepción sociocéntrica, que subordina al individuo a su comunidad, y una egocéntrica, en la que la sociedad está al servicio de la persona y ésta se coloca en el centro (Shweder, LeVine, 1984). Ahora bien, ambas categorías deben entenderse como los extremos de un *continuum* en cuyos puntos intermedios caben multitud de interpretaciones o definiciones de la cualidad de persona y su papel en la sociedad. La posición sociocéntrica se caracterizaría por la tendencia a considerar que la persona adquiere su pleno sentido en tanto que tal en el contexto de su grupo social y familiar, pero no lo tiene, o lo tiene en mucha menor medida, aislado de él. La identidad del individuo vendrá definida por su posición en el grupo y en la familia y sus elecciones y comportamientos se considerarán normativos o no en función de estos roles. La concepción egocéntrica, propia de la sociedad occidental, coloca, por el contrario, al individuo en sí mismo como centro de interés y le supone capacidad y libertad para elegir su rol.

Y del mismo modo que la interpretación que cada cultura hace del comportamiento y los roles de sus miembros responde a sus ideas sobre el mundo y sobre la persona, las instituciones que establezca para ocuparse de la salud y las pautas de tratamiento de que disponga lo harán también. Desde el paradigma biomédico, la enfermedad es una cuestión individual, afecta al individuo como tal y, por tanto, es en él en el que deben centrarse los tratamientos. En algunas culturas, sin embargo, la enfermedad puede situarse no en el plano individual, sino –en diferente medida– en el social, de tal manera que, independientemente de que se reconozca que sus síntomas afectan al cuerpo físico de la persona (y se busque ayuda especializada para aliviarlos), será a nivel grupal donde habrá que buscar la verdadera solución. Teniendo esto en cuenta no podemos sorprendernos de que en ciertos casos no sea sólo el paciente el que acuda a la consulta, que permanezca siempre acompañado en el hospital e, incluso, que no sea él quien dialogue con los médicos ni que sea a él a quien se autorice a éstos a dar la información. Si el individuo lo es en tanto que perteneciente a un grupo, no necesariamente será el paciente el que tome decisiones sobre el manejo de su enfermedad, sino las personas que en su cultura y en su ámbito social tienen tal papel.

El enfoque de la enfermedad y su tratamiento basado en un concepto individualista de la persona serán, entonces, probablemente inadecuados cuando se trate de un paciente procedente de una cultura de tendencia más sociocéntrica. El profesional sanitario debería estar en condiciones de entender estas cuestiones y tenerlas presentes, estar abierto a esa existencia aunque no conozca su contenido, funciones ni significados concretos, para no interpretar la situación en términos de conflictividad de determinados grupos, para saber dónde y cómo buscar la información, a quién dirigir sus mensajes y

con quién establecer la colaboración para que se sigan sus indicaciones. No hacerlo así podría derivar en conflicto pero, sobre todo, en menor adherencia y mayor incumplimiento de los tratamientos. En general, es posible la negociación y el establecimiento de puentes y acuerdos; el conflicto surge casi siempre cuando una de las dos partes pretende desoír por completo a la otra, de manera que entiende que su posición es la *normal* y la del otro la errónea. La capacidad del personal sanitario para imponerse por lo general está garantizada, aunque a veces pueda producirse el autoritarismo por parte del paciente y su familia –y esto no necesariamente en situaciones de diferencia cultural, sino, cada vez más, en contextos en los que el paciente (o su familia) aún compartiendo, básicamente, la cultura de origen del profesional, se distancian de los parámetros concretos de la biomedicina o de determinadas actitudes de los sanitarios. El mejor camino, en cualquier caso, no parece el de la imposición de una parte a la otra, sino el del entendimiento y la negociación, sin duda, posible, más fructífera y también, más equitativa.

Para encontrar un caso práctico que ilustre todo esto no necesitamos siquiera recurrir a grupos de inmigrantes, tenemos un ejemplo mucho más cercano (aunque no por ello mejor entendido): los gitanos españoles. En general, entre el pueblo gitano que está más arraigado a sus tradiciones la enfermedad, cuando se reconoce como tal, se percibe como un proceso esencialmente agudo, ligado al dolor, a la incapacidad e, implícitamente, a la posibilidad de muerte. Esta interpretación lleva a que se busquen soluciones rápidas y resolutivas, por lo que la consulta se realizará, de preferencia, en los servicios de urgencias, de los que se solicita una solución completa e inmediata al problema. Por otra parte, la pauta general es que un individuo se defina en tanto que perteneciente a un grupo de parientes y en función de su posición en él. Y en este contexto la enfermedad representa una situación de crisis frente a la que se responde como ante cualquier otra, en familia, a veces en el más amplio sentido del término, por lo que puede entenderse, entonces, que el acompañamiento y el apoyo del grupo familiar constituyen no sólo un respaldo en un medio extraño ni sólo una expresión de solidaridad en un momento difícil sino, más aún, un elemento fundamental en el proceso de curación: un paciente solo en el hospital no puede curarse, necesita a su familia, a su gente, tanto como a los médicos. De acuerdo con esta interpretación, el número de familiares será mayor cuanto más elevado sea el prestigio del paciente en su grupo y su familia y también si se considera que pertenece a grupos de edad y género dignos de una especial protección (ancianos, niños, hombres de respeto). La práctica evangélica de algunos de los gitanos añade, además de los familiares, a los miembros de su comunidad religiosa.

Ocurrirá también con frecuencia, que aquel que se dirija a los médicos o que sea elegido por el grupo para transmitir la información al paciente no sea necesariamente lo que el personal sanitario suele entender por el familiar más directo, quizá será su padre, su hijo mayor, un tío o, incluso, el pastor de la Iglesia Evangélica. Se trata de personas que dentro del grupo gozan de autoridad, prestigio y respeto y que son las que toman las riendas en las situaciones de crisis (y la enfermedad lo es) y las que se encargan de las relaciones con los miembros de la sociedad mayoritaria (en este caso, los médicos). Se establece, entonces, una relación entre quienes, desde la perspectiva de este grupo humano, se entienden como los miembros con autoridad de cada uno de los grupos: por un lado los hombres de respeto gitanos (varones y de cierta edad, casi siempre), por otro, los médicos (sobre todo, también, si son varones, aunque esto sea menos estricto).

Así las cosas, es frecuente que el personal sanitario interprete esta situación como un abuso de los recursos, como una fuente de problemas y una actitud desafiante e intimidatoria que no siempre sabrá manejar. El paciente y su familia, por su parte, tenderán a interpretar la prohibición a su presencia con el enfermo en términos de prejuicios, y la falta de entendimiento en el modo de valorar la situación a menudo extenderá la desconfianza hacia las indicaciones terapéuticas. En cualquier caso, la atención sanitaria se complica y, en ocasiones, no será la más adecuada. Si el personal conociera la interpretación de la situación por parte del paciente y de sus familiares, a qué supuestos culturales responde, en función de qué parámetros se define la calidad de la atención y a quién debe dirigirse para evitar un conflicto y transmitir adecuadamente sus mensajes, la relación sería mejor y la calidad de la respuesta, desde el punto de vista humano y biológico, se incrementaría. Y, también, hay que reconocerlo, este conocimiento le permitiría detectar aquellas situaciones en las que el paciente se parapeta tras su cultura, revierte los prejuicios en su favor y utiliza su fama de conflictivo para generar una situación de intimidación en la que sea atendido antes, se le den mejores condiciones de estancia y lo que percibe como una mejor atención aunque, en realidad, no lo sea más que en algunos aspectos materiales.

Diferencias en la atribución de roles por género y edad

Paralelamente a la existencia de distintas maneras de entender qué es una persona y los parámetros que la definen, entre los distintos grupos humanos se dan diferencias en la definición de las etapas del ciclo vital y en la asignación de roles en función del género y la edad, de modo que los comportamientos considerados adecuados en función de estas variables, los papeles que se le atribuyen y las responsabilidades que se les asignan pueden variar considerablemente de unas culturas a otras. Continuando con el ejemplo de los ndowé:

> "Las diferentes etapas del ciclo vital son: *motyetye* (bebé), *eumbe* (niño), *epatye* o *ngoni* (joven), *motodu* (adulto y viejo hábil) y *moduni* (viejo no hábil, dependiente), y cada una tiene roles y adjudicaciones sociales culturalmente estipuladas; los más jóvenes aportan ayuda doméstica a las generaciones ascendentes y hombres y mujeres producen alimentos hasta el límite de sus fuerzas y se convierten en viejos *moduni*." (Fons, 2004: 19, las cursivas son suyas)

> "(…) Pero justo después que esta fuerza de vida se separe del cuerpo (*nyolo*), deambula por el mundo de los vivos durante algún tiempo hasta que pasa a la categoría de ancestro después del ritual que lo transmuta y lo envía al mundo de los antepasados. De esta manera se ancestraliza al difunto enterrado desde un año. Es cuando adquiere el estatus de ancestro y puede, con este título, ser solicitado por sus parientes vivos y acudir a ellos para ayudarlos a través de los sueños, por ejemplo.
> Los antepasados se encargan de vigilar a sus parientes vivos, en particular a los que son sus homónimos, es decir, a los que llevan sus mismos nombres, llamados en ndowé *mbombo*, que son considerados sus dobles." (Fons, 2004: 42, las cursivas son suyas)

Kaplan (1998) establece, en su etnografía de población senegambiana en Cataluña, la importancia de los grupos de edad y su papel en la estructura social, en los siguientes términos:

> "Los *kafos*, clases, asociaciones o grupos de edad, son definidos como segmentos sociales operativos a los que se adjudican funciones específicas, que incluyen a la totalidad de los individuos que componen la sociedad. Como es conocido en la etnografía africana, podemos hablar de tres características fundamentales:
> a) Los miembros de cada grupo no tienen la misma edad, aunque todos son socialmente iguales entre sí y distintos de cualquier otro grupo.

b) A medida que se pasa de un grupo a otro, las atribuciones sociales son más importantes y se les otorga mayor autoridad
c) El individuo liga su vida a un grupo con el cual pasará colectivamente por las otras etapas sociales de la comunidad.
Este sistema de grupos de edad ofrece al individuo, desde el punto de vista de su evolución vital, un estatus claramente definido y diferenciado. Presenta también una igualdad interna en cada clase y una clara jerarquización de las clases, dentro de las cuales uno nace y muere como miembro de las distintas posiciones previstas por el sistema. Esta estructura permite también movilizar con agilidad a los diferentes segmentos de la sociedad en un período breve de tiempo: cada uno sabe a quién corresponde avisar según el asunto o actividad para los que son requeridos." (Kaplan, 1998: 41, las cursivas son suyas)

"Los grupos de edad o *kafos*, entre los mandingas están estructurados de la siguiente forma y reciben los siguientes nombres para el caso de los varones: *ding ding kafo* para los jóvenes solteros; *kambani kafo* para los hombres adultos y *keba kafo* para los ancianos, generalmente hombres mayores de 40 años o que han sido abuelos. A los grupos de mujeres se les conoce con el nombre de: *sungkuto kafo*, jóvenes solteras; *foro musu kafo*, mujeres adultas casadas, en edad fértil; y *musu keba kafo*, mujeres ancianas, a partir de la menopausia.
El acceso al *ding ding* y *sungkuto kafo* se realiza mediante el rito iniciático que incluye la circuncisión y educación sobre el mundo de los adultos, el aprendizaje de las relaciones entre géneros y las relaciones con los demás grupos.
Al *kambani kafo* acceden los hombres en edad de casarse, es decir, a partir de los 20 años aproximadamente. Sin embargo, las mujeres hacen su entrada en el *foro musu kafo* cuando contraen matrimonio, que suele ser en edades adolescentes. En estos grupos de adultos se llevan a cabo los rituales del matrimonio y la maternidad/paternidad.
Los *keba kafo* están compuestos por hombres adultos 'maduros', es decir, mayores de 40 años. Para las mujeres, la menopausia, retirada del periodo menstrual y por lo tanto final de la etapa fértil, significa que han llegado a su vejez reproductiva y esto les permite pasar a formar parte del *musu keba kafo*. Popularmente en Gambia se dice que los hombres no son nunca viejos sino sabios, porque no pierden la capacidad reproductora.
Los miembros que componen el *keba kafo* son responsables de las decisiones políticas de la comunidad; éste es el foro donde se llevan a cabo las discusiones y donde se intenta llegar a un consenso a través de la palabra. Los hombres del *kambani kafo* son los responsables de llevar a cabo los acuerdos tomados por los mayores.
Las *foro musu kafo* son las encargadas de la organización de las distintas celebraciones iniciáticas –bautizos, bodas, desviudedad, etc.– concernientes al ciclo vital de las mujeres de la comunidad, aunque también sirven como apoyo en las actividades de los varones, preparando la comida y las bebidas que se ofrecerán durante las ceremonias y rituales, así como el vestuario y los adornos para cada ocasión. Es muy frecuente ver en estas ceremonias a muchas mujeres vistiendo *ashobi*, indumentaria confeccionada con la misma tela, donde varían los modelos pero el estampado es idéntico. Se trata de que los distintos *musu kafo* puedan ser públicamente reconocidos y distinguidos." (Kaplan, 1998: 43-44, las cursivas son suyas)

Estas diferencias en la atribución de roles se harán presentes en la consulta: por ejemplo, si quienes tienen la autoridad y son objeto de respeto son los hombres adultos, los médicos que sean mujeres y/o jóvenes pueden tener dificultades para imponerse o ver mermada su credibilidad. Si se percibe que la mujer debe ser objeto de especial protección (e incluso dominio), pueden existir reticencias a que la atienda un médico varón, a que la vea desnuda a solas o a que ésta dialogue directamente con él. Si el niño es considerado ya adulto puede acudir solo al médico, negarse a ir al pediatra o asumirse como normal que una chica esté embarazada. Se trata, de nuevo, de cuestiones en las que habitualmente cabe la negociación pero que es necesario conocer para hacer más fácil la consulta, para aumentar la comodidad de unos y otros, para saber a quién dirigirse y por qué y a quien acudir para buscar respaldo en las actuaciones o para evitar problemas o solucionarlos.

3.3.4. Concepción del tiempo y del espacio

La concepción del tiempo y el espacio tampoco es necesariamente la misma en todas las culturas, ni siquiera en todos los sectores de la población que comparte una misma sociedad. Pensemos, por poner un ejemplo cercano, en las diferentes maneras de entender la puntualidad o el curso del tiempo, aquí mismo, entre el medio rural y el urbano o entre una gran ciudad y una más pequeña.

Estas nociones tienen relevancia desde el punto de vista clínico, sobre todo en Psiquiatría, donde las diferentes interpretaciones del curso del tiempo y de la situación en el espacio pueden conducir a un diagnóstico de delirios o desorientación a pacientes que simplemente utilizan una narración de lo que les ocurre basada en parámetros distintos de los que su médico considera normales (Atxotegui, 2002).

La manera en la que los pacientes entienden el curso y el ritmo del tiempo puede diferir considerablemente de la forma estricta en la que lo interpreta su médico y organizadores del sistema sanitario. Tener esto presente ayudaría también a comprender que ciertos pacientes no acudan a las citas, que lo hagan cuando no corresponde o sin pedir hora, que lleguen tarde, etc., situaciones que fácilmente pueden ser interpretadas por los profesionales como una falta de respeto, escaso interés por la terapia y mal uso de los servicios (sin perder de vista tampoco que, a veces, sí es esto lo que ocurre). Y también conviene conocerlo para poder educar a los pacientes en que el sistema, para ser operativo y optimizar el uso de unos recursos limitados, tiene que tener unos criterios de funcionamiento en ocasiones estrictos. El respeto a los horarios será más posible si en lugar de la ruptura de la comunicación o los enfrentamientos se ofrecen explicaciones oportunas y comprensibles (a quien las precisa, evidentemente) de por qué esto es necesario y si se insiste, al mismo tiempo y para todos, en el cumplimiento de la práctica.

3.3.5. Concepto de salud y enfermedad. Itinerarios terapéuticos

Como ya se ha dicho en varias ocasiones, las concepciones que se manejan en diversas tradiciones culturales pueden ser muy diferentes en cuanto a qué es la enfermedad y qué circunstancias se conceptualizan cómo tal y, por tanto, cuáles y cuándo deben recibir un tratamiento especializado, sea éste del tipo que sea. Describiremos, a continuación, de manera esquemática, el posible itinerario que una persona sigue desde que interpreta que le ocurre algo que se sale de la normalidad hasta que busca (o no) ayuda para resolverlo. El esquema que se presenta no pretende, en absoluto ser exhaustivo, puesto que los itinerarios concretos y los sistemas médicos elegidos en cada momento, dependerán de cuestiones muy variadas que no cabe abordar aquí[89].

Conceptualización como problema de salud

De acuerdo con esto, se comprende que los procesos de búsqueda de ayuda especializada en salud (*help-seeking process*, en la bibliografía especializada internacional) pasen necesariamente por una primera fase en la que la situación debe ser interpretada como una salida de la normalidad, como un problema. Pero, además, esta situación tiene que ser conceptualizada en términos de salud, es decir, para que se busque ayuda médica del tipo que sea, el cuadro tiene que ser interpretado como una

[89] Por este motivo nos referiremos tan sólo a dos sistemas médicos: la biomedicina y la medicina tradicional, pero no debe olvidarse que existen otros que también pueden entrar en juego.

enfermedad, física o mental (cuando tal diferenciación se maneje) y no como un comportamiento no normativo en términos legales o sociales. Si el paciente interpreta que lo que le ocurre no es un problema o no lo es en términos médicos, no buscará ayuda en este sentido por mucho que la biomedicina sí lo entienda así y, al revés, acudirá al médico buscando atención si interpreta que es quien puede solucionar lo que él vive como una enfermedad aún cuando la biomedicina no disponga de una categoría para definirlo ni lo califique de patológico. Pongamos algunos ejemplos de ambas posibilidades.

Una situación conocida entre los profesionales sanitarios que atienden a estas poblaciones es el caso de varones subsaharianos que consultan por poluciones nocturnas. Desde el punto de vista biomédico no existe disfunción alguna y lo considerado verdaderamente extraño es que este hecho motive la consulta. El profesional sanitario, para dar una respuesta humana y eficaz deberá, en esta ocasión, dejar en un segundo plano sus conocimientos de fisiología del aparato genital masculino y también su ideología en lo relativo a las relaciones sexuales, para centrarse en los factores sociales y culturales que están presentes en esta situación y que son los que influyen en que el cuadro aparezca y que se interprete como clara o potencialmente patológico. Factores sociales y culturales que se entremezclan en la situación de unos varones, generalmente jóvenes, que pueden estar solteros o tener a sus mujeres en su país de origen y que muchas veces viven en una situación de marcada soledad y carencias afectivas y sexuales. Que pueden tener unas creencias éticas y/o religiosas que les impidan la masturbación (o hacen que se viva como un comportamiento pecaminoso que acabará desembocando en algún tipo de castigo, al igual, por otra parte, que muchos pacientes autóctonos que son católicos estrictos) y que, junto con la limitación del dinero disponible, alejen la posibilidad de acudir a prostitutas o hagan que el único contacto de este tipo que puedan permitirse sea con aquellas que cobran menos, las que, frecuentemente, están infectadas por enfermedades de transmisión sexual[90]. En estas circunstancias, el médico podrá comprender la presencia de poluciones nocturnas, pero le quedará aún un factor más para entender por qué motivan la consulta. Tendrá que conocer la interpretación que algunos de estos hombres hacen del semen y de las consecuencias de su pérdida, tendrá que saber que a menudo se liga a la energía vital, de tal manera que su emisión, fuera de las relaciones sexuales, puede conducir a la merma

---

[90] El recurso a la prostitución y los riesgos para la salud que esto conlleva para los hombres y, también para sus parejas, ha sido destacado por, entre otros, Kaplan (1998):

> "Averiguamos que, en dos casos, las mujeres tenían hijos nacidos en Gambia y no respondían a ninguna patología que pudiera impedir su fecundidad. Sin embargo, sus maridos presentaban esterilidad secundaria, probablemente como consecuencia de infecciones producidas por enfermedades de transmisión sexual, contraídas en destino, lo que contradice los extendidos rumores y prejuicios sobre la importación de estas enfermedades, junto con el sida, de África. Coincidentemente, estos hombres, mientras residieron solos en España, compartieron la misma vivienda durante muchos años. En muchos casos, la población masculina establece relaciones sexuales 'a domicilio' con prostitutas toxicómanas que tienen localizados algunos pisos donde habitan africanos. Estos hombres manifiestan enormes dificultades para acceder a un tipo de 'servicios' en condiciones de higiene controlada ya que, cuando intentan hacerlo, con frecuencia son detenidos por la policía en la calle para su identificación. De esta forma, jóvenes heroinómanas que difícilmente tendrían otro tipo de clientes, se ofrecen a domicilio durante los fines de semana a un precio muy económico (1.000/2.000 pts.), que varía según el número de individuos que quieran mantener contactos sexuales, ya que su finalidad es conseguir la cantidad de dinero suficiente para la compra del 'pico'. Estas circunstancias son fundamentales para comprender el empeoramiento de la salud sexual y reproductiva de esta población, después de algún tiempo de residencia en nuestro país." (Kaplan, 1998: 152)

de la fuerza y del ánimo, a sensación de fatiga, de malestar general y temor a que acabe apareciendo alguna enfermedad grave. Sólo conociendo todas estas cuestiones o, al menos, sabiendo que pueden darse este tipo interpretaciones, el profesional podrá entender realmente qué es lo que le ocurre a su paciente, por qué la consulta, aún cuando parezca inmotivada, tiene razones enraizadas en las circunstancias culturales y vitales de ese paciente y tiene también consecuencias físicas y psicológicas ante las que su obligación ética y profesional es prestar atención.

Otro ejemplo más. De acuerdo con los parámetros de la Psiquiatría occidental, los delirios son siempre categorizados como una patología psíquica, pero en otras tradiciones pueden interpretarse en términos de contactos con el mundo de los antepasados, como la expresión de capacidades espirituales avanzadas (lo que, por otra parte, otorga a estas personas una salida digna, integrada en su sistema social y cultural y no disruptiva ni necesariamente estigmatizada) o, simplemente, pueden corresponder a una narrativa peculiar de la historia de vida o de determinados acontecimientos vitales, en los que se entremezclen los tiempos y los espacios, los seres humanos y la naturaleza humanizada, los vivos y los muertos, lo real y lo soñado.

La consideración de un cuadro como correspondiente a una enfermedad podrá cambiar también, a lo largo de la evolución de una misma cultura, entre distintos segmentos sociales de la misma o dependiendo de la época: el ejemplo más claro y más cercano en este caso sería la concepción por parte de la biomedicina, hasta no hace mucho, de la homosexualidad como un comportamiento desviado o una disfunción psíquica, mientras que, hoy, la gran mayoría de los psiquiatras lo consideran una opción sexual normal. Pero no todos. Y precisamente el hecho de que algunos no lo entiendan así viene a mostrarnos, de nuevo, la influencia de los valores consagrados como válidos y normativos por una determinada tradición cultural y en una época concreta sobre los sistemas médicos que construye y en las actuaciones que desde ellos se establecen, cómo estos son variables a lo largo del tiempo, y cómo, dependen, también, indudablemente, de la adscripción sociocultural individual de cada profesional. Taussig (1995) lo expresa del siguiente modo[91]:

> "En toda sociedad, la relación entre médico y paciente es más que una relación técnica. Es, en gran parte, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma es una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su moralidad. La persona enferma se precipita en una vorágine de preguntas sobre las cuestiones más fundamentales concernientes a la vida y la muerte. La rutina cotidiana de aceptar más o menos sin cuestionamientos el sentido de la vida se ve abruptamente interrumpida por la enfermedad grave, que tiene su propio modo de transformarnos a todos en metafísicos y filósofos (para no mencionar a los críticos de una sociedad que deja a sus enfermos y sus familias que se defiendan como puedan). Esto le proporciona al médico una poderosa puerta de ingreso a la psique del paciente, y también supone una desestructuración de la comprensión convencional del paciente y de su personalidad social. La función de la relación entre el médico y el paciente es la de reconstruir ese entendimiento y esa personalidad: recuperarlos para el seno de la sociedad e insertarlos firmemente dentro de los principios epistemológicos y ontológicos de los cuales surgen las premisas ideológicas básicas de la sociedad. En la práctica clínica moderna y en la cultura médica esta función está camuflada. El tema del control y de la manipulación se oculta bajo el aura de la benevolencia. El carácter social de la entrevista médica no se hace inmediatamente evidente de la misma forma que en los ritos curativos comunales de las sociedades 'primitivas'. Entre nosotros la consulta y la curación ocurren en ámbitos privados e

[91] En el mismo texto al que pertenece esta cita se realiza una interesante descripción de la representación personal de la enfermedad por parte de una paciente afectada de polimiositis.

individuales, y los componentes morales y metafísicos de la enfermedad y la curación se ocultan por medio del uso del modelo de la ciencia natural.
Como ha destacado recientemente Susan Sontang, si bien los síntomas y lo signos de la enfermedad generalmente tienen una calidad demasiado material, aparte de eso son algo más. Podemos decir que son hechos sociales, *tanto como* físicos y biológicos. Vislumbramos esto si reflexionamos sólo por un momento sobre los significados enormemente diferentes transmitidos por signos y síntomas en distintos momentos de la historia y en diferentes culturas. La obesidad, la delgadez, la sangre en la orina, ni hablar de la sangre *per se*, el dolor de cabeza, las pesadillas, la fatiga, la tos, la visión borrosa, los mareos y demás cosas, adquirieron sentidos y significación vastamente (sic) distintos en los diferentes momentos de la historia, en las distintas clases sociales, y así sucesivamente. Acá se plantean dos temas. Las manifestaciones de una enfermedad son como símbolos, y el médico que hace el diagnóstico los ve y los interpreta con el ojo entrenado por las determinaciones sociales de la percepción. Pero esto es negado por una ideología o una epistemología que considera a sus creaciones como cosas 'allí', cosas sólidas y sustanciales en sí mismas. Nuestras mentes, como cámaras fotográficas, o como papeles carbónicos, no hacen otra cosa que registrar fielmente los hechos de la vida. (…)" (Taussig, 1995: 114-116, las cursivas son suyas)

Y, evidentemente, las tipologías que se establezcan para las enfermedades y la consideración que reciban variarán según las diferentes tradiciones culturales. Así, por ejemplo, los ndowé, distinguen dos tipos de enfermedades, las "grandes", provocadas por espíritus o brujería, que necesitan de la intervención de un terapeuta tradicional, y las "pequeñas", provocadas por otras causas y que se pueden tratar en el ámbito doméstico sin la intervención de ningún especialista. Veamos, en palabras de Fons (2004) esta tipología de las enfermedades:

"Esta tipología de sanadores encuentra su correspondencia en la distinción de dos clases de enfermedades: las pequeñas y las grandes, que tienen que ver con el tipo de fuerzas que las provocan. Todas ellas relacionadas con el mundo no visible (espíritus, genios, antepasados, fuerzas maléficas) y, la mayoría, con el mundo de la brujería (*ngweli*). Los ndowé dan una gran importancia a este mundo, ya que es el origen de múltiples enfermedades y se relaciona con la noche, porque es el momento en que los brujos pueden no ser tan visibles y los no brujos están durmiendo. Para ello, el *nganga* [terapeuta tradicional] debe dominar todas estas fuerzas, si no éstas lo dominan a él. Debe seguir algunas prohibiciones (como la abstinencia sexual, por ejemplo) antes de realizar cualquier acto de curación, porque su *evusu* se debilitaría por el esfuerzo y no podría controlar el poder de las hojas, de las plantas, de los árboles y el poder de todas las otras fuerzas no visibles que de alguna manera intervienen en todos los actos que realiza. Pero, además, debe reforzarse con el poder de animales que le confieren sus dotes más poderosas, como es, por ejemplo el *mosindji*, un animal nocturno que tiene la capacidad de ver en la oscuridad [Nandinia o civeta de las palmeras, *Nandinia bibotata*]. Éste le otorga el poder de ver en el mundo invisible, allá donde vaya: es así como la fauna y la flora ofrecen todo tipo de poderes al *nganga* para su arte de curar.
En cambio, muchas de las *enfermedades pequeñas* pueden ser tratadas en el ámbito doméstico. Éstas son las que no han sido provocadas por algo o por alguien y, por lo tanto, no necesitan ser combatidas con una fuerza especial. En general, los ndowé tienen un buen conocimiento de cómo tratar este tipo de enfermedades y, en estos casos no recurren al especialista. Conocen numerosos remedios medicinales domésticos y hacen uso de su conocimiento práctico para tratar estas dolencias. Sólo recurren al especialista cuando la enfermedad no es fácilmente identificable y tratable a nivel doméstico, es decir, cuando se hace necesario que el *nganga* interprete la enfermedad, o cuando la enfermedad que se pensaba *pequeña* se ha agravado y entonces se sospecha que está producida por algo externo." (Fons, 2004: 58-59, las cursivas son suyas)

"Sólo en el caso de los viejos se defiende que la causa de la enfermedad o de la muerte puede haber sido *natural*. Éstos se encuentran ya próximos a formar parte del mundo de los antepasados y su muerte es aceptada y comprendida como transición obligatoria del mundo de los vivos al mundo de los antepasados. Igual pasa con los recién nacidos que no sobreviven y que también están entre dos mundos, pudiendo volver de donde proceden." (Fons, 2004: 59, las cursivas son suyas)

Kaplan (1998), por su parte, describe la tipología de enfermedades de los pueblos mandinga en lo siguientes términos:

> "Los pueblos mandingas reconocen diferentes estados de enfermedad que son percibidos y conceptualizados de acuerdo con la gravedad que socialmente se les concede y con la importancia que culturalmente se le otorga a determinados síntomas. Así, por ejemplo, para la 'normalidad', para el estar sano, no tienen ningún nombre o expresión. Simplemente, están bien. Situaciones concretas son expresadas con los siguientes términos:
> - *Balamakuyá*: refleja anormalidad en el cuerpo, cuando una persona se queja de algún dolor o malestar. Quiere decir 'no me encuentro bien'.
> - *N'sasata-le*: es una expresión utilizada para decir que parece que se trata de algo serio, que es motivo de preocupación.
> - *Kuranta-le*: hace referencia a una enfermedad prolongada o grave, cuya curación no es rápida, como por ejemplo la tuberculosis. Existe un reconocimiento y una diferenciación respecto a las enfermedades crónicas.
> - *Apatata-le*: significa 'muy cansado' y es un término utilizado para los enfermos terminales o para las enfermedades en las personas ancianas." (Kaplan, 1998: 135, las cursivas son suyas)

La atribución causal

Una vez que a una determinada situación se le otorga la categoría de enfermedad, lo habitual es que se realice una atribución causal, en la que influirán cuestiones muy variadas, algunas de las cuales ya han sido mencionadas: la concepción de la persona y sus componentes, la separación mente-cuerpo o ciertos contenidos culturales y/o religiosos.

La Medicina Tradicional China, por ejemplo, explica la aparición de la patología, fundamentalmente, como una alteración en el equilibrio de los elementos que constituyen el organismo:

> "Para mantener la actividad funcional normal del organismo, se necesita el normal equilibrio de opuestos del yin-yang, por lo que el estado de salud es la manifestación del estado de colaboración equilibrada del yin-yang. La aparición de la enfermedad y su desarrollo supondrá, por tanto, la alteración o pérdida de dicho equilibrio.
> Teniendo en cuenta que el yin y yang se intergeneran mutuamente, que colaboran en simbiosis, y se interfieren e intermodulan, la pérdida de regulación yin-yang dará lugar a excesos o defectos de yin o yang. La medicina tradicional china considera que la patología aparece cuando se pierde el equilibrio relativo entre el yin y el yang.
> En la patología por afección por Patógenos Externos, se produce una lucha entre los factores endógenos que componen el Zheng-qi (totalidad de estructura y función del organismo, que abarca a la capacidad defensiva) y los exógenos, Xíeqi (factor agresivo). Podemos distinguir entre elementos Yin (Líquidos, Esencia, Sangre…) y Yang (Qi, Yang) en los elementos endógenos, y también los Factores Patógenos externos son de naturaleza Yin (Frío, Humedad), o Yang (Fuego, Viento, Calor de Verano, Sequedad…). La lucha entre Zhengqi y Xieqi va a producir un balance hacia el exceso de uno de ellos, o al defecto del opuesto, o a ambas cosas, por lo que, con independencia de lo complicado de la enfermedad, en última instancia, siempre se manifestará como un exceso o una insuficiencia de yin y yang (…)." (Lafuente et al., 2006: 80-81)

> "'El exceso de yin produce enfermedad del yang, y el exceso de yang, enfermedad del yin; el exceso de yin produce frío, y el exceso de yang calor' (Suwen, Tiaojing Lun). Se debe a la ley de mutua inhibición, y crecimiento-decrecimiento." (Lafuente et al., 2006: 81)

> "Debido a que las alteraciones patológicas y desarrollo de la enfermedad radican en el desequilibrio yin-yang, cualquier enfermedad, por complicada que parezca, se puede explicar en términos generales como alteración del yin o del yang. 'Un buen médico observará la complexión del paciente, tomará el pulso y de este modo determinará si se trata de una enfermedad yin o yang'." (Lafuente et al., 2006: 83)

Y, lógicamente, orientará el tratamiento a la restauración del equilibrio perdido:

> "Teniendo en cuenta que la raíz de la aparición de la enfermedad es la desregulación yin-yang, la base del tratamiento será la regulación y recuperación del equilibrio yin-yang, tonificando la insuficiencia o purgando el exceso." (Lafuente et al., 2006: 84)

> "La insuficiencia de yin da lugar a disminución de la moderación sobre el yang y a su exceso, produciendo Fuego de vacío. No se debe emplear ni medicación fría ni purgar el yang con acupuntura, sino que hay que aumentar el yin para que modere al yang.
> En la insuficiencia de yang, habrá falta de moderación sobre el yin, produciendo su exceso, y por tanto el Frío de insuficiencia. Tampoco habrá que emplear medicación caliente y dispersante para dañar al yin, sino que hay que tonificar al yang para que modere el yin.
> Esto se explica en la expresión: 'En la patología del Yang, tratar al Yin, y en la del Yin, tratar al Yang'." (Lafuente et al., 2006: 84-85)

> "Según la acción de la terapia, como correctora de desequilibrios del yin o yang, se la clasifica también como de naturaleza o acción yin o yang. Así, los medicamentos se clasifican por su naturaleza en Fríos, Frescos, Calientes y Templados, (los dos primeros, yang y los últimos, yin) por su sabor en picantes, dulces, ácidos, amargos, salados e insípidos (picante, dulce, insípido y dulce (sic) son yang, y ácido, amargo y salado son yin), y por su dirección de acción en ascendente, descendente, superficializante (sic), profundizadora (sic) (ascendente, superficializante son yang, y descendente, profundizadora, son yin)." (Lafuente et al., 2006: 85)

Teniendo esto presente podrá explicarse que, en ciertos casos, el paciente decida no tomar una medicación que considera contraproducente (no tomará un medicamento que considere caliente si su representación personal atribuye su enfermedad a un exceso de yin y, a la inversa, no tomará fármacos que define como fríos si cree tener un exceso de yang), de la misma manera que excluirá de su dieta ciertos alimentos e incorporará otros, de acuerdo con el mismo razonamiento, e independientemente de las indicaciones de su médico en este sentido.

En la tradición ayurvédica, la patología –y, por tanto, también su tratamiento–, se definirá en función del exceso o defecto de alguna de las *doshas*, y su tratamiento consistirá también, por pura lógica, en devolver el equilibrio perdido: mediante ayuno, dietas, masajes, aceites o incluso el empleo de minerales y metales (Svoboda, 2003: 208-227)

> "*Kafa*, la *dosha* acuosa, está asociada en realidad tanto al elemento agua como al elemento tierra, que no tienen ninguna afinidad real entre sí. Por ejemplo, cuando se vierte arena en agua, aquélla baja hasta el fondo de la vasija y se queda allí. Por mucho que nos empeñemos, la arena sólo seguirá suspendida en el agua mientras sigamos removiendo. Aunque algunas sustancias sólidas se disuelven en agua, como la sal común, la mayoría no lo hace. *Kafa* es la fuerza que nos ha dado la naturaleza para mantener la tierra del cuerpo (sus sólidos) suspendida en su agua (sus líquidos) en la adecuada proporción.
> Dondequiera que el cuerpo se vuelva demasiado sólido aparece siempre un problema. Por ejemplo, los cálculos biliares y renales. Se trata de concreciones de tierra en las que el agua se ha secado demasiado para permitir que se mantenga el flujo libre. Del mismo modo, cuando en el sistema hay demasiada agua y escasez de tierra, se producen trastornos como el edema. *Kafa* obliga al agua y a la tierra, que de otro modo rehusarían actuar conjuntamente, a combinarse adecuadamente y permanecer en equilibrio.
> *Pitta*, el elemento ígneo, está asociado tanto al fuego como al agua. Mientras que al agua y a la tierra les gustaría poder ignorarse mutuamente y son recíprocamente inertes cuando se mezclan, el fuego y el agua son siempre antagónicos. Cada vez que se mezclan fuego y agua, uno de los dos acaba predominando sobre el otro. Si hay más fuego que agua, el fuego consume o evapora el agua; si hay más agua que fuego, el agua, aún hirviendo, apaga el fuego. La función de *pitta* es hacer que semejantes contrarios cooperen entre sí.

> Todos los ‘fuegos’ del cuerpo están contenidos en agua. El ácido del estómago, por ejemplo, es un ácido extremadamente potente, con un pH de 2. Quema todo lo que toca, exactamente igual que un fuego vivo o un rayo. El ácido es fuego contenido en agua. Cuando el fuego predomina en la mezcla, el ácido quema a través de los medios que, como contenedor natura, le proporciona el agua. Cuando el agua predomina, apaga el fuego, provocando indigestión. Sólo la mediación prestada por una *pitta* saludable puede mantener la agitada alianza entre el fuego y el agua.
> *Vata* se compone de aire y éter. El aire, como el viento en el universo exterior, sólo se mueve libremente en el cuerpo cuando su paso está exento de obstáculos. Uno, en su casa, está a salvo de los fuertes vientos, a menos que lleguen a ser tan fuertes que derriben las paredes. Del mismo modo, la insuficiencia de espacio vacío (éter) impide el correcto movimiento de aire, a menos que la fuerza del aire se acumule hasta el extremo de abrirse paso por sí misma.
> El éter es completamente inerte; el aire es totalmente móvil. El aire trata siempre de expandirse sin ninguna limitación. Si esa tendencia se acentúa demasiado, se destruyen todas las estructuras que la limitan. Demasiado espacio vacío y escasa capacidad de movimientos pueden llevar además a la estasis, con repercusiones adversas para la salud. El enfisema es un ejemplo de tal estado; otro es el tipo de estreñimiento que aparece después de abuso de enemas o lavativas. Sólo una *vata* saludable puede mantener el aire y el éter equilibrados entre sí. La función de *vata* es asegurar que haya éter suficiente para que el aire se mueva en él.” (Svoboda, 2003: 36-38, las cursivas son suyas)

Kaplan (1998) describe así la causalidad de las enfermedades entre los mandinga:

> “Sin embargo, [Sankung, un terapeuta tradicional] intentaba despistarse y no responder a una cuestión que le había planteado hacía tiempo sobre el porqué de la enfermedad. Se limitaba a decir que ‘Dios trajo la enfermedad y el sufrimiento, la luna y el sol, el frío y el calor. La vida conlleva sufrimiento y la enfermedad es una de las maneras de sufrir’. Luego me decía que ‘enfermedad y salud han estado siempre unidas y que Dios creó la enfermedad para que la gente entendiera que Él ha sido creador de todo y que puede hacerlo todo. Si eres fuerte en espíritu y cuerpo como un monstruo, serás muy sano. Cuando te enfermas, te das cuenta de que Dios existe y recurres a Él. No puedes ir independientemente por el mundo porque cuando algo te ocurra, recurrirás a Dios. Tú solo no eres nadie’.
> Cuando le pregunté entonces porqué los niños enfermaban, aseguró que ‘los niños enferman como forma de alertar a los padres, para que sepan que deben cuidar de sus hijos. Según la enseñanza básica el islam, los niños pertenecen y vienen de Dios. Cualquier enfermedad que sufren debe ser entendida como enviada por Dios y los padres tienen la obligación hacia Dios de mantener a los niños limpios para que puedan adorarle correctamente; de alimentarlos y cuidarlos para que, cuando crezcan, cumplan los deseos de Dios.” (Kaplan, 1998: 140)
>
> “El viejo Sankung me relató una historia sobre el origen de la enfermedad:
> ‘El mundo fue creado por Dios. Adama y Awa (adán y Eva) fueron parte de esta creación. Awa cometió el primer pecado mordiendo y comiendo la fruta prohibida que le dio la serpiente. Adama mordió la fruta peno la tragó porque apareció un ángel y lo impidió. Al tercer día de lo ocurrido, Awa menstruó y fue la primera enfermedad sobre la tierra. Sólo Awa pecó y por ello tiene la responsabilidad de la existencia de la enfermedad y el sufrimiento. Adama y Awa recogieron la sangre en una calabaza y la enterraron. Tres días más tarde creció un árbol y a los tres días dio un fruto, la nuez de kola. La kola es sangre de mujer y significa vida, pero también enfermedad y sufrimiento de los cuales la mujer es responsable.’
> Cultura, natura y sociedad van trenzando el destino de los pueblos.” (Kaplan, 1998: 140)

La asignación de causas condicionará, entonces, dos procesos más: el tipo de ayuda que el paciente busque y también el grado de responsabilidad que le es achacable.

En cuanto a la responsabilidad individual, si la causa es externa (por brujería o mal de ojo, por ejemplo) la persona puede no tener responsabilidad sobre lo que le ocurre. Si la causa es la voluntad de Dios, si la salud es un regalo que Dios hace y que Dios quita, el papel que el individuo interpreta tener en su curación se reduce y las respuestas que buscará para solucionar estos problemas serán diferentes. Y lo serán también si la enfermedad o la desgracia se interpretan como resultado de conductas antisociales o

inapropiadas. En este sentido, el catálogo de “enfermedades malditas” se ha ido modificando a lo largo del tiempo: la lepra se entendía como castigo por transgresiones sexuales, el incesto especialmente; la tuberculosis se ha asociado con la vida “bohemia”; el SIDA, como la consecuencia de comportamientos sexuales desviados y promiscuos, etc.

Itinerarios terapéuticos

La atribución causal condicionará el tipo de tratamiento que se busca. En resumen, una persona puede interpretar que una enfermedad, aún siéndolo, no necesita de la intervención de ningún especialista (ni biomédico ni tradicional) y puede resolverse en el ámbito privado, con remedios caseros, mediante la ayuda de personas allegadas con ciertos conocimientos, etc. o, puede llegar a la conclusión de que sí se requiere un profesional, recurriendo, entonces, bien a la medicina tradicional, a la biomedicina a diferentes tipos de terapias de las llamadas alternativas o a la intervención de especialistas religiosos o espirituales, y en esta decisión influirán diversos factores, algunos de los cuales veremos a continuación.

Los ndowé (Fons, 2004), por ejemplo, tienen tanto en su medio de origen (especialmente en las ciudades y, en menor medida, en el ámbito rural) como en destino, la posibilidad de acceder a los cuidados procedentes de la biomedicina, pero el hecho de que acudan o no a ella dependerá de la valoración que se haga del cuadro y si se interpreta que el resultado puede ser mejor utilizando uno u otro sistema.

> “Actualmente, los ndowé también aceptan la medicina occidental como un sistema que proporciona buenos remedios curativos muy efectivos, pero para ellos, en realidad, ésta sólo proporciona buenos ‘medicamentos’ (*bwanga*) para curar los desarreglos ocasionados por las fuerzas no visibles en el propio cuerpo. (…)
> En este sentido se valora muy positivamente su poder efectivo, y los medicamentos se interpretan como dotados también de una fuerza específica que trata de combatir aquel mal provocado y que ha dañado el cuerpo.
> En la actualidad, los ndowé manejan perfectamente estos dos códigos interpretativos. Acuden a ambos tipos de medicina, una que trata el cuerpo y otra que ataca lo que la produce. Tratan las disfunciones del cuerpo en el hospital, ya que entienden que para ello hay buenos remedios occidentales. En cambio, si consideran que la enfermedad es *grande*, tratan de eliminar sus causas acudiendo al *nganga*. A veces optan por un sistema y otras combinan ambos sistemas para las mismas enfermedades. Y esto no plantea ningún problema.” (Fons, 2004: 61, las cursivas son suyas)

Veamos un ejemplo concreto: es frecuente que las mujeres ndowé utilicen el hospital para dar a luz (tanto en destino como, cuando es posible, en origen) buscando una mayor protección en el momento del parto por si se presentan problemas graves; sin embargo, los cuidados a la madre durante el puerperio y los meses siguientes y los que se proporcionan al recién nacido siguen realizándose, en gran medida, mediante las prácticas tradicionales, que se valoran más adecuadas para ello que la medicina occidental. Tal y como lo describe Fons (2004):

> “Aunque, si bien es cierto que cada vez son menos las que dan a luz tradicionalmente a favor del hospital (y esto tanto en Guinea como en Europa), lo que no se ha visto modificado es el conjunto de prácticas propias del postparto: aquellas que tienen que ver con la salud de la madre y del recién nacido, y con los rituales que lo incitan a que se quede en el mundo de los vivos, dándole una nueva identidad. Unas prácticas que comienzan en el momento en que les entregan un bebé ya limpio. A partir de ese instante lo estudian, miran cómo reacciona y a quién puede parecerse, observan todo su cuerpo para ver si tiene alguna señal o algún distintivo especial. Prestan atención, con preferencia, a su cabeza, para moldeársela con los dedos, al igual que

harán con el sexo y con otras partes del cuerpo. También se le hacen masajes y se le unta con aceite rojo para que engorde. Aquí no se le hace el ritual *ngundi* para abrirle la garganta y que pueda ingerir alimentos, ya que en el hospital se lo hacen justo después de nacer. Tampoco se pide la placenta para tirarla después al mar, sino que se deja en el hospital ya que, tal como expresan las mujeres, saben que nadie podrá cogerla y se quemará junto con los otros restos hospitalarios. Pero si bien en Guinea las mujeres que dan a luz en el hospital ya no reclaman la placenta, sí que siguen plantando el cordón umbilical al pie de un plátano para que éste dé frutos, símbolo de vida y de fertilidad." (Fons, 2004: 131, las cursivas son suyas)

"Tras el parto, la madre se convierte en una mujer *yae*. Se la denomina con este nombre porque para ella, a partir del momento en que ha dado a luz, empieza una época de descanso absoluto, llamada con el mismo nombre, que dura de tres a seis meses. Es un periodo de abstinencia sexual, de reposo, de prohibiciones y de prácticas tradicionales, en que debe estar junto al nuevo espíritu que acaba de nacer: es atendida por una mujer y lo único que debe hacer es descansar, atender a su bebé y cumplir con todos los tratamientos tradicionales del *yae*. Éstos consisten en *limpiarla por dentro*, cicatrizar sus heridas, fortalecer su cuerpo (los músculos) y recuperar toda la sangre perdida durante el embarazo y el parto. Es en esta época del *yae* que debe recuperarse para que vuelva a ser fértil: debe engordar, estar fuerte, *limpia en su interior* y cicatrizada de sus heridas internas. Es decir, se prepara para volver a ser fecundada más tarde. Los tratamientos que se consideran fundamentales son los que están destinados a *limpiarla por dentro y sacar toda la suciedad que tiene acumulada en su interior*, como los baños de agua caliente (*etuka mua meba*) y las lavativas (*bosongo*), respectivamente. Éstos evitan que enferme de *makoba*, que le causa fuertes dolores en el vientre, que le salgan sarnas en la piel, que tenga gases y *se pudra por dentro*, incluso muera. En el caso de que enferme se dice que el *yae* ha salido mal: *eoba yae*." (Fons, 2004: 135-136, las cursivas son suyas)

"Las mujeres que han emigrado también se convierten en mujeres *yae*. Cuando salen del hospital vuelven a su ámbito doméstico que, en principio, no podrán abandonar hasta que acaben el *yae*. Es la época del postparto que, entre la población emigrada, puede durar como máximo tres meses. Suele ser mucho más corto, ya que tanto la *yae* como la mujer que la cuida, deben iniciar sus actividades laborales. Pero, aunque limiten el tiempo dedicado al *yae*, el nivel de representación de todas las prácticas sigue teniendo mucha fuerza, pues es un periodo en que el cumplimiento de tratamientos tradicionales se considera imprescindible si la mujer quiere verse recuperada del todo.
Aunque durante el embarazo no haya cumplido las prescripciones tradicionales, el postparto supondrá para ella el cumplimiento de estas prácticas medicinales. Incluso las mujeres que son más proclives a la medicina occidental, durante el *yae* seguirán los tratamientos tradicionales: entienden que, en este caso, la medicina occidental no aporta soluciones efectivas, y siguen practicando todo el conjunto de prácticas tradicionales durante este periodo, ya que así consideran que se recuperarán con más rapidez. Es decir, valoran los efectos de las prácticas propias del *yae*, aunque muchas de ellas hayan sido adaptadas a las nuevas situaciones: realizan los baños con agua de fuego y se salpican el cuerpo con una fregona nueva, que sustituye el *itatuaka*, y lavativas con agua corriente (del grifo) y aceite de oliva, a falta de cortezas, siguiendo las fases de la luna." (Fons, 2004: 149-150, las cursivas son suyas)

Búsqueda de ayuda: Medicina tradicional

En el caso de que la enfermedad sea interpretada en términos no biomédicos, también se realizará una atribución causal: brujería, acción de espíritus malignos, incumplimiento de un tabú, designio divino, efecto necesario de desorden social, etc. y, de manera absolutamente lógica, el tipo de solución que se buscará será diferente para cada una de las causas.

Lo más probable es que el paciente trate de consultar a un terapeuta tradicional, preferentemente de su misma comunidad y del que existan referencias o experiencias previas positivas. En general, el terapeuta tradicional es un individuo, de reconocido prestigio y papel destacado dentro de la comunidad, que puede ejercer su labor por distintos medios, fundamentalmente mediante su capacidad para comunicarse con el mundo de los espíritus y/o un amplio conocimiento del medio natural que le rodea. De

este modo puede tratar enfermedades, prevenirlas y, también –a través de su conocimiento del grupo al que pertenece, de sus normas y tradiciones y de cada uno de sus individuos– intervenir en la resolución de conflictos sociales. Sus habilidades en uno u otro ámbito definirán el tipo de terapeuta de que se trate y el tipo de dolencias en las que se especializa. Volviendo al caso de los ndowé, el terapeuta tradicional, llamado *nganga*, está dotado de estas capacidades:

> "El *nganga* es el gran especialista que está dotado de una fuerza potente que le permite también ver todo lo invisible y enfrentarse a él. Está entre dos mundos. Debe saber percibir las cosas del mundo invisible, porque, según los ndowé, todas las desgracias (como la enfermedad, cualquier accidente e incluso la muerte) suelen estar provocadas por fuerzas y *seres* que no pueden verse." (Fons, 2004: 39, las cursivas son suyas)

> "Por lo tanto, el *nganga* debe visualizar un universo poblado por múltiples espíritus (como pueden ser los antepasados, *bedimo*, y diferentes clases de genios y espíritus, llamados con el término genérico *muendi*) o por fuerzas específicas (ya que cada persona tiene su propio poder o poderes no visibles, como veremos más adelante), a fin de interpretar el mal que ha ocasionado alguna enfermedad. Debe controlar estas numerosas fuerzas que pueblan el mundo: las provocadoras de desgracias y las que, por lo contrario, pueden intervenir a favor de la curación. Para sanar debe manipular el poder de las plantas y los árboles, también dotados de fuerza o poder no visible. Es así como, a parte de conocer la clasificación y nombres de su mundo vegetal, debe controlar su fuerza para combatir algún mal.
> Los ndowé suponen que algunos objetos y las especies naturales están dotados de un poder inherente, aún cuando no se trata de un ser personalizado. Como la mayoría de los tratamientos son a base de plantas y de cortezas de árboles, los *nganga* tienen conocimientos de etnobotánica y su propia fuerza les permite invocar y dominar el poder curativo de estos elementos. Como a los árboles se les considera seres vivos, se los respeta y se les pide que curen al enfermo. Los ndowé creen en el poder de la palabra. Según la concepción ndowé, las palabras que una persona pronuncia cuando habla, pueden ser muy efectivas y poderosas: pueden llegar a invocar espíritus, e incluso pueden volar lejos para ir a otros lugares y ser escuchadas por otras personas: tienen la facultad de viajar a mundos lejanos y desconocidos. Por ello siempre se pronuncian unas frases en cualquier acto ritualizado, para que éstas actúen a favor de la persona." (Fons, 2004: 40, las cursivas son suyas)

> "Existen dos tipos de *nganga*: los que curan gracias a un espíritu (*muendi*) y los que curan con *evusu*. Los primeros son *nganga* pequeños, que no curan porque tengan un *evusu* potente, sino que lo hacen con la ayuda de espíritus o genios (*muendi*), y los segundos son considerados *nganga* poderosos, reconocidos por poder dominar todo tipo de fuerzas.
> El gran *nganga*, además de tener un gran conocimiento de etnobotánica que le permita extraer medicinas de su entorno natural, debe tener algo más: lo que podríamos definir como poder para curar, para controlar y para combatir las fuerzas no visibles que ocasionan enfermedades. La fuerza del *nganga* es el *evusu*. Debe estar dotado de un *evusu* poderoso, predispuesto a sanar. Ésta es su fuerza y sin ella no puede enfrentarse a todo lo que, como hemos visto, forma parte del mundo no visible y que él está capacitado para ver. Puede nacer con este tipo de *evusu* fuerte o, si no lo tiene, alguien se lo puede transmitir, aportando la fuerza de su *evusu* al suyo propio. Hay fuerzas que pueden vigorizar a otras. En este sentido, existen *nganga* que lo han recibido de un antepasado o de otro *nganga*.
> Pero entre este tipo de *nganga* también hay diferentes niveles. En el nivel máximo, el *nganga* tiene un *evusu* muy potente. Especialmente, los *nganga* que tienen un *evusu* muy poderoso son los que pueden enfrentarse a mayores fuerzas o poderes y pueden combatir las *grandes enfermedades*, mientras que los que no lo tienen tan potente sólo curan algunas *enfermedades más pequeñas*." (Fons, 2004: 57-58, las cursivas son suyas)

En cuanto a su método de curación, decir que, por lo general, el terapeuta tradicional trata de averiguar las causas que conducen a la disfunción que padece el paciente y actuar sobre ellas y no tanto sobre sus síntomas. Tal y como lo explica Fons (2004):

> “Los signos manifiestos de sufrimiento físico no son considerados independientes de la causa que los ha provocado y que es el verdadero mal. Se trata de hacerlos desaparecer, aunque si el mal o las fuerzas que los provocan no se combaten, éstos volverán. Por esta razón, los *nganga* siempre tratan de localizar y anular las causas que han intervenido en provocar la enfermedad y, también de remediar al mismo tiempo sus consecuencias sobre el propio cuerpo enfermo. Es decir, se preocupan de: 1) qué o quién provoca el mal (el brujo o ser), aunque a veces ese alguien no es identificado o castigado (los brujos son anónimos y permanecen sin identificar y, en ese caso, el *nganga* sólo se ocupará de tratar a la víctima y anular los efectos dirigidos hacia ella, incluso a veces haciendo un ritual de venganza de largo alcance al enemigo anónimo); y 2) tratar el mal producido en el propio cuerpo con tratamientos medicinales, los cuales también intentan protegerlo. Es en este sentido que vemos que los *nganga* no sólo deben luchar contra estas fuerzas, sino que deben blindar a las víctimas.” (Fons, 2004: 61, las cursivas son suyas)

Un ejemplo claro es la manera en que los terapeutas tradicionales ndowé tratan una enfermedad provocada por brujería:

> “Así, por ejemplo, hay quien mata por *ekong* con métodos invisibles a los ojos ordinarios. *Ekong* hace referencia al poder (magia negara) que tienen algunas personas para provocar la muerte de otras y apoderarse de su *doble* que controlan a voluntad. Es la llamada brujería de la venta. Los ndowé lo expresan con el verbo *coger* y dicen que alguien quiere *cogerle en ekong*. Ese ‘alguien’ mata con diferentes métodos invisibles: con un veneno, o también puede enviarle algún animal peligroso (como una serpiente, por ejemplo) que le provoque la muerte. O puede lanzarle *ikongo dya eluma* (‘lanza de la noche’), que se clava en la persona y la mata, y una vez muerta, controla su *doble*. El día que llueve fuerte y truena, desentierra el cadáver y se apodera de él. Le pone un polvo en la lengua que provoca que pierda el control sobre su doble. A partir de este momento, lo hace trabajar en su propio beneficio. Se interpreta que los muertos de *ekong* son como fantasmas, también llamados *muertos vivientes*, al servicio de la persona que los ha matado. Según los ndowé, quien mata de *ekong* acostumbra a tener muchos muertos vivientes que trabajan para ella y, de esta manera, consigue enriquecerse gracias a esta mano de obra. Podría ser, por tanto, que esta creencia en el *ekong* se utilizara, pudiendo ser anterior, para interpretar así el esclavismo que marcó profundamente la memoria histórica de estas poblaciones.
> Cuando una persona enferma de *ekong* tiene toda una serie de síntomas que pueden ser muy variados: dormir sin descansar, fiebre, gran sudoración, hipertensión, soñar mucho, pérdida de peso, fuertes dolores en alguna parte del cuerpo… Pero ningún medicamento mejora su estado de salud. Nada le hace efecto. Incluso puede medicarse sin mejora aparente. Por lo tanto, tal como se conceptualiza esta enfermedad, no puede curarse en el hospital. La persona debe acudir a un *nganga* para curarse. Para evitar que se la lleven de *ekong*, el *nganga* trata de proteger su cuerpo y, por tanto, su *doble* haciéndolo invisible con las hojas de *eviti* de color lila fuerte y verde oscuro y el aceite negro (*mavule mua vinda*) que le oscurece el cuerpo. De esta manera esconde a la persona a los ojos de los que la quieren coger en *ekong*, ya que el tratamiento le otorga el poder de la invisibilidad.” (Fons, 2004: 53-54, las cursivas son suyas)

Kaplan (1998), por su parte, describe el uso de amuletos:

> “Los *jujus* en mandinga o *kriki* en wolof, son amuletos mágicos que protegen al individuo, basados en versos coránicos, hierbas, raíces, cortezas y otros elementos, que son envueltos en trozos de cuero y cosidos. Se confeccionan a petición de cliente y según el fin al que se quieren destinar. Pueden servir para dar buena suerte, prevenir accidentes, evitar embarazos, alejar a las brujas, evitar la penetración de cuchillos, la impotencia, la esterilidad, los terrores nocturnos, el mal de ojos, etc.
> El *juju* es un elemento sincrético. Por un lado toma versos del Corán que varían de acuerdo con la función a la que van destinados y por otro incluye elementos mágicos provenientes de los antiguos cultos tradicionales africanos. Sankung [*marabout* mandinga] dice que los *jujus* están hechos en nombre de Dios porque dentro hay un trozo de Corán y por ello no pueden entrar en contacto con determinados elementos que son considerados sucios, contaminantes y ofenden a Dios, como los excrementos, la orina, la sangre menstrual y el semen. Se colocan en distintas partes del cuerpo en las que no existe peligro de contaminación, y son confeccionados en forma de collar para el cuello, la cintura o el brazo, y algunas mujeres los llevan en la cabeza, sujetos al cabello. Estas bolsitas de cuero pueden tener formas diversas, pero al preguntar a Sankung qué

> diferencia había entre una y otra, me respondió con otra pregunta: '¿Por qué las pastillas de los *tubaabs* tienen formas y colores distintos?'." (Kaplan, 1998: 139, las cursivas son suyas)

Y, precisamente, esta búsqueda de la causa primera que provoca las enfermedades es, al mismo tiempo, una de las diferencias más importantes con la biomedicina y el motivo por el que, en muchas ocasiones, ambas prácticas son compatibles. Además, este modo de actuación muestra también que el papel de los terapeutas tradicionales no se ocupa aisladamente de la curación o prevención de la enfermedad sino que, frecuentemente, abarca el control del sistema social al que pertenece:

> "Los actos cometidos por un *motimbi* o *moyini*, con un *evusu* muy potente requieren la intervención de un *nganga* muy poderoso que pueda controlar su fuerza y pueda invalidar lo que ha provocado. Según la concepción ndowé, incluso la fuerza más poderosa puede suprimirse, siempre y cuando se combata con una de igual potencia. Cuando alguien enferma a causa de *ngweli*, no muere enseguida. Debe acudir al *nganga* para que descubra la causa de la enfermedad y lo inmunice contra aquello que lo hace enfermar. Procede a inmunizar al enfermo y a curarlo con toda una serie de tratamientos medicinales. Trata la causa y la consecuencia, sin que por ello la persona culpable de *ngweli* se percate que ha sido descubierta ya que, en la mayoría de los casos, las causas de los males no suelen buscarse muy lejos, sino en las relaciones más próximas de la víctima, y es que se dan muchas rivalidades entre vecinos e incluso entre parientes.
> Es decir, la búsqueda y la designación de un culpable no es indispensable para la cura. Muchas veces sólo se trata de neutralizar el mal. Cuando sobreviene un accidente, una enfermedad o una muerte, un *nganga* experimentado sabe cuáles son las oposiciones latentes, sabe encontrar a quién acusar y si vale la pena hacerlo. Es una manera de prevenir el enfrentamiento entre personas y las represalias, en un pueblo en que todo el mundo se conoce. Éstas son buenas razones que van a determinar la publicidad de la acusación. Pero un brujo no tiene por qué ser la causa, sino que en algunas ocasiones son los antepasados o el mismo sujeto. En estos casos, el tratamiento consiste en que la víctima confiese la falta cometida o exponga sus posibles enemigos, y que el *nganga*, por su parte, se encargue de combatir el mal." (Fons, 2004: 56-57, las cursivas son suyas)

Según Kaplan (1998), esto tampoco puede separarse de otras funciones de los especialistas sanitarios:

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

Sin embargo, encontrar un terapeuta tradicional (y una red de apoyo doméstico experimentada) no siempre será posible en el contexto de la emigración, de modo que se buscarán opciones alternativas, dependiendo de la causa de la enfermedad, su gravedad y las posibilidades individuales: acudir al país de origen a recibir tratamiento, tratar de establecer una consulta telefónica o a través de un intermediario, hacerse traer determinados remedios o tratar de encontrar, en destino, un terapeuta que, sin necesariamente ser el que se hubiera elegido de preferencia, presente capacidades similares, entre otras. En general, la mayor parte de los inmigrantes parecen ser conscientes de que los supuestos terapeutas tradicionales que pueden encontrar en su lugar de residencia actual no siempre lo son o no son expertos en lo que les ocurre, pero pueden acudir a ellos en momentos puntuales porque crean que para su proceso sí siguen teniendo una utilidad que no encontrarán en otro lugar, porque no tengan acceso a la biomedicina o no contemplen que ésta vaya a servir para algo.

Una dificultad añadida, incluso para los terapeutas tradicionales reconocidos que pueden encontrarse en nuestro medio, es la dificultad para encontrar en destino plantas y otras sustancias que son la base de sus preparados terapéuticos, lo que limita considerablemente sus posibilidades de tratamiento. También lo harán las restricciones en cuanto al espacio físico disponible para determinados rituales (sobre todo teniendo en cuenta que el ejercicio profesional de estos terapeutas no está reconocido y puede ser legalmente perseguido y socialmente malinterpretado y rechazado) y las claras dificultades para encajar el medio real en el que se realiza el tratamiento con el significado que se le otorga.

> "Muchos de los estudios etnobotánicos que se realizan intentan sólo recoger los principios activos de los vegetales, sin tener en cuenta cómo las poblaciones los conceptualizan. Según esta visión etnocéntrica, no se tiene en cuenta el sentido 'emic' que las poblaciones dan a estos elementos, que según entienden están dotados de una fuerza suficiente capaz de enfrentarse a las que provocan la desgracia. En este sentido se trata de cómo 'el '«espíritu» de la hierba lucha contra el «espíritu» de la enfermedad' y no tienen por qué establecer la misma distinción que nosotros. Pero pueden creer en el poder de la planta y del árbol y, al mismo tiempo, conocer que cada uno tiene su función curativa, su fuerza específica para determinada enfermedad" (Fons, 2004: 41)

No puede dejar de mencionarse que el hecho de que las pautas de tratamiento sean diferentes tendrá una influencia en la valoración que el paciente realiza del trato recibido en la consulta: será más habitual que el terapeuta tradicional se interese por la historia vital del paciente, por su familia y su medio social (de hecho, es frecuente que las conozca de antemano si pertenecen a la misma zona), algo que no suele hacerse –al menos con la misma profundidad– en la consulta del médico (salvo en algunas consultas de Psicología y Psiquiatría) y que puede ser interpretado por el paciente como una falta de interés del médico por su persona y sus circunstancias de vida. El terapeuta tradicional (aún cuando sus modos de actuación son, como ya se ha dicho, muy variados) suele ofrecer una detallada explicación causal de la enfermedad al paciente, lo que no siempre es posible en la Medicina occidental (bien porque no se conoce la causa o porque se estime que no es necesario explicarla o no haya tiempo para hacerlo y, aún cuando se proporcione, es posible que no se haga en términos comprensibles). La comparación también puede darse en cuanto al tipo de tratamiento: entre los terapeutas tradicionales éste es, frecuentemente, único o en todo caso breve y raramente presenta efectos no deseados, de tal manera que para el paciente que acude al médico puede resultar difícil de entender tener que tomar fármacos durante semanas o meses, que además presentan efectos secundarios que el paciente no puede relacionar con la causa de la enfermedad ni con sus síntomas y, por tanto, pueden interpretarse en términos de fracaso del tratamiento, como mínimo.

Tampoco puede perderse de vista que, en ocasiones, el motivo para acudir a un terapeuta tradicional o similar vendrá determinado no tanto por la interpretación de la enfermedad sino por las limitaciones en el acceso a los sistemas biomédicos. La ausencia de derecho a la asistencia, la lejanía geográfica, la incompatibilidad de horarios u otras cuestiones como la escasez de dinero para pagar los fármacos pueden condicionar que se elija el tratamiento con un terapeuta tradicional, quienes, a menudo, no cobran por sus servicios o lo hacen de manera diferida o en especie.

Es cierto también que la escasez de terapeutas tradicionales en nuestro medio y la manifiesta falta de profesionalidad de algunos de ellos limita los efectos beneficiosos y puede exacerbar los negativos: retrasos en los diagnósticos, en la aplicación de

tratamiento, consumo de recursos económicos que limitará la compra de fármacos, tratamientos agresivos…. En este sentido, desde la Antropología de la Salud y algunos sectores de la biomedicina se insiste en la necesidad de un conocimiento mutuo y un esfuerzo de comprensión y compatibilización, racional y sensible a la vez, de las actuaciones y los tratamientos que irá, seguro, en beneficio del paciente.

Búsqueda de ayuda: biomedicina

En el proceso de atribución causal y búsqueda de tratamiento, puede ocurrir que una determinada enfermedad se interprete como una disfunción biológica o una patología psíquica en los términos en los que éstas se entienden en la Medicina occidental. En este caso, ésta será la vía de tratamiento de preferencia y las opciones concretas, el tipo de centro y de profesional que se busquen, vendrán definidas por cuestiones diversas, algunas ya mencionadas.

Resumidamente, en primer lugar, habrá que tener en cuenta la situación legal y el derecho a la asistencia del paciente concreto. Después, la opción de uno u otro centro se establecerá, en general, en función de criterios como su disponibilidad horaria, cercanía física, accesibilidad en medios de transporte, género o edad del profesional y también en función de las expectativas que este centro y sus profesionales genera, la información recibida de familiares o allegados o la rumorología en este sentido. Y, por supuesto, en función de las experiencias previas, de forma que el paciente tenderá a acudir a aquellos servicios en los que él mismo o miembros de su red social han obtenido una atención que fue calificada de positiva en otras ocasiones. Así, si la respuesta obtenida una vez en un pediatra se consideró correcta y satisfactoria desde un punto de vista humano y biológico no es raro que se obvie la especialidad y se consulte para un problema de un adulto, por poner un ejemplo extremo pero significativo. La consulta tratará de elegirse, en realidad como lo hacemos todos, allí donde se perciba que se encontrará una respuesta adecuada. El trato recibido, la percepción de respeto, la capacidad de escucha y la sensación de que se trata de entender lo que se dice, el éxito en anteriores ocasiones o la justificación adecuada de las actuaciones aún cuando no hayan sido exitosas, determinarán en gran medida dónde y a quién se consulta.

También una vez que se recurre a la biomedicina, la opción puede estar en la sanidad pública o en la privada. Aunque acudir a la asistencia privada continúa siendo minoritario, debido a los considerables costes, sí parecen existir sectores más acomodados de población inmigrante (y también gitana autóctona) con mayor tiempo de estancia y mejor situación económica que acuden a la medicina privada, por diversas razones, entre ellas: un tipo de trato que se interpreta como mejor o más correcto, interpretación de que la cercanía es mayor y la comunicación con el personal es más fácil, mayor tiempo dedicado a cada consulta, conocimiento prolongado en el tiempo del médico por parte de la familia, y también, por qué no decirlo, sensación de tener más derecho –porque se paga– a exigir exploraciones, pruebas, tratamientos o, simplemente, tiempo de escucha. Puede ocurrir incluso, que estos sectores de población busquen diferenciarse de los que están en situación más precaria y evitar también tratos estereotipados por parte de profesionales del sistema público que atienden a muchos pacientes de su grupo de origen (o del que los facultativos creen que lo es) y que no establecen diferencias que el paciente consideraría correctas entre unos y otros.

Compatibilización de prácticas y sistemas[92]

Ahora bien, y esto también se ha mencionado ya, hay que tener presente que, incluso cuando el paciente acuda a la biomedicina, esto no significa que renuncie a realizar atribuciones causales propias ni que determinadas pautas culturales puedan dejar de ser tenidas en cuenta o se limite su influencia sobre el cumplimiento del tratamiento. El hecho de que la enfermedad no se conceptualice en términos biomédicos, es decir, que la causa que se le atribuye no sea una disfunción biológica propiamente dicha, sino cualquier otro factor, no implica que no se reconozca que sus síntomas afectan física o psicológicamente a la persona, a su cuerpo y a su mente. En otras palabras, aún cuando el paciente entienda que lo que le ocurre no se trata de una enfermedad *médica* o *de médicos* sí puede reconocer que presenta síntomas que pueden ser aliviados por la biomedicina.

Suele decirse que la interpretación de la situación en términos, por ejemplo, de brujería, pretende buscar la causa primera de la enfermedad, aquello que la Medicina occidental suele *despachar* en términos de azar o suerte, y las soluciones que se busquen, se diferenciarán, por tanto, entre aquellas destinadas a aliviar los síntomas (para lo que puede recurrirse a la biomedicina, o no) y las encaminadas a eliminar o paliar las causas (para lo que no se recurrirá a ésta, porque no se entiende que esta sea su utilidad, sino que se tratará, cuando sea posible, de acudir a terapeutas tradicionales).

Este de la búsqueda de las causas es un debate antiguo en Antropología de la Salud, en el que merece la pena detenerse un momento. Uno de los estudios clásicos sobre el tema es el elaborado por Evans-Pritchard (1997 [1937]) en su etnografía de los azande, sobre el papel de la brujería en esta sociedad y su influencia en diversos aspectos de la vida, entre ellos la atribución causal de todo tipo de enfermedades y desgracias[93].

> "La brujería es ubicua. Toma parte en todas las actividades de la vida zande; en la agricultura, en la pesca y en la caza; en la vida doméstica de los caseríos así como en la vida comunitaria del distrito y de la corte; es un importante tema de la vida mental, en la que constituye el telón de fondo de un vasto panorama de oráculos y magia; su influencia aparece claramente marcada en la ley y las costumbres, la etiqueta y la religión; es prominente en la tecnología y en el lenguaje; no hay nicho ni rincón de la cultura zande en que no penetre. Si una plaga ataca la cosecha de cacahuetes es brujería; si se recorre la selva en vano en busca de caza es brujería; si una mujer remueve trabajosamente un estanque de agua y sólo consigue unos pocos pescaditos es brujería; si las termitas no procrean a su debido tiempo y se pasa una noche inhabitualmente fría mientras se espera que salgan es brujería; si una mujer se muestra ceñuda y antipática con su marido es brujería; si un príncipe está frío y distante con un súbdito es brujería; si un rito mágico no logra alcanzar su propósito es brujería; de hecho, si alguien tiene un fracaso o una desgracia en cualquier momento y en relación con cualquiera de las múltiples actividades de su vida, ello puede deberse a la brujería." (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 83-84)
>
> "Cuando el zande habla de brujería no habla de ella como si hablara de la brujería fantástica de nuestra historia. Para él, la brujería es un lugar común y rara vez pasa un día sin mencionarla. Mientras nosotros hablamos de las cosechas, la caza y las dolencias de nuestros vecinos, el zande

[92] El análisis en profundidad de los ámbitos de compatibilidad de diferentes sistemas médicos se escapa a las posibilidades de este trabajo. Para un análisis crítico de los criterios de compatibilidad e incompatibilidad entre biomedicina y la medicina tradicional establecidos en las políticas de la OMS y los principios ideológicos que subyacen tras ellas puede consultarse, entre otros, (Muela, Haussman, 2002).

[93] Aunque no comparto el tono de la descripción del autor, un tanto etnocéntrico y paternalista, se trata de un ejemplo clásico que merece la pena citar. Corresponde al trabajo de campo del autor con los azande de Sudán durante 20 meses entre 1926 y 1930 en el que se centra en el estudio de la brujería como medio de control social.

> introduce en estos temas de conversación la cuestión de la brujería. Decir que la brujería ha producido una plaga en la cosecha de cacahuetes, que la brujería ha espantado la caza y que la brujería ha hecho esto o aquello equivale a decir, en términos de nuestra cultura, que se ha perdido la cosecha de cacahuetes a consecuencia del añublo, que la caza es escasa en esta época y que fulano de tal ha cogido la gripe. La brujería participa en todas las desgracias y es la jerga en que los azande hablan de ellas y en la que las explican. La brujería es una clasificación de las desgracias que, mientras difieren entre sí en otros aspectos, tienen este único carácter común, ser perjudiciales para el hombre." (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 84)

El autor pone un par de ejemplos, ya clásicos, sobre la atribución de causalidad en enfermedades y otras desgracias:

> "Un muchacho se golpeó el pie contra un tocón que se encontraba en medio de un camino entre la maleza, un suceso frecuente en África, y en consecuencia tuvo dolor y molestias. Debido a la localización en la punta del pie fue imposible mantener la herida limpia de suciedad y comenzó a emponzoñarse. El muchacho declaró que la brujería le había hecho dar con el pie contra el tocón. Yo siempre discutía con los azande y criticaba sus afirmaciones, y lo mismo hice en esta ocasión. Dije al muchacho que se había golpeado el pie contra el tocón porque no había tenido cuidado y que no había habido brujería en el camino, sino que el tocón estaba allí por razones naturales. Convino que la brujería no tenía nada que ver con el hecho de que el tocón estuviera en su camino, pero añadió que había mantenido los ojos abiertos a los tocones, como de hecho hacen todos los azande con el máximo cuidado, y que si no hubiera estado embrujado lo hubiese visto. Como argumento concluyente de su punto de vista, destacó que no todos los cortes tardan días en curar, sino que, por el contrario, se cierran rápidamente, pues tal es la naturaleza de los cortes. Entonces, ¿por qué se había emponzoñado su herida y se mantenía abierta si no era por brujería? Tal era, como no tardé en descubrir, la explicación zande de la enfermedad." (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 85-86)

> "En Zandeland a veces se cae un granero. Nada tiene de sorprendente. Todos los azande saben que las termitas se comen los soportes con el tiempo y que incluso la madera más dura se deteriora al cabo de los años de uso. Ahora bien, el granero es la casa de verano del caserío zande y la gente se sienta bajo él en el calor del día y charla o juega al juego africano del agujero o hace alguna artesanía. En consecuencia, puede ocurrir que haya gente sentada bajo el granero cuando se derrumbe y resulten heridas, pues es una estructura pesada hecha de vigas y barro y puede estar lleno de eleusina, además. Ahora bien, ¿por qué estas concretas personas estaban sentadas bajo este granero concreto en el preciso momento en que se derrumba? Que se derrumbe es fácil de comprender, pero ¿por qué tenía que derrumbarse en el concreto momento en que estas concretas personas estaban sentadas debajo? Ha tenido años para caerse, entonces ¿por qué se cae justamente cuando determinadas personas buscan su amable refugio? Nosotros decimos que el granero se derrumbó porque las termitas se habían comido los soportes. Ésta es la causa que explica el derrumbamiento del granero. También decimos que la gente estaba sentada debajo en aquel momento porque era el momento más caluroso del día y lo consideraban un lugar confortable para charlar y trabajar. Esta es la causa de que la gente estuviera bajo el granero en el momento en que se derrumbó. Para nuestra mentalidad, la única relación entre estos dos hechos de causas independientes es su coincidencia en el tiempo y en el espacio. No tenemos explicación para el hecho de que las dos cadenas causales se crucen en un determinado momento y en un determinado lugar, pues no existe interdependencia entre ambas.
> La filosofía zande puede aportar el eslabón perdido. El zande sabe que los soportes estaban minados por las termitas y que la gente estaba sentada debajo del granero con objeto de escapar al calor y al resplandor del sol. Pero, además, sabe por qué estos dos acontecimientos ocurren precisamente en el mismo momento del tiempo y del espacio. Se debe a la acción de la brujería. Si no hubiera habido brujería la gente hubiera estado sentada debajo del granero y éste no se hubiera caído sobre ellos, o bien hubiera caído pero la gente no habría estado refugiada bajo él al mismo tiempo. La brujería explica la coincidencia de estos dos sucesos." (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 88-89)

Y explica en los siguientes términos el papel que considera que juega la brujería:

> “Al hablar con los azande sobre la brujería y al observar sus reacciones en situaciones de infortunio resultaba evidente que no pretendían explicar la existencia de los fenómenos, ni siquiera el desencadenamiento de los fenómenos, por una causación únicamente mística. Lo que explicaban con la brujería eran las circunstancias concretas de la cadena causal que ponen en relación a un individuo con los sucesos naturales de tal forma que resulta dañado. El muchacho que se golpeó el pie contra el tocón no explicaba su presencia con referencias a la brujería, ni sugería que siempre que alguien tropieza con un tocón se debiese a brujería, ni siquiera explicaba el corte atribuyéndolo a la brujería, pues sabe perfectamente que lo produce el tocón. Lo que atribuía a la brujería era que, en esta concreta ocasión, mientras tenía el habitual cuidado, había tropezado con un tocón, mientras que en otros cientos de ocasiones no y que, en este caso concreto, el corte que era resultado previsible de tropezar, se emponzoñara, mientras que él mismo había tenido docenas de cortes que no se habían emponzoñado. Sin duda, estas circunstancias especiales exigen una explicación.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 87)

> “La brujería explica *por qué* los acontecimientos son nocivos para un hombre y no *cómo* suceden.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 90, las cursivas son suyas)

> “Los azande atribuyen la enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza, a la brujería o a la hechicería. Eso no quiere decir que no tengan en cuenta en absoluto las causas secundarias, sino que, en la medida en que las reconocen, generalmente las consideran asociadas con la brujería o la hechicería. Tampoco el hecho de atribuir la enfermedad a causas sobrenaturales les lleva a negar el tratamiento de los síntomas, como tampoco el hecho de atribuir a la brujería la muerte en los cuernos de un búfalo les hace esperar impasibles su ataque. Por el contrario, poseen una enorme farmacopea (yo mismo he recogido casi un centenar de plantas que se utilizan para enfermedades y lesiones, situadas a los lados de un camino de unas doscientas yardas), y en circunstancias ordinarias confían en que las drogas les curen sus males y sólo dan pasos para suprimir las causas primarias y sobrenaturales cuando la enfermedad es de carácter serio o toma un giro alarmante. Sin embargo, al describir la clasificación zande de las enfermedades y de sus tratamientos debemos recordar que la noción de brujería, como algo que forma parte de su origen, siempre está presente, y que si los azande no siempre e inmediatamente consultan sus oráculos para descubrir al brujo responsable, esto se debe a que consideran que la enfermedad es de poca importancia y no se merece la complicación y el gasto de las consultas oraculares.” (Evans-Pritchard, 1997 [1937]: 439)

Esta posición de Evans-Pritchard ha merecido la crítica, justificada, de diversos autores en las décadas posteriores, que destacan, fundamentalmente, que la diferenciación entre el *cómo* y el *por qué* que establece responde, en realidad, a una necesidad del etnógrafo o del observador externo de explicar, en sus propios términos, una realidad que le resulta incomprensible. Mejor explicado, en palabras de Taussig (1995):

> “Como observó Evans-Pritchard, estas son las razones principales por las que los azande atribuyen una enfermedad grave o una desgracia a hechicerías o brujerías: a la disposición maliciosa de relaciones sociales especialmente relevantes. La ciencia, como la conocemos hoy en día, no puede explicar el significado humano de los efectos físicos. Para expresarnos en términos de todos los días, la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicar el ‘como’ pero no el ‘por qué’ de la enfermedad; puede apuntar a las cadenas de causa y efecto, pero al por qué me tocó en este momento y no en otro, la ciencia médica sólo puede responder con una variedad de la teoría de las probabilidades, que no es satisfactoria para la mente que busca certidumbre y sentido. En la práctica azande los temas del ‘como’ y del ‘porqué’ se fusionan: la etiología es simultáneamente física, social y moral. La causa de mi evidente desgracia física se encuentra localizada en mi nexo de relaciones sociales que incluye la injusta malevolencia de otro. Esta propiedad de mi nexo social se manifiesta en síntomas y signos físicos. Mi enfermedad es una relación social y el tratamiento debe encarar esa síntesis de orden moral, social y físico.
> En relación con esto surgen dos problemas. El primero, ¿los pacientes de nuestra sociedad se preguntan lo mismo que los azande a pesar de los desencantos de nuestra época y su incredulidad con respecto a la hechicería y la brujería? El segundo, ¿no hemos falseado la epistemología azande, siguiendo a Evans-Pritchard, al tratar de distinguir el ‘cómo’ del ‘porqué’, ‘el hecho’ del ‘valor’, y las causas inmediatas de las últimas? A menos que entendamos

> claramente desde el principio que estas no son distinciones nativas destacadas, sino que son necesidades nuestras para poder entender una epistemología foránea, no comprenderemos lo que está en juego. La distinción más saliente que debe ser tomada en cuenta es que en la epistemología azande hay una concepción muy diferente de los hechos y de las cosas. Los hechos están separados de los valores, las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y, por lo tanto, no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales. Es un problema específicamente moderno cuando cosas como mis órganos corporales son en un momento meramente cosas y, en otro, me cuestionan insistentemente, con una voz demasiado humana, sobe el significado social de su mal-estar." (Taussig, 1995: 112-113)

En cualquier caso, y volviendo a la atención sanitaria en nuestro medio, ambas explicaciones (tradicional y biomédica) no necesariamente serán incompatibles y los tratamientos (sobre todo si quien los aplica es honesto) no tienen porqué confundirse ni ser excluyentes entre sí. Aún en el contexto de la emigración, la medicina tradicional sigue teniendo un papel relevante en la medida que aporta explicaciones y remedios que no se pueden obtener de la biomedicina y que encajan mejor en la interpretación del mundo que le es propia al paciente. Por seguir con el ejemplo que nos brinda el trabajo de Fons (2004):

> "[Los ndowé] Aún aceptando las primeras causas de las enfermedades ofrecidas por la medicina occidental, no han dejado por ello de creer que éstas pueden haber sido provocadas, lo cual implica una aceptación simultánea de dos tipos de explicaciones causales al mismo fenómeno sin que aparezca contradicción alguna. Aunque acudan al médico occidental y admitan una explicación científica, pensarán en una posible causa (no visible) que también actúa en la enfermedad. (…) Una no sustituye a la otra, sólo aporta una explicación complementaria de los mismos hechos. Nosotros diremos que es el azar; ellos que se trata de una fuerza invisible que la ha provocado." (Fons, 2004: 184)

> "Pero la medicina tradicional sigue teniendo mucha fuerza, porque se enfrenta a aquello que provoca el mal, la enfermedad y la muerte. Porque, ¿quién nos dice que, aún admitiendo como primera causa la que nos proporciona la ciencia, en realidad las enfermedades no han sido 'lanzadas' por alguien? En realidad son dos explicaciones causales complementarias de los mismos hechos y que quedan muy bien recogidas en la explicación que dan los azande." (Fons, 2004: 62)

Kaplan (1998) trata también la compatibilización de prácticas:

> "Determinados programas de actuación de diversas ONG, como UNICEF, que tienen que ver con la prevención de la alta mortalidad y morbilidad de las madres parturientas y los neonatos, se basan en las premisas de que estas sociedades ya tienen sus propios individuos, localizados en prácticamente cada aldea, responsables de las curaciones físicas, psíquicas o sobrenaturales: curanderos, *marabouts*, herboristas y las propias parteras. La estrategia para llevar a cabo distintos programas radica en entrenar a estas *ding-mutalaa* por una razón básica: que están legitimadas por la propia sociedad desde tiempo inmemorial. De esta manera se utilizan redes propias tradicionales ya establecidas, que no dependen de transporte ni requieren grandes inversiones." (Kaplan, 1998: 137-138, las cursivas son suyas)

Tampoco puede perderse de vista la aculturación en materia de conocimientos y actitudes en torno a la salud que ocurre tras el proceso migratorio. Este hecho de la aculturación o el cambio de valores se observa, por ejemplo, en cuanto a la demanda de métodos anticonceptivos o la solicitud de una interrupción voluntaria del embarazo:

> "El cambio cualitativo que se traduce en las estrategias y en la toma de decisiones, refleja grados de aculturación e integración social diferentes por edades y según sea el tiempo que llevan residiendo en nuestro país, como variables diferenciales fundamentales, pero también una

reorientación o afirmación de sus objetivos. En origen son poco frecuentes las interrupciones de embarazo, están prohibidas por el islam, socialmente rechazadas y sólo son practicadas clandestinamente en las zonas urbanas a un precio desorbitado que se incrementa a medida que el tiempo de gestación aumenta.
Esto significa que aquellas representaciones sociales y culturales tan profundamente arraigadas en origen, son cuestionadas y transgredidas en destino mayoritariamente por las más jóvenes, bajo un marco cultural diferente, un espacio social distinto y una presión social inferior.
Los motivos que impulsan a estas decisiones también son distintos, pero demuestran claramente que se producen cambios ideológicos en un entorno culturalmente diferente, y que, a pesar de las ambigüedades y conflictos que pueden surgir a la vez, existe el ejercicio de un rol volitivo de las mujeres en el desarrollo de los eventos reproductivos." (Kaplan, 1998: 167)

Muchas veces las respuestas que se ofrecen por parte de terapeutas tradicionales no sólo no son incompatibles con las de la biomedicina sino que pueden contribuir a aumentar la confianza del paciente en su curación y ofrecerle un apoyo psicológico contextualizado en su cultura y su historia vital que no siempre puede ofrecer la Medicina occidental. Así, por ejemplo es una situación frecuente que determinados fármacos o acciones terapéuticas propias de la biomedicina se conceptualicen en términos *folk*, es decir, se utilizarán dándole el mismo valor o utilidad que un preparado o acción propios de la medicina tradicional, bien porque este último no sea accesible, lo sea más difícilmente o se le suponga menor eficacia. Fons (2004) describe de manera muy clara este fenómeno, al explicar la conceptualización que las mujeres ndowé emigradas en Cataluña realizan de los tratamientos vitamínicos suplementarios que les proporcionan sus ginecólogos durante el embarazo:

"A partir del segundo, tercer o cuarto mes [de embarazo], [la mujer] visita a un médico tradicional (*nganga*) para tomar unos preparados medicinales especiales que tienen como función *fortalecer* al crío y a la madre: el preparado llamado *mosuka* (en plural *mesuka*) y el *mbute*, que son los primeros tratamientos que hace la mujer cuando sabe que está embarazada. Tal como explicitan los ndowé, éstos sirven para *sujetar al crío* en el interior de la mujer o *sujetar el embarazo* para que no caiga, para que el *crío esté fuerte y no salga* durante los primeros meses, porque si *éste está débil acabará cayendo sin fuerza*. En realidad, se trata de vigorizar la fuerza vital del niño (llamada *evusu*), ya que durante este periodo necesita toda su fuerza para no *caer* (aborto) y para *salir* el día del parto.
Estos preparados también ayudarán a fortalecer a la madre, que se ve debilitada por su aportación de sangre en la formación de la criatura durante todo el embarazo. Actualmente, las mujeres los consideran como *vitaminas*, ya que piensan que las fortalecen y que son especialmente eficaces en casos de debilidad o cansancio, mareos, vómitos o dolores. De hecho, se interpreta que las vitaminas por los médicos occidentales cumplen la misma función que este tipo de preparados tradicionales, es decir, suponen un complemento proteínico para esta época en que, como ya hemos visto en el capítulo anterior, la mujer ndowé entiende que padece *falta de sangre* y, por tanto, *debilidad*." (Fons, 2004: 100, las cursivas son suyas)

"Cuando se les habla de anemia, entienden que les falta sangre. Dado que asocian la debilidad que tienen a la pérdida de sangre, creen que la recuperarán tomando vitaminas. Es así como la ingesta de vitaminas se entiende como una forma más de tener sangre. Se las toman para recuperar parte de la sangre perdida, pero siempre evitando que la criatura engorde en exceso. No se las toman durante todo el periodo, sólo durante los primeros meses, sobre todo mientras la criatura se está formando. Pero no así al final del embarazo (a partir de los siete meses, aproximadamente), a fin de evitar que engorde demasiado y provoque un parto difícil." (Fons, 2004: 98)

"[En relación con las vitaminas suministradas por los médicos occidentales] En estos casos, las vitaminas sustituyen estas prácticas medicinales. De aquí que podamos decir que estos tratamientos tradicionales se equiparan o se sustituyen y complementan mutuamente, sin ruptura ni conceptual ni práctica. Y esto me parece significativo, porque representaría de alguna que, en términos de aculturación, aunque se dé un proceso de cambio, el nivel de conceptualización en torno a algunas prácticas nuevas sigue siendo el mismo. Es así como vemos que, en algunos

casos, la medicina occidental aporta soluciones prácticas, pero éstas se introducen en el nivel de cumplimiento de todo aquello que intenta evitar problema en el embarazo, y su incorporación se interpreta en términos tradicionales." (Fons, 2004: 122)

En definitiva, se mantiene la interpretación propia, tradicional, pero se adapta a las nuevas circunstancias de vida. En palabras de Fons (2004):

> "Éste es un claro ejemplo de que, a veces, la aculturación y sustitución de ciertos aspectos tradicionales no implica necesariamente un cambio en la manera de conceptualizar lo nuevo. Igual ocurre con los medicamentos que sustituyen muchos tratamientos medicinales que los ndowé continúan conceptualizando de igual forma, ya que entienden que están dotados de una fuerza poderosa capaz de combatir aquello que provoca la enfermedad. Los ndowé curan con el poder de las plantas y de los árboles. Ahora también con el poder de los preparados farmacéuticos. Y esta es una interpretación bellísima, ya que éstos, aunque de forma sintética, siguen conservando los mismos compuestos químicos extraídos de hojas y de cortezas, que componen sus tratamientos medicinales tradicionales.
> Lo que ha cambiado, pues, son las técnicas de curar, pero no así las premisas de su interpretación cultural. Siguiendo esta misma lógica, hemos visto cómo muchas prácticas nuevas han sido adaptadas y se interpretan en términos tradicionales: se equiparan a las viejas, se sustituyen y complementan mutuamente sin ruptura ni conceptual ni práctica. Se adopta un elemento foráneo, pero sin variar la concepción que se tenía respecto al elemento anterior; y es que la sustitución de ciertos aspectos culturales no supone una ruptura entre lo viejo y lo nuevo." (Fons, 2004: 185)

Itinerarios terapéuticos: población autóctona

Finalmente, tampoco puede olvidarse que las explicaciones más o menos mágicas no son exclusivas de los pacientes de otras culturas. Las personas legas han dispuesto siempre de explicaciones para lo que les ocurre que no necesariamente han coincidido con las que les ofrecían sus médicos y han utilizado remedios antes de acudir a ellos, es decir, antes de interpretar que lo que les ocurre es un problema que sólo puede solucionar un especialista en biomedicina, y también han compatibilizado los tratamientos especializados con los caseros, con las prácticas religiosas y mágicas. La existencia de curanderos no es tampoco algo extraño en nuestro medio, han existido siempre y muchos pacientes han recurrido a ellos antes, después o al mismo tiempo que a los médicos.

Las diferencias entre los pacientes y los profesionales de la salud respecto a la interpretación de la enfermedad, por tanto, no son nuevas en nuestro medio, han existido siempre aún cuando la cultura compartida sea la misma y también cuando no lo es tanto como pueda parecer. Pensemos, por ejemplo, en las dificultades que debieron encontrar algunos médicos andaluces destinados a la Galicia rural entre los años cincuenta y setenta y cómo se toparon ante explicaciones y modos de resolver la enfermedad a veces totalmente distintos a los que marcaba la biomedicina y a los que habían visto en sus paisanos. O las que seguramente experimentaron, más o menos por la misma época, los médicos catalanes ante la llegada de emigrantes andaluces o extremeños. La situación que vivieron todos ellos, profesionales y pacientes, puede considerarse, en cierto modo, similar a la que se da hoy con los inmigrantes. La población a la que se ha atendido no ha sido homogénea nunca, siempre ha existido una distancia entre el médico y algunos de sus pacientes. Simplemente quizá esta diferencia sea más conocida e identificada (o no, como ocurre con las interpretaciones de la enfermedad por parte de los gitanos) o quizá sea menor en volumen, menos variada, o quizá también, en este momento la de *la cultura* sea una etiqueta fácil que permite resumir y simplificar los problemas situándolos sólo en un ámbito y en un responsable: el paciente, del que se suele decir que, con su diferencia cultural, complica su propia

asistencia y la del resto de los usuarios y carece de la educación necesaria para comprender cómo funcionan el cuerpo y el sistema sanitario. Afortunadamente no siempre es así. Pero lo es demasiadas veces. La incomprensión procederá entonces no sólo de nuestra dificultad para entender prácticas ajenas sino también, especialmente, de la falta de conciencia respecto al significado real de las propias. Una vez que se acepta el hecho de que las interpretaciones más o menos mágicas y los recursos a soluciones múltiples ante las crisis son comunes, se habrá dado el primer paso de comprensión de otras formas de entender la vida, la salud y la enfermedad y, también, el primer paso hacia su respeto.

4. LA COMPETENCIA CULTURAL: UNA APROXIMACIÓN A LA ASISTENCIA SANITARIA EN CONTEXTOS INTERCULTURALES

Como se ha visto, a los profesionales relacionados con el ámbito de la salud se les pide cada vez más que sean capaces de manejarse en una consulta que tiene lugar en un medio intercultural y que den respuestas satisfactorias a las necesidades de pacientes de diferentes culturas y situaciones socioeconómicas diversas sin que la atención al resto se vea afectada. Al mismo tiempo, los organizadores y gestores del sistema sanitario se enfrentan al reto, aunque es más frecuente que se interprete como un problema, de dotar a estos servicios de una flexibilidad suficiente como para dar cabida a estos pacientes, al mismo tiempo que se optimizan (o reducen) los costes y se cubren las demandas de una población en la que se incrementan los índices de dependencia, los niveles de exigencia y, también, la capacidad económica para acudir a los servicios privados.

La propia OMS en uno de sus documentos sobre salud e inmigración (OMS, 2003) señalaba la importancia de la adaptación cultural de los servicios como modo de evitar errores diagnósticos y mejorar la accesibilidad, en los siguientes terminos:

> "A crucial element of the right to health is that all health facilities, goods and services must be culturally appropriate. However, culturally appropriate health-care services are usually limited, and require resources and a mentality of support for, and cooperation with, migrants. In fact, few steps are taken to explicitly tailor services to the needs of migrants and in many situations this leads to wrong diagnoses, inappropriate treatment and poor compliance on the part of patients." (OMS, 2003: 27)

En un intento por establecer las características que deberían reunir los sistemas sanitarios y los profesionales para hacer frente a este reto se ha establecido el llamado modelo de la competencia cultural (*cultural competence*), que está adquiriendo gran relevancia a nivel internacional, aunque, en nuestro medio, su difusión es aún limitada. Este modelo nace en EEUU en los años ochenta en el marco de la *Counseling Psychology* y su presentación oficial data del año 1982, en el que se publica un informe de la Asociación Americana de Psicología respecto a la formación de los profesionales. A lo largo de las siguientes décadas se han ido ofreciendo diferentes denominaciones sin que en la actualidad exista acuerdo sobre el término que se debe utilizar, hablándose de *cultural competence*, *effectiveness*, *humility*, *responsiveness* o *cultural sensivity*. Tampoco hay consenso en lo relativo a la definición formal, aunque, de manera genérica, el concepto gira en torno a la relevancia de variables como la edad, el género, la etnia, la religión o el estatus socioeconómico, entre otras, y la influencia que tienen en cuanto al abordaje de los pacientes en la consulta, así como el conjunto de

conocimientos y habilidades necesarias para manejar estas variables de manera ética y eficaz (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000).

Betancourt et al. (2003) definen *la competencia cultural* como la capacidad del sistema sanitario y sus profesionales para tener en cuenta la influencia de los factores sociales y culturales en la salud de los pacientes y en los términos en los que tiene lugar la asistencia sanitaria. En sus propias palabras:

> "A 'culturally competent' health care system has been defined as one that acknowledges and incorporates —at all levels— the importance of culture, assessment of cross-cultural relations, vigilance toward the dynamics that result from cultural differences, expansion of cultural knowledge, and adaptation of services to meet culturally unique needs. A culturally competent system is also built on an awareness of the integration and interaction of health beliefs and behaviors, disease prevalence and incidence, and treatment outcomes for different patient populations. Furthermore, the field of cultural competence has recognized the inherent challenges in attempting to disentangle 'social' factors (e.g., socioeconomic status, supports/stressors, environmental hazards) from 'cultural' factors vis-à-vis their influence on the individual patient. As a result, understanding and addressing the 'social context' has emerged as a critical component of cultural competence." (Betancourt et al., 2003: 294)

> "'Cultural competence' in health care entails: understanding the importance of social and cultural influences on patients' health beliefs and behaviors; considering how these factors interact at multiple levels of the health care delivery system (e.g., at the level of structural processes of care or clinical decision-making); and, finally, devising interventions that take these issues into account to assure quality health care delivery to diverse patient populations. Given the evidence of sociocultural barriers to care and the levels of health care delivery in which they occur, a new framework for cultural competence would include organizational, structural, and clinical interventions: (…)." (Betancourt et al., 2003: 297)

Estos autores (Betancourt et al., 2003) han elaborado un esquema, que tomaremos como base para el análisis, en el que identifican tres niveles de la asistencia sanitaria en los que se dan lo que denominan "barreras socioculturales" (*sociocultural barriers*) que contribuyen a la aparición de desigualdades en salud en pacientes de colectivos diferentes al mayoritario (*racial/ethic disparities in health*, utilizando sus términos). Aún no tratándose de categorías perfectamente diferenciadas, defienden que esta diferenciación puede ayudar a construir un marco desde el que entender la competencia cultural en el sistema sanitario. Diferencian entre:

- Barreras organizativas (*organizational barriers*)
- Barreras estructurales (structural barriers)
- Barreras clínicas (*clinical barriers*)[94]

Barreras organizativas

Los autores (Betancourt et al., 2003) destacan que el hecho de que los directivos y trabajadores de los sistemas de salud pertenezcan fundamentalmente a los grupos mayoritarios de la sociedad tiene como consecuencia que el diseño y modo de funcionamiento de los servicios se ajustará, preferentemente, a las necesidades y

[94] Como ya se ha mencionado en alguna ocasión, el término "barreras" no parece el más adecuado, por las connotaciones negativas que tiene, pero se mantendrá aquí por ser el que utilizan la mayor parte de los autores que escriben sobre competencia cultural. Personalmente, me parecería más adecuado utilizar términos más neutros y que no remiten necesariamente a la existencia de un conflicto, como "factores" "elementos" o "cuestiones".

expectativas de estos grupos, dejando de lado o prestando menos atención a las de los sectores minoritarios, por lo que el modelo de atención resultante les resultará menos cercano y aceptable.

La presencia de miembros de comunidades minoritarias tanto en los equipos directivos como entre el resto de los trabajadores de los sistemas sanitarios se relacionaría, de acuerdo con este modelo, con una mayor adherencia al sistema de pacientes pertenecientes a las minorías y mejor calidad de la atención.

> "*Institutional leadership.* (…) In the absence of strong quantitative data, a plethora of anecdotal evidence suggests that lack of diversity in the leadership and workforce of health care organizations results in structural policies, procedures, and delivery systems inappropriately designed or poorly suited to serve diverse patient populations. Given their social and cultural understanding of the communities they serve, minority professionals are more likely than their white counterparts to organize health care delivery systems to meet the needs of minority populations. Examples of barriers to care in the way systems are currently organized include: limited clinical hours of service that don't account for community work patterns, bureaucratic intake processes that create fear of deportation among the undocumented, and long waiting times to make appointments and/or at the time of visit." (Betancourt et al., 2003: 295-296, las cursivas son suyas)

> "*Health care workforce.* Racial/ethnic diversity in the health care workforce has been well correlated with the delivery of quality care to diverse patient populations. For example, research has shown that, for minority patients, racial concordance between patient and physician is associated with greater patient satisfaction and higher self-rated quality of care." (Betancourt et al., 2003: 296, las cursivas son suyas)

Las intervenciones destinadas a lograr sistemas sanitarios culturalmente competentes irían, según este esquema, hacia los esfuerzos por incorporar personal perteneciente a grupos minoritarios en los equipos de los sistemas sanitarios.

> "***Organizational cultural competence interventions.*** Organizational cultural competence interventions include 'diversity' and 'minority recruitment' initiatives within the Department of Health and Human Services, academic health centers, hospitals, and medical schools." (Betancourt et al., 2003: 298, las negritas son suyas)

Respecto a la aplicabilidad de este tipo de intervenciones en nuestro medio, decir que presentan varios problemas, como se ha puesto de manifiesto hace ya años en otros campos de la acción social, como la educación, el trabajo comunitario o la representación social. En primer lugar, la incorporación de profesionales sanitarios inmigrantes o pertenecientes a minorías a nuestros servicios de salud ha sido, hasta el momento, bastante limitada, tanto por la escasez de profesionales entre los que llegaban como por las dificultades para convalidar sus títulos y así poder ejercer su profesión. Sí es cierto, sin embargo, como ya se ha mencionado, que en los últimos años se ha registrado un incremento considerable de facultativos de origen extranjero, fundamentalmente de algunos países de América Latina, como Argentina y México, y de la antigua Europa del Este, como Polonia. Ahora bien, su incorporación responde a criterios formativos y laborales más que porque se contemple la competencia cultural: vienen a terminar su formación especializada o trabajan, en ocasiones por debajo de su cualificación real, y percibiendo, a veces, una remuneración menor que la de los autóctonos de igual formación. Muy raramente, también, se han incorporado a los equipos directivos de los centros de salud u hospitales o a órganos más altos de gestión.

Por otra parte, destacar que su origen extranjero y, en ocasiones, de países en desarrollo, no garantiza su pertenencia a minorías étnicas ni significa que compartan necesariamente (antes al contrario) las características socioeconómicas del resto de los inmigrantes ni que estén en condiciones de entenderlas, en la medida en que suelen pertenecer a los sectores más elevados desde el punto de vista económico y de posición social en sus países de origen. En este sentido, probablemente habría que preguntarse sobre su capacidad real para tener una mejor comprensión de la situación de sus compatriotas y otros inmigrantes que los profesionales autóctonos y el papel que los estereotipos y prejuicios que sobre los grupos minoritarios existentes en sus países de origen pueden tener en sus actitudes en la consulta. Un ejemplo claro serían las dificultades que encontrarían profesionales de nuestro medio que ejercieran en otros países para atender a pacientes gitanos españoles, aún cuando compartan el mismo origen nacional y se entiendan en la misma lengua. Es decir, el origen nacional o incluso la pertenencia étnica no capacitan necesariamente a un individuo para intervenir (mejor que el resto de los profesionales) en las situaciones de interculturalidad, por lo que las dificultades inherentes a la atención a las minorías tienen necesariamente que resolverse a través de la vía de la formación de los sanitarios (de todos ellos) y la incorporación a los equipos de profesionales expertos en estos temas. El error de este planteamiento del modelo de competencia cultural es presuponer la ausencia de estratificación en los países de origen y en los colectivos presentes en el de destino, la homogeneidad cultural de las poblaciones de cada país, olvidar que un miembro de una cultura no ve garantizada su competencia profesional por el hecho de serlo, sino en su formación y experiencia, y, sobre todo, no tener presente que, como ya se ha dicho reiteradamente, un buen profesional en una sociedad pluricultural debe tener capacidad para la relación y manejo de las cuestiones de diversidad como parte de su propia profesión.

En lo que se refiere a los descendientes de inmigrantes, decir que, en la actualidad y en nuestro medio, salvo para algunos grupos (como los guineanos) la inmigración es un fenómeno relativamente reciente y, por tanto, existen todavía pocos descendientes de inmigrantes en edad universitaria o de acceder al mercado laboral especializado, a lo que habrá que añadir las dificultades de índole socioeconómica que encuentran para acceder a formación de grado superior y, especialmente en el caso de la Medicina, a una de las licenciaturas universitarias más largas que existen y que requiere del MIR, una oposición previa al acceso a la formación especializada (obligatoria y remunerada). Estas dificultades pueden hacerse extensivas a buena parte de los gitanos españoles, que han accedido de forma muy limitada al sector laboral sanitario y, también, a otros segmentos de la población en situación de marginación, pobreza o limitación de las expectativas. En relación con todo esto, recordar que es obligación de nuestras administraciones y nuestros gobiernos dar oportunidades equitativas a todos los ciudadanos, no a los de una cultura, etnia o clase social, para que reciban formación y es esa la vía real del acceso de los descendientes de inmigrantes, los inmigrantes y todas las minorías y poblaciones a las profesiones más cualificadas, como las sanitarias.

Barreras estructurales

Betancourt et al. (2003) destacan que uno de los factores que tienen más impacto en la asistencia sanitaria es la dotación de recursos de los sistemas sanitarios y cómo estos se utilizan, de modo que, ante la limitación de recursos suelen ser las necesidades de las poblaciones minoritarias las que más frecuentemente se ven desatendidas.

> "***Structural barriers.*** In a complicated health care system in which the rules are many and economic forces drive both structure and function, the needs of vulnerable populations inevitably suffer. *Structural* barriers arise when patients are faced with the challenge of obtaining health care from systems that are complex, underfunded, bureaucratic, or archaic in design. Whereas many structural barriers to care may equally impact people of low socioeconomic status, regardless of race/ethnicity, several barriers are especially pertinent to minority populations: (…)." (Betancourt et al., 2003: 296, las negritas y las cursivas son suyas)

La escasez de fondos suele ser un mal endémico para los sistemas sanitarios de todo el mundo (aunque, indudablemente, en unos países o zonas más que en otros) y, a pesar de que, en principio, la distribución de recursos debería garantizar que todos los ciudadanos recibiesen una atención acorde a sus necesidades, es una realidad que las poblaciones más vulnerables tienen, al mismo tiempo, mayor necesidad de recursos que el resto de la población y menor capacidad para exigir sus derechos y, por tanto, acceder a la atención.

Los autores destacan de manera especial, entre los factores implicados, la ausencia de servicios de intérpretes y de materiales educativos adaptados cultural y lingüísticamente, aunque incluyen también cuestiones de índole más organizativa o de diseño como los tiempos de espera para las consultas, los criterios burocráticos para el acceso a los servicios y las derivaciones a los especialistas. Las intervenciones en competencia cultural irían, por tanto, orientadas a mejorar estos aspectos. Según Betancourt et al. (2003):

> "***Structural cultural competence interventions.*** These initiatives have been the most studied, with research focusing, for example, on the impact of reducing language barriers on quality of care. Some studies have also been done on culturally appropriate health education materials and their impact on patient knowledge and understanding of certain medical interventions. (…) Structural barriers, however, encompass more than simply language discordance between patients and providers. As has been highlighted, the design and functioning of health care delivery systems—including intake processes, waiting times for appointments, referral mechanisms, and continuity of care—pose clear structural barriers to the quality of care provided to diverse patient populations. These key aspects of health care system design, when developed in the absence of an appropriate sociocultural assessment of the population, can limit access to care. Structural cultural competence interventions would address many of these factors by implementing racial/ethnic data collection; developing specific quality measures for diverse patient populations; improving medical referral processes; and ensuring culturally and linguistically appropriate health education materials, signage, and health promotion and disease prevention interventions." (Betancourt et al., 2003: 298, las negritas son suyas)

Tan sólo volver a añadir aquí que es imprescindible conocer en profundidad las características sociodemográficas y las necesidades en salud de las poblaciones sobre las que se pretende actuar para poder garantizar que reciban la atención que por derecho les corresponde, que las intervenciones que se realicen sean las adecuadas y se haga un uso responsable de los recursos comunes, y, también para explicar a la población general, sin demagogias, el destino de los recursos. Y esto sin perder de vista la necesaria protección a los sectores más vulnerables de esta población, de forma que no se sientan peor atendidos ante la llegada de inmigrantes, con quienes, frecuentemente, compiten por el acceso a determinados sectores laborales y ayudas sociales. Tener en cuenta todas estas cuestiones probablemente implicará la necesidad de incrementar los recursos y optimizar los existentes, lo que parece imprescindible para evitar las situaciones de desprotección de unos y otros, para asegurar la integración social y la adecuada convivencia entre los distintos sectores de la población.

Barreras clínicas

Betancourt et al. (2003) defienden que estas barreras aparecen cuando no se tienen en cuenta los aspectos de la cultura del paciente relativos a la salud, de modo que se dificultan los procesos de comunicación entre el médico y el paciente y se generan prejuicios por parte de los profesionales que afectarán necesariamente a su conducta en la consulta y a las decisiones que tome. Las dificultades de comunicación conducirían, por tanto, a menor satisfacción del paciente, descenso de la adherencia y menor calidad de la atención.

> "***Clinical barriers.*** Clinical barriers have to do with the interaction between the health care provider and the patient or family. They occur when sociocultural differences between patient and provider are not fully accepted, appreciated, explored, or understood. Patients may have very different socioculturally based health beliefs; medical practices, including use of home remedies; attitudes toward medical care; and levels of trust in doctors and the health care system. As the country becomes more culturally diverse, health care providers of all ethnic backgrounds are dealing with a greater proportion of patients whose perspectives are different from those taught in the mainstream health care system. Research has shown that provider-patient communication is directly linked to patient satisfaction, adherence, and subsequently, health outcomes (…). Thus, when cultural and linguistic barriers in the clinical encounter negatively affect communication and trust, this leads to patient dissatisfaction, poor adherence (to both medications and health promotion/ disease prevention interventions), and poorer health outcomes. Moreover, when providers fail to take social and cultural factors into account, they may resort to stereotyping, which affects their behavior and decision-making. In the worst cases, this may lead to biased or discriminatory treatment of patients based on their race/ethnicity, culture, language proficiency, or social status." (Betancourt et al., 2003: 297, las negritas son suyas)

Es un alivio comprobar que los autores explican que las intervenciones en este sentido tendrían que ir en la dirección de dotar a los profesionales de la formación que les permitiera disponer de los "conocimientos, herramientas y habilidades" necesarias para conocer los factores sociales y culturales implicados en el proceso terapéutico.

> "*Clinical cultural competence interventions* are efforts to enhance provider knowledge of the relationship between sociocultural factors and health beliefs and behaviors and to equip providers with the tools and skills to manage these factors appropriately with quality health care delivery as the gold standard—e.g., cross-cultural training." (Betancourt et al., 2003: 297-298, las cursivas son suyas)

En lo que se refiere a esta formación, Betancourt et al. (2003) explican que su contenido es variado y se mueve entre dos corrientes generales: la "multicultural", que se centra en ofrecer a los profesionales formación sobre contenidos concretos de las diferentes culturas de sus pacientes (específicamente los relacionados con la salud) y la "crosscultural", que se centra, más que en los contenidos culturales, en temas relacionados con la asistencia sanitaria a las minorías, como pueden ser los procesos de comunicación. Los autores, con toda lógica, señalan la imposibilidad de que los profesionales lleguen a dominar todos los aspectos de las culturas de todos los pacientes a los que atienden y señalan el riesgo de no tener en cuenta la variabilidad individual y los procesos de aculturación, de modo que acaben generándose estereotipos que entorpezcan la atención más que facilitarla, pero defienden que conocer cierto tipo de información de este tipo puede ser útil. En sus propias palabras:

> "***Clinical cultural competence interventions.*** Given that sociocultural factors are critical to the clinical encounter, 'cross-cultural' (often called 'cultural competence') curricula for providers have been developed. The overarching goal of these educational and training interventions is to equip health care providers with knowledge, tools, and skills to better understand and manage

> sociocultural issues in the clinical encounter. The methods for cross-cultural education have varied, and range from the 'categorical' or 'multicultural' approach, in which specific information about certain cultures is taught to providers, to a more 'crosscultural' approach, which focuses on the key process issues of caring for patients from diverse backgrounds (e.g., communication issues). Traditionally, training in cross-cultural medicine has focused on a categorical approach, describing the relevant attitudes, values, beliefs, and behaviors of certain cultural groups. (…) With the huge array of cultures in the U.S. and the many powerful influences such as acculturation and socioeconomic status leading to intra-group variability, it is difficult to learn a set of 'facts' about any particular group and hope to be effective in caring for them. Furthermore, these approaches may contribute to stereotyping. Still, there may be certain helpful, culturally specific information that can be effectively taught while avoiding stereotypes. This includes particular folk illnesses among certain populations; ethnopharmacology; disease incidence, prevalence, and outcomes among distinct populations; (...)." (Betancourt et al., 2003: 298-299, las negritas son suyas)

> "A newer approach focuses on the process of communication and trains providers to be aware of certain cross-cutting cultural and social issues and health beliefs that are present in all cultures. The focus is on the individual patient as teacher and on developing important attitudes and skills for providers. For example, curricula of this type have focused on identifying and negotiating different styles of communication, decision-making preferences, roles of family, sexual and gender issues, and issues of mistrust, prejudice, and racism, among others. Ultimately, some balance of cross-cultural knowledge and communication skills seems to be the best approach to cultural competence education and training." (Betancourt et al., 2003: 299)

Sobre esto, señalar que, efectivamente, no resulta posible, ni puede pretenderse, tener un conocimiento completo y profundo de los contenidos culturales de todos los pacientes pertenecientes a distintas tradiciones que llegan a la consulta. Y menos aún, en el actual contexto de la asistencia sanitaria en nuestro medio, en el que al creciente número y heterogeneidad de pacientes procedentes de otras tradiciones culturales y religiosas se le unen la (casi) absoluta falta de formación de los profesionales sanitarios en temas ajenos a la tradición más biologicista de sus especialidades y, también, la escasez de profesionales de la Antropología verdaderamente especializados en algunos de los colectivos y en esta temática. Al menos en la actualidad y en un plazo corto de tiempo, no parece posible, por tanto, ofrecer una formación lo suficientemente amplia y rigurosa sobre cada una de las tradiciones culturales, algo, en que, en realidad, tampoco parecería necesario, excepto en ciertos casos de concentración de una población que puedan urgirlo; pero sí lo es proporcionar unas líneas generales respecto a la conceptualización de cultura, la variación y adaptabilidad de los contenidos culturales, la formación de la identidad étnica, los condicionantes en las situaciones de pobreza o de explotación extrema, los procesos de marginación social y los principales aspectos que se relacionan con la asistencia sanitaria, de forma que los profesionales de la Medicina puedan tener estas cuestiones presentes en las consultas y sean capaces de identificar los distintos fenómenos culturales y sociales que se hacen presentes en la asistencia, hasta el punto, también, de saber cuándo es necesario solicitar la ayuda de especialistas en la materia.

Estas habilidades ayudarían a afianzar una adecuada relación médico-paciente, mejorarían la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento y al sistema sanitario y también reforzarían la sensación de seguridad del clínico en su abordaje de estos pacientes. Betancourt et al. (2003) defienden también que estas habilidades y conocimientos contribuirían a disminuir las desigualdades sociales en salud, en concreto, aquellas que se relacionan con la pertenencia étnica (y racial, en términos de los autores estadounidenses).

Precisamente en relación con la formación en competencia cultural de los profesionales sanitarios, Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel y Greene (2000) establecen un listado de las "actitudes, conocimientos y habilidades" que deben de tener los profesionales para ejercer adecuadamente su profesión en el medio intercultural. A saber:

Minimal Multicultural Competences for Practice

1. Awareness of how one's own cultural heritage, gender, class, ethnic-racial identity, sexual orientation, disability, and age cohort help shape personal values, assumptions, and biases related to identified groups (…)
2. Knowledge of how psychological theory, methods of inquiry, and professional practices are historically and culturally embedded and how they have changed over time as societal values and political priorities shift (…)
3. Knowledge of the history and manifestation of oppression, prejudice, and discrimination in the United States and their psychological sequelae (…)
4. Knowledge of socio-political influences (e.g., poverty, stereotyping, stigmatization, and marginalization) that impinge on the lives of identified groups (…)
5. Knowledge of culture-specific diagnostic categories (e.g., Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders [4th. ed.; American Psychiatric Association, 1994[; APA, 1993)
6. Knowledge of such issues as normative values about illness, help-seeking behaviour, interactional styles, and worldview of the main groups that the clinician is likely to encounter professionally (…)
7. Knowledge of culture-specific assessment procedures and tools (…) and their empirical support
8. Knowledge of family structures, gender roles, values, beliefs, and worldviews and how the differ across identified groups in the United States, along with their impact on personality formation, developmental outcomes, and manifestations of mental and physical illness (…)
9. Ability to accurately evaluate emic (culture-specific) and etic (universal)[95] hypotheses related to clients from identified groups and to develop accurate clinical conceptualizations, including awareness of when clinical issues involve cultural dimensions (APA, 1993) and when theoretical orientation needs to be adapted for more effective work with member of identified groups (…)
10. Ability to accurately self-assess one's multicultural competence, including knowing when circumstances (e.g., personal biases; stage of ethnic identity; lack of requisite knowledge, skills, or language fluency; socio-political influences) are negatively influencing professional activities and adapting accordingly (e.g., obtaining needed information, consultation, or supervision or referring the client to a more qualified provider (…))
11. Ability to modify assessment tools and qualify conclusions appropriately (including empirical support, where available) for use with identified groups (…)
12. Ability to design and implement nonbiased, effective treatment plans interventions for clients from identified groups (…), including the following:
    a) Ability to assess such issues as clients' level of acculturation, acculturative stress, and stage of gay or lesbian identity development (…)
    b) Ability to ascertain effects of therapist-client language difference (include use of translators, if necessary) on psychological assessment and intervention (…)
    c) Ability to establish rapport and convey empathy in culturally sensitive ways (e.g., taking into account culture-bound interpretations of verbal and nonverbal cues, personal space, and eye contact; (…))
    d) Ability to initiate and explore issues of difference between the therapist and the client, when appropriate, and to incorporate these considerations into effective treatment planning (…)

Fuente: Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000: 654

Se trata de un enfoque, como defienden los autores, centrado en el paciente en tanto que individuo y no como representante de una determinada tradición cultural.

[95] Sobre esta equiparación entre etic y universal podría abrirse todo un debate. No parece el momento, por lo que tan sólo apuntar que, en Antropología –de donde procede el término-, etic suele utilizarse con frecuencia para hacer referencia a la perspectiva del etnógrafo, del observador de una cultura ajena. No es una perspectiva universal, por tanto, sino, en realidad, tan particular, tan culturalmente específica como la que cualquier miembro de una cultura tenga sobre la suya propia.

> "The idiographic approach embedded in both our definition of multicultural competence and the 12 competences places the emphasis on 'understanding what is useful or meaningful to the client as a person, not simple as a representative of certain cultural groups' (Ridley et al., 1994, p. 242)" (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000: 657)

Cabe señalar, brevemente, varias cuestiones respecto a este esquema. En primer lugar, lo que los autores definen como "identified groups":

> "The term *identified groups* refers to individuals who self-identify with 1 or more of the 10 dimensions specified in the APA (1992) ethics code (e.g., age, gender, race, ethnicity, national origin, religion, sexual orientation, disability, language, and socioeconomic status)." (Hansen, Pepitone-Arreola-Rockwel, Greene, 2000: 653)

En segundo lugar, destaca la incorporación al conjunto de habilidades o conocimientos de un aspecto que constituye, sin duda, un enorme paso adelante en lo que se refiere a los planteamientos de la biomedicina: el de la conciencia por parte de los propios parámetros y posicionamientos culturales y el modo en que éstos pueden influir en la relación con otros grupos sociales, así como la influencia sobre las teorías, métodos y técnicas empleados en las consultas de la tradición histórica y cultural en la que fueron desarrollados.

Tercero, se tratan separadamente los factores culturales de los factores socioeconómicos y, cuarto, el esquema tiene presente la necesidad de un posicionamiento ético por parte del profesional y por parte de las instituciones que contribuyen a su formación y a su experiencia en el que quepa reconocer que no está formado para atender a pacientes procedentes de otras tradiciones culturales o circunstancias sociales y la necesidad de modificar esta situación, buscando la formación e información necesaria. Debe señalarse, sin embargo, que no se hace referencia alguna a aspectos relacionados con la formación e información a los pacientes o a miembros destacados de sus colectivos, como modo de mejorar el conocimiento mutuo.

TERCERA PARTE. ADENDA

CAPÍTULO 4. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

1. EL CONCEPTO DE SALUD. EL DERECHO A LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD

A lo largo de la historia reciente de la Medicina y la Salud Pública se han elaborado una gran variedad de definiciones de salud[96]. Sin embargo, la primera definición integral es la que se ofrece en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entró en vigor el 7 de abril de 1948[97]. A saber:

> "Los Estados partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:
> *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*
> *El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*
> La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
> Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
> La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
> El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
> La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
> Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
> Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas." (OMS, 1948: p.1, las cursivas son mías)

Se trata de una definición nacida tras la situación creada por la Segunda Guerra Mundial y que puede considerarse muy avanzada para la época, debido tanto a la consideración de la salud como derecho humano fundamental como por la relevancia que se otorga a los factores económicos, políticos y de participación social, dando a la salud una dimensión mucho más amplia que la mera ausencia de una disfunción biológica. Sin embargo, diversos autores han puesto en evidencia los inconvenientes de esta definición (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996). Sin pretender profundizar ahora en el tema, por una parte, al igual que la mayoría de los derechos descritos en la Declaración de los Derechos Humanos o en los sucesivos Pactos y Convenciones, a este concepto de salud se le otorga un carácter universalmente válido que está lejos de tener. La Antropología y más específicamente, la Antropología de la Salud ha podido comprobar que las representaciones que los distintos pueblos y culturas elaboran respecto a la salud y la enfermedad pueden ser muy diferentes entre sí y constituyen, además, conceptos dinámicos en continua evolución. Por otra parte, aunque la investigación y la planificación de las políticas de

---

[96] El lector interesado puede consultar algunas de ellas en Piédrola et al., 1991.

[97] La Constitución de la OMS fue adoptada el 22 de julio de 1946 por la Conferencia Institucional de la Salud y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

salud necesitan de un marco teórico y normativo en el que basar sus acciones, tampoco parece la definición más adecuada para este propósito. El núcleo central de la misma define la salud como "el estado de total bienestar…", lo que no sólo constituye una aspiración difícilmente alcanzable –más aún de manera sostenida en el tiempo–, sino también un concepto de definición y cuantificación complejas y, por tanto, muy poco útil a nivel práctico. Por este motivo, se han continuado utilizando indicadores indirectos para medir la salud, desde la limitación de la actividad y la morbilidad hasta los años de vida perdidos o la mortalidad, variables que permiten una cuantificación más sencilla y presentan menor variabilidad sociocultural (aunque también la tengan). La propia OMS en sus documentos suele incorporar –además de la anterior– otra definición:

> "1. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad.
> 2. Reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad debidas a enfermedad o trastorno detectable, así como un aumento del nivel de salud percibido.
> La primera definición, que es la de la Constitución de la OMS, expresa un ideal, que debe ser el objetivo de todas las actividades de desarrollo sanitario (es decir, la salud como derecho humano fundamental y como objetivo social a nivel mundial). Sin embargo, dicha definición no permite una medición objetiva, por lo que, a efectos de trabajo, se requiere una definición más concreta. Por regla general, se utiliza la segunda definición con este fin (por ejemplo, en las estadísticas sanitarias)." (OMS, 1998b: p.61)[98]

Y esto es ciertamente descorazonador desde un punto de vista tanto ético como práctico. Ético, porque parece relegarse a un segundo plano el planteamiento inicial –la salud como derecho humano y objetivo social–, asumiéndose que, en la práctica, la definición *útil* es la de carácter más biológico. Y práctico, porque esta definición no soluciona las limitaciones de la anterior sino que añade más ambigüedad: evidentemente "la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad…" que se pueda conseguir con ciertas acciones sanitarias desarrolladas en la actualidad por organismos internacionales en Haití, por poner un ejemplo, están a años luz de las cifras de Estados como el español o cualquier otro de los llamados desarrollados y, sin embargo, ambas circunstancias, parecen amoldarse al mismo concepto de salud. Esto debe llevarnos a la reflexión de si tiene un sentido una definición global de salud y de cuáles serían también las consecuencias de establecer definiciones –e incluso aspiraciones– parciales en función de la situación y la capacidad real de los Estados. Es obvio que la mayoría de los países en desarrollo no pueden aspirar a alcanzar los niveles de salud de los países más desarrollados en un plazo siquiera medio de tiempo, como tampoco es posible –aunque quizá sí bastante más posible– que absolutamente todos los sectores de una población de uno de estos Estados desarrollados tengan el mismo nivel de salud, pero también lo es que permitir que los gobiernos definan lo que es para ellos un nivel aceptable de salud para su población –o, lo que es peor, para ciertos sectores de ella– podría acabar generando aún más desigualdad.

No puede negarse, sin embargo, el gran paso hacia delante que supone la primera definición en cuanto a la consideración social de la salud. Desde finales del siglo XIX, han sido muchos los autores que han venido insistiendo en la causalidad social de la enfermedad: Virchow (1985 [1848]), Engels (1981 [1844]) y, más recientemente,

---

[98] Esta definición figura en un glosario, sin paginar, en: Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Se indica el número de párrafo en el que aparece la definición.

autores como Coburn (2000; 2004), Lynch (2000) o (Navarro, Benach y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996) han señalado, cada uno desde sus propias posiciones, a la pobreza y la marginación como las principales responsables de los déficits en salud. Las causas de la enfermedad serían, entonces, no exclusivamente biológicas, sino también socioculturales y, en especial, estructurales, en el sentido de que es la estructura de la sociedad (en términos no sólo económicos sino también, por ejemplo, de las posiciones y relaciones de edad y de género) la que determina que unos grupos tengan peor salud que otros. Así:

> "Otra razón por la cual tanto la salud como la enfermedad debieran considerarse como fenómenos no sólo biológicos sino también sociales es su causalidad social. En efecto, la variabilidad social de la salud y la enfermedad se debe no sólo a las distintas manifestaciones de aquellos fenómenos según las clases sociales y otros agentes sociales (como género, raza, etnicidad y otros), sino también a causas distintas que producen y reproducen aquella variabilidad social y las desigualdades sociales. Existe gran evidencia científica de que las causas más importantes de la salud y la enfermedad son de tipo ambiental (bien físico o bien social), genético, de comportamientos personales o de tipo sanitario (servicios preventivos y curativos). Entre ellas, las más importantes para explicar el nivel de salud de la población son las causas sociales, sin que con ellos restemos importancia al resto de causas. Como ha comentado recientemente la Organización Mundial de la Salud: la principal causa de mala salud y sufrimientos del planeta aparece señalada al final de la Clasificación Internacional de Enfermedades con el código Z589.5: 'pobreza extrema' (OMS, 1995). Para cada una de este tipo de causas (excepto la genética) existe gran variabilidad dependiendo de la posición que las personas tienen dentro de una estructura definida en términos de clase, género, región y otros hechos. De ahí, que se observe una gran variabilidad y desigualdades sociales en los niveles de salud y enfermedad de la población, dependiendo de la ubicación de la persona dentro de esa estructura que llamamos sociedad. Naturalmente que la sociedad no es sólo estructura sino también proceso, que permite cambiar y modificar aquellas estructuras que reproducen las desigualdades sociales que conllevan a unas desigualdades en las condiciones de salud y enfermedad. De ahí la gran importancia de analizar, medir, definir y cuantificar aquellas desigualdades como condición previa para intervenir y modificarlas." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 13-14)

La OMS (2001) ha venido destacando también la multicausalidad de la enfermedad, añadiendo a las causas económicas las derivadas de los procesos de discriminación, racismo y prejuicios. En sus propias palabras:

> "Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. Muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales básicas, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad." (OMS, 2001: 6)

> "La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y suele ser la causa de la mala salud. La discriminación contra la mujer; los ancianos; las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas; las personas con discapacidades; las poblaciones indígenas y otros grupos marginados en la sociedad provoca y agrava la pobreza y la mala salud." (OMS, 2001: 6)

> "Otra dimensión importante que hay que tener en cuenta es la forma en que la discriminación racial se combina y multiplica en relación con otros motivos de discriminación, como el sexo y los roles de género, la edad (niñez y ancianidad), la orientación sexual, la religión, la afiliación política, la discapacidad física y mental y otros estados de salud." (OMS, 2001: 7)

La defensa del derecho a la salud para todos los sectores de la población y la superación de las desigualdades en esta materia constituyen una de las metas principales de las agencias sanitarias internacionales, aunque como iremos viendo a lo largo de este capítulo y del siguiente, se encuentran para ello limitadas por instrumentos legales y

jurídicos –algunos elaborados por ellas mismas, como la propia definición de salud– que dejan demasiadas oportunidades para que diferentes tipos de discriminación encuentren justificación y cabida en los sistemas legales de los Estados. El derecho a la salud, consagrado en la Constitución de la OMS, se mantiene en todas sus Declaraciones y documentos importantes como la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Declaración Mundial de la Salud y el plan Salud para Todos en el Siglo XXI, ambos de 1998, aunque la propuesta más completa y la que se utiliza habitualmente es la que se ofrece en el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1996b), que veremos más adelante.

El derecho a la salud se ha venido abordando en el marco de los conceptos de desigualdades en salud y equidad en salud, términos ampliamente definidos y utilizados tanto por la propia OMS como por otras agencias y organismos. Recordemos que la OMS define ambos términos de la siguiente manera:

> "La equidad en materia de salud implica que, de forma ideal, todas las personas deben contar con unas oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud, y, a un nivel más pragmático, que ninguna persona se debe encontrar en una situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial de salud, en la medida de lo posible. El término *desigualdad* hace referencia a las diferencias en relación con la salud que no sólo resultan innecesarias y se pueden evitar, sino que, además, son consideradas injustas y no equitativas." (OMS, 1998b: p.28)

De las limitaciones y ambigüedades de ambas definiciones se ha hablado ya en el primer capítulo, de modo que tan sólo es necesario señalar que, de nuevo, nos encontramos con una dicotomía entre lo que es "ideal" y lo que es "pragmático", aunque, en realidad, la diferenciación establecida por la OMS en el caso de la definición de equidad no parece estar del todo clara. ¿Cuál es exactamente la diferencia entre "…contar con unas oportunidades justas para alcanzar todo su potencial de salud…" y "[no encontrar] una situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial en salud."? La dificultad para encontrar una definición sin contradicciones internas es evidente. En otro glosario sobre promoción de la salud editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1999) se habla de equidad diciendo:

> "La estrategia global de la OMS para lograr la *Salud para Todos* está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su *salud*, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el *estado de salud*. Las desigualdades en cuanto al *estado de salud* entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de un *estilo de vida personal*. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al *estado de salud* surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida." (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999, 19, las cursivas son suyas)

En este caso, la explicación del concepto parece limitar –al menos en un primer momento– la equidad a las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios ("que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios"), cuando ya cincuenta años antes, la OMS había planteado la importancia de factores económicos, políticos y sociales que, aunque incluyen a los sistemas de salud, van mucho más allá de ellos. Y al mismo tiempo, incurre en otro tipo de error por generalización, al decir "las

desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de un estilo de vida personal", porque los autores especializados en desigualdades en salud llevan ya varias décadas explicando que las conductas relacionadas con la salud no son, en absoluto, una elección completamente libre y personal sino que se encuentran ampliamente influenciadas por la realidad socioeconómica y cultural de las personas, factores que intervienen a diferentes niveles en la generación de desigualdades. Así:

> "A fin de valorar y actuar ante las desigualdades en salud debemos tener en cuenta, además de los factores de riesgo asociados a los hábitos o conductas personales, un conjunto de factores variables e interrelacionados entre sí: los factores asociados a los recursos económicos, del medio físico y social en los cuales la gente vive y trabaja, los factores asociados a la atención sanitaria, y los factores que tienden a hacer que la gente con menos salud se convierta también en la más pobre (Dahlgren y Whitehead, 1992)." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 18)

También la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) ha propuesto su propia definición, diferenciando diferentes tipos de equidad, lo que permite dar mayor precisión al concepto, aunque, en este caso, se centre exclusivamente en el enfoque desde el sistema sanitario:

> "Definimos como **equidad de cobertura** aquella característica del sistema sanitario que genera justicia en la atención, es decir, que no contempla discriminación o negación, sin importar las características de la población.
> Llamamos **equidad en el acceso** a la capacidad de obtener en igualdad atención de los servicios de salud cuando sean necesarios, independientemente de la capacidad de pagar, ubicación geográfica, grupo étnico, lengua, religión, etcétera.
> Hablamos de **equidad en genérico** cuando entendemos que el sistema sanitario se adapta a las características de los individuos para darles atención, priorizando su actuación sólo en función de las necesidades objetivas de salud de los mismos." (Gámez, Galindo, 2002: 20, las negritas son suyas)

Ahora bien, independientemente de su mayor o menor precisión podría decirse que las diferentes agencias y organismos nacionales e internacionales han tratado de elaborar definiciones que parten de una base común: que la salud, la conservación de la salud y la asistencia sanitaria son derechos humanos básicos a los que las personas deben acceder sin discriminación de ningún tipo, lo que lleva a considerar el de los derechos humanos como un posible marco de estudio de los problemas y necesidades en salud de las poblaciones, especialmente aquellas que pertenecen a minorías o viven en situaciones de marginalidad, donde sus derechos básicos se pueden ver conculcados, bien de derecho bien de hecho.

2. LOS DERECHOS HUMANOS COMO MARCO NORMATIVO

La OMS, principal impulsora de este enfoque, defiende que los derechos humanos constituyen un marco útil para analizar los condicionantes y la situación de salud de una determinada comunidad[99], pudiendo utilizarse tanto en la planificación, desarrollo y evaluación de las políticas, como para medir las consecuencias que éstas tienen sobre ellos (OMS, 2002; 2003). De este modo, defiende que en las políticas sanitarias y los sistemas de atención resultantes quedaría recogido el derecho a la salud y se dispondría de un marco teórico bien fundamentado a nivel conceptual y ampliamente reconocido a nivel legal.

> "The international human rights framework provides an ideological construct as well as clearly articulated and widely accepted legal notions for legislative and practical responses in the realm of health and its determinants. Respect for the basic human rights of all persons in society offers an essential and equitable basis for addressing and resolving the tensions that arise when groups with different interests interact." (OMS, 2003: 8)

Más detalladamente, los parámetros que definirían este enfoque serían:

> "Los principios fundamentales que habría que aplicar en esos procesos podrían ser los siguientes:
>
> - Respetar la dignidad humana.
> - Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables. En otras palabras, reconocer y tener presentes las características de las personas a las que afectan las políticas, las estrategias y los programas sanitarios, esto es los niños y niñas, los adolescentes, las mujeres y los hombres; los pueblos indígenas y tribales; las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas; los desplazados internos; los refugiados; los inmigrantes y los migrantes; las personas de edad; las personas con discapacidad; los presos; los grupos de personas desfavorecidas desde el punto de vista económico o marginadas por algún otro motivo, y los grupos vulnerables.
> - Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos.
> - Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y mujeres y que en las políticas y los programas es necesario tener presentes esas diferencias.
> - Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.
> - Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.
> - Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que los afectan.
> - Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud. Ahora bien, el derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la intimidad, lo que significa que debe darse un trato confidencial a los datos personales relativos a la salud.
> - Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso y no considerar que ello es legítimo salvo si se cumplen todas las disposiciones previstas en los Principios de Siracusa (…).
> - Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, y lograr que exista un equilibrio óptimo entre la obtención de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.
> - Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que los derechos humanos se aplican a una política, un programa o una ley sanitaria y la relación que existe entre ellos.

---

[99] Salvo que se especifique lo contrario, en este texto los términos comunidad, población y pueblo se utilizarán como sinónimos.

- Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud la realización del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
- Definir los puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
- Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas.
- Introducir salvaguardias para proteger de las principales amenazas a las minorías, los migrantes y otros grupos 'impopulares' en los países, a fin de contrarrestar los desequilibrios de poder. Ejemplo de ello sería el establecimiento de mecanismos de recurso para los casos de violaciones de los derechos relacionados con la salud." (OMS, 2002: 16-17)

En relación al tema de interés de este trabajo –la atención a la salud a pacientes inmigrantes–, los derechos humanos ofrecerían –según la OMS, que lo utiliza en sus documentos sobre salud de poblaciones inmigradas y vulnerables– un marco teórico que permitiría soslayar la falta de datos reales y fiables, la escasez de políticas coherentes y bien fundamentadas en la realidad a la que se refieren e incluso la diferente aplicación de las mismas normas en los distintos territorios de un Estado, y que podría utilizarse como base para la elaboración de estas políticas y la organización adecuada de la asistencia (OMS, 2003).

Cabe, entonces, preguntarse hasta qué punto el conjunto de Pactos, Convenciones y Declaraciones sobre derechos humanos son útiles y suficientes, en la práctica, para organizar la atención a la salud desde la premisa de que los inmigrantes son ciudadanos dotados de una serie de derechos inviolables, que deben ser garantizados independientemente de su procedencia, motivo para la migración y situación de regularización jurídica de su estancia (es decir, en tanto que seres humanos). La primera cuestión giraría en torno a cuáles son los destinatarios de los derechos que se enuncian, puesto que, como veremos, no siempre se protege a la totalidad de los seres humanos sino que suelen establecerse excepciones, en concreto y para el ámbito que nos interesa, en función de la legalidad de la estancia en el país o, también, de la nacionalidad. La segunda pregunta se orientaría hacia la capacidad real de estos tratados y acuerdos para obligar a los Estados. Los derechos humanos y, en concreto el derecho a la salud, están recogidos en multitud de documentos de organismos supranacionales, especialmente la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la OMS, que son de diferentes tipos y obligan a los países en medidas distintas. Así, los Pactos Internacionales son vinculantes para quienes los ratifican, es decir, ningún Estado está obligado a la firma de uno de estos Pactos, pero una vez que lo suscribe tiene la obligación de respetarlo; las Declaraciones no son vinculantes pero en ocasiones recogen normas que sí lo son puesto que forman parte del derecho internacional consuetudinario; los documentos salidos de las Conferencias de la ONU, así como los programas, no tienen carácter vinculante (OMS, 2002). Además, existen mecanismos de vigilancia y control del respeto de los derechos humanos en todos los Estados y especialmente en los que son Parte en cada uno de los tratados internacionales. Esta supervisión corre a cargo de Comités de Vigilancia –cada uno de los seis principales tratados de derechos humanos tiene uno propio– que se reúne periódicamente con los Estados y elabora informes sobre su situación. Se ocupan también de esto la Comisión de Derechos Humanos, la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que dirige todo el sistema de investigación sobre derechos humanos de la ONU (OMS, 2002). Por otra parte, los Estados pueden derogar temporalmente y en circunstancias extremas y

justificadas alguno de los derechos humanos; el listado de condiciones por las que esto es permitido se recoge en los llamados Principios de Siracusa:

> "LOS PRINCIPIOS DE SIRACUSA
> Sólo como último recurso se podrá interferir en los derechos humanos para alcanzar un objetivo sanitario. Esa interferencia se justificará exclusivamente si se dan todas las circunstancias definidas con precisión en el derecho relativo a los derechos humanos, en particular en los Principios de Siracusa:
> - La restricción se establece y se aplica de conformidad con la ley.
> - La restricción se establece en pro de un objetivo legítimo de interés general.
> - La restricción es estrictamente necesaria en una sociedad democrática para alcanzar un objetivo concreto.
> - No se dispone de medios menos intrusivos ni restrictivos para alcanzar el mismo objetivo.
> - La restricción no se ha determinado ni impuesto arbitrariamente, es decir, de manera no razonable o discriminatoria de alguna otra forma." (OMS, 2002: 18, las mayúsculas son suyas)

No puede olvidarse, sin embargo, que la capacidad de las agencias internacionales para tomar medidas contra los países infractores es, en la práctica, limitada y está sujeta a factores de índole fundamentalmente política que no siempre se relacionan con la gravedad de la falta ni con la importancia del derecho vulnerado. Innecesario poner ejemplos.

Realizaremos, a continuación, un repaso de los principales Pactos y Declaraciones que tienen relación con los derechos humanos y la salud, con el objetivo de valorar en qué medida pueden resultar útiles para garantizar la atención sanitaria a población inmigrante en el Estado español y en Cataluña[100].

2.1. DERECHOS RECONOCIDOS A LA POBLACIÓN GENERAL

La Declaración Universal de los Derechos Humanos[101] (DUDH) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948) establece los derechos básicos de las personas y el principio de que éstos deben aplicarse sin ningún tipo de discriminación:

> "*Artículo 1*
> Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros."
>
> "*Artículo 2*
> Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
> Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país

[100] Trataremos tan sólo los textos más relevantes. En concreto: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, Declaración y Convención de los Derechos del Niño, Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial, Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y Convención Internacional de protección de los derechos de los trabajadores migrantes y sus familias. En el anexo 2 figura un listado más completo de Tratados, Pactos y Declaraciones relacionados con este tema.

[101] La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) fue proclamada por la 183ª Asamblea General de la ONU en su resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948.

independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía."

"*Artículo 3*
Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona."

La importancia de estos tres primeros artículos es fundamental: de manera explícita otorgan los derechos que se desglosan en la DUDH "a todos los seres humanos" sin distinción ni por características personales ni por procedencia nacional. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de los Pactos y Declaraciones posteriores y de las leyes de muchos Estados pretenden recoger los valores enunciados en esta Declaración, es importante no perder esto de vista, ni tampoco la contradicción que supone que en la propia DUDH u otros documentos se establezcan, después, limitaciones al ejercicio de estos mismos derechos.

La DUDH (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948) recoge en dos artículos el derecho a la salud, a la asistencia sanitaria y a la seguridad social, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas y los niños. El artículo 25 es, en concreto, el más citado cuando se hace referencia al derecho a la atención a la salud:

"*Artículo 22*
Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad."

"*Artículo 25*
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, viudez, vejez y 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."

Conviene resaltar, en este punto, que el derecho se otorga a "toda persona como miembro de la sociedad", sin que se explicite ninguna limitación en función de la nacionalidad o la legalidad de la estancia en un territorio, pero sí se deja la puerta abierta a diferentes restricciones, al limitar el ejercicio del derecho a "la organización y los recursos de cada Estado". Además, en ningún punto de la Declaración se especifica con claridad qué se entiende, por ejemplo, por seguridad social, servicios sociales, invalidez, enfermedad o infancia. Esta falta de definiciones claras es, como iremos viendo, común a la mayoría de los textos elaborados por la ONU y otros organismos internacionales relativos a los derechos humanos y constituye, probablemente, uno de sus principales puntos débiles, en la medida en que, como ocurría con el concepto de salud, qué se entienda por infancia o ancianidad, por ejemplo, puede variar considerablemente en los distintos países, culturas, circunstancias políticas y épocas y en la medida, también, que estas ambigüedades pueden ser utilizadas por los Estados para realizar interpretaciones particulares sobre los individuos que están dotados de derechos y los límites y condiciones que se imponen a éstos.

Por su parte, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales[102] (PIDESC) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966b) es, entre los tratados internacionales de derechos humanos de contenido general, el que hace una descripción más detallada del derecho a la salud. En su artículo 12 establece que "toda persona" tiene derecho a disfrutar del mayor nivel posible de salud y orienta las acciones que deberían emprender los Estados para asegurar el cumplimiento de tal derecho y es de destacar que no limita tales acciones al ámbito exclusivamente de los sistemas de salud sino que lo hace extensivo al trabajo y el medio ambiente. Además, hace referencia explícita a la protección de los niños y las mujeres que han sido madres:

> "*Artículo 9*
> Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social."
>
> "*Artículo 10*
> Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:
> (…) 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de la seguridad social.
> 3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil."
>
> "*Artículo 12*
> 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen *el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*.
> 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
> a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
> b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
> c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
> d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad." (Las cursivas son mías)

Siguiendo el mismo formato que la DUDH (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948), el PIDESC (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1996b) establece la garantía de respeto de los derechos que en él se enuncian sin que pueda existir discriminación alguna:

> "*Artículo 2*
> (…) 2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (…)"

---

[102] El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) fue adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI) de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. España ratificó el Pacto el 27 de abril de 1997 y lo publicó en el BOE nº 103 de 30 de abril de 1997.

> "*Artículo 3*
> Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto."
>
> "*Artículo 11*
> 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho *de toda persona* a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. (…)" (Las cursivas son mías)

La definición y desarrollo del derecho a la salud ha sido, además, objeto de diversas puntualizaciones por parte del Comité de Vigilancia del PIDESC, relativas a la prohibición de la discriminación. Así:

> "(…) el Comité de Vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, enumera los motivos de la no discriminación en la salud al proscribir 'toda discriminación en el acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para obtenerlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, *origen nacional o social*, propiedad, discapacidades de nacimiento o de índole física o mental, estado de salud (incluida la infección por el VIH/SIDA), orientación sexual, *estado civil, político, social o de otra índole*, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio del derecho a la salud'." (OMS, 2001: 7, las cursivas son mías)

Y existe aún otra consideración que aborda el tema de la accesibilidad de los servicios sanitarios para las poblaciones marginadas:

> "Comentario general sobre el derecho al grado máximo de salud alcanzable, adoptada por el Comité de Vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mayo de 2000:
> 'Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. Esto incluye el requisito de que dichos establecimientos, bienes y servicios estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales'." (OMS, 2001: 8)

Vuelve a ser necesario destacar que tanto en la DUDH como en el PIDESC los derechos se conceden sin ningún tipo de limitación en cuanto al tipo de destinatario, es decir, cabe entender que se otorgan a las personas en tanto que tales ("a toda persona", prohibiendo la discriminación por "cualquier condición social", "origen nacional o social", "estado civil, político, social o de cualquier otra índole", etc.), lo que, como veremos más adelante, contrasta con las limitaciones que se imponen en otros Pactos y Declaraciones y en las legislaciones nacionales que, teóricamente se basan en éstos, al ejercicio de los derechos por parte de los inmigrantes en función de características que pueden considerarse prohibidas, como el origen nacional o la legalidad de la estancia en el país.

Finalmente, de nuevo, se constatan ambigüedades en las definiciones, como la diferenciación entre salud física o mental –que no es universal para todos los pueblos y sistemas médicos– o la expresión '…distancia geográficamente razonable…', y ausencia de definiciones sobre, por ejemplo, niño, adolescente, salud mental, vulnerabilidad o marginación, etc. No puede olvidarse tampoco que aún hoy existe un debate sobre cuáles son los determinantes en salud y cuál es el papel y la relevancia

concreta de cada uno de ellos, de manera que sería importante que la ONU especificara en sus textos legislativos qué entiende por tales.

2.2. DERECHOS RECONOCIDOS A POBLACIONES CONSIDERADAS DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

2.2.1. Niños

Como veremos, tanto los niños como las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto disfrutan de derechos especiales en cuanto a las garantías de la atención a su salud en cualquier circunstancia.

A diferencia de lo que ocurre en otros documentos, la Convención sobre los Derechos del Niño[103] (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1989) define, en su artículo 1, qué se entiende por niño:

> "*Artículo 1*
> Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad." (Convención sobre los Derechos de los Niños, 1989)

Este punto encontramos una excepción que puede suponer, en la práctica, una limitación para el ejercicio de los derechos. La puntualización "salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.", permite a los Estados dejar de considerar a una persona un niño antes de los 18 años de edad y, por tanto, privarle, de manera legal, de los derechos que se recogen en la Declaración (1959) y la Convención (1989). Si un niño o una niña dejan de serlo a efectos legales, por ejemplo, a los trece años podrán trabajar aunque ello implique un riesgo para su salud, podrán ser considerado adultos para llevar una vida independiente fuera de un orfanato, casarse, ser encarcelado… Se trata de un recurso también presente en otro tipo de Pactos y Declaraciones y que con toda probabilidad está destinado a hacer aceptables los textos para el mayor número de países posible, pero al elevadísimo coste de limitar los derechos en función de los criterios de los Estados y permitirles subvertir, en la práctica, derechos básicos.

Al igual la DUDH (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948) y el PIDESC (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966b), la Declaración de Derechos del Niño (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1959) y la Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1989) comienzan proscribiendo todo tipo de discriminación en el ejercicio de los derechos que recogen. Ambas

---

[103] Además de en el articulado de numerosos Pactos y Declaraciones, los derechos del niño están recogidos específicamente en la Declaración de Derechos del Niño de 1959, en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y en los sucesivos Protocolos Facultativos de los mismos. La Declaración de los Derechos del Niño fue proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 1386 (XIV) de 20 de noviembre de 1959 y la Convención sobre los Derechos de los Niños, en la 44/25 de 20 de noviembre de 1989, entrando en vigor el 2 de septiembre de 1990. Para España, el Instrumento de Ratificación es de 30 de noviembre de 1990 (BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1990). También ha suscrito los dos Protocolos Facultativos a la Convención, en fechas de 18 de diciembre de 2001 y 8 de marzo de 2002.

explicitan, además, que en todas las acciones o políticas que tengan relación con la infancia lo que debe prevalecer es el interés superior del niño:

> "*Principio 1*
> El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia." (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)
>
> "*Principio 2*
> El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño." (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)
>
> "*Artículo 2*
> 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.
> 2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)
>
> "*Artículo 3*
> 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
> 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
> 3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

Son varios los artículos que tanto en la Declaración de los Derechos del Niño (1959) como en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) les garantizan el derecho a ver protegida su salud y garantizada la asistencia sanitaria en todo momento. Estos son algunos de los artículos y principios en los que las legislaciones nacionales sobre inmigración basan la garantía de la atención sanitaria a los niños (y también a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto) independientemente de la situación jurídica en la que se encuentren[104]:

---

[104] Además, se entiende, del contenido del artículo 1, en el que se hace explícito que la protección abarca a "todos los niños sin distinción" y el apartado 2 del artículo 2 ("Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares") que debería *recordarse* a aquellos Estados que no garantizan los derechos básicos a los hijos de los inmigrantes en situación irregular.

"*Principio 4*
El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados." (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)

"*Principio 5*
El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular." (Declaración de los Derechos del Niño, 1959)

"*Artículo 6*
1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

"*Artículo 23*
1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste conforme al párrafo 2 del presente artículo será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.
4. Los Estados Partes promoverán, con espíritu de cooperación internacional, el intercambio de información adecuada en la esfera de la atención sanitaria preventiva y del tratamiento médico, psicológico y funcional de los niños impedidos, incluida la difusión de información sobre los métodos de rehabilitación y los servicios de enseñanza y formación profesional, así como el acceso a esa información a fin de que los Estados Partes puedan mejorar su capacidad y conocimientos y ampliar su experiencia en estas esferas. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)[105]

Entre todos los artículos el más importante es el número 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), que recoge de manera mucho más concreta que los anteriores su derecho a la salud y a la asistencia sanitaria y da indicaciones a los Estados sobre las líneas generales de las actuaciones necesarias para garantizar el cumplimento de tales derechos:

"*Artículo 24*
1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible[106] de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

---

[105] Tan sólo señalar, de nuevo, la existencia de ambigüedades y la ausencia de definiciones claras: "en la máxima medida posible", "una vida plena y decente", "siempre que sea posible".
[106] Se mantiene, como vemos, la expresión "el más alto nivel posible", sobre la que ya se han venido señalando sus limitaciones.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños[107].
4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)
"*Artículo 26*
1. Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
2. Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

"*Artículo 27*
1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. (…)" (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

En lo que se refiere a la inmigración de menores, las únicas referencias se relacionan con la reagrupación familiar y el derecho de asilo, derechos que se reconocen aunque sin explicitar los requisitos para llevarlos a cabo:

"*Artículo 9*
1. Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, (…)." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

"*Artículo 10*
1. De conformidad con la obligación que incumbe a los Estados Partes a tenor de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 9, toda solicitud hecha por un niño o por sus padres para entrar en un Estado Parte o para salir de él a los efectos de la reunión de la familia será atendida por los Estados Partes de manera positiva, humanitaria y expeditiva. Los Estados Partes garantizarán, además, que la presentación de tal petición no traerá consecuencias desfavorables para los peticionarios ni para sus familiares.
2. El niño cuyos padres residan en Estados diferentes tendrá derecho a mantener periódicamente, salvo en circunstancias excepcionales, relaciones personales y contactos directos con ambos padres. Con tal fin, y de conformidad con la obligación asumida por los Estados Partes en virtud del párrafo 1 del artículo 9, los Estados Partes respetarán el derecho del niño y de sus padres a salir de cualquier país, incluido el propio, y de entrar en su propio país. El derecho de salir de

[107] Señalar, y es importante, que no se indica cuáles son estas prácticas ni los criterios que se utilizan para definirlas.

cualquier país estará sujeto solamente a las restricciones estipuladas por ley y que sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de otras personas y que estén en consonancia con los demás derechos reconocidos por la presente Convención." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

"*Artículo 22*
1. Los Estados Partes adoptarán medidas adecuadas para lograr que el niño que trate de obtener el estatuto de refugiado o que sea considerado refugiado de conformidad con el derecho y los procedimientos internacionales o internos aplicables reciba, tanto si está solo como si está acompañado de sus padres o de cualquier otra persona, la protección y la asistencia humanitaria adecuadas para el disfrute de los derechos pertinentes enunciados en la presente Convención y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos o de carácter humanitario en que dichos Estados sean partes.
2. A tal efecto los Estados Partes cooperarán, en la forma que estimen apropiada, en todos los esfuerzos de las Naciones Unidas y demás organizaciones intergubernamentales competentes u organizaciones no gubernamentales que cooperen con las Naciones Unidas por proteger y ayudar a todo niño refugiado y localizar a sus padres o a otros miembros de su familia, a fin de obtener la información necesaria para que se reúna con su familia. En los casos en que no se pueda localizar a ninguno de los padres o miembros de la familia, se concederá al niño la misma protección que a cualquier otro niño privado permanente o temporalmente de su medio familiar, por cualquier motivo, como se dispone en la presente Convención." (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989)

2.2.2. Mujeres

En su preámbulo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer[108] (CEDM) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1979) recuerda que la discriminación contra la mujer viola el principio de igualdad de derechos establecido en la Carta Internacional de los Derechos Humanos (CIDH)[109] y otros instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos y defiende que su participación en condiciones de igualdad con el hombre es imprescindible para el desarrollo de los países y para la paz.

La citada Convención (1979) define la expresión "discriminación de la mujer" de la siguiente manera:

---

[108] La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM) fue proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 34/180 de 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor el 3 de septiembre de 1981. Fue firmada por España el 5 de enero de 1984 y su Protocolo Facultativo, el 6 de julio de 2001.

[109] La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966b), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966a) y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos constituyen, en conjunto, la llamada Carta Internacional de Derechos Humanos.

"Después de la segunda guerra mundial, la comunidad internacional aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar a las disposiciones de la Declaración fuerza vinculante, la guerra fría ya había relegado los derechos humanos a segundo término y los había dividido en dos categorías. El mundo occidental argumentaba que los derechos civiles y políticos tenían prioridad y que los económicos y sociales eran meras aspiraciones. Por el contrario, el bloque oriental afirmaba que el derecho a la alimentación, la salud y la educación eran de vital importancia, y los derechos civiles y políticos, secundarios. De ahí que en 1966 se crearan dos tratados distintos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)." (OMS, 2002: 7)

> "*Artículo 1*
> A los efectos de la presente Convención, la expresión 'discriminación contra la mujer' denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera."

Y condena toda discriminación contra la mujer, estableciendo las líneas generales de las actuaciones para luchar contra ella:

> "*Artículo 2*
> Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:
> a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;
> b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;
> c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;
> d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;
> e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;
> f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;
> g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer."

> "*Artículo 3*
> Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre."

Aunque ampara las medidas de lo que se ha dado en llamar "discriminación positiva":

> "*Artículo 4*
> 1. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la presente Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato.
> 2. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria."

En lo que se refiere a la atención a la salud, la CEDM (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1979) garantiza el derecho de las mujeres a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad con los hombres, incluyendo como tal la planificación familiar, e incide, como es habitual en los instrumentos internacionales de defensa de los derechos humanos, en la protección durante el embarazo, parto y postparto.

> "*Artículo 12*
> 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
> 2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia."

Aunque esta Convención no incluye artículos relacionados específicamente con la inmigración y la circulación de las personas, según un documento elaborado por la OMS sobre salud e inmigración (OMS, 2003) se aplica por igual a mujeres extranjeras o no, lo que significaría que la asistencia sanitaria en relación al embarazo, parto y postparto estaría asegurada en ambos casos, aunque no se hace ninguna referencia explícita sobre qué ocurre en el caso de mujeres inmigrantes que no tienen regularizada su estancia en el país de destino.

> "The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (CEDAW, 1979) applies to *all women, citizens and non-citizens alike*. The Convention includes provisions for States Parties to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure access to health-care services, including those related to family planning, and to ensure appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation." (OMS, 2003: 33, las cursivas son mías)

2.2.3. Refugiados y apátridas

Además de las mujeres y los niños existen otros colectivos que han sido objeto de especial atención para establecer sus derechos: los refugiados y los apátridas.

El Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados[110] (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1967) define el término "refugiado" de la siguiente manera:

> "*Artículo 1*
> 1. *Definición del término refugiado*
> A. A los efectos de la presente Convención, el término 'refugiado' se aplicará a toda persona:
> 1) Que haya sido considerado como refugiada en virtud de los arreglos del 12 de mayo de 1926 y del 30 de junio de 1928, o de las Convenciones del 28 de octubre de 1933 y del 10 de febrero de 1938, del Protocolo del 14 de septiembre de 1939 o de la Constitución de la Organización Internacional de Refugiados. (…)
> 2) Que, como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 y debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país, o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él. (...)" (Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1951)

[110] La Convención de 28 de julio de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados se limita a acontecimientos anteriores a 1951, mientras que el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados de 31 de enero de 1967 lo amplía a hechos posteriores a esa fecha. Respecto a este último, el Instrumento de Adhesión para España es del 22 de julio de 1978 y fue publicado en el BOE nº 252 de 21 de octubre de 1978.

"*I. Disposiciones generales*
1. Los Estados Partes en el presente Protocolo se obligan a aplicar los artículos 2 a 34, inclusive, de la Convención a los refugiados que por el presente se definen.
2. A los efectos del presente Protocolo, y salvo en lo que respecta a la aplicación del párrafo 3 de este artículo, el término 'refugiado' denotará toda persona comprendida en la definición del artículo 1 de la Convención, en la que se darán por omitidas las palabras 'como resultado de acontecimientos ocurridos antes del 1 de enero de 1951 y …' y las palabras '… a consecuencia de tales acontecimientos' que figuran en el párrafo 2 de la sección A del artículo 1. (…)" (Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, 1967)

Respecto a los derechos humanos, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1951) recoge tanto la obligación del refugiado de acatar las leyes del país que le acoge como los derechos básicos en materia de no discriminación[111].

"*Artículo 2*
2. *Obligaciones generales*
Todo refugiado tiene, respecto del país, donde se encuentra, deberes que, en especial, entrañan la obligación de acatar sus leyes y reglamentos, así como medidas adoptadas para el mantenimiento del orden público."

"*Artículo 3*
Prohibición de la discriminación
Los Estados Contratantes aplicarán las disposiciones de esta Convención a los refugiados, sin discriminación por motivos de raza, religión o país de origen."

"*Artículo 7*
Exención de reciprocidad
1. A reserva de las disposiciones más favorables previstas en esta Convención, todo Estado Contratante otorgará a los refugiados el mismo trato que otorgue a los extranjeros en general.
(…)"

Un aspecto fundamental de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951) respecto a la temática de este trabajo es que establece para los refugiados los mismos derechos en materia de salud y asistencia social que para los nacionales de cada Estado, aunque limita explícitamente su disfrute a aquéllos que tengan legalmente reconocida su situación de tales por el país acogedor.

"*Artículo 23*
Asistencia pública
Los Estados Contrates concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y socorro públicos."

"*Artículo 24*
Legislación del trabajo y Seguros Sociales
Los Estados Contratantes concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a los nacionales en lo concerniente a las materias siguientes: (…)
b) Seguros Sociales (disposiciones legales respecto a accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, maternidad, enfermedad, invalidez, ancianidad, fallecimiento, desempleo, responsabilidades familiares y cualquier otra contingencia que, conforme a las leyes o reglamentos nacionales, esté prevista en un plan de seguro social), con sujeción a las limitaciones siguientes: (…)
ii) Posibilidad de que las leyes o reglamentos nacionales del país de residencia prescriban disposiciones especiales concernientes a los beneficios o la participación en los beneficios

[111] Todos los artículos citados pertenecen a la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951.

pagaderos totalmente con fondos públicos, o a subsidios pagados a personas que no reúnan las condiciones de aportación prescritas para la concesión de una pensión normal. (…)"

Por su parte, la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas[112] (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1954) define el término "apátrida" como:

"*Artículo 1*
Definición del término 'apátrida'.
1. A los efectos de la presente Convención, el término 'apátrida' designará a toda persona que no sea considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación. (…)"

De manera similar a la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951), el de los Apátridas (1954) recoge aspectos generales en materia de derechos humanos:

"*Artículo 2*
Obligaciones generales
Todo apátrida tiene, respecto del país donde se encuentra, deberes que, en especial, entrañan la obligación de acatar sus leyes y reglamentos, así como las medidas adoptadas para el mantenimiento del orden público."

"*Artículo 3*
Prohibición de la discriminación
Los Estados Contratantes aplicarán las disposiciones de esta Convención a los apátridas, sin discriminación por motivos de raza, religión o país de origen."

"*Artículo 7*
Exención de reciprocidad
A reserva de las disposiciones más favorables, previstas en esta Convención, todo Estado Contratante otorgará a los apátridas el mismo trato que otorgue a los extranjeros en general. (…)"

En lo que se refiere a la atención a la salud, el articulado es también paralelo al de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951): otorga igualdad de derechos en materia de asistencia sanitaria y protección social pero limitándolo a aquellos apátridas que tengan legalmente reconocida su condición de tales.

"*Artículo 23*
Asistencia pública
Los Estados Contratantes concederán a los apátridas que residan legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y a socorro públicos."

"*Artículo 24*
Legislación del trabajo y seguros sociales
1. Los Estados Contratantes concederán a los apátridas que residan legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a los nacionales en lo concerniente a las materias siguientes: (…)
b) Seguros sociales (disposiciones legales respecto a accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, maternidad, enfermedad, invalidez, ancianidad, fallecimiento, desempleo, responsabilidades familiares y cualquier otra contingencia que, conforme a las leyes o a los reglamentos nacionales, esté prevista en un plan de seguro social), con sujeción a las limitaciones siguientes:

[112] La Convención sobre el Estatuto de los Apátridas se celebró en Nueva York el 28 de septiembre de 1954. Su Instrumento de Adhesión en el Estado español es del 24 de abril de 1997 y la publicación en el BOE corresponde al nº 159 de 4 de julio de 1997.

i) posibilidad de disposiciones adecuadas para la conservación de los derechos adquiridos y de los derechos en vías de adquisición;
ii) posibilidad de que las leyes o reglamentos nacionales del país de residencia prescriban disposiciones especiales concernientes a los beneficios o partes de ellos pagaderos totalmente con fondos públicos, o a subsidios pagados a personas que no reúnan las condiciones de aportación prescritas para la concesión de una pensión normal. (…)"

2.2.4. Población inmigrante no incluida en los supuestos anteriores

En lo que se refiere a la inmigración, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) garantiza el derecho a circular, a elegir residencia y a obtener asilo, pero no especifica las condiciones necesarias para ello ni los derechos que otorga su concesión, lo que deja libertad a los Estados para regularlos:

"*Artículo 13*
1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país."

"*Artículo 14*
1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas."

En el PIDESC (1966b) no existe ningún tipo de referencia a inmigración, refugiados o asilo y sorprende comprobar que, a pesar de su nombre, tampoco hace referencia a derechos por razón de pertenencia étnica o cultural, más allá de los que se encuentran implícitos en el derecho de libre determinación de los pueblos o de educación en condiciones de igualdad.

El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos[113] (PIDCP) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966a) se considera, dentro de la Carta Internacional de los Derechos Humanos (CIDH), el texto que recoge con mayor detalle los derechos civiles. Establece, sin aparentes diferencias a como lo hacen la DUDH (1948) y el PIDESC (1966b), la prohibición de discriminación en el ejercicio de los derechos que reconoce:

"*Artículo 2*
1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (…)"

"*Artículo 3*
Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto."

[113] El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) fue adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI) de 19 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 23 de marzo de 1976. Fue firmado por España y publicado en el BOE en la misma fecha que el PIDESC (1966b).

> "*Artículo 26*
> Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social."

El PIDCP (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966a) es el único documento de los que forman la Carta Internacional de los Derechos Humanos que recoge alguna referencia a los derechos de las minorías a mantener su vida cultural, idioma y religión, aunque se limita a prohibir la limitación del ejercicio de estos derechos sin hacer referencia a su protección o promoción. De acuerdo con la redacción del artículo 18 ("Toda persona…") este derecho incluiría a las minorías no nacionales, aunque no se hace ninguna mención explicita a ellas:

> "*Artículo 18*
> 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.
> 2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.
> 3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos fundamentales de los demás.
> 4. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, para garantizar que los hijos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones."
>
> "*Artículo 27*
> En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma."

La ambigüedad de las definiciones y la imprecisión en cuanto a los límites para el ejercicio de los derechos y la potestad de los Estados al respecto aparecen de nuevo en este punto, en la medida en que no se especifica qué se entiende, por ejemplo, por moral pública, ni cuáles son los términos en los que se entiende que es legítimo limitar la libertad de expresión de las propias creencias.

El PIDCP (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1966a) recoge más referencias a la circulación de las personas que el resto de documentos que forman la CIDH, aunque tan sólo se refiere de manera explícita a los derechos de libertad de circulación, salida y residencia –que limita a aquellos que están legalmente en país– y no menciona ningún otro tipo de derecho, como educación, etc. En el PIDCP no realiza ninguna referencia concreta al derecho a la salud ni a la asistencia médica, lo que es lógico teniendo en cuenta que sí están explicitados en otros documentos de la CIDH. Sí trata, brevemente, el derecho a la vida y a la protección de los menores:

> "*Artículo 6*
> 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. (…)"

En este caso, la palabra "arbitrariamente" casi asusta, por la dificultad de definir o justificar, en diferentes contextos, qué se entiende por privar *arbitrariamente* de la vida a alguien.

> "*Artículo 24*
> 1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. (…)"

> "*Artículo 12*
> 1. Toda persona que se halle legalmente en el territorio de un Estado tendrá derecho a circular libremente por él y a escoger libremente en él su residencia.
> 2. Toda persona tendrá derecho a salir libremente de cualquier país, incluso del propio.
> 3. Los derechos antes mencionados no podrán ser objeto de restricciones salvo cuando éstas se hallen previstas en la ley, sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de terceros, y sean compatibles con los demás derechos reconocidos en el presente Pacto.
> 4. Nadie podrá ser arbitrariamente privado del derecho a entrar en su propio país."

> "*Artículo 13*
> El extranjero que se halle legalmente en el territorio de un Estado Parte en el presente Pacto sólo podrá ser expulsado de él en cumplimiento de una decisión adoptada conforme a la ley; y, a menos que razones imperiosas de seguridad nacional se opongan a ello, se permitirá a tal extranjero exponer las razones que lo asistan en contra de su expulsión, así como someter su caso a revisión ante la autoridad competente o bien ante la persona o personas designadas especialmente por dicha autoridad competente, y hacerse representar con tal fin ante ellas."

Y, de nuevo, nos encontramos con un amplio margen para la decisión de los Estados y sus gobiernos: ¿cuándo se considera legítimo limitar la circulación de las personas en virtud de razones de seguridad?, ¿cuáles son las "razones imperiosas de seguridad" que justificarían la expulsión de un extranjero "en situación legal"? Las posibilidades de uso abusivo y discriminatorio de estas consideraciones son evidentes.

Además de los textos ya mencionados, existe un documento específico de la ONU sobre discriminación racial: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial[114] (CIEDR) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1965). La CIEDR defiende, en su preámbulo, que:

> "(…) toda doctrina de superioridad basada en la diferenciación racial es científicamente falsa, moralmente condenable y socialmente injusta y peligrosa, y (…) nada en la teoría o en la práctica permite justificar, en ninguna parte, la discriminación racial (…)."

Define la expresión "discriminación racial" excluyendo de tal consideración las diferencias que los Estados ejercen entre nacionales y no nacionales y las medidas de discriminación positiva:

> "*Artículo 1*
> 1. En la presente Convención la expresión 'discriminación racial' denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o

[114] La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas la Formas de Discriminación Racial (CIEDR) fue abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2106 A (XX) de 21 de diciembre de 1965 y entró en vigor el 4 de enero de 1969. Fue firmada por España el 13 de septiembre de 1968.

étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.
2. Esta Convención no se aplicará a las distinciones, exclusiones, restricciones o preferencias que haga un Estado parte en la presente Convención entre ciudadanos y no ciudadanos.
3. Ninguna de las cláusulas de la presente Convención podrá interpretarse en un sentido que afecte en modo alguno las disposiciones legales de los Estados partes sobre nacionalidad, ciudadanía o naturalización, siempre que tales disposiciones no establezcan discriminación contra ninguna nacionalidad en particular.
4. Las medidas especiales adoptadas con el fin exclusivo de asegurar el adecuado progreso de ciertos grupos raciales o étnicos o de ciertas personas que requieran la protección que pueda ser necesaria con objeto de garantizarles, en condiciones de igualdad, el disfrute o ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales no se considerarán como medidas de discriminación racial, siempre que no conduzcan, como consecuencia, al mantenimiento de derechos distintos para los diferentes grupos raciales y que no se mantengan en vigor después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron."

La Convención (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1965) condena la discriminación racial e insta a los Estados a evitarla y tomar medidas contra ella:

"*Artículo 2*
1. Los Estados partes condenan la discriminación racial y se comprometen a seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a promover el entendimiento entre todas las razas, y con tal objeto:
a) Cada Estado parte se compromete a no incurrir en ningún acto o práctica de discriminación racial contra personas, grupos de personas o instituciones y a velar por que todas las autoridades públicas e instituciones públicas, nacionales y locales, actúen en conformidad con esta obligación;
b) Cada Estado parte se compromete a no fomentar, defender o apoyar la discriminación racial practicada por cualesquiera personas u organizaciones;
c) Cada Estado parte tomará medidas efectivas para revisar las políticas gubernamentales nacionales y locales, y para enmendar, derogar o anular las leyes y las disposiciones reglamentarias que tengan como consecuencia crear la discriminación racial o perpetuarla donde ya exista;
d) Cada Estado parte prohibirá y hará cesar por todos los medios apropiados, incluso, si lo exigieran las circunstancias, medidas legislativas, la discriminación racial practicada por personas, grupos u organizaciones;
e) Cada Estado parte se compromete a estimular, cuando fuere el caso, organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios encaminados a eliminar las barreras entre las razas, y a desalentar todo lo que tienda a fortalecer la división racial.
2. Los Estados partes tomarán, cuando las circunstancias lo aconsejen, medidas especiales y concretas, en las esferas social, económica, cultural y en otras esferas, para asegurar el adecuado desenvolvimiento y protección de ciertos grupos raciales o de personas pertenecientes a estos grupos, con el fin de garantizar en condiciones de igualdad el pleno disfrute por dichas personas de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Esas medidas en ningún caso podrán tener como consecuencia el mantenimiento de derechos desiguales o separados para los diversos grupos raciales después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron."

En el artículo 5 se prohíbe la discriminación racial en el acceso a una serie de derechos, entre ellos los relativos a la salud:

"*Artículo 5*
En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:
(…)

d) Otros derechos civiles, en particular:
i) El derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado;
ii) El derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país; (…)
vii) El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; (…)
e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: (…)
iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales; (…)"

Finalmente, es importante destacar la existencia de un documento de la ONU sobre derecho de los trabajadores inmigrantes: la Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares[115] (CIPDTMF) (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1990). En el momento de redacción de este trabajo esta Convención no ha sido firmada por España, pero se recogen aquí sus principales artículos relativos al derecho a la atención a la salud con la intención de mostrar la cobertura que se otorga a los trabajadores inmigrantes ("trabajadores migratorios", en términos de la ONU).

La CIPDTMF (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1990) es un instrumento destinado a proteger los derechos de las personas que trabajan fuera de sus países de origen y sus familias, sean estos "trabajadores migratorios, fronterizos, de temporada, itinerantes o marinos"[116]. Es uno de los documentos destacados por la OMS en sus trabajos sobre inmigración y salud:

"The International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families entered into force 1 July 2003. A main thrust of this Convention is that migrant workers are entitled to protection of their basic human rights regardless of their legal status. It recognizes in particular the right of all migrant workers and their families to emergency medical care, and the right of documented migrant workers and their families to equality of treatment with nationals and to access to health services." (OMS, 2003: 34)

En su articulado se diferencian ciertos derechos en función de la regularización o no de la estancia, aunque en todos los casos se prohíbe la discriminación por otros motivos:

"*Artículo 5*
A los efectos de la presente Convención, los trabajadores migratorios y sus familiares:
a) Serán considerados documentados o en situación regular si han sido autorizados a ingresar, a permanecer y a ejercer una actividad remunerada en el Estado de empleo de conformidad con las leyes de ese Estado y los acuerdos internacionales en que ese Estado sea parte;
b) Serán considerados no documentados o en situación irregular si no cumplen las condiciones establecidas en el inciso a) de este artículo."

"*Artículo 7*
Los Estados Partes se comprometerán, de conformidad con los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, a respetar y asegurar a todos los trabajadores migratorios y sus familiares que se hallen dentro de su territorio o sometidos a su jurisdicción los derechos previstos en la presente Convención, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición."

[115] La Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CIPDTMF) fue adoptada por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 45/158 de 18 de diciembre de 1990 y entró en vigor el 1 de julio de 2003.
[116] Para la definición concreta de cada una de estas categorías, un tanto antiguas, se puede consultar: OMS, 2003: 30-31.

Como se puede observar, entre los derechos relativos a la salud aplicables a todos los trabajadores migratorios y sus familiares independientemente de su situación legal en el país tan sólo se encuentran los relativos a la asistencia sanitaria de urgencias:

> "*Artículo 28*
> Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo."

Sin embargo, en el caso de que el trabajador esté regularizado, tendrá, junto con su familia, derecho de acceso a los servicios sociales y de salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Aunque los artículos 43 y 45 no especifican esto claramente en su redacción, están situados en una parte de la Convención aplicable tan sólo a los trabajadores en situación regular (Parte IV).

> "*Artículo 70*
> Los Estados Partes deberán tomar medidas no menos favorables que las aplicadas a sus nacionales para garantizar que las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores migratorios y sus familiares en situación regular estén en consonancia con las normas de idoneidad, seguridad y salud, así como con los principios de la dignidad humana."

> "*Artículo 43*
> 1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con: (…)
> e) El acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes; (…)
> 2. Los Estados Partes promoverán condiciones que garanticen una efectiva igualdad de trato, a fin de que los trabajadores migratorios puedan gozar de los derechos enunciados en el párrafo 1 del presente artículo, siempre que las condiciones establecidas para su estancia, con arreglo a la autorización del Estado de empleo, satisfagan los requisitos correspondientes. (…)"

> "*Artículo 45*
> 1. Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán, en el Estado de empleo, de igualdad de trato respecto de los nacionales de ese Estado en relación con: (…)
> c) El acceso a servicios sociales y de salud, a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes; (…)."

Es decir, salvo para mujeres embarazadas y niños que –como se ha visto en documentos anteriores–, tendrían garantizada su asistencia en cualquier caso, y las urgencias, se supedita la protección de la salud a la situación de legalidad en el país. Se observa entonces, una contradicción, al menos desde el punto de vista ético, entre este documento, en el que se establecen límites en cuanto al derecho de acceso a los servicios sanitarios, y los mencionados anteriormente, en los que se reconocía a todos los seres humanos en tanto que tales. Veremos, en el siguiente capítulo, como esta es una diferenciación que se mantiene en la legislación española.

En resumen, desde la propia definición de salud de la OMS hasta los diferentes textos legales relativos a los derechos humanos se han ido observando ambigüedades, limitaciones y recortes, más o menos explícitos, que probablemente tratan de respetar las políticas y competencias de los Estados y hacer aprobables las normas para el conjunto de éstos, aunque, en ocasiones, este intento de lograr la máxima adhesión posible pueda acabar desembocando en documentos llenos de buenas intenciones, pero de espíritu más amplio que el poder que realmente alcanzan. Por una parte, se reconocen derechos a todos los seres humanos sin distinción en función de sus características personales, pero después, se establecen limitaciones según estas mismas cuestiones (fundamentalmente en función del país de procedencia y de la situación legal en el mismo). En otras palabras, se definen los derechos de los seres humanos pero, en la práctica, se reducen tan sólo a una parte de la Humanidad. La ambigüedad de parte de los términos, la falta de definiciones adecuadas y la supuesta universalidad de algunos conceptos acaban dando lugar a textos que en la práctica son ampliamente interpretables y dejan resquicios a los Estados y los gobiernos demasiado amplios como para garantizar que se cumple el –supuesto– espíritu de la ley. Se deja, entonces, en una situación potencial de desprotección a los ciudadanos, especialmente a los más vulnerables que suelen ser, al mismo tiempo, los que *se escapan por los resquicios de las leyes* y los que tienen menos poder para exigir modificaciones de las mismas.

No obstante, y a pesar de sus limitaciones, no puede dejar de reconocerse la importancia de la existencia de estos textos, el esfuerzo que supone su aprobación en el contexto internacional actual (y, previsiblemente, futuro) y el papel de referente ético que conservan. A modo de conclusión crítica, podríamos decir que la aproximación de la OMS puede tomarse como una base ética para los todos los Estados y una especie de umbral o de directrices generales para aquellos países en los que la protección no alcanza niveles mínimos. Sin embargo, a nivel de la atención a poblaciones inmigradas en el Estado español, en la medida en la que, como se verá, se dispone de una legislación más protectora, puede afirmarse que su utilidad como marco para el análisis se limita a tres aspectos. Primero, ofrecer una referencia ética en la que basar las actuaciones. Segundo, como salvaguarda de los derechos de los inmigrantes frente a posibles cambios (restrictivos) en las políticas estatales, de modo que sus derechos en cuanto a atención sanitaria no dependerían (tanto) de las voluntades políticas estatales, o aún locales, sino que estarían salvaguardados (siquiera mínimamente) por normas vinculantes que obligan a los Estados más allá de sus legislaciones nacionales. En tercer lugar, este marco puede servir para concienciar a la opinión pública y al personal sanitario en que la concesión de derechos a los inmigrantes viene dada por normas internacionales de respeto a la dignidad humana y no por decisiones políticas más o menos populares o populistas ni por cuestiones caritativas. El trabajo debería estar, a mi juicio, en no tratar de ocultar las ambigüedades, las indefiniciones y las limitaciones de los instrumentos de los que disponemos, sino, al contrario, tenerlos presentes y ponerlos encima de la mesa, aunque alguno de ellos pueda ser en el momento actual difícil de modificar. Sería más realista, más justo y, sin duda, a largo plazo, más fructífero.

Hasta aquí el repaso de la legislación internacional en materia de derechos humanos y salud. Realizaremos, a continuación, un abordaje breve de los principales textos legales que pueden considerarse relacionados con la atención sanitaria a población inmigrante y/o en situación de marginación a nivel europeo, español y catalán, con la finalidad de comprobar en qué medida estas legislaciones reconocen lo tratado respecto a derechos

humanos y si la protección a estas poblaciones está garantizada o no y en qué términos.[117]

[117] Se citarán tan sólo las leyes y normas más destacadas de manera que pueda dibujarse un panorama general del cuerpo legislativo que rige la atención sanitaria a estas poblaciones. Existen, además, acuerdos y tratados específicos sobre inmigración con varios países concretos, que no se mencionarán por escaparse a los objetivos centrales del capítulo.

CAPÍTULO 5. LEGISLACIÓN EUROPEA, ESPAÑOLA Y CATALANA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS, SALUD E INMIGRACIÓN

1. LEGISLACIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

1.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

El Tratado de la Unión Europea[118] (Unión Europea, 1992) define la Unión (UE) como un espacio de libertad, seguridad, justicia, respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales:

> "*Artículo 2*
> La Unión tendrá los siguientes objetivos:
> - promover el progreso económico y social y un alto nivel de empleo y conseguir un desarrollo equilibrado y sostenible, principalmente mediante la creación de un espacio sin fronteras interiores, el fortalecimiento de la cohesión económica y social y el establecimiento de una unión económica y monetaria que implicará, en su momento, una moneda única, conforme a las disposiciones del presente Tratado; (…)
> - Reforzar la protección de los derechos e intereses de los nacionales de sus Estados miembros, mediante la creación de una ciudadanía de la Unión;
> - Mantener y desarrollar la Unión como un espacio de libertad, seguridad y justicia, en el que esté garantizada la libre circulación de personas conjuntamente con medidas adecuadas respecto al control de las fronteras exteriores, el asilo, la inmigración y la prevención y la lucha contra la delincuencia; (…)" (Tratado de la Unión Europea, 1992)
>
> "*Artículo 6*
> 1. La Unión Europea se basa en los principios de libertad, democracia, respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales y el Estado de Derecho, principios que son comunes a los Estados miembros.
> 2. La Unión respetará los derechos fundamentales tal y como se garantizan en el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*[119] firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950, y tal y como resultan de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros como principios generales del Derecho comunitario. (…)" (Tratado de la Unión Europea, 1992, las cursivas son mías)

El mencionado Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales (CPDLF) (Consejo de Europa, 1950) parte, a su vez, de la Declaración

---

[118] El Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (TCCE) se firmó en Roma el 25 de marzo de 1957 y entró en vigor el 1 de enero de 1958. El Tratado de la Unión Europea (TUE) se firmó en Maastrich el 7 de febrero de 1992 y entró en vigor el 1 de noviembre de 1993. Ha sido revisado mediante el Tratado de Ámsterdam (2 de octubre de 1997) y el de Niza (26 de febrero de 2001). La versión consolidada de estos Tratados se publicó en el Diario Oficial de la Comunidad Europea (DOCE) nº C 340 de 10 de noviembre de 1997, ratificada por España el 23 de diciembre de 1998 (BOE nº 109, de 7 de mayo de 1999). Los artículos que aquí se citan incluyen las modificaciones introducidas por los sucesivos Tratados:

> "En la presente edición se han insertado todas las modificaciones que han tenido lugar desde aquella fecha, incluidas las correspondientes al Acta Única Europea (AUE) de 1986, el Tratado de la Unión Europea de Maastricht de 1992, las Actas de Adhesión de Portugal y España (1985), de Austria, Finlandia y Suecia (1995), el Tratado de Ámsterdam (1997), el Tratado de Niza (2001) y el Tratado de Adhesión de los diez nuevos Estados miembros, firmados en 2003 y en vigor desde el 1 de mayo de 2004." (Mangas, 2005: 97)

[119] El Consejo de Europa aprobó el Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales (CPDLF) (Consejo de Europa, 1950) en Roma el 4 de noviembre de 1950. La adhesión de España al Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales se publicó en el BOE nº 243 de 10 de octubre de 1979 y los protocolos, en los BOEs nº 11 del 12 de enero de 1991 y nº 92 de 17 de abril de 1985, respectivamente.

Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948), lo que es importante, en la medida en que, como iremos viendo, son varios los textos legales europeos y del Estado español que afirman basarse en ella. El CPDLF (1950) no recoge ninguna mención directa a inmigración, asilo o circulación de las personas y, respecto a la salud, la única referencia que puede considerarse relacionada es el reconocimiento al derecho a la vida expresado en el artículo 2. Además, prohíbe la discriminación en su artículo 14, en los siguientes términos:

> "*Artículo 14*
> *Prohibición de discriminación*
> El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación."

El Tratado Constitutivo de la de la Comunidad Europea (Comunidad Europea, 1957), establece su objetivo de lograr un ámbito de cohesión social y lucha contra la exclusión:

> "*Artículo 136*
> La Comunidad y los Estados miembros, teniendo presentes derechos sociales fundamentales como los que se indican en la Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, y en la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores, de 1969, tendrán como objetivo el fomento del empleo, la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, a fin de conseguir su equiparación por la vía del progreso, una protección adecuada, el diálogo social, el desarrollo de los recursos humanos para conseguir un nivel de empleo elevado y duradero y la lucha contra las exclusiones.
> A tal fin, la Comunidad y *los Estados miembros emprenderán acciones en las que se tenga en cuenta la diversidad de las prácticas nacionales*, en particular en el ámbito de las relaciones contractuales, así como la necesidad de mantener la competitividad de la economía de la Comunidad." (Las cursivas son mías)

La frase señalada en cursiva en el artículo anterior puede servir de ejemplo para lo que se puede considerar como uno de los rasgos definitorios de la legislación de la UE en materia de derechos humanos, salud e inmigración: en la práctica, existe un amplio margen de respeto a las políticas internas de los Estados miembros.

> "*Artículo 137*
> 1. Para la consecución de los objetivos del artículo 136, la Comunidad apoyará y complementará la acción de los Estados miembros en los siguientes ámbitos:
> a) la mejora, en concreto, del entorno de trabajo, para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores;
> b) las condiciones de trabajo;
> c) la seguridad social y la protección social de los trabajadores; (…)
> g) las condiciones de empleo de los nacionales de terceros países *que residan legalmente* en el territorio de la Comunidad;
> h) la integración de las personas excluidas del mercado laboral, sin perjuicio del artículo 150;
> i) la igualdad entre hombres y mujeres por lo que respecta a las oportunidades en el mercado laboral y al trato en el trabajo;
> j) la lucha contra la exclusión social;
> k) la modernización de los sistemas de protección social, sin prejuicio de la letra c). (…)" [120]
> (Las cursivas son mías)

[120] "Los arts. 136 a 143 han sido objeto de modificaciones redaccionales por el art. 2.22 del Tratado de Ámsterdam y reproducen en sustancia el contenido del Acuerdo sobre la Política Social a *catorce* del Tratado de Ámsterdam." (Mangas, 2005: 165)

> "*Artículo 158*
> A fin de promover un desarrollo armonioso del conjunto de la Comunidad, ésta desarrollará y proseguirá su acción encaminada a reforzar su cohesión económica y social.
> La Comunidad se propondrá, en particular, reducir las diferencias entre los niveles de desarrollo de las diversas regiones y el retraso de las regiones o islas menos favorecidas, incluidas las zonas rurales." [121]

Por su parte, el Consejo de Europa se otorga capacidad para adoptar acciones contra la discriminación, siempre dentro de los límites de la competencia del TUE:

> "*Artículo 13*
> 1. Sin perjuicio de las demás disposiciones del presente Tratado y dentro de los límites de las competencias atribuidas a la Comunidad por el mismo, el Consejo, por unanimidad, a propuesta de la Comisión y previa consulta al Parlamento Europeo, podrá adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión, o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual (…)."

La Unión se compromete al respeto y la promoción de la diversidad cultural en sus Estados miembros, por lo que podría entenderse, entonces, que se incluyen como tales los derechos de las minorías nacionales, aunque no especifica nada en lo relativo a las no nacionales y tampoco en cuanto al contenido general de las políticas concretas:

> "*Artículo 151*
> 1. La Comunidad contribuirá al florecimiento de las culturas de los Estados miembros, dentro del respeto a su diversidad nacional, y regional, poniendo de relieve al mismo tiempo el patrimonio cultural común. (…)
> 4. La Comunidad tendrá en cuenta los aspectos culturales en su actuación en virtud de otras disposiciones del presente Tratado, en particular a fin de respetar y fomentar la diversidad de sus culturas. (…)"

Por otra parte, en ningún punto se explica qué se entiende por cultura ni cuáles pudieran ser los aspectos de la diversidad cultural interna que pueden considerarse en contradicción con las acciones de la UE y, sobre todo, cuáles son los límites que se establecen para respetarlos, para qué cuestiones concretas son aplicables y en función de qué criterios se definen.

Además de lo recogido en el Tratado de la Unión Europea (Unión Europea, 1992) y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (Comunidad Europea, 1957) existen aún dos instrumentos más en los que se establece el respeto por los derechos humanos y la lucha contra la exclusión social. En primer lugar, la Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico[122], que, en su preámbulo, recuerda que todos los Estados miembros son signatarios de los principales Pactos y Declaraciones Internacionales sobre derechos humanos, muestra su rechazo a las teorías de las razas –aunque mantiene el uso del término "origen racial"– y prohíbe todo tipo de discriminación "por origen racial o étnico", aunque puntualiza de manera explícita que no entiende como tal las diferencias de trato a los nacionales de terceros países (basadas

[121] Los artículos sobre cohesión social y económica pertenecen al Título XVII, añadido por el Tratado de Maastricht. El segundo párrafo del artículo 158 fue modificado por el Tratado de Ámsterdam. (Mangas, 2005: 178)
[122] La Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico está fechada el 29 de junio de 2000. Se publicó en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 19 de julio de 2000.

en la nacionalidad y no en la pertenencia étnica) respecto a su entrada y estancia en la UE. Además, defiende las actuaciones en los ámbitos de la educación, la protección social, el trabajo, etc. para la lucha contra la discriminación por estos motivos como medio para cumplir los objetivos de la Unión de crear un espacio con elevada cohesión social y económica:

> "Preámbulo
> (…) (6) La Unión Europea rechaza las teorías que tratan de establecer la existencia de las razas humanas. El uso, en la presente Directiva, del término 'origen racial' no implica el reconocimiento de dichas teorías. (…)
> (9) La discriminación basada en el origen racial o étnico puede poner en peligro la consecución de los objetivos del Tratado CE, en particular la consecución de un alto nivel de empleo y de protección social, la elevación del nivel y la calidad de vida, la cohesión económica y social y la solidaridad, y también puede hipotecar el objetivo de desarrollar la Unión Europea como un espacio de libertad, seguridad y justicia. (…)
> (12) *Para garantizar el desarrollo de sociedades democráticas y tolerantes en las que toda persona pueda participar, con independencia de su origen racial o étnico, la actuación específica en el ámbito de la discriminación por estos motivos debe ir más allá del acceso a la actividad por cuenta propia o ajena y abarcar ámbitos como la educación, la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria, las ventajas sociales, la oferta de bienes y servicios y el acceso a los mismos.*
> *(13) A tal fin, se deberá prohibir en toda la Comunidad cualquier discriminación, directa o indirecta, por motivos de origen racial o étnico en los ámbitos a que se refiere la presente Directiva. Esta prohibición de discriminación se aplicará asimismo a los nacionales de terceros países, pero no se refiere a las diferencias de trato basadas en la nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones que regulan la entrada y la residencia de los nacionales de terceros países y su acceso al empleo y al ejercicio profesional.*
> (14) En la aplicación del principio de igualdad de trato con independencia del origen racial o étnico, la Comunidad, en virtud del apartado 2 del artículo 3 del Tratado CE, debe proponerse la eliminación de las desigualdades y fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, máxime considerando que, a menudo, las mujeres son víctimas de discriminaciones múltiples. (…)
> (16) Es importante proteger a todas las personas físicas de toda discriminación por su origen racial o étnico. Los Estados miembros también deben proteger, de conformidad con sus respectivas tradiciones y prácticas nacionales, a las personas jurídicas en aquellos casos en los que sean discriminadas por el origen racial o étnico de sus miembros. (…)
> (17) La prohibición de discriminación no debe obstar al mantenimiento o la adopción de medidas concebidas para prevenir o compensar las desventajas sufridas por un grupo de personas con un origen racial o étnico determinado y dichas medidas pueden permitir la existencia de organizaciones de personas de un origen racial o étnico concreto cuando su finalidad principal sea promover las necesidades específicas de esas personas. (…)
> (19) Las personas que hayan sido objeto de discriminación basada en el origen racial o étnico deben disponer de medios de protección jurídica adecuados. (…)" (Las cursivas son mías)

La Directiva fija su objetivo en el establecimiento de un marco que permita luchar contra la discriminación por motivos de "origen racial o étnico" y, algo importante, insta a los Estados a fomentar el diálogo con los interlocutores sociales para conseguirlo.

> "*Artículo 1*
> *Objeto*
> La presente Directiva tiene por objeto establecer un marco para luchar contra la discriminación por motivos de origen racial o étnico, con el fin de que se aplique en los Estados miembros el principio de igualdad de trato."

> "*Artículo 11*
> *Diálogo social*
> 1. Los Estados miembros, con arreglo a sus respectivas tradiciones y prácticas, adoptarán las medidas adecuadas para fomentar el diálogo social entre los interlocutores sociales, a fin de

promover la igualdad de trato entre otras vías mediante el control de las prácticas en el lugar de trabajo, convenios colectivos, códigos de conducta, la investigación o el intercambio de experiencias y buenas prácticas. (…)"

"*Artículo 12*
Diálogo con las organizaciones no gubernamentales
Los Estados miembros fomentarán el diálogo con las correspondientes organizaciones no gubernamentales que tengan, con arreglo a su legislación y práctica nacionales, un interés legítimo en contribuir a la lucha contra la discriminación por motivos de origen racial y étnico, con el fin de promover el principio de igualdad de trato."

También define el concepto de discriminación, excluyendo de esta consideración las medidas de discriminación positiva:

"*Artículo 2*
Concepto de discriminación
1. A efectos de la presente Directiva, se entenderá por 'principio de igualdad de trato' la ausencia de toda discriminación, tanto directa como indirecta, basada en el origen racial o étnico.
2. A efectos del apartado 1:
a) existirá discriminación directa cuando, por motivos de origen racial o étnico, una persona sea tratada de manera menos favorable de lo que sea, haya sido o vaya a ser tratada otra en situación comparable;
b) existirá discriminación indirecta cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúe a personas de un origen racial o étnico concreto en desventaja particular con respecto a otras personas, *salvo que dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima y salvo que los medios para la consecución de esta finalidad sean adecuados y necesarios*.
3. El acoso constituirá discriminación a efectos de lo dispuesto en el apartado 1 cuando se produzca un comportamiento no deseado relacionado con el origen racial o étnico que tenga como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de la persona y crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, u ofensivo. A este respecto, podrá definirse el concepto de acoso de conformidad con las normativas y prácticas nacionales de cada Estado miembro.
4. Toda orden de discriminar a personas por motivos de su origen racial o étnico se considerará discriminación con arreglo a lo dispuesto en el apartado 1." (Las cursivas son mías)

"*Artículo 5*
Acción positiva
Con el fin de garantizar la plena igualdad en la práctica, el principio de igualdad de trato no impedirá que un Estado miembro mantenga o adopte medidas específicas para prevenir o compensar las desventajas que afecten a personas de un origen racial o étnico concreto."

Aunque es destacable el intento de definir qué se entiende por discriminación y de poner los medios normativos para luchar contra ella, al igual que ocurría en los Pactos y Declaraciones de la ONU, se mantienen ambigüedades que podrían traducirse en resquicios legales que permitieran algún tipo de discriminación. Así, cuando se dice "salvo que dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima y salvo que los medios para la consecución de esta finalidad sean adecuados y necesarios", sería imprescindible especificar qué se entiende por finalidad legítima o por medios adecuados y necesarios.
En segundo lugar, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea[123] (2000) define la Unión como un espacio de libertad en el que se defiendan los valores

[123] El texto de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea se publicó en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº 364 de 18 de diciembre de 2000. Sin embargo, el Tratado Constitucional de la UE, en el que se englobaría buena parte del articulado, no ha sido aprobado, por lo que la Carta no tiene, en el momento actual, carácter vinculante.

de los derechos humanos y la dignidad humana dentro del respeto a la diversidad de culturas y de la organización interna de los países que la conforman (aunque, de nuevo, siguen sin definirse el significado de conceptos clave, como dignidad, diversidad cultural o respeto; ni se explicita el alcance del respeto "a la organización interna de los países"). Además, reconoce de manera específica los derechos de los niños, las mujeres, las personas mayores y los discapacitados, pero, también de nuevo, sin establecer garantías para su promoción más allá del mero reconocimiento teórico.

> "*Artículo 1*
> *Dignidad humana*
> La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida."
>
> "*Artículo 21*
> *No discriminación*
> 1- Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.
> 2. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación de la Constitución y sin perjuicio de sus disposiciones particulares."
>
> "*Artículo 23*
> *Igualdad entre mujeres y hombres*
> La igualdad entre mujeres y hombres deberá garantizarse en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución.
> El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que supongan ventajas concretas en favor del sexo menos representado."
>
> "*Artículo 24*
> *Derechos del niño*
> 1. Los niños tienen derecho a la protección y a los cuidados necesarios para su bienestar. Podrán expresar su opinión libremente. Ésta será tenida en cuenta para los asuntos que les afecten, en función de su edad y madurez.
> 2. En todos los actos relativos a los niños llevados a cabo por autoridades públicas o instituciones privadas, el interés superior del niño constituirá una consideración primordial.

> "La Carta de los Derechos Fundamentales no forma parte del Tratado de Niza; por lo que, hasta que entre en vigor el Tratado Constitucional, la Carta es un texto no vinculante jurídicamente en cuanto tal, pero es un acuerdo no normativo de las tres Instituciones principales (Parlamento, Consejo y Comisión) que expresa el acuerdo político de respeto de su contenido material por formar parte por otras vías (Derecho originario y Derecho derivado comunitario; normas constitucionales y convenios internacionales) del Derecho en vigor de la UE. Pero el articulado de la Carta ha sido confirmado por la CIG [Conferencia Intergubernamental] incorporándola al Tratado como su parte II y, por tanto, obligatoria como todo el Tratado Constitucional cuando éste sea ratificado por los veinticinco Estados." (Mangas, 2005: 36)

Recientemente, y a raíz de la polémica política desencadenada por el resultado negativo obtenido en los referendums sobre el Tratado Constitucional en distintos países de la UE y la negativa de algunos Estados a aprobar la Carta de Derechos Fundamentales, el Parlamento Europeo ha aprobado una resolución (Resolución del Parlamento Europeo, de 15 de marzo de 2007, sobre el respeto de la Carta de los Derechos Fundamentales en las propuestas legislativas de la Comisión: metodología para un control sistemático y riguroso) en la que señala que:

> "(…) la Carta de los Derechos Fundamentales se ha convertido a lo largo de los años en un texto de referencia para las jurisdicciones europeas tales como el Tribunal de Primera Instancia, el Tribunal de Justicia, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo, y numerosos Tribunales Constitucionales. (…)"

e insta a los Estados a tener en cuenta los derechos recogidos en la Carta en la elaboración de la legislación interna y comunitaria y a fijar cuanto antes su carácter vinculante.

3. Todo niño tiene derecho a mantener de forma periódica relaciones personales y contactos directos con su padre y con su madre, salvo si ello es contrario a sus intereses."

"*Artículo 25*
Derechos de las personas mayores
La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural."

"*Artículo 26*
Integración de las personas discapacitadas
La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad."

"*Artículo 22*
Diversidad cultural, religiosa y lingüística
La Unión respeta la diversidad cultural, religiosa y lingüística."

De nuevo, en este último artículo, nos encontramos con una declaración de intenciones valorable pero de contenido cuando menos poco definido: ¿qué se entiende por respeto a "la diversidad cultural, religiosa y lingüística"?, ¿cuáles son los límites de este respeto y las condiciones en las que se considera legítimo?, ¿en función de qué criterios se definen ambas situaciones?

1.2. Textos legales relacionados con la inmigración

Los artículos relativos a la ciudadanía, control de fronteras, asilo y libertad de circulación de las personas ocupan gran parte del articulado de los sucesivos tratados de la Unión y han sido objeto de varias modificaciones a lo largo de los años. Ya desde el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (Comunidad Europea, 1957) se crea una ciudadanía de la Unión, algo sumamente relevante en materia de regulación de la circulación de personas (especialmente trabajadores), en la medida en que aquéllos considerados ciudadanos europeos tienen derecho a circular y establecerse libremente en cualquier Estado miembro, pero no así el resto:

"*Artículo 17*
1. Se crea una ciudadanía de la Unión. Será ciudadano de la Unión toda persona que ostente la nacionalidad de un Estado miembro. La ciudadanía de la Unión será complementaria y no sustitutiva de la ciudadanía nacional.
2. Los ciudadanos de la Unión serán titulares de los derechos y sujetos de los deberes previstos en el presente Tratado."

"*Artículo 18*
1. Todo ciudadano de la Unión tendrá derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, con sujeción a las limitaciones y condiciones previstas en el presente Tratado y en las disposiciones adoptadas para su aplicación. (…)"

"*Artículo 39*
1. Quedará asegurada la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad.
2. La libre circulación supondrá la abolición de toda discriminación por razón de la nacionalidad entre los trabajadores de los Estados miembros, con respecto al empleo, la retribución y las demás condiciones de trabajo.
3. Sin perjuicio de las limitaciones justificadas por razones de orden público, seguridad y salud públicas, la libre circulación de los trabajadores implicará el derecho:
a) de responder a ofertas efectivas de trabajo;
b) de desplazarse libremente para este fin en el territorio de los Estados miembros;

> c) de residir en uno de los Estados miembros con objeto de ejercer en él un empleo, de conformidad con las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables al empleo de los trabajadores nacionales;
> d) de permanecer en el territorio de un Estado miembro después de haber ejercido en él un empleo, en las condiciones previstas en los reglamentos de aplicación establecidos por la Comisión.
> 4. Las disposiciones del presente artículo no serán aplicables a los empleos en la administración pública."

Al mismo tiempo, el Tratado de la Unión Europea (Unión Europea, 1992) emite las instrucciones generales a los Estados respecto a la política de control de fronteras para los nacionales de terceros países, la concesión de asilo y la inmigración (artículos 61, 62 y 63).

Como ya hemos visto, la Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico justifica las diferencias de trato basadas en la nacionalidad para extranjeros procedentes de terceros países en lo que se refiere a sus derechos de entrada, salida y circulación de la UE. Y en cuanto a la Carta de Derechos Fundamentales (2000), las referencias relacionadas con la inmigración se limitan al reconocimiento del derecho de asilo en el artículo 18 y de libertad de circulación y residencia para ciudadanos de la UE y nacionales de terceros países en situación de residencia legal, en el 45:

> "*Artículo 18*
> *Derecho de asilo*
> Se garantiza el derecho de asilo dentro del respeto de las normas de la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951 y del Protocolo de 31 de enero de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados y de conformidad con la Constitución."
>
> "*Artículo 45*
> *Libertad de circulación y de residencia*
> 1- Todo ciudadano de la Unión tiene derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros.
> 2 Podrá concederse libertad de circulación y de residencia, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, a los nacionales de terceros países que residan legalmente en el territorio de un Estado miembro."

1.3. Textos legales relacionados específicamente con la asistencia sanitaria

Los artículos relacionados con el derecho a la asistencia sanitaria a nivel de la Unión Europea se encuentran, básicamente, en seis documentos diferentes[124]:

- Carta Social Europea
- Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica
- Tratado de la Unión Europea
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicaciones de la Biología y la Medicina
- Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico
- Carta de los Derechos Fundamentales de la EU

[124] En orden cronológico de acuerdo con su firma por parte del Estado español.

En primer lugar, a Carta Social Europea[125] (Consejo de Europa, 1961) afirma en su preámbulo su voluntad de servir como declaración de objetivos en materia de protección social y establece que el objetivo de los Estados debe ser conseguir la extensión de la asistencia sanitaria y la protección social a todas las capas de la sociedad sin discriminación alguna, insistiendo de manera específica en las personas sin recursos. Los Estados se comprometen con su firma, además, a adoptar las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades, prevenirlas y mejorar la educación para la salud.

> "*Parte I*
> Las Partes Contratantes reconocen como objetivo de su política, que habrá de seguirse por todos los medios adecuados, tanto de carácter nacional como internacional, el establecer aquellas condiciones en que pueden hacerse efectivos los derechos y principios siguientes: (…)
> 12. *Todos los trabajadores y las personas a su cargo tienen derecho a la seguridad social.*
> *13. Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica*. (…)" (Las cursivas son mías)
>
> "*Artículo 11*
> *Derecho a la protección de la salud*
> Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines:
> 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
> 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
> 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. (…)"
>
> "*Artículo 12*
> *Derecho a la Seguridad Social*
> Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen:
> 1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
> 2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
> 3. A esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.
> 4. A adoptar medidas, mediante la conclusión de los oportunos acuerdos bilaterales o multilaterales, o por otros medios, sin perjuicio de las condiciones establecidas en esos acuerdos, encaminadas a conseguir:
> a. La igualdad de trato entre los nacionales de cada una de las partes contratantes y los de las demás partes en lo relativo a los derechos de Seguridad Social, incluida la conservación de las ventajas concedidas por las leyes de Seguridad Social, sean cuales fueren los desplazamientos que las personas protegidas pudieren efectuar entre los territorios de las partes contratantes.
> b. La concesión, mantenimiento y restablecimiento de los derechos de Seguridad Social, por medios tales como la acumulación de los períodos de seguro o de empleo completados de conformidad con la legislación de cada una de las partes contratantes."
>
> "*Artículo 13*
> *Derecho a la asistencia social y médica*
> Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las Partes Contratantes se comprometen:
> 1. A velar porque *toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado*.

[125] La Carta Social Europea se firmó en Turín el 18 de octubre de 1961 y se publicó en el BOE nº 153 del 26 de junio de 1980.

2. A velar porque las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna de sus derechos políticos y sociales.
3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.
4. A aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en *condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes Partes Contratantes que se encuentre legalmente en su territorio*, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953. (…)" (Las cursivas son mías)

"*Artículo 14*
Derecho a los beneficios de los servicios sociales
Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a beneficiarse de los servicios sociales, las partes contratantes se comprometen:
1. A fomentar u organizar servicios que, utilizando los métodos de un servicio social, contribuyan al bienestar y al desarrollo de los individuos y de los grupos en la comunidad, así como a su adaptación al medio o entorno social.
2. A estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase en la creación y mantenimiento de tales servicios."

Observemos que el redactado de alguno de estos artículos presenta ciertas contradicciones internas: así, se dice que "toda persona" tiene derecho a la asistencia sanitaria, pero, en el mismo artículo (13) se excluye a quienes no se encuentren legalmente en el territorio del Estado.

En relación con la asistencia sanitaria a trabajadores migrantes y sus familias, la Carta Social Europea (Consejo de Europa, 1961) establece, de manera novedosa, que los Estados deben tratar de extender la protección de la salud de los migrantes al tiempo que dura el viaje y al momento de la acogida, aunque limita tal protección a sus posibilidades jurisdiccionales. No incluye, sin embargo, ningún tipo de especificación concreta respecto a cómo debe materializarse esta protección, ni respecto a la asistencia una vez superado este período ni a los términos en los que debe realizarse la atención a los que se encuentran en situación irregular, aunque tanto en el artículo 19 como en el anexo, se especifica claramente que la reglamentación se refiere tan sólo a los inmigrantes en situación legal en el país. El citado artículo recoge también el derecho a que los servicios sean "gratuitos" y "adecuados" (aunque no especifica qué se entiende por tal) y a la igualdad de trato con respecto a los nacionales del país, también en materias como trabajo o vivienda.

"*Artículo 19*
Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y a asistencia
Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y asistencia en el territorio de cualquier otra parte contratante, las partes contratantes se comprometen:
1. A mantener o a cerciorarse de que existen *servicios gratuitos adecuados* para ayudar a estos trabajadores, y particularmente para suministrarles informaciones exactas, y adoptar las medidas oportunas en tanto que lo permitan las Leyes y Reglamentos nacionales, contra toda propaganda engañosa sobre emigración o inmigración.
2. *A adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene*.
3. A promover la colaboración, requerida en cada caso, entre los servicios sociales, públicos o privados, de los países de emigración e inmigración.

4. A garantizar a esos trabajadores que se encuentren legalmente dentro de su territorio un trato no menos favorable que a sus propios nacionales en lo referente a las maneras que se expresan a continuación, en tanto que las mismas estén reguladas por Leyes o Reglamentos o se hallen sometidas al control de las autoridades administrativas, a saber:
a. Remuneración y otras condiciones de empleo y trabajo.
b. Afiliación a las organizaciones sindicales y disfrute de las ventajas que ofrezcan los convenios colectivos.
c. Alojamiento.
5. A garantizar a esos trabajadores, cuando se encuentren legalmente dentro de su territorio, un trato no menos favorable que el que reciben sus propios nacionales en lo concerniente a impuestos, tasas y contribuciones relativos al trabajo, a cargo del trabajador.
6. A facilitar en lo posible el reagrupamiento de la familia del trabajador extranjero a quien se le haya autorizado para establecerse dentro del territorio.
7. A garantizar a dichos trabajadores que se encuentren legalmente dentro de su territorio un trato no menos favorable que a sus propios nacionales en lo relativo a la acciones procesales sobre las cuestiones mencionadas en el presente artículo.
8. A garantizar a dichos trabajadores, cuando residan legalmente dentro de su territorio, que no podrán ser expulsados, excepto si amenazaren la seguridad del Estado o atentaren contra el orden público o las buenas costumbres.
9. A permitir, dentro de los límites fijados por la Leyes, la transferencia de cualquier parte de las ganancias o ahorros de tales trabajadores migrantes que estos desearen transferir.
10. A extender las medidas de protección y asistencia previstas en el presente artículo a los trabajadores migrantes que trabajen por cuenta propia, en cuanto las mismas les sean aplicables.” (Las cursivas son mías)

“*Anexo a la Carta Social*
Ámbito de aplicación de la Carta Social en lo que se refiere a las personas protegidas.
1. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12, párrafo 4, y en el artículo 13, párrafo 4, las personas a que se refieren los artículos 1 al 17 sólo comprenden a los extranjeros que, siendo súbditos de otras partes contratantes, residan legalmente o trabajen regularmente dentro del territorio de la parte contratante interesada, entendiéndose que los artículos precitados se interpretarán a la luz de las disposiciones contenidas en los artículos 18 y 19.
Esta interpretación no excluye la extensión de derechos análogos a otras personas por una parte contratante cualquiera.
2. Cada parte contratante concederá a los refugiados que respondan a la definición de la Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951, relativa al Estatuto de los Refugiados, y que residan regularmente en su territorio, el trato más favorable posible y, en cualquier caso, no menos favorable que el que dicha parte se haya obligado a aplicar en virtud de la convención de 1951 y de cualesquiera otros acuerdos internacionales vigentes aplicables a esos refugiados.”

En segundo lugar, el Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica[126] (Consejo de Europa, 1953) establece la garantía de asistencia sanitaria a los nacionales de otros estados miembros en situación legal y sin recursos suficientes, en las mismas condiciones que sus propios ciudadanos:

“*Artículo 1*
1. Toda Parte Contratante se compromete a garantizar que los nacionales de las demás Partes Contratantes, con legítima residencia en cualquier parte del territorio de dicha Parte al que se aplique la presente Convención y sin recursos suficientes, tengan derecho, al igual que sus propios nacionales y en las mismas condiciones, a la asistencia social y médica (denominada en lo sucesivo asistencia) prevista en la legislación vigente en esa parte del territorio. (…)”

[126] El Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica se firmó en París el 11 de diciembre de 1953. Para España, su Instrumento de Ratificación es del 29 de noviembre de 1982 y su publicación en el BOE corresponde al nº 41 de 17 febrero de 1984.

Respecto al contenido incluido en el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (Comunidad Europea, 1957), el principal artículo referido a la asistencia sanitaria es el 152[127], que otorga a la Unión capacidad para complementar las políticas de los Estados miembros en materia de lucha contra las enfermedades y el consumo de drogas, aunque explicita que la organización y suministro de la asistencia sigue correspondiendo a los Estados.

> "*Artículo 152*
> 1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.
> La acción de la Comunidad que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias.
> La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención. (…)
> 5. La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica. (…)"

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicaciones de la Biología y la Medicina[128] (Consejo de Europa, 1997), por su parte, es de los pocos instrumentos internacionales que constituyen un código ético y legal para el ejercicio de la atención sanitaria. Parte del reconocimiento de la Carta Internacional de Derechos Humanos, la Convención de los Derechos del Niño (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1989), el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Consejo de Europa, 1950) y la Carta Social Europea (Consejo de Europa, 1961) y pretende garantizar, sin discriminación alguna, el respeto a la dignidad humana y el disfrute de los avances en Biología y Medicina, previniendo, al mismo tiempo, contra su mal uso, aunque, como viene siendo habitual, no define qué se entiende por dignidad humana ni se establecen de manera concreta los términos en los que se interpreta que una acción médica atenta contra ella, lo que en la práctica, de nuevo, deja un amplio margen de interpretación en función de las ideologías de los gobiernos de cada Estado. Pensemos, por ejemplo, en las diferentes interpretaciones de gobiernos de signo contrapuesto respecto a cuestiones como el aborto o la investigación de células madre a la luz de lo redactado en este Convenio.

> "*Artículo 1*
> *Objeto y finalidad*
> Las Partes en el presente convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.
> Carta Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio."

---

[127] Los artículos sobre salud pertenecen al Título XIII, añadido por el Tratado de Maastricht. El artículo 152 fue modificado por el Tratado de Ámsterdam (Mangas, 2005:173).

[128] Se realizó en Oviedo el 4 de abril de 1997 y entró en vigor el 1 de enero de 2000 (BOE nº 251 de 20 de octubre de 1999).

> "*Artículo 2*
> *Primacía del ser humano*
> El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia."

En el artículo 3, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud:

> "*Artículo 3*
> *Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad*
> Las Partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada."

Sin embargo, y a pesar de que sería un lugar adecuado para hacerlo, este Convenio no incluye ningún tipo de referencia a los derechos en materia sanitaria de poblaciones inmigradas, sea cual sea su situación legal.

Sí lo hace la Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico, en el único artículo en el que trata de su aplicación en el ámbito de la asistencia sanitaria y la protección social, dejando claro que no considera discriminación las diferencias de derechos basadas en la nacionalidad ni las establecidas en función de la situación legal del extranjero en el país:

> "*Artículo 3*
> *Ámbito de aplicación*
> 1. Dentro de los límites de las competencias atribuidas a la Comunidad la presente Directiva se aplicará a todas las personas, por lo que respecta tanto al sector público como al privado, incluidos los organismos públicos, en relación con: (…)
> e) la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria;
> f) las ventajas sociales; (…)
> h) el acceso a bienes y servicios disponibles para el público y la oferta de los mismos, incluida la vivienda.
> 2. *La presente Directiva no afecta a la diferencia de trato por motivos de nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones y condiciones por las que se regulan la entrada y residencia de nacionales de terceros países y de apátridas en el territorio de los Estados miembros y de cualquier tratamiento derivado de la situación jurídica de los nacionales de terceros países y de los apátridas*." (Las cursivas son mías)

Finalmente, la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (2000) consagra el derecho a la vida y la integridad de la persona y la obligatoriedad del respeto al consentimiento informado. El artículo 34 otorga el derecho a las prestaciones de la seguridad social y los servicios sociales a quienes residan y se desplacen legalmente por el territorio de la UE, mientras que en el 35 se reconoce el derecho a la prevención y asistencia sanitaria a "toda persona", aunque especifica que las condiciones de ejercicio de esos derechos se ejercerán de acuerdo a las leyes nacionales.

> "*Artículo 2*
> *Derecho a la vida*
> 1. Toda persona tiene derecho a la vida."

> "*Artículo 3*
> *Derecho a la integridad de la persona*
> 1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.
> 2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular:

a) el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la Ley; (…)"

"*Artículo 34*
Seguridad Social y ayuda social
1. La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales.
2. Toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de seguridad social y a las ventajas sociales de conformidad con el Derecho de la Unión y con las legislaciones y prácticas nacionales.
3. Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales."

"*Artículo 35*
Protección de la salud
Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana."

En resumen, podría decirse que la legislación europea presenta algunas de las limitaciones que ya se habían observado en los textos legales de la ONU y la OMS, fundamentalmente, ciertas contradicciones internas en el redactado de los artículos y la tendencia a no definir de manera precisa los términos que se utilizan y que podrían ser susceptibles de muy diferentes interpretaciones. En lo que se refiere a la asistencia sanitaria, tan sólo garantiza de manera inequívoca la igualdad de derechos entre los nacionales de cada Estado y, para los miembros de otros Estados miembros, a los que se encuentren en situación legal en el territorio de la UE. Respecto al resto de situaciones, se remite a las legislaciones nacionales, pero estableciendo, en diferentes documentos, que las diferencias que se establezcan según criterios de nacionalidad y legalidad de la estancia no incumplen la prohibición de discriminación. Esto nos obliga a remitirnos a las legislaciones nacionales para valorar el grado real de respeto a los derechos humanos y las limitaciones que se establecen en el ejercicio de estos derechos.

2. LEGISLACIÓN DEL ESTADO ESPAÑOL

Una vez analizados los tratados internacionales sobre derechos humanos y salud de los que España es Estado Parte y la normativa europea en esta materia, se hace necesario conocer cuál es la legislación del Estado español al respecto, en qué medida se respeta lo establecido respecto a derechos humanos y equidad en salud y hasta qué punto la

normativa española en materia de atención sanitaria e inmigración es más o menos protectora que la internacional.

2.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

La Constitución española[129] (1978) establece, en su artículo 9, la obligación de los poderes públicos de garantizar los derechos y libertades de los individuos; en el 10 proclama la dignidad de la persona e informa de que la interpretación de los derechos y libertades fundamentales reconocidos en ella se hará de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1948). Por su parte, el artículo 14 consagra el principio de no discriminación:

> "*Artículo 9*
> (…) 2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. (…)"
>
> "*Artículo 10*
> 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
> 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España."
>
> "*Artículo 14*
> Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social."

De la misma manera que ocurría en la legislación internacional, la Constitución española (1978) no define qué se entiende por "dignidad de la persona" ni cuáles son "los derechos inviolables que le son inherentes". Llama la atención, también, el tipo de redactado del artículo 14, en el que se reconoce la igualdad ante la ley y la prohibición de la discriminación a "los españoles", es decir, a los ciudadanos con nacionalidad del Estado español y no a "toda persona", fórmula, como hemos visto, habitual en los textos internacionales.

En lo que se refiere la protección a ciudadanos extranjeros, la llamada Ley de Extranjería[130] (LE) (2000) define la discriminación y la prohíbe en su artículo 23 en los siguientes términos:

---

[129] La Constitución se proclamó en el Congreso el 31 de octubre de 1978, se aprobó en referéndum el 6 de diciembre y fue sancionada por el Rey el 27 de diciembre del mismo año. Figura publicada en el BOE nº 311-1, de 29 de diciembre de 1978.

[130] Como ya se ha dicho, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, conocida como Ley de Extranjería, se publicó en el BOE nº 10 de 12 de enero de 2000 (corrección de errores en BOE nº 20, de 20 de enero). Posteriormente, esta Ley ha sido reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (BOE nº 307, de 23 de diciembre de 2000; corrección de errores en BOE nº 47, de 23 de febrero de 2001), por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (BOE nº 234, de 30 de septiembre de 2003) y por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre (BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2003).

"*Artículo 23*
Actos discriminatorios
1. A los efectos de esta Ley, representa discriminación todo acto que, directa o indirectamente, conlleve una distinción, exclusión, restricción o preferencia contra un extranjero basada en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico, las convicciones y prácticas religiosas, y *que tengan como fin o efecto destruir o limitar el reconocimiento o el ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos, y de las libertades fundamentales en el campo político, económico, social o cultural*.
2. En cualquier caso, constituyen actos de discriminación:
a) los efectuados por la autoridad o funcionario público o personal encargados de un servicio público, que en el ejercicio de sus funciones, por acción u omisión, realice cualquier acto discriminatorio prohibido por la ley contra un ciudadano extranjero *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.
b) Todos los que impongan condiciones más gravosas que a los españoles, o que impliquen resistencia a facilitar a un extranjero bienes o servicios ofrecidos al público, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.
c) Todos los que impongan ilegítimamente condiciones más gravosas que a los españoles o restrinjan o limiten el acceso al trabajo, la vivienda, a la educación, a la formación profesional y a los servicios sociales y socioasistenciales, así como a cualquier otro derecho reconocido en la presente Ley Orgánica, al extranjero que se encuentre regularmente en España, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.
d) Todos los que impidan, a través de acciones u omisiones, el ejercicio de una actividad económica emprendida legítimamente por un extranjero residente legalmente en España, *sólo* por su condición de tal o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad.
e) Constituye discriminación indirecta todo tratamiento derivado de la adopción de criterios que perjudiquen a los trabajadores por su condición de extranjeros o por pertenecer a una determinada raza, religión, etnia o nacionalidad." (Las cursivas son mías)

Decir que la utilización del adverbio *sólo* en el redactado de este artículo no parece inocente: se considera discriminación la privación del ejercicio de derechos exclusivamente por el hecho de ser extranjero, pero no se dice nada, sin embargo, de las limitaciones que el uso de este adverbio pueden encerrar. Por ejemplo, privar a un *extranjero en situación irregular* de estancia de ciertos derechos, estrictamente, no podría ser considerado un acto de discriminación, ya que no se realiza *sólo* por ser extranjero sino por una circunstancia añadida más: estar en situación ilegal. De esta manera, la Ley salvaguarda la posibilidad de limitar el ejercicio de ciertos derechos a algunas personas sin necesidad de decirlo explícitamente, al menos en este punto.

2.2. Textos legales relacionados con la inmigración

La Constitución española (1978) supedita el derecho al disfrute, por parte de los extranjeros, de las libertades que promulga a lo que establezcan las leyes y tratados correspondientes, es decir, no entra en el tema de los derechos de los extranjeros, dejando su regulación para leyes específicas. En el artículo 19, la Constitución trata la libertad de residencia y circulación refiriéndose sólo a los españoles y en el artículo 149.1.2ª establece que la inmigración y la extranjería son competencia exclusiva del Estado:

"*Artículo 13*
1. Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título *en los términos que establezcan los tratados y la ley*. (…)
4. La ley establecerá los términos en que los ciudadanos de otros países y los apátridas podrán gozar del derecho de asilo en España." (Las cursivas son mías)

"*Artículo 19*

> Los españoles tienen derecho a elegir libremente su residencia y a circular por el territorio nacional. Asimismo, tienen derecho a entrar y salir libremente de España en los términos que la ley establezca. Este derecho no podrá ser limitado por motivos políticos e ideológicos."

En este sentido, algunos autores han puntualizado lo siguiente:

> "La Constitución no dice que los extranjeros gozarán en España de las libertades que les atribuyen los tratados y la ley, sino de las libertades 'que garantiza el presente título en los términos que establezcan los tratados y la ley', de modo que los derechos y libertades reconocidos a los extranjeros siguen siendo derechos constitucionales y, por tanto, dotados –dentro de su específica regulación– de la protección constitucional, produciéndose una completa igualdad entre españoles y extranjeros respecto de aquellos derechos que pertenecen a la persona en cuanto tal y no como ciudadano." (Pérez, 2004: 19)

Sin embargo, la frase "en los términos que establezcan los tratados y la ley" permite a los legisladores establecer limitaciones (o no) a los derechos que reconoce la Constitución sin que esto entre en contradicción con ella, lo que, deja, en la práctica, la regulación de los derechos de los extranjeros en un plano diferente a la de los españoles: los últimos tienen explícitamente protegidos sus derechos fundamentales en la Constitución y, por tanto, su reconocimiento será independiente (al menos en teoría) de la ideología de los sucesivos gobiernos; para los primeros, la situación será la inversa y, por tanto, las posibilidades de desprotección, mayores.

La Ley de Extranjería (2000), en su artículo 1 define el término "extranjero" y establece su ámbito de aplicación:

> "*Artículo 1*
> *Delimitación del ámbito*
> 1. Se considera extranjero, a los efectos de la aplicación de la presente Ley, a los que carezcan de la nacionalidad española.
> 2. Lo dispuesto en esta Ley se entenderá, en todo caso, sin perjuicio de lo establecido en leyes especiales y en los Tratados internacionales en los que España sea parte.
> 3. Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y aquellos a quienes sea de aplicación el régimen comunitario se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación la presente ley en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables."

En general, la tendencia en la legislación española es a la equiparación de derechos entre los extranjeros en situación regular y los españoles, especialmente aquellos considerados como derechos humanos y que están amparados por Tratados internacionales.

> "*Artículo 3*
> *Derechos de los extranjeros e interpretación de las normas*
> 1. Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles.
> 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y con los Tratados y Acuerdos internacionales sobre las mismas materias vigentes en España, sin que pueda alegarse la profesión de creencias religiosas o convicciones ideológicas o culturales de signo diverso para justificar la realización de actos o conductas contrarios a las mismas."

La Ley de Extranjería (2000) reconoce los siguientes derechos fundamentales, a los que habrá que añadir otros específicos otorgados a los menores, las mujeres embarazadas y los nacionales de países miembros de la UE y Suiza:

> *"La propia Ley de Extranjería reconoce a los extranjeros el disfrute de los siguientes derechos, aunque a veces se imponen algunas limitaciones, sobre todo en función de que se encuentren o no en situación legal de residencia* (…):
> a) Derecho de igualdad con los españoles
> b) Derecho a la documentación
> c) Derecho a la libertad de circulación y residencia
> d) Derecho de participación pública
> e) Libertades de reunión
> f) Libertad de asociación
> g) Derecho a la educación, a la libertad de enseñanza y a la creación y dirección de centros docentes
> *h) Derecho al trabajo y a la Seguridad Social*
> i) Libertad de sindicación y de huelga
> *j) Derecho a la asistencia sanitaria*
> k) Derecho a ayudas en materia de vivienda
> *l) Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales*
> m) Sujeción de los extranjeros a los mismos impuestos que los españoles
> n) Derecho a la reagrupación familiar
> ñ) Garantías jurídicas (derecho a la tutela judicial efectiva, a formalizar recursos contra los actos administrativos y a la asistencia jurídica gratuita)
> o) Derecho a la no discriminación." (Pérez, 2004: 18-19, las cursivas son mías)

La libertad de circulación se limita a los extranjeros que se encuentren en situación legal en España, a quienes se reconoce también el derecho al trabajo y la Seguridad Social:

> "*Artículo 5*
> *Derecho a la libertad de circulación*
> 1. Los extranjeros que se hallen en España de acuerdo con lo establecido en el Título II de esta Ley, tendrán derecho a circular libremente por el territorio español y a elegir su residencia sin más limitaciones que las establecidas con carácter general por los tratados y las leyes, o las acordadas por la autoridad judicial, con carácter cautelar o en un proceso penal o de extradición en los que el extranjero tenga la condición de imputado, víctima o testigo, o como consecuencia de sentencia firme.
> 2. No obstante, podrán establecerse medidas limitativas específicas cuando se acuerden en la declaración de estado de excepción o sitio en los términos previstos en la Constitución, y excepcionalmente por razones de seguridad pública, de forma individualizada, motivada y en proporción a las circunstancias que concurran en cada caso, por resolución del Ministro del Interior, adoptada de acuerdo con las garantías jurídicas del procedimiento sancionador previsto en la Ley. Las medidas limitativas, cuya duración no excederá del tiempo imprescindible y proporcional a la persistencia de las circunstancias que justificaron la adopción de las mismas, podrán consistir en la presentación periódica ante las autoridades competentes y en el alejamiento de fronteras o núcleos de población concretados singularmente."
>
> "*Artículo 10*
> *Derecho al trabajo y a la Seguridad Social*
> 1. Los extranjeros que reúnan los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen tendrán derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como el acceso al sistema de la Seguridad Social, de conformidad con la legislación vigente. (…)"

- **Normativa general: tipos de permisos de residencia y de trabajo**

No se mencionarán aquí todos los artículos de la Ley de Extranjería (2000) referidos a la normativa que regula la estancia y residencia de los extranjeros, los tipos de permisos

ni los requisitos para obtenerlos, pero, a modo de resumen, podría decirse que los extranjeros se pueden encontrar en España en dos tipos de situaciones (además de la irregular, se entiende): estancia o residencia. Se considera estancia a la permanencia en territorio español por menos de 90 días (salvo en el caso de los estudiantes); la residencia puede ser, en cuanto al tiempo, temporal (más de 90 días pero menos de 5 años) o permanente (autorización de permanencia indefinida) y, en cuanto a su justificación, ordinaria, por circunstancias excepcionales, por reagrupación familiar o por tratarse de un hijo nacido en España de extranjero residente.

> "*Artículo 29*
> *Enumeración de las situaciones*
> 1. Los extranjeros podrán encontrarse en España en las situaciones de estancia o residencia.
> 2. Las diferentes situaciones de los extranjeros en España podrán acreditarse mediante el pasaporte o documento de viaje que acredite su identidad, visado o tarjeta de identidad de extranjero, según corresponda."

En lo que se refiere al trabajo, el reconocimiento de este derecho está recogido, como ya se ha dicho, en el artículo 10 de esta Ley. Los tipos de permiso variarán en función de que la residencia sea permanente (derecho a trabajar en igualdad de condiciones que los españoles) o temporal y si la actividad se realiza por cuenta propia o ajena.

La situación legal del extranjero en España se acreditará mediante la Tarjeta de Identidad de Extranjero, de acuerdo con lo establecido en el artículo 105 del Reglamento de la Ley de Extranjería (2000):

> "*Artículo 105*
> *La tarjeta de identidad de extranjero*
> 1. Todos los extranjeros a los que se haya expedido un visado o una autorización para permanecer en España por un período superior a seis meses tienen el derecho y la obligación de obtener la tarjeta de identidad de extranjero, que deberán solicitar personalmente en el plazo de un mes desde su entrada en España o desde que se conceda la correspondiente autorización, respectivamente.
> 2. La tarjeta de identidad de extranjero es el documento destinado a identificar al extranjero a los efectos de acreditar su situación legal en España. (…)"

- **Extranjeros dotados de derechos especiales: menores y miembros de la UE**

La Ley de Extranjería (2000), de manera acorde con lo que establece la Ley de Protección Jurídica del Menor[131] (1996), la Constitución (1978) y los Tratados internacionales firmados por España, reconoce a los menores de 18 años una serie de derechos privilegiados:

> "(…) Los extranjeros menores de edad gozan de una serie de privilegios en la Ley de Extranjería con respecto a los mayores de edad. Así:
> a) Se reconoce a los extranjeros menores de 18 años el derecho y el deber a la educación en las mismas condiciones que los españoles, derecho que comprende el acceso a una enseñanza básica gratuita y obligatoria, a la obtención de la titulación académica correspondiente y al acceso al sistema público de becas y ayudas.
> b) *También se les reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles*.

[131] Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de enero de 1996, 1225-1238.

c) Se contempla también el derecho a la reagrupación familiar con respecto a los hijos del residente y del cónyuge, incluidos los adoptados, siempre que sean menores de dieciocho años o estén incapacitados, de conformidad con la Ley española o su Ley personal y no se encuentren casados, así como con respecto a los menores de dieciocho años o incapaces cuando el residente extranjero sea su representante legal.
d) Con respecto a la expulsión, se establece que no podrán ser expulsados los hijos menores o incapacitados a cargo del extranjero que se encuentre en alguna de las situaciones que se determinan y hayan residido legalmente en España durante más de dos años.
e) Por último, en cuanto al ingreso en centros de internamiento, los menores en los que concurran los supuestos previstos para el internamiento serán puestos a disposición de los servicios competentes de protección de menores. No obstante, el Juez de Menores, previo informe favorable del Ministerio Fiscal, podrá autorizar su ingreso en los centros de internamiento de extranjeros cuando también lo estén sus padres o tutores, lo soliciten éstos y existan módulos que garanticen la intimidad familiar." (Pérez, 2004: 89, las cursivas son mías)

Respecto a los ciudadanos de la Unión Europea, de Suiza y de los Estados parte en el acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, disfrutan también ciertos privilegios, entre los que destacan el derecho a entrar, salir, permanecer y circular libremente por el país y a ejercer cualquier trabajo en las mismas condiciones que los españoles[132].

"*Artículo 3*
Derechos
1. Las personas a las que se refiere el presente Real Decreto tienen derecho a entrar, salir, circular y permanecer libremente en territorio español, previo el cumplimiento de las formalidades previstas por éste y sin perjuicio de los límites establecidos en el capítulo IV.
2. Asimismo, estas personas, exceptuando las contempladas en el párrafo c) del artículo 2, tienen derecho a acceder a cualquier actividad, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, en las mismas condiciones que los españoles, sin perjuicio de la limitación establecida en el artículo 39.4 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. (…)" (Real Decreto 178/2003)

- **Refugiados, apátridas, desplazados**

Tal y como se verá con mayor detenimiento en las leyes correspondientes, los refugiados, apátridas y desplazados están sujetos a una normativa específica. En concreto, la Ley de Extranjería (2000) otorga a los refugiados los derechos al trabajo, a no ser expulsado y a disfrutar de la asistencia social necesaria en cada caso:

"*Artículo 34*
Residencia de apátridas, indocumentados y refugiados
1. El Ministerio del Interior reconocerá la condición de apátrida a los extranjeros que manifestando que carecen de nacionalidad reúnen los requisitos previstos en la Convención sobre el Estatuto de Apátridas, hecha en Nueva York el 28 de septiembre de 1954, y les expedirá la documentación prevista en el artículo 27 de la citada Convención. El estatuto de apátrida comportará el régimen específico que reglamentariamente se determine. (…)
3. La resolución favorable sobre la petición de asilo en España supondrá el reconocimiento de la condición de refugiado del solicitante, el cual tendrá derecho a residir en España y a desarrollar actividades laborales, profesionales y mercantiles de conformidad con lo dispuesto en la Ley 5/ 1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo, y su normativa de desarrollo. Dicha condición supondrá su no devolución ni expulsión en los términos del artículo 33 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951."

[132] Las condiciones concretas de estos derechos se encuentran reguladas en el Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero sobre Entrada y Permanencia en España de Nacionales de Estados Miembros de la Unión Europea y de Otros Estados Parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. (BOE nº 46 de 22 de febrero de 2003).

En su Preámbulo, la Ley Reguladora del Derecho de Asilo y la Condición de Refugiado[133] (1984) establece que su objeto es ofrecer protección, de acuerdo con la Constitución y los Tratados internaciones de los que el Estado español es Parte, a las personas que son perseguidas por motivos ideológicos o políticos:

> "I. La presente Ley tiene por objeto cumplir el mandato del artículo 13.4 de la Constitución y, al mismo tiempo, ofrecer una solución jurídica a un problema de hecho como es el de refugio en España de personas perseguidas en sus países por motivos ideológicos o políticos, de acuerdo con los criterios de solidaridad, hospitalidad y tolerancia que deben inspirar el Estado democrático definido en nuestra Constitución. (…)"

En sus tres primeros artículos, esta Ley (1984) especifica el contenido del derecho de asilo y las causas que justifican su otorgamiento:

> "*Artículo 1*
> *Derecho a solicitar asilo*
> El territorio español constituirá un refugio inviolable para todas las personas a quienes se conceda asilo de conformidad con esta Ley. Se reconoce a los extranjeros el derecho a solicitar asilo."

> "*Artículo 2*
> *Contenido del asilo*
> 1. El derecho de asilo reconocido en el artículo 13.4 de la Constitución es la protección dispensada a los extranjeros a los que se reconozca la condición de refugiado y que consiste en su no devolución ni expulsión en los términos del artículo 33 de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951, y en la adopción de las siguientes medidas durante el tiempo en que subsistan las circunstancias que motivaron la solicitud de asilo:
> a) Autorización de residencia en España.
> b) Expedición de los documentos de viaje e identidad necesarios.
> c) Autorización para desarrollar actividades laborales, profesionales o mercantiles.
> d) Cualesquiera otras cosas que puedan recogerse en los Convenios Internacionales referentes a los refugiados suscritos por España.
> 2. Asimismo, podrá otorgarse a los refugiados, en su caso, la asistencia social y económica que reglamentariamente se determine."

> "*Artículo 3*
> *Causas que justifican la concesión de asilo y su denegación*
> 1. Se reconocerá la condición de refugiado y, por tanto, se concederá asilo a todo extranjero que cumpla los requisitos previstos en los Instrumentos internacionales ratificados por España, y en especial en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, hecha en Ginebra el día 28 de julio de 1951, y en el Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados, hecho en Nueva York el 31 de enero de 1967.
> 2. No se concederá asilo a quienes se encuentren comprendidos en algunos de los supuestos previstos en los artículos 1.F y 33.2 de la referida Convención de Ginebra."

---

[133] La Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado se publicó en el BOE nº 74 de 27 de marzo de 1984. Posteriormente, esta Ley fue modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo, y su Reglamento se aprobó mediante el Real Decreto 203/1995 de 10 de febrero (BOE nº 52 de 2 de marzo de 1995). Además de ésta existen otras leyes y disposiciones relativas a los refugiados, entre las que destaca la Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida a refugiados (BOE nº 2 de 2 de febrero de 1989) y la Resolución de 6 de julio de 1998, de la Dirección General del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Acogida a Refugiados del IMSERSO y se desarrolla la Orden de 13 de enero de 1989, sobre Centros de Acogida a Refugiados (BOE nº 188 de 7 de agosto de 1998).

En el artículo 13 de la Ley Reguladora del Derecho de Asilo (1984) y en el 29 de su Reglamento (1995) se recogen los beneficios en cuanto a autorización de residencia y derecho al trabajo asociados al reconocimiento del estatuto de refugiado. El reconocimiento del derecho a la residencia legal y al trabajo implica, como hemos visto, la igualdad de condiciones con respecto a los españoles en el ejercicio de otros, como la atención sanitaria o la educación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Extranjería (2000):

> "*Artículo 13*
> *Residencia y trabajo*
> *La concesión de asilo implica la autorización de residencia en España, la autorización para desarrollar actividades laborales, profesionales y mercantiles*; la expedición del documento de identidad necesario y, en su caso, de viaje, todo ello con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley." (Ley 5/1984 reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, las cursivas son mías)

> "*Artículo 29*
> *Efectos de la concesión de asilo*
> 1. La resolución favorable sobre la petición de asilo en España supondrá el reconocimiento de la condición de refugiado, conforme a la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, del solicitante y sus dependientes o familiares, en los términos establecidos en el apartado 3 del artículo 27 y salvo lo dispuesto en el apartado 4 del mismo artículo del presente Reglamento.
> 2. La autoridad competente expedirá un documento de identidad que habilitará al refugiado y a los dependientes o familiares a quienes se haya reconocido la extensión familiar para residir en España y desarrollar actividades laborales, profesionales y mercantiles de conformidad con la legislación vigente en tanto persista su condición de refugiado en España.
> 3. Asimismo, se le expedirá el documento de viaje previsto en el artículo 28 de la citada Convención.
> 4. Cuando el solicitante hubiese presentado su solicitud en una Misión Diplomática u Oficina Consular española, estas dependencias expedirán al interesado el visado o la autorización de entrada necesarios para viajar a España, así como documento de viaje si fuera necesario, en los términos previstos en el artículo 16." (Reglamento de la Ley 5/1984 reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado)

En lo que se refiere a los apátridas, el Real Decreto 865/2001 por el que se aprueba el Reglamento de Reconocimiento del Estatuto de Apátrida[134] (2001) reconoce la condición de apátrida de acuerdo a lo establecido en la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954 (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1954) –ya citada– y recoge para quienes lo reciban los derechos de residencia y trabajo, lo que, implícitamente, les otorga también los de asistencia sanitaria y protección social en igualdad de condiciones a los españoles:

> "*Artículo 1*
> *Reconocimiento del estatuto de apátrida*
> 1. Se reconocerá el estatuto de apátrida conforme a lo dispuesto en la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, hecha en Nueva York el 28 de septiembre de 1954, a toda persona que no sea considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación, y manifieste carecer de nacionalidad. Para hacer efectivo dicho reconocimiento, deberá cumplir los requisitos y procedimientos previstos en el presente Reglamento. (…)"

> "*Artículo 13*

[134] El Real Decreto 865/2001 por el que se aprueba el Reglamento de Reconocimiento del Estatuto de Apátrida se publicó en el BOE nº 174, de 21 de julio de 2001.

Residencia y trabajo
1. *Los apátridas reconocidos tendrán derecho a residir en España y a desarrollar actividades laborales, profesionales y mercantiles* de conformidad con lo dispuesto en la normativa de extranjería. (…)" (Las cursivas son mías)

Por último, el Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección Temporal en Caso de Afluencia Masiva de Personas Desplazadas[135] (2003) establece la definición de "desplazado" y las condiciones de protección –temporal– a estas personas mientras no puedan volver a sus países de origen:

"*Artículo 1*
Objeto
Este reglamento tiene por objeto regular el régimen de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas procedentes de terceros países no miembros de la Unión Europea que no puedan regresar en condiciones seguras y duraderas debido a la situación existente en ese país, y que puedan eventualmente caer dentro del ámbito de aplicación del artículo 1.A de la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, de 28 de julio de 1951, u otros instrumentos internacionales o nacionales de protección internacional."

"Artículo 2
Definición de desplazado
Se consideran desplazados a los nacionales de un tercer país no miembro de la Unión Europea o apátridas que hayan debido abandonar su país o región de origen, o que hayan sido evacuados, en particular:
a) Las personas que hayan huido de zonas de conflicto armado o de violencia permanente.
b) Las personas que hayan estado o estén en peligro grave de verse expuestas a una violación sistemática o generalizada de los derechos humanos."

En los artículos 14, 16 y 19 se establece el reconocimiento de los derechos de residencia temporal y autorización para trabajar, lo que les concedería automáticamente los derechos a la asistencia sanitaria y a la protección social (parcialmente recogidos en el artículo 20).

"*Artículo 14*
Libertad de circulación y residencia. Medidas cautelares
1. La persona a la que por resolución del Ministro del Interior se le conceda el régimen de protección temporal tendrá derecho a circular libremente por el territorio español y a residir libremente en él.
2. No obstante, por razones de seguridad pública, el Ministro del Interior podrá adoptar cualquiera de las medidas cautelares previstas en el artículo 5 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, y en el artículo 18 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado."

"*Artículo 16*
Permiso de residencia
1. *A los beneficiarios de la protección temporal se les concederá un permiso de residencia* al amparo de lo dispuesto en el artículo 41.3 a) del Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, reformada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, aprobado por el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, y sus renovaciones serán anuales previo informe de la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio sobre la vigencia del régimen de protección temporal. (…)" (Las cursivas son mías)

---

[135] El Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección Temporal en Caso de Afluencia Masiva de Personas Desplazadas está recogido en el BOE nº 256, de 25 de octubre de 2003.

"*Artículo 19*
Autorización para trabajar
Se otorgará la autorización administrativa para trabajar a los beneficiarios de la protección temporal de acuerdo con el artículo 79.1b) del Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, aprobado por el Real Decreto 864/2001, de 20 de julio." (Las cursivas son mías)

"*Artículo 20*
Ayudas sociales
1. *Los beneficiarios de la protección temporal que no dispongan de recursos suficientes podrán beneficiarse de servicios sociales y sanitarios de acuerdo con la normativa de asilo*, en particular los que presentan necesidades especiales, de conformidad con lo que establece el artículo 15 del Reglamento de Aplicación a la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, aprobado por Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero. (…)" (Las cursivas son mías)

2.3. Textos legales relacionados específicamente con la asistencia sanitaria

En la Constitución española (1978), el artículo de partida es el 15, en el que se reconoce el derecho a la vida. Además, los artículos 39 y 41 establecen el derecho a la protección social y seguridad social:

"Artículo 15
Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra."

"*Artículo 39*
1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia (…)
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos."

"*Artículo 41*
Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente, en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres."

Los derechos específicos en torno a la salud y la atención sanitaria se tratan en los artículos 43, 49, 50 y 51, haciendo recaer sobre los poderes públicos la responsabilidad de organizar la protección a la salud pública, la rehabilitación y las actividades de educación sanitaria.

"*Artículo 43*
1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio."

"*Artículo 49*
Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos."

"*Artículo 50*
Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio."

"*Artículo 51*
1. Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.
2. Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oirán a éstas en las cuestiones que puedan afectar a aquéllos, en los términos que la ley establezca. (…)"

Además, se establecen otros derechos relacionados de algún modo con la salud y la calidad de vida: derecho a la vivienda (artículo 47), al trabajo (artículo 35) y a la educación (artículos 5 y 27).

La Constitución (1978) define la organización territorial del Estado en municipios, provincias y Comunidades Autónomas (CCAA), garantizando el principio de solidaridad entre territorios, la igualdad de derechos y libertades de todos los ciudadanos en cualquier punto del Estado y la autonomía financiera de las CCAA para ejecutar sus competencias. Además, reconoce los Estatutos como norma básica de cada Comunidad Autónoma (CA) y define las competencias del Estado y de las Autonomías. El Estado se reserva las competencias en materia de nacionalidad y extranjería, sanidad exterior y regulación básica de la Seguridad Social, cediendo a las CCAA la gestión de la asistencia social y la sanidad. Y es de destacar esto último: lo que el Estado cede a las Comunidades Autónomas es la gestión de los servicios de salud, mientras que los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria y las prestaciones en esta materia consideradas básicas (y que las CCAA están obligadas a ofrecer) se encuentran definidas en normativas de ámbito estatal: la Constitución y, más específicamente, la Ley General de Sanidad (1986), de la que se hablará a continuación.

"*Artículo 148*
1. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: (…)
20ª. Asistencia social.
21ª. Sanidad e higiene. (…)
2. Transcurridos cinco años, y mediante la reforma de sus Estatutos, las Comunidades Autónomas podrán ampliar sucesivamente sus competencias dentro del marco establecido en el artículo 149."

"*Artículo 149*
1. El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:
1ª. La regularización de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.
2ª. Nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo. (…)
16ª. Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.
17ª. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas. (…)"

A parte de lo recogido en la Constitución, la ley fundamental en materia de derechos y ordenación sanitaria es la Ley General de Sanidad[136] (LGS) (1986). En su Título Preliminar, la citada ley promulga el derecho a la salud y garantiza el derecho de asistencia a españoles y extranjeros residentes[137], dejando la asistencia a los no residentes a lo que especifiquen "las leyes correspondientes" (en la práctica, la Ley de Extranjería):

> "*Título Preliminar*
> *Del derecho a la protección de la salud*
> *Artículo 1*
> 1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
> 2. *Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.*
> *3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan*. (…)" (Las cursivas son mías)

En diferentes artículos del Título Primero se definen los principios que regirán la organización y actuación del sistema sanitario: promoción de la salud y educación para la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación, universalidad de la asistencia ("a toda la población española") y lucha contra las desigualdades sociales en salud.

> "*Artículo 3*
> 1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
> 2. *La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española*. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
> 3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales." (Las cursivas son mías)

> "*Artículo 6*
> Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
> 1. A la promoción de la salud.
> 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
> 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
> 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
> 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente."
> "*Artículo 8*
> 1. Se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. (…)"

---

[136] La primera edición de la Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS) es del 25 de abril de 1986 (BOE nº 102 de 29 de abril de 1986). Después, se han introducido tan solo dos modificaciones: una por la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que afectó al artículo 47.5 (ya derogada y sustituida por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, publicada en el BOE nº 178 de 27 de julio de 2006) y otra por la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social, que modificó el artículo 100.1 (BOE nº 312 de 30 de diciembre de 1999).

[137] Se entiende por "extranjeros residentes" aquéllos que tengan su residencia legal en el Estado español.

> "*Artículo 12*
> Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución."

Además, en su artículo 10, la LGS (1986) establece el respeto a la dignidad humana, la prohibición de la discriminación y el derecho a la confidencialidad de los datos, aunque, como ocurría en la legislación internacional, algunos de estos términos y su alcance real no se definen de manera precisa. Vemos también que recoge el derecho de los pacientes a que la información respecto a su estado de salud y los procedimientos sanitarios que se les apliquen se les transmita de manera comprensible y, más importante aún, a obtener los medicamentos o productos sanitarios necesarios para su salud, aunque este último derecho se limita a "los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado", lo que, en la práctica, permite que estos servicios no sean gratuitos como el resto de las prestaciones sanitarias y, por tanto, no necesariamente accesibles a la totalidad de la población:

> "*Artículo 10*
> Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
> 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
> 2. A la información sobre los servicios sanitarios a que se puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
> 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
> 4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
> 5. *A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento*. (…)
> 14. *A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios par promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado*. (…)" (Las cursivas son mías)

Aunque el análisis en profundidad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud se escapa a los objetivos de este trabajo, sí merece la pena hacer una breve mención a los contenidos genéricos de las mismas. Así, en su artículo 18, la Ley General de Sanidad (1986) establece como responsabilidad de las Administraciones el desarrollo de los sistemas de atención primaria, especializada, de planificación familiar y salud mental, la prestación de productos terapéuticos y el establecimiento de programas de atención a grupos vulnerables, de educación sanitaria y formación del personal sanitario e investigación.

> "*Artículo 18*
> Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:
> 1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
> 2. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

3. La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.
4. La prestación de los productos terapéuticos precisos.
5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas. (…)
7. Los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
8. La promoción y mejora de la salud mental. (…)
13. La difusión de la información epidemiológica general y específica para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud.
14. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria.
15. El fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud.
16. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles."

En concreto, respecto a la atención en salud mental, la Ley General de Sanidad (1986) establece la total equiparación del enfermo mental con el resto de las personas que requieran atención sanitaria e insta a las Administraciones a desarrollar programas de atención que primen y potencien el ámbito comunitario, garantizando, al mismo tiempo, las posibilidades de hospitalización en unidades específicas, el desarrollo de la rehabilitación y la coordinación con los servicios sociales.

"*Artículo 20*
Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:
1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general."

En lo que se refiere a la asistencia sanitaria a inmigrantes, el derecho está recogido en el ya señalado artículo 1, mientras que el 16 y el 80 regulan las condiciones de la atención a las personas que quedan fuera de la cobertura, que se considerarán "pacientes privados", es decir, sin derecho teórico a asistencia gratuita.

"*Artículo 16*
Las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos. En consecuencia, los usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud, así como los previstos en el artículo 80, podrán acceder a los servicios sanitarios con la consideración de pacientes privados, de acuerdo con los siguientes criterios:
1. Por lo que se refiere a la atención primaria, se les aplicarán las mismas normas sobre asignación de equipos y libre elección que al resto de los usuarios.

2. El ingreso en centros hospitalarios se efectuará a través de la unidad de admisión del hospital, por medio de una lista de espera única, por lo que no existirá un sistema de acceso y hospitalización diferenciado según la condición del paciente.
3. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud. En ningún caso estos ingresos podrán revertir directamente en aquellos que intervienen en la atención de estos pacientes."

"*Artículo 80*
El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales."

En relación con la asistencia a este tipo de paciente, el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la Cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin Recursos Económicos Suficientes[138] (1989) reconoce el derecho a las prestaciones sociales y de asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos a todas aquellas personas que, sin tener derecho a recibirlas por las vías reconocidas en el Régimen General de la Seguridad Social, carezcan de recursos económicos para sufragárselas y lo acrediten adecuadamente. Cabe destacar que el otorgamiento del derecho se limita a los españoles con residencia legal, es decir, no pueden beneficiarse del mismo los inmigrantes sin nacionalidad, sean cuales sean las condiciones de su estancia, lo que implica una desprotección evidente para esta población.

"*Artículo 1*
Se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes.
A estos efectos se entienden comprendidas las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al salario mínimo interprofesional. Se reconoce, asimismo, este derecho, aunque se supere dicho límite, si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores o incapacitados a su cargo fuera igual o menor a la mitad del salario mínimo interprofesional."

"*Artículo 2*
La asistencia sanitaria de la Seguridad Social reconocida por este Real Decreto tendrá idéntica extensión, contenido y régimen que la prevista en el Régimen General de la misma."

Además de la Ley General de Sanidad (1986), destaca la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[139] (2003), que nace para adaptar el sistema sanitario a los cambios producidos en la sociedad desde la aprobación de la primera. Tal y como se explica en su apartado de exposición de motivos y en su primer artículo, la Ley de Cohesión (LC) (2003) tiene como objetivo garantizar la coordinación entre las Administraciones para cumplir los objetivos del Sistema Nacional de Salud (SNS) de ofrecer una atención universal, integral y de calidad:

"*Exposición de motivos*

[138] El Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la Cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin Recursos Económicos Suficientes se publicó en el BOE nº 216 de 9 de septiembre de 1989.
[139] La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se publicó en el BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003.

(…) Por todo ello, esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:
a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.
c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias. (…)"

"*Artículo 1. Objeto*
El objeto de esta ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.
Lo dispuesto en esta ley será de aplicación a los servicios sanitarios de financiación pública y a los privados en los términos previstos en el artículo 6 y en las disposiciones adicionales tercera y cuarta."

De acuerdo con este objetivo general, en el artículo 2 se establecen los principios generales de la Ley (2003), entre los que destacan, la atención integral, universal y pública y la lucha contra las desigualdades en salud:

"*Artículo 2. Principios generales*
Son principios que informan esta ley:
a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad.
b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.
d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.
e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica."

En relación con la atención a personas inmigrantes, la referencia más relacionada la aportan el artículo 3, donde se definen quiénes pueden ser titulares de los derechos, y la Disposición Adicional quinta, que trata del establecimiento de un fondo de cohesión para garantizar la accesibilidad a nacionales y extranjeros y la lucha contra las desigualdades. En el artículo 3 se establece que serán titulares de los derechos de protección de la salud y asistencia sanitaria todos los españoles, los nacionales de la UE de acuerdo a los tratados establecidos y los nacionales de Estados con quienes existan pactos suscritos, mientras que, para los demás extranjeros, el derecho se supedita a lo

establecido en la Ley de Extranjería (2000). Además, se responsabiliza a las Administraciones de adoptar las medidas necesarias para garantizar la completa accesibilidad, evitando que la discriminación por cualquier motivo impida el ejercicio de los derechos otorgados. Este último párrafo es el que se invoca con mayor frecuencia cuando se tratan las dificultades de acceso de las minorías étnicas y culturales (nacionales o no) al sistema sanitario y por el que se recuerda que son los poderes públicos los que tienen la obligación de generar las condiciones que faciliten su acceso.

> "*Artículo 3. Titulares de los derechos*
> 1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:
> a) *Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 [Ley de Extranjería]*.
> b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
> c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.
> 2. Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud." (Las cursivas son mías)

> "*Disposición adicional quinta. Fondo de cohesión*
> El Fondo de cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
> El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de cohesión sanitaria y según se determine reglamentariamente, realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar."

De esta manera vemos que el texto básico para delimitar el derecho a la salud y la asistencia sanitaria a inmigrantes es la Ley de Extranjería (2000), a la que acaban remitiendo, de una manera u otra, los textos recogidos hasta el momento. Esta Ley incorpora, en cuanto al derecho a la asistencia sanitaria y protección de la salud, los supuestos básicos recogidos en los Tratados internacionales de los que es Parte el Estado español y, además, *amplia este derecho a los extranjeros empadronados, independientemente de su situación legal en el país*, lo que la convierte en más protectora que la legislación europea y de derechos humanos. El artículo básico es el 12, donde se contempla que tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles:
- Los extranjeros en situación legal.
- Independientemente de su situación legal: aquéllos empadronados en su municipio de residencia, los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, parto y postparto y todos los que precisen atención de urgencia.

> "*Artículo 12*
> *Derecho a la asistencia sanitaria*

1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto."

Respecto a la regulación concreta de estos derechos en caso de extranjeros sin autorización de residencia, cabe aclarar que la atención a mujeres embarazadas se iniciará con la constatación médica del embarazo y, tras el parto, hasta el alta médica o, como mínimo, hasta las 6 semanas inmediatamente posteriores al parto. Una vez superado este plazo, las mujeres vuelven a perder el derecho a la asistencia (si no se han empadronado), aunque sus hijos (en tanto que menores de edad) sí lo mantienen. Además, la Ley de Extranjería (2000) contempla también que las mujeres embarazadas no podrán ser expulsadas si un profesional competente para certificarlo estima que esto puede suponer un riesgo para el feto o la madre. En los casos de urgencia, por su propia naturaleza, se prestará la atención sanitaria correspondiente sin detenerse a comprobar la situación jurídica del atendido (Pérez, 2004: 67-70), aunque, en este sentido, convendría definir adecuadamente qué se entiende por "urgencia".

En lo que se refiere a la asistencia social y el disfrute de las prestaciones de la Seguridad Social, la Ley de Extranjería (2000) contempla también una diferenciación entre extranjeros residentes y no residentes. Los primeros tendrán estos derechos en las mismas condiciones que los nacionales, mientras que, a los segundos sólo se les otorgan los servicios y prestaciones básicas, entendiendo como tales aquellos servicios educativos, sanitarios y de atención social que se prestan a personas especialmente vulnerables.

"*Artículo 14*
Derecho a la Seguridad Social y a los servicios sociales
1. Los extranjeros residentes tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros residentes tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a los generales y básicos como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles.
3. Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas."

"Por servicios sociales se entiende toda actividad que se orienta a promover la prestación de ayuda personal, de información y de atención a los ciudadanos, especialmente a las personas, familias o colectivos que, por razones de dificultades de integración, disminuciones físicas o psíquicas o sensoriales, o de problemas familiares o de marginación, son merecedores de un esfuerzo solidario." (Pérez, 2004: 72)

"También podrían incluirse en este concepto la asistencia sanitaria para la recuperación profesional, y las prestaciones por incapacidad temporal, maternidad, invalidez, jubilación, desempleo, muerte y supervivencia, prestaciones familiares por hijo a cargo, prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos así como de asistencia a la tercera edad y al resto de servicios sociales que ofrezcan tanto las Administraciones Públicas como entidades privadas (fundaciones, centros religiosos de acogida, de caridad o beneficencia, etc.)." (Pérez, 2004: 73)

En lo que se refiere a la asistencia sanitaria y la protección social, la Ley Reguladora del Derecho de Asilo y la Condición de Refugiado (1984), recoge tales derechos, ya para los solicitantes de asilo, en los artículos 15 y 30 del Reglamento. Aunque no hay especificaciones explícitas una vez reconocido el estatuto de refugiado, puede entenderse que el reconocimiento del derecho de residencia y la autorización para trabajar, otorgan tales prestaciones de acuerdo con la Ley de Extranjería.

> "*Artículo 15*
> *Prestaciones sociales y trabajo de los solicitantes*
> 1. Los solicitantes de asilo, siempre que carezcan de medios económicos, podrán beneficiarse de servicios sociales, educativos y sanitarios que presten las Administraciones públicas competentes, dentro de sus medios y disponibilidades presupuestarias, para asegurar un nivel de vida adecuado que les permita subsistir. Las prestaciones otorgadas podrán modularse cuando la solicitud de asilo se encuentre pendiente de admisión a trámite, y se garantizará, en todo caso, la cobertura de las necesidades básicas de los solicitantes de asilo. Con carácter general, el acceso a la educación, a la atención sanitaria, a la Seguridad Social y a los servicios sociales se regirán por lo dispuesto, respectivamente, en los artículos 9, 12 y 14 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
> 2. El solicitante de asilo podrá ser autorizado a trabajar por la autoridad competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa vigente de extranjería, en función de las circunstancias del expediente y la situación del interesado.
> 3. En la prestación de los servicios a los que se refiere el apartado 1 de este artículo se tendrá en cuenta la situación específica de las personas en las que concurra una especial vulnerabilidad, tales como menores, menores no acompañados, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas, familias monoparentales con hijos menores y personas que hayan padecido torturas, violaciones u otras formas graves de violencia psicológica, física o sexual, conforme a las directrices contenidas en las recomendaciones internacionales que se ocupan de homologar el tratamiento a estos grupos de población desplazada o refugiada. (…)" (Reglamento de la Ley 5/1984 reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado)

> "*Artículo 30*
> *Prestaciones sociales y económicas*
> Si el refugiado careciese de trabajo o medios económicos para atender a sus necesidades y a las de su familia, podrá beneficiarse de lo previsto en el artículo 15 de este Reglamento y de los programas generales o especiales que se establezcan con la finalidad de facilitar su integración. A ellos podrán acogerse igualmente las personas cuya autorización de permanencia en España se haya acordado en virtud de los dispuesto por el artículo 17.2 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, en los términos previstos en el artículo 31.3 de este Reglamento." (Reglamento de la Ley 5/1984 reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado)

2.3.1. Normativa de empadronamiento[140]

Tal y como hemos visto, uno de los puntos claves de la Ley de Extranjería (2000) para el acceso a la asistencia sanitaria y la protección social es el empadronamiento. Con él, puede obtenerse la Tarjeta Sanitaria Individual y, por tanto, el derecho a la atención en los servicios de salud. La inscripción en el padrón municipal constituye el único método por el que los extranjeros sin autorización de residencia pueden acceder a este y otros derechos, por lo que su regulación y también su aplicación práctica por parte de los Ayuntamientos son de especial relevancia para los intereses de este trabajo.

La normativa de empadronamiento está regida por las siguientes leyes y disposiciones:

- Ley 4/1996, de 10 de enero, por la que se modifica la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, en relación con el Padrón municipal.

[140] Gracias a P. Sanjuán por su ayuda para elaborar este apartado.

- Real Decreto 2612/1996, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado por el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio.
- Resolución de 9 de abril de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 1 de abril de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la gestión y revisión del Padrón municipal.
- Orden de 11 de julio de 1997 sobre comunicaciones electrónicas entre las Administraciones públicas referentes a la información de los Padrones municipales.
- Resolución 21 de julio de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal
- Resolución de 26 de mayo de 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 28 de abril de 2005, del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre el procedimiento para acordar la caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente que no sean renovados cada dos años.[141].

- **Obligatoriedad de la inscripción**

Tanto la Ley 4/1996 (1996) como el Real Decreto 2612/1996 establecen claramente la obligatoriedad, para todos los que vivan en territorio español (lo que incluye, por tanto, a los extranjeros), de inscribirse en el padrón del municipio donde tengan su residencia la mayor parte del año y del que pasarán a ser considerados vecinos.

> "*Artículo 54*
> 1. Toda persona que viva en España está obligada a inscribirse en el padrón del municipio en el que resida habitualmente. Quien viva en varios municipios deberá inscribirse únicamente en el que habite durante más tiempo al año. (…)
> 3. La inscripción en el padrón municipal de personas que residiendo en el municipio carezcan de domicilio en el mismo sólo se podrá llevar a cabo después de haber puesto el hecho en conocimiento de los servicios sociales competentes en el ámbito geográfico donde esa persona resida."

Del mismo modo, todos los vecinos están obligados a comunicar a su Ayuntamiento los cambios en cuanto a los datos recogidos de manera obligatoria en el padrón municipal.

> "*Artículo 68*
> Todos los vecinos deben comunicar a su Ayuntamiento las variaciones que experimenten sus circunstancias personales en la medida en que impliquen una modificación de los datos que deben figurar en el padrón municipal con carácter obligatorio.
> Cuando la variación afecte a menores de edad o incapacitados esta obligación corresponde a sus padres o tutores."

[141] A efectos de este trabajo interesan la Ley 4/1996 (BOE nº 11 de 12 de enero de 1996), el Real Decreto 2612/1996 (BOE nº 14 de 16 de enero de 1997), la Resolución de 21 de julio de 1997 y la Resolución de 26 de mayo de 2005 (BOE nº 128 de 30 de mayo de 2005). Cuando los textos de los artículos de la Ley y su el Real Decreto 2612/1996 sean equivalentes se citarán, salvo que se indique expresamente lo contrario, los correspondientes a este último.

> "*Artículo 70*
> Cuando una persona cambie de residencia deberá solicitar por escrito su alta en el padrón del municipio de destino, el cual, en los diez primeros días del mes siguiente, la remitirá al municipio de procedencia, donde se dará de baja en el padrón al vecino trasladado sin más trámite. En el caso de que la persona no estuviera empadronada con anterioridad o desconociera el municipio de su anterior inscripción padronal, lo hará constar así."

Además, de acuerdo con la Resolución de 26 de mayo de 2005 (2005), aquellos extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente tendrán la obligación de renovar la inscripción de empadronamiento cada dos años. Según la citada Resolución (2005), con esta medida se pretende contribuir a solucionar el desfase existente entre los datos patronales y los que tiene a su disposición el Instituto Nacional de Estadística (INE). El procedimiento sería el siguiente: el Ayuntamiento contrasta sus datos con los que le envía al INE y localiza en ellos a los extranjeros que deben renovar la inscripción, a quienes está obligado a enviar un pre-aviso. En caso de que la renovación no se formalice, el Ayuntamiento dará de baja a estas personas y lo comunicará al INE. Sin duda, se trata de una medida importante ya que, recordemos, el acceso a toda una serie de beneficios sociales, entre ellos la asistencia sanitaria, depende de la inscripción en el padrón. Los profesionales consultados indican, sin embargo, que los datos de las bajas patronales no se comunican a otras administraciones, como podría ser la Seguridad Social, de tal manera que, en principio, no se producirían bajas en las TSI.

- **Procedimiento de empadronamiento**

El artículo 16 de la Ley 4/1996 y el 57 del Real Decreto 2612/1996 establecen los datos que, de manera obligatoria, deben recogerse en el padrón municipal:

> "*Artículo 57*
> 1. La inscripción en el padrón municipal contendrá como obligatorios sólo los siguientes datos de cada vecino:
> Nombre y apellidos.
> Sexo.
> Domicilio habitual.
> Nacionalidad.
> Lugar y fecha de nacimiento.
> Número de documento nacional de identidad o, tratándose de extranjeros, del documento que lo sustituya.
> Certificado o título escolar o académico que posea.
> Cuantos otros datos puedan ser necesarios para la elaboración del Censo Electoral, siempre que se garantice el respeto a los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.
> 2. Con carácter voluntario se podrán recoger los siguientes datos:
> Designación de las personas que pueden representar a cada vecino ante la Administración municipal a efectos padronales.
> Número de teléfono."

Esto significa que los Ayuntamientos (y, a través de ellos, el Instituto Nacional de Estadística y los correspondientes a cada Comunidad Autónoma) disponen de los datos del número de personas nacidas en el extranjero (lo que no significa que todos lo sean –extranjeros, en cuanto a su definición formal– en la medida en que pueden ser españoles de origen o haber obtenido posteriormente la nacionalidad) y también que no se recogen datos sobre pertenencia étnica, religión ni legalidad de la residencia.

Por otra parte, la Ley 4/1996 y el Real Decreto 2612/1996 establecen que los Ayuntamientos son los responsables de la gestión del padrón y están autorizados –y obligados– a comprobar la veracidad de los datos que en él figuran, tanto exigiendo documentos que los prueben como estableciendo controles a pie de calle.

> "*Artículo 60*
> 1. La formación, actualización, revisión y custodia del padrón municipal corresponde al Ayuntamiento (…)."
>
> "*Artículo 62*
> 1. Los Ayuntamientos realizarán las actuaciones y operaciones necesarias para mantener actualizados sus padrones de modo que los datos contenidos en éstos concuerden con la realidad. (…)"
>
> "*Artículo 59*
> 1. La hoja padronal o formulario será firmada por todos los vecinos cuyos datos figuren en la misma o, en su caso, por su representante legal.
> 2. El Ayuntamiento podrá comprobar la veracidad de los datos consignados por los vecinos, exigiendo al efecto la presentación del documento nacional de identidad o tarjeta de residencia, el libro de familia, el título que legitime la ocupación de la vivienda u otros documentos análogos."
>
> "*Artículo 77*
> 1. Con el fin de alcanzar la concordancia del padrón municipal con la realidad, los Ayuntamientos deberán realizar sistemáticamente operaciones de muestreo y control, que deberán acentuarse en aquellos sectores susceptibles de una mayor movilidad de los habitantes. Periódicamente deberán llevar a cabo operaciones de campo para comprobar la verdadera situación del empadronamiento y para actualizar sus datos, con especial incidencia en las zonas donde se hayan concedido licencias municipales para nuevas urbanizaciones, nuevas construcciones, demoliciones, etc., informando de sus resultados al Instituto Nacional de Estadística. (…)"

Sin embargo, la Resolución de 21 de julio de 1997 puntualiza el alcance de estas comprobaciones afirmando que el Ayuntamiento sólo estará interesado en comprobar la veracidad de los datos en tanto que necesarios para asegurar la residencia real del vecino en el domicilio en el que afirma habitar, pero no en cuanto a la legitimidad de la ocupación de la vivienda, las características de ésta ni la situación de residencia legal o no el país. Por tanto, bastaría acreditar la residencia en el domicilio mediante un certificado de propiedad, un contratado de alquiler, cualquier recibo de servicios de la vivienda (agua, luz,…), la autorización de una persona empadronada en el domicilio que disponga de los anteriores o incluso nada de esto, correspondiendo al Ayuntamiento acreditar por otros medios la veracidad de la residencia. Veámoslo:

> "El Padrón es el registro administrativo que pretende reflejar el domicilio donde residen las personas que viven en España. Su objetivo es, por tanto, dejar constancia de un hecho, por lo que, en principio, no debe resultar distorsionado ni por los derechos que puedan o no corresponder al vecino para residir en ese domicilio, ni por los derechos que podrían derivarse de la expedición de una certificación acreditativa de aquel hecho.
> En consonancia con este objetivo, la norma fundamental que debe presidir la actuación municipal de gestión del Padrón es la contenida en el artículo 17.2 de la Ley de Bases de Régimen Local: 'Realizarán las actuaciones y operaciones necesarias para mantener actualizados sus Padrones de modo que los datos contenidos en, éstos concuerden con la realidad'.
> Por ello, las facultades atribuidas al Ayuntamiento en el artículo 59.2 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales para exigir la aportación de documentos a sus vecinos tienen como única finalidad 'comprobar la veracidad de los datos consignados' como textualmente señala el propio artículo.

En consecuencia, tan pronto como el gestor municipal adquiera la convicción de que los datos que constan en la inscripción padronal se ajustan a la realidad, deja de estar facultado para pedir al vecino ulteriores justificantes que acrediten aquel hecho.
Y, en concreto, la posibilidad de que el Ayuntamiento solicite del vecino 'el título que legitime la ocupación de la vivienda' (artículo 59.2 del Reglamento) no atribuye a las Administraciones locales ninguna competencia para juzgar cuestiones de propiedad, de arrendamientos urbanos o, en general, de naturaleza jurídico-privada, sino que tiene por única finalidad servir de elemento de prueba para acreditar que, efectivamente, el vecino habita en el domicilio que ha indicado.
Por ello, este título puede ser una escritura de propiedad o un contrato de arrendamiento, pero también un contrato de suministro de un servicio de la vivienda (agua, gas, electricidad, teléfono, etc.), o, incluso, no existir en absoluto (caso de la ocupación sin título de una propiedad ajena, sea pública o privada). En este último supuesto, el gestor municipal debería comprobar por otros medios (informe de Policía local, inspección del propio servicio, etc.) que realmente el vecino habita en ese domicilio, y en caso afirmativo inscribirlo en el Padrón, con completa independencia de que el legítimo propietario ejercite sus derechos ante las autoridades o tribunales competentes, que nunca serán los gestores del Padrón.
Cuando un ciudadano solicite su alta en un domicilio en el que ya consten empadronadas otras personas, en lugar de solicitarle que aporte el documento que justifique su ocupación de la vivienda, se le deberá exigir la autorización por escrito de una persona mayor de edad que figure empadronada en ese domicilio. (…)
Y cuando el alta se produzca en un establecimiento colectivo (residencias, conventos, etc.), la autorización deberá ser suscrita por la persona que ostente la dirección del mismo. En estos casos se hará constar en el apartado 'tipo de vivienda' de la hoja padronal la mención 'colectiva'. En los demás casos, el tipo de vivienda es 'familiar'. (…)" (Resolución 21 de julio de 1997, las cursivas son mías)

- **Confidencialidad de los datos**

Tanto la Ley 4/1996 como el Real Decreto 2612/1996 recogen claramente la confidencialidad de los datos del padrón, pero ambos explicitan también que estos datos podrán ser cedidos a las Administraciones "solamente cuando les sean necesarios para el ejercicio de sus respectivas competencias, y exclusivamente para asuntos en los que la residencia o el domicilio sean datos relevantes" (artículo 83 del Real Decreto 2612/1996). La ambigüedad de esta frase adquiere especial relevancia si recordamos los sucesos ocurridos en el año 2003, durante la última etapa del gobierno del Partido Popular, cuando uno de los elementos que se pretendía utilizar para la lucha contra la inmigración irregular era la entrega a las autoridades competentes en materia de extranjería de los datos del padrón. A partir de la expresión de esta voluntad, fueron muchos los responsables municipales que recordaron la confidencialidad de los datos y, basándose en ella y en las consecuencias sociales que tendría que los inmigrantes ilegales dejaran de inscribirse en el padrón por miedo a ser localizados y expulsados, se negaron a facilitar tal información. Era esta, de todas formas, una demanda que, entre Administraciones y con menor publicidad, se hacía y se continúa haciendo de manera bastante habitual, aunque la respuesta suele ser negativa por parte de los Ayuntamientos, quienes, aún conociendo su obligación de facilitar los datos, suelen confiar en que las Administraciones no interpondrán recursos contra su decisión.

- **Alcance de la inscripción**

La inscripción en el padrón municipal otorga, como hemos visto, la categoría de vecino del municipio en el que se está inscrito y las certificaciones que los Ayuntamientos expidan a los interesados sobre su inscripción en padrón municipal constituyen documentos públicos que prueban la residencia en el municipio y el domicilio.

”*Artículo 55*
1. Son vecinos del municipio las personas que residiendo habitualmente en el mismo, en los términos establecidos en el artículo 54.1 de este Reglamento, se encuentran inscritos en el padrón municipal.
La adquisición de la condición de vecino se produce desde el mismo momento de su inscripción en el padrón.
2. Sólo se puede ser vecino de un municipio.
3. El conjunto de vecinos constituye la población del municipio.”

“Artículo 53
1. El padrón municipal es el registro administrativo donde constan los vecinos de un municipio. Sus datos constituyen prueba de la residencia en el municipio y del domicilio habitual en el mismo. Las certificaciones que de dichos datos se expidan tendrán carácter de documento público y fehaciente para todos los efectos administrativos. (…)”

Los documentos que los Ayuntamientos expidan como prueba del empadronamiento pueden ser volantes o certificados y están dotados de validez y usos diferentes. Así, los certificados se consideran documentos públicos a todos los efectos, los únicos que acreditan a efectos legales completos el empadronamiento y deben estar firmados por el Secretario del Ayuntamiento (o en quien éste delegue). Los volantes son documentos meramente informativos que estarán firmados por el personal responsable del área de empadronamiento del Ayuntamiento y tendrán una validez limitada. Los ámbitos de validez de ambos se explicitan en el Real Decreto 2612/1996 y en la Resolución de 21 de julio de 1997.

“*Artículo 61*
Las certificaciones a que se refiere el artículo 53.1 del presente Reglamento serán expedidas por el Secretario del Ayuntamiento o funcionario en quien delegue, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 204 y 205 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales, aprobado por Real Decreto 2568/1986, de 28 de noviembre.
Los Ayuntamientos podrán expedir volantes de empadronamiento, como documentos de carácter puramente informativo en los que no serán necesarias las formalidades previstas para las certificaciones.
Siempre que un vecino inste alguna modificación de sus datos padronales podrá solicitar un volante de empadronamiento que se le entregará tan pronto como se haya realizado el cambio en su inscripción padronal.”

“Debe recordarse que la certificación es el único documento que acredita fehacientemente el hecho del empadronamiento. Conforme establecen el artículo 61 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales y 204 y 205 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales, la certificación debe estar suscrita por el Secretario del Ayuntamiento y conformada por el Alcalde, o por quienes les sustituyan o cuenten con su delegación conferida reglamentariamente.
Siempre que un vecino necesite acreditar su empadronamiento ante Tribunales de Justicia, organismos extranjeros, etc., es necesario que se aporte la correspondiente certificación con las firmas manuscritas del Secretario y del Alcalde o de sus delegados o sustitutos.
La certificación acredita que en el Padrón del municipio que la expide figura empadronada en esa fecha como vecino la persona a la que se refiere. (…)” (Resolución 21 de julio de 1997)

“El volante de empadronamiento es suficiente para múltiples fines: Para información del propio vecino, para su aportación en procesos o ante organismos que no requieran una prueba rigurosa, etc. En concreto, cuando se supeditan determinados beneficios a la condición de vecino de un municipio (ayudas escolares, de servicios sociales, relacionadas con el aparcamiento de vehículos, en tarifas de transportes, etc.), debería ser suficiente la aportación de un volante de empadronamiento. Y siempre debería serlo cuando algún organismo realiza una convocatoria en la que es previsible que presente su solicitud un gran número de peticionarios y la concesión necesariamente vaya a realizarse sólo a unos pocos: En estos casos, a los peticionarios sólo debe

exigírseles el volante que, en su caso, podría ser posteriormente confirmado con la certificación sólo para los adjudicatarios." (Resolución 21 de julio de 1997)

"El volante de empadronamiento no requiere la firma de ningún funcionario o autoridad municipal, debiendo llevar siempre el sello oficial del Ayuntamiento que lo expide, o bien estar extendido en papel dotado de marca al agua, o similar. Esta circunstancia permite que el volante pueda ser expedido por medios mecánicos o informáticos (similares a los cajeros bancarios) sin necesidad del concurso de un funcionario." (Resolución 21 de julio de 1997)

Se entiende, por tanto, de esta reglamentación, que para la solicitud de permiso de residencia y trabajo o nacionalidad u otros trámites legales relacionados con la extranjería será necesario un certificado de empadronamiento, mientras que para la obtención de la Tarjeta Sanitaria bastaría con un volante.

- **"Empadronamiento de marginados"**

La Resolución 21 de julio de 1997 establece que el Ayuntamiento está autorizado (y obligado) a empadronar a un vecino independientemente de las características de habitabilidad o salubridad de la vivienda. Así, una persona podrá empadronarse en una infravivienda, una vivienda colectiva o incluso en una dirección ficticia, siempre que el hecho esté en conocimiento de los Servicios Sociales competentes.

"(…) *el Padrón debe reflejar el domicilio donde realmente vive cada vecino del municipio. Siempre que se produzca esa realidad debe hacerse constar en el Padrón. Y de la misma manera que la inscripción padronal es completamente independiente de las controversias jurídico-privadas sobre la titularidad de la vivienda, lo es también de las circunstancias físicas, higiénico-sanitarias o de otra índole que afecten al domicilio*.

En consecuencia, las infraviviendas (chabolas, caravanas, cuevas, etc., e incluso ausencia total de techo) pueden y deben figurar como domicilios válidos en el Padrón, ya que la realidad es en ocasiones así.

Las situaciones más extremas pueden plantear la duda sobre la procedencia o no de su constancia en el Padrón municipal. *El criterio que debe presidir esta decisión viene determinado por la posibilidad o imposibilidad de dirigir al empadronado una comunicación al domicilio que figure en su inscripción. En el caso de que sea razonable esperar que esa comunicación llegue a conocimiento del destinatario, se le debe empadronar en esa dirección*.

La correcta aplicación de este criterio determina, por un lado, que se deba aceptar como domicilio cualquier dirección donde efectivamente vivan los vecinos, y, por otro, que pueda y deba recurrirse a una 'dirección ficticia' en los supuestos en que una persona que carece de techo reside habitualmente en el municipio y sea conocida de los Servicios Sociales correspondientes.

Las condiciones que deberían cumplirse para este tipo de empadronamiento son las siguientes:

- Que los Servicios Sociales estén integrados en la estructura orgánica de alguna Administración pública.
- Que los responsables de estos Servicios informen sobre la habitualidad de la residencia en el municipio del vecino que se pretende empadronar.
- Que los Servicios Sociales indiquen la dirección que debe figurar en la inscripción padronal, y se comprometan a intentar la práctica de la notificación cuando se reciba en esa dirección una comunicación procedente de alguna Administración pública.

En estas condiciones, la dirección del empadronamiento será la que señalen los Servicios Sociales: La dirección del propio servicio, la del albergue municipal, la del punto geográfico concreto donde ese vecino suela pernoctar, etc.

Evidentemente, para practicar este tipo de inscripción no es necesario garantizar que la notificación llegará a su destinatario, sino simplemente que es razonable esperar que en un plazo prudencial se le podrá hacer llegar. (…)

Y, naturalmente, cuantas referencias se hacen a los Servicios Sociales son directamente aplicables a cualquier otro Servicio municipal que pudiera cumplir este mismo cometido." (Resolución 21 de julio de 1997, las cursivas son mías)

Así pues, teniendo en cuenta esto y lo señalado respecto a la legitimidad de la ocupación de la vivienda, la Resolución de 21 de julio de 1997 deja claro que no pueden esgrimirse argumentos relativos a la ausencia de contrato de arrendamiento o certificado de propiedad, la habitabilidad de la vivienda o incluso la ausencia total de ésta para impedir a un vecino, del que los Servicios Sociales acrediten que reside habitualmente en el municipio, su inscripción en el padrón del mismo. Es esta disposición la que esgrimen los Servicios Sociales para empadronar a indigentes o extranjeros sin residencia legal que carecen de los recursos mínimos a fin de que puedan acceder, a través del empadronamiento, a beneficios sociales tales como la atención sanitaria o la asistencia social.

- **Empadronamiento de extranjeros**

La Ley 4/1996, el Real Decreto 2612/1996 y la Resolución 21 de julio de 1997 establecen claramente que no es competencia de los Ayuntamientos controlar la residencia legal de los extranjeros, que deberán inscribirlos en el Padrón independientemente de ésta y que, para ello, utilizarán documentos alternativos a la tarjeta de residencia. Al mismo tiempo, explicitan que la inscripción en el Padrón no otorga derecho alguno en cuanto a la residencia legal en el país.

> "*Artículo 56*
> (…) 2. La inscripción de los extranjeros en el padrón municipal no constituirá prueba de su residencia legal en España ni les atribuirá ningún derecho que no les confiera la legislación vigente, especialmente en materia de derechos y libertades de los extranjeros en España." (Real Decreto 2612/1996)

> "El artículo 18.2 de la Ley de Bases del Régimen Local, en su nueva redacción dada por la Ley 4/1996, refleja en forma clara y definitiva la separación entre las funciones que corresponden a los Ayuntamientos y las que corresponden al Ministerio del Interior en relación con la residencia en España de ciudadanos extranjeros.
> El control de la permanencia en España de ciudadanos extranjeros corresponde al Ministerio del Interior, que se sirve para ello del Registro de permisos de residencia regulado por el artículo 13.2 de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, reguladora de los derechos y libertades de los extranjeros en España.
> *El Ayuntamiento ni interviene en la concesión de los permisos de residencia ni es competente para controlarlos. Su obligación es reflejar en un registro, el Padrón, el domicilio y las circunstancias de todas las personas que habitan en su término municipal. Y de la misma manera que no debe controlar a través del Padrón la legalidad o ilegalidad de la ocupación de la vivienda, tampoco debe realizar ningún control sobre la legalidad o ilegalidad de la residencia en territorio español de ninguno de sus vecinos.*
> Una vez más debe reiterarse que la misión del Padrón es constatar el hecho de la residencia, y no controlar los derechos de los residentes. Y justamente porque ésta es la finalidad del Padrón, el artículo 18.2 de la Ley de Régimen Local determina que la inscripción padronal no es un acto administrativo idóneo para que de él se extraigan consecuencias jurídicas ajenas a su función. (…)
> En el Padrón municipal deben estar dadas de alta todas las personas que habitan en el municipio, sean nacionales o extranjeras, y, en este último caso, tengan o no regularizada su situación en el Registro del Ministerio del Interior.
> Por lo que respecta al documento identificativo de los extranjeros, que el artículo 16.2.f) de la Ley de Régimen Local define como el documento que sustituya al DNI, puede ser bien el documento oficial expedido por las autoridades españolas (tarjeta de extranjero) o bien el expedido por las autoridades del país de origen (pasaporte o, en el caso de nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, tarjeta de identidad vigente, de acuerdo con el Real Decreto 766/1992, de 26 de junio). No obstante, los Ayuntamientos procurarán siempre hacer constar en su Padrón, en el caso de extranjeros, el número de la tarjeta de extranjero, y sólo a falta de éste reflejarán el número de su pasaporte, o de su tarjeta de identidad nacional si son ciudadanos de la Unión Europea.

> Y los gestores del Padrón no necesitan realizar ninguna actuación especial en relación con las inscripciones padronales correspondientes a extranjeros. En concreto, no es necesario que en las certificaciones que de estas inscripciones se expidan se haga ninguna salvedad. (…)" (Resolución 21 de julio de 1997, las cursivas son mías)

Así pues, esta normativa permite la inscripción, mediante la simple presentación del pasaporte, de los extranjeros en situación irregular, lo que les permitirá acceder a los beneficios sociales ya señalados. No puede olvidarse, sin embargo, que no todos los inmigrantes tienen pasaporte o documentación identificativa en regla, lo que dificulta, hasta el punto de impedirlo a veces, el empadronamiento. Ni que, como ya se ha mencionado, existen diferencias entre los Ayuntamientos en cuanto a las facilidades o trabas para que este derecho sea efectivo y que, en caso de no poder acreditar la residencia en una vivienda por los medios ya mencionados o de carecer por completo de ella, serán los Servicios Sociales los encargados de confirmar dónde se produce la residencia, pero éstos, habitualmente, carecen de los medios necesarios para hacerlo, por lo que suelen delegarlo en la policía municipal (o Cuerpo equivalente). Aunque, en principio, la misión de la policía en estos casos se limitaría a confirmar la residencia, es evidente que, para personas que viven en situación de irregularidad y que, en ocasiones, han tenido malas experiencias anteriores con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, la posibilidad de que éstos acudan a su domicilio puede implicar que decidan no completar el trámite de empadronamiento. Cabe, entonces, reflexionar sobre el alcance de las leyes, los resquicios que dejan y las consecuencias no previsibles de algunos de sus presupuestos.

2.3.2. Normativa respecto a la obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual

Repasaremos a continuación la normativa en relación a la obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual, dado que es el requisito básico para acceder a la atención en salud. Trataremos aquí, brevemente, tan sólo algunos aspectos generales, puesto que algunas Comunidades Autónomas, entre ellas Cataluña, establecen contenidos ligeramente diferenciados y los Ayuntamientos tienen organizada su gestión de manera propia. Las peculiaridades en cuanto a los trámites en el Ayuntamiento de Barcelona se tratarán en el apartado correspondiente a la legislación y normativas municipales.

Según establece la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) es un documento que recoge datos de su titular relativos a su identificación, a su derecho a atención sanitaria y a la prestación farmacéutica en una modalidad concreta y le acredita como usuario del Sistema Nacional de Salud (y, por tanto, del Sistema de Salud de cada Comunidad Autónoma).

> "*Artículo 57*
> *La tarjeta sanitaria individual*
> 1. El acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual, como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular, a los que se refiere el apartado siguiente. La tarjeta sanitaria individual atenderá a los criterios establecidos con carácter general en la Unión Europea.
> 2. Sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma y de la gestión unitaria que corresponda a otras Administraciones públicas en razón de determinados colectivos, las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria. Los dispositivos que las tarjetas incorporen para almacenar la información básica y las aplicaciones

que la traten deberán permitir que la lectura y comprobación de los datos sea técnicamente posible en todo el territorio del Estado y para todas las Administraciones públicas (…).
3. Con el objetivo de poder generar el código de identificación personal único, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará una base de datos que recoja la información básica de asegurados del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que los servicios de salud dispongan de un servicio de intercambio de información, sobre la población protegida, mantenido y actualizado por los propios integrantes del sistema. Este servicio de intercambio permitirá la depuración de titulares de tarjetas.
4. Conforme se vaya disponiendo de sistemas electrónicos de tratamiento de la información clínica, la tarjeta sanitaria individual deberá posibilitar el acceso a aquélla de los profesionales debidamente autorizados, con la finalidad de colaborar a la mejora de la calidad y continuidad asistenciales. (…)" (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud)

Como norma general, para obtener la TSI los interesados deberán dirigirse al centro de salud de su zona de residencia y rellenar el impreso correspondiente adjuntando la siguiente documentación:
- Fotocopia del DNI, pasaporte o documento que acredite su identidad (para cada una de las personas que solicitan la tarjeta).
- Certificado de empadronamiento.
- Tarjeta de la Seguridad Social (en caso de disponer de ella).
- Certificado de derecho a asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, si es el caso.

De las dificultades para ciertos inmigrantes en esta materia ya se ha hablado: no todos tienen pasaporte o documentación identificativa; el trámite de empadronamiento puede ser complicado, o imposible; y la obtención de un certificado acreditativo de no disponer de recursos depende, al igual que el empadronamiento en situaciones excepcionales, de los Servicios Sociales, por lo que no será extraño que quienes hayan tenido problemas para completar el trámite acaben acudiendo a los servicios de urgencias en caso de necesitar asistencia, donde habitualmente no se solicita la TSI, con las dificultades a nivel clínico y organizativo que también se han mencionado ya.

3. LEGISLACIÓN DE CATALUÑA

Además de las que le otorga la Constitución española (1978) en materia de sanidad y, aunque las relacionadas con la regulación y control de la inmigración corresponden básicamente al Estado, la Generalitat de Catalunya dispone de competencias en ámbitos que, en diferentes medidas, se pueden relacionar con las condiciones de vida de las personas inmigradas como vivienda, trabajo, servicios sociales o educación, por lo que merece la pena detenerse en el análisis de la legislación al respecto.

3.1. Textos legales relacionados con los derechos humanos

La norma fundamental en cuanto a esta temática es el Estatut d'Autonomia de Catalunya[142] (2006), una Ley Orgánica en la que se establece que Cataluña se instituye

[142] El actual texto del Estatuto de Autonomía de Cataluña está recogido en la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. Se aprobó en referéndum el 18 de julio de 2006 y se publicó en el BOE número 172 de 20 de julio de 2006 (páginas: 27269-27310) y en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) número 4680 el 20 de julio de 2006 (páǵinas: 31875-31936).

como Comunidad Autónoma, se definen sus instituciones políticas, las competencias que les corresponden y las relaciones con el Estado.

> "*Article 1. Catalunya*
> Catalunya, com a nacionalitat, exerceix el seu autogovern constituïda en comunitat autònoma d'acord amb la Constitució i amb aquest Estatut, que és la seva norma institucional bàsica."

En el preámbulo, el Estatut d'Autonomia de 2006 establece como valores del pueblo catalán la libertad, la justicia y la igualdad y afirma que Cataluña es "una comunidad de personas libres para personas libres" donde cada uno puede vivir y expresar identidades diversas y donde se respeta la dignidad de cada persona:

> "El poble català continua proclamant avui com a valors superiors de la seva vida col·lectiva la llibertat, la justícia i la igualtat, i manifesta la seva voluntat d'avançar per una via de progrés que asseguri una qualitat de vida digna per a tots els que viuen i treballen a Catalunya." (Estatut d'Autonomia de Catalunya, 2006: 18)
>
> "És per tot això que, seguint l'esperit del preàmbul de l'Estatut del 1979, aquest Estatut assumeix que:
> - Catalunya és un país ric en territoris i gents, una diversitat que la defineix i l'enriqueix des de fa segles i l'enforteix per als temps venidors.
> - Catalunya és una comunitat de persones lliures per a persones lliures on cadascú pot viure i expressar identitats diverses, amb un decidit compromís comunitari basat en el respecte per la dignitat de cadascuna de les persones.
> - L'aportació de tots els ciutadans i ciutadanes ha configurat una societat integradora, amb l'esforç com a valor i amb capacitat innovadora i emprenedora, uns valors que continuen impulsant-ne el progrés. (...)"(Estatut d'Autonomia de Catalunya, 2006: 18)

En el artículo 4 el Estatut recoge la obligación de los poderes públicos de promover las libertades y derechos reconocidos en los diferentes tratados internacionales sobre derechos humanos y en la Constitución española, en lo siguientes términos:

> "*Article 4. Drets i principis rectors*
> 1. Els poders públics de Catalunya han de promoure el ple exercici de les llibertats i els drets que reconeixen aquest Estatut, la Constitució, la Unió Europea, la Declaració universal de drets humans, el Conveni europeu per a la protecció dels drets humans i els altres tractats i convenis internacionals subscrits per Espanya que reconeixen i garanteixen els drets i les llibertats fonamentals.
> 2. Els poders públics de Catalunya han de promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat dels individus i dels grups siguin reals i efectives; han de facilitar la participació de totes les persones en la vida política, econòmica, cultural i social, i han de reconèixer el dret dels pobles a conservar i desenvolupar llur identitat.
> 3. Els poders públics de Catalunya han de promoure els valors de la llibertat, la democràcia, la igualtat, el pluralisme, la pau, la justícia, la solidaritat, la cohesió social, l'equitat de gènere i el desenvolupament sostenible."

Además, recoge específicamente toda una serie de derechos a menores, mujeres, ancianos, etc.:

> "*Article 15. Drets de les persones*
> 1. Els ciutadans de Catalunya són titulars dels drets i els deures reconeguts per les normes a què fa referència l'article 4.1.
> 2. Totes les persones tenen dret a viure amb dignitat, seguretat i autonomia, lliures d'explotació, de maltractaments i de tota mena de discriminació, i tenen dret al lliure desenvolupament de llur personalitat i capacitat personal.

3. Els drets que aquest Estatut reconeix als ciutadans de Catalunya es poden estendre a altres persones, en els termes que estableixen les lleis."

"*Article 16. Drets en l'àmbit de les famílies*
Totes les persones tenen dret, d'acord amb els requisits establerts per la llei, a rebre prestacions socials i ajuts públics per a atendre les càrregues familiars."

"*Article 17. Drets dels menors*
Els menors tenen dret a rebre l'atenció integral necessària per al desenvolupament de llur personalitat i llur benestar en el context familiar i social."

"*Article 18. Drets de les persones grans*
Les persones grans tenen dret a viure amb dignitat, lliures d'explotació i de maltractaments, sense que puguin ésser discriminades a causa de l'edat."

"*Article 19. Drets de les dones*
1. Totes les dones tenen dret al lliure desenvolupament de llur personalitat i capacitat personal, i a viure amb dignitat, seguretat i autonomia, lliures d'explotació, maltractaments i de tota mena de discriminació.
2. Les dones tenen dret a participar en condicions d'igualtat d'oportunitats amb els homes en tots els àmbits públics i privats."

En el artículo 78, se tratan las funciones del Síndic de Greuges, encargado de la vigilancia de las actividades de la Generalitat en esta materia y de la defensa de los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos catalanes.

"*Article 78. Funcions i relacions amb altres institucions anàlogues*
1. El Síndic de Greuges té la funció de protegir i defensar els drets i les llibertats que reconeixen la Constitució i aquest Estatut. Amb aquesta finalitat supervisa, amb caràcter exclusiu, l'activitat de l'Administració de la Generalitat, la dels organismes públics o privats vinculats o que en depenen, la de les empreses privades que gestionen serveis públics o acompleixen activitats d'interès general o universal o activitats equivalents de manera concertada o indirecta i la de les altres persones amb un vincle contractual amb l'Administració de la Generalitat i amb les entitats públiques que en depenen. També supervisa l'activitat de l'Administració local de Catalunya i la dels organismes públics o
privats vinculats o que en depenen.
2. El Síndic de Greuges i el Defensor del Poble col·laboren en l'exercici de llurs funcions.
3. El Síndic de Greuges pot sol·licitar dictamen al Consell de Garanties Estatutàries sobre els projectes i les proposicions de llei sotmesos a debat i aprovació del Parlament i dels decrets llei sotmesos a convalidació del Parlament, quan regulen drets reconeguts per aquest Estatut.
4. El Síndic de Greuges pot establir relacions de col·laboració amb els defensors locals de la ciutadania i altres figures anàlogues creades en l'àmbit públic i el privat.
5. Les administracions públiques de Catalunya i les altres entitats i persones a què fa referència l'apartat 1 tenen l'obligació de cooperar amb el Síndic de Greuges. S'han de regular per llei les sancions i els mecanismes destinats a garantir el compliment d'aquesta obligació."

3.2. Textos legales relacionados con la inmigración

Las competencias de la Generalitat de Catalunya en materia de inmigración quedan recogidas en el artículo 138 del Estatut d'Autonomia (2006), en el que se especifica que tendrá competencias exclusivas en materia de acogida e integración, de manera que el resto de las cuestiones, tal y como se recogía en la Constitución y la Ley de Extranjería, quedan en manos del Estado. En concreto:

"*Article 138. Immigració*
1. Correspon a la Generalitat en matèria d'immigració:
a) La competència exclusiva en matèria de primer acolliment de les persones immigrades, que inclou les actuacions sociosanitàries i d'orientació.

b) El desenvolupament de la política d'integració de les persones immigrades en el marc de les seves competències.
c) L'establiment i la regulació de les mesures necessàries per a la integració social i econòmica de les persones immigrades i per a llur participació social.
d) L'establiment per llei d'un marc de referència per a l'acolliment i la integració de les persones immigrades.
e) La promoció i la integració de les persones retornades i l'ajuda a aquestes, i l'impuls de les polítiques i les mesures pertinents que en facilitin el retorn a Catalunya.
2. Correspon a la Generalitat la competència executiva en matèria d'autorització de treball als estrangers la relació laboral dels quals s'acompleixi a Catalunya. Aquesta competència, que s'exerceix necessàriament en coordinació amb la que correspon a l'Estat en matèria d'entrada i residència d'estrangers, inclou:
a) La tramitació i la resolució de les autoritzacions inicials de treball per compte propi o aliè.
b) La tramitació i la resolució dels recursos presentats amb relació als expedients a què fa referència la lletra *a* i l'aplicació del règim d'inspecció i sanció.
3. Correspon a la Generalitat la participació en les decisions de l'Estat sobre immigració que tinguin una transcendència especial per a Catalunya i, en particular, la participació preceptiva prèvia en la determinació del contingent de treballadors estrangers mitjançant els mecanismes que estableix el títol V."

Sin embargo, aunque las competencias en materia de extranjería correspondan al Estado, la aplicación de los derechos y libertades que se reconocen a los extranjeros y, según el Estatut, su acogida e integración, afectan a competencias transferidas a la Generalitat en ámbitos como la vivienda, la educación, el trabajo o la salud.

Cataluña cuenta también con una norma propia relativa a la extranjería: el Decret 188/2001, de 26 de junio, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya[143] (2001), que tiene como función concretar el papel de la Generalitat en esta materia y en la integración social de las personas inmigradas a Cataluña.

"*Article 1*
Objecte
Aquest Decret té per objecte l'aplicació, en l'àmbit competencial de la Generalitat de Catalunya, de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, modificada per la Llei orgànica 8/2000, de 22 de desembre."

Es importante destacar que este Decreto (2001) amplia el catálogo de prestaciones en materia de protección y asistencia social, reconociendo el derecho de los extranjeros residentes a acceder, en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos y sea cual sea su situación administrativa, a las ayudas de urgencia social y a la práctica totalidad de los servicios de atención social primaría (y no sólo a los básicos, como establece la legislación estatal).

"*Article 9*
Dret als serveis i prestacions socials
9.1 Els estrangers residents que visquin a Catalunya tenen dret d'accés als serveis socials d'atenció primària i especialitzada, com també a les prestacions en matèria d'assistència social del Sistema Català de Serveis Socials, en les mateixes condicions que la resta de ciutadans, d'acord amb el que estableix l'article 14.2 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener.
9.2 *Els estrangers que visquin o es trobin a Catalunya, sigui quina sigui la seva situació administrativa, tenen dret a accedir, en les mateixes condicions que la resta de ciutadans, als serveis bàsics d'atenció social primària, als serveis d'atenció domiciliària, als serveis de menjador, als serveis residencials d'estada limitada, als serveis de centres oberts per a infants i*

[143] El Decret 188/2001, de 26 de junio, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya se publicó en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* nº 3431, de 16 de julio de 2001.

adolescents i a les ajudes d'urgència social atorgades per les administracions públiques de Catalunya.
9.3 Les administracions públiques de Catalunya i, en especial, els ajuntaments i els consells comarcals de Catalunya competents en matèria d'assistència social primària han de vetllar perquè els treballadors temporers amb permís de treball siguin allotjats en condicions d'higiene i dignitat adequades, i han de promoure l'assistència dels serveis socials adequats per garantir la seva atenció social durant la temporada o campanya." (Las cursivas son mías)

3.3. Textos legales relacionados específicamente con la asistencia sanitaria

El Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006) recoge las competencias de la Generalitat en materia sanitaria y ámbitos relacionados, en los siguientes términos:

"*Article 23. Drets en l'àmbit de la salut*
1. Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública, en els termes que estableixen les lleis.
2. Els usuaris de la sanitat pública tenen dret al respecte de llurs preferències pel que fa a l'elecció de metge o metgessa i de centre sanitari, en els termes i les condicions que estableixen les lleis.
3. Totes les persones, amb relació als serveis sanitaris públics i privats, tenen dret a ésser informades sobre els serveis a què poden accedir i els requisits necessaris per a usar-los; sobre els tractaments mèdics i llurs riscs, abans que els siguin aplicats; a donar el consentiment per a qualsevol intervenció; a accedir a la història clínica pròpia, i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia, en els termes que estableixen les lleis."

"*Article 24. Drets en l'àmbit dels serveis socials*
1. Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat a les prestacions de la xarxa de serveis socials de responsabilitat pública, a ésser informades sobre aquestes prestacions i a donar el consentiment per a qualsevol actuació que les afecti personalment, en els termes que estableixen les lleis.
2. Les persones amb necessitats especials, per a mantenir l'autonomia personal en les activitats de la vida diària, tenen dret a rebre l'atenció adequada a llur situació, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen.
3. Les persones o les famílies que es troben en situació de pobresa tenen dret a accedir a una renda garantida de ciutadania que els asseguri els mínims d'una vida digna, d'acord amb les condicions que legalment s'estableixen.
4. Les organitzacions del tercer sector social tenen dret a complir llurs funcions en els àmbits de la participació i la col·laboració socials."

"*Article 162. Sanitat, salut pública, ordenació farmacèutica i productes farmacèutics*
1. Correspon a la Generalitat, en matèria de sanitat i salut pública, la competència exclusiva sobre l'organització, el funcionament intern, l'avaluació, la inspecció i el control de centres, serveis i establiments sanitaris.
2. Correspon a la Generalitat l'ordenació farmacèutica, en el marc de l'article 149.1.16 de la Constitució.
3. Correspon a la Generalitat, en tot cas, la competència compartida en els àmbits següents:
a) L'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut mental de caràcter públic en tots els nivells i per a tots els ciutadans.
b) L'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les mesures i les actuacions destinades a preservar, protegir i promoure la salut pública en tots els àmbits, incloent-hi la salut laboral, la sanitat animal amb efectes sobre la salut humana, la sanitat alimentària, la sanitat ambiental i la vigilància epidemiològica.
c) La planificació dels recursos sanitaris de cobertura pública i la coordinació de les activitats sanitàries privades amb el sistema sanitari públic.
d) La formació sanitària especialitzada, que inclou l'acreditació i l'avaluació de centres; la planificació de l'oferta de places; la participació en l'elaboració de les convocatòries i la gestió dels programes de formació de les especialitats i les àrees de capacitació específica i l'expedició de diplomes d'àrees de capacitació específica.

e) El règim estatutari i la formació del personal que presta serveis en el sistema sanitari públic.
4. La Generalitat participa en la planificació i la coordinació estatal en matèria de sanitat i salut pública, d'acord amb el que estableix el títol V.
5. Correspon a la Generalitat la competència executiva de la legislació estatal en matèria de productes farmacèutics."

"*Article 166. Serveis socials, voluntariat, menors i promoció de les famílies*
1. Correspon a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de serveis socials, que inclou en tot cas:
a) La regulació i l'ordenació de l'activitat de serveis socials, les prestacions tècniques i les prestacions econòmiques amb finalitat assistencial o complementàries d'altres sistemes de previsió pública.
b) La regulació i l'ordenació de les entitats, els serveis i els establiments públics i privats que presten serveis socials a Catalunya.
c) La regulació i l'aprovació dels plans i els programes específics dirigits a persones i col·lectius en situació de pobresa o de necessitat social.
d) La intervenció i el control dels sistemes de protecció social complementària privats.
2. Correspon a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de voluntariat, que inclou, en tot cas, la definició de l'activitat i la regulació i la promoció de les actuacions destinades a la solidaritat i a l'acció voluntària que s'executin individualment o per mitjà d'institucions públiques o privades.
3. Correspon a la Generalitat, en matèria de menors:
a) La competència exclusiva en matèria de protecció de menors, que inclou, en tot cas, la regulació del règim de la protecció i de les institucions públiques de protecció i tutela dels menors desemparats, en situació de risc i dels menors infractors, respectant en aquest darrer cas la legislació penal.
b) La Generalitat participa en l'elaboració i la reforma de la legislació penal i processal que incideixi en les competències de menors.
4. Correspon a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de promoció de les famílies i de la infància, que inclou en tot cas les mesures de protecció social i llur execució."

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya[144] (1990) tiene, por su parte, como objetivo la creación del Servei Català de la Salut, un ente público que se define de acuerdo a los principios generales de atención integral, universal y descentralizada, orientándose a la protección y promoción de la salud, la equidad en salud y la lucha contra las desigualdades sociales en materia sanitaria.

"*Article 1*
Objecte
La present Llei té per objecte l'ordenació del sistema sanitari de Catalunya, així com la regulació general de totes les accions que permetin fer efectiu el dret a la protecció de la salut previst en l'article 43 i concordants de la Constitució Espanyola dins el territori de la Generalitat, en el marc de les competències que li atribueixen l'article 9, apartats 11 i 19, i l'article 17 de l'Estatut d'Autonomia."

"*Article 2*
Principis informadors
La protecció de la salut, l'ordenació i l'organització del sistema sanitari de Catalunya, en els termes establerts en aquesta Llei, s'ajusta als principis informadors següents:
a) Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
b) Descentralització i desconcentració de la gestió.
c) Universalització per a tots els ciutadans residents a Catalunya dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu.

[144] La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya se publicó en el DOGC nº 1324, de 30 de julio de 1990 (corrección de errores DOGC nº 1372, de 26 de noviembre de 1990) y en el BOE nº 197, de 17 de agosto del mismo año.

d) Participació comunitària en la formulació de la política sanitària i el control de la seva execució.
e) Racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència de l'organització sanitària.
f) Equitat i superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.
g) Sectorització de l'atenció sanitària.
h) Promoció de l'interès individual, familiar i social per la salut mitjançant, entre altres, una adequada educació sanitària a Catalunya i una correcta informació sobre els recursos sanitaris existents.
i) Control sanitari del medi ambient."

"*Article 3*
Objectiu
Per portar a terme una adequada organització i ordenació del sistema sanitari de Catalunya, es crea el Servei Català de la Salut, que té com a objectiu últim el manteniment i la millora del nivell de salut de la població, mitjançant el desenvolupament de les funcions que li són encomanades. És configurat per tots els recursos sanitaris públics i de cobertura pública de Catalunya, en els termes que preveu l'article 5."

"*Article 4*
Naturalesa
1. El Servei Català de la Salut és un ens públic de naturalesa institucional, dotat de personalitat jurídica pròpia i plena capacitat per al compliment de les seves finalitats, que resta adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social i es regeix pels preceptes d'aquesta Llei i les seves disposicions complementàries de desenvolupament. Pel que fa a les relacions jurídiques externes, se subjecta, en termes generals, al dret privat. (...)"[145]

En materia de atención sanitaria el Decreto 188/2001, de 26 de junio, de los Extranjeros y su Integración Social en Cataluña (2001) recoge lo establecido en la Ley de Extranjería, sin ampliarlo:

"*Article 7*
Dret a l'assistència sanitària
7.1 El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha de garantir el dret dels estrangers que es trobin a Catalunya, inscrits en el padró d'un municipi de Catalunya en què resideixin habitualment, a l'assistència sanitària, en les mateixes condicions que la resta de ciutadans, d'acord amb el que disposa l'article 12.1 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener.
Els procediments i els requisits per al reconeixement del dret a l'assistència sanitària pública dels estrangers esmentats seran els mateixos que els establerts per a la resta de ciutadans, sense que, en cap cas, se'ls pugui exigir el compliment d'altres requisits addicionals.
7.2 De conformitat amb el que preveu la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets del Nen de 1989, ratificada per Espanya en 1990, l'article 10.3 de la Llei orgànica de protecció jurídica del menor i l'article 12.3 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, els estrangers menors de divuit anys que es troben en el territori de Catalunya tenen dret a l'assistència sanitària pública, en les mateixes condicions que la resta de ciutadans, sense que, en cap cas, es pugui condicionar el reconeixement d'aquest dret a la inscripció en el padró del municipi on resideixin ni a cap altre requisit addicional.
7.3 El Departament de Sanitat i Seguretat Social adoptarà, en l'àmbit de les seves competències, les mesures necessàries per garantir el dret a l'assistència sanitària pública, de les estrangeres embarassades que es trobin a Catalunya durant l'embaràs, el part i el postpart, d'acord amb el que disposa l'article 12.4 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, sense que, en cap cas, es pugui condicionar el reconeixement d'aquest dret a la inscripció en el padró del municipi on resideixin.
7.4 El Departament de Sanitat i Seguretat Social adoptarà, en l'àmbit de les seves competències, les mesures oportunes per garantir el dret dels estrangers que es trobin a Catalunya, no residents i

[145] Este artículo recoge las modificaciones introducidas por la Ley 11/1995, de 29 de septiembre, por la que se modifica la Ley 15/1990, de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña (DOGC nº 2116 de 18 de noviembre de 1995, BOE nº 5 de 5 de enero de 1996). (Martínez-Pereda, 2003)

que no estiguin inclosos en cap dels col·lectius referits en els apartats anteriors, a l'assistència sanitària pública d'urgència davant la contracció de malalties greus o accidents, sigui quina sigui la seva causa, i a la continuïtat de dita atenció fins a la situació d'alta mèdica, de conformitat amb el que disposa l'article 12.2 de la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener."

Pero, el Decret 178/1991, de 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública[146] (1991) extiende la cobertura de la asistencia sanitaria pública en igualdad de condiciones al resto de los usuarios a todos los ciudadanos que, estando empadronados en algún municipio de Cataluña, no tengan posibilidad de acceder a la atención en salud por cualquier otra vía de las establecidas por la Seguridad Social, lo que, en la práctica, supone una ampliación de derechos respecto a la legislación estatal, que, como vimos, limitaba su aplicación a los que tuvieran residencia legal.

"*Artículo 1*
1. Todos los ciudadanos residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria pública, en los términos que prevé el presente Decreto.
2. De acuerdo con la Ley 15/1990, de 9 de julio, esta asistencia se prestará por el Servicio Catalán de la Salud, a través de cualquiera de las fórmulas establecidas en el artículo 7.2 de la citada Ley."

"*Artículo 2*
Son titulares del derecho a que se refiere el artículo 1 las personas que reúnan las siguientes condiciones:
a) Estar empadronado en cualquiera de los municipios de Cataluña y acreditar la residencia efectiva.
b) No tener la obligación legal de cotizar a la Seguridad Social o a cualquier otro sistema de previsión sanitaria pública.
c) No tener la posibilidad de acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título jurídico.
d) No ostentar la condición de beneficiario de un régimen público de asistencia sanitaria.
e) Cumplir las obligaciones que se determinen reglamentariamente para el acceso a la asistencia sanitaria pública prevista en este Decreto."

"*Artículo 3*
El acceso de estas personas a los servicios y prestaciones sanitarias será voluntario y previa solicitud, salvo lo que establece la disposición adicional primera, y se realizará en condiciones de igualdad efectiva con el resto de la población protegida por el sistema sanitario público."

"*Artículo 7*
En lo que se refiere a la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria pública a las personas sin recursos económicos suficientes, se estará a lo que disponen el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, el Decreto 55/1990, de 5 de marzo, y las normas dictadas en su desarrollo."

Además de la legislación correspondiente en materia sanitaria, la Generalitat de Catalunya ha venido desarrollando a lo largo de los años diferentes documentos en los que se tratan los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario. El más reciente de ellos es la Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària, aprobada por el Consell Executiu de la Generalitat el 24 de julio de 2001 (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002). En este documento se recoge el derecho a una atención sanitaria continuada e integral y de calidad humana y científica, así como al acceso a los servicios sanitarios públicos –especialmente para aquellos colectivos más vulnerables– en condiciones de equidad y

[146] El Decret 178/1991, de 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública se publicó en el DOGC nº 1486, de 28 de agosto de 1991.

sin discriminación alguna, aunque no especifica nada respecto a su aplicación a inmigrantes en situación irregular. Veamos algunos de los artículos más destacados:

> "1. Drets relacionats amb la igualtat i la no-discriminació de les persones
> 1.1. Dret a l'atenció sanitària i als serveis de salut
> Els ciutadans tenen dret a gaudir dels serveis d'atenció sanitària, de salut i de les prestacions corresponents, de manera individual o col·lectiva, d'acord amb el que disposa la normativa.
> 1.2. Dret a gaudir, sense discriminació, els drets reconeguts en esta carta
> El gaudiment dels drets i les llibertats reconeguts en aquesta carta s'ha de garantir, sense discriminació per cap motiu com: el sexe, la raça, el color, la llengua, la religió, les opinions polítiques o d'altre tipus, l'origen nacional o social, la pertinença a una minoria nacional, la propietat, el naixement, el patrimoni genètic, per raó de la malaltia que es pateix o qualsevol altra condició
> 1.3. Drets dels col·lectius més vulnerables davant d'actuacions sanitàries específiques
> Els nens, la gent gran, els malalts mentals, les persones que pateixen malalties cròniques i invalidants, i les que pertanyen a grups específics reconeguts sanitàriament com de risc, tenen dret, tenint en compte els mitjans i recursos disponibles, a actuacions i programes específics.
> Els poders públics vetllaran perquè es respectin i s'acompleixin els drets i deures d'aquesta carta, per tal que els drets a la igualtat i a la no-discriminació es realitzin de forma efectiva." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 23)
>
> "8.1. Dret d'accés als serveis sanitaris públics
> En el marc de l'assegurament públic, el ciutadà té dret a accedir a una atenció sanitària de qualitat en el seu lloc de residència i comptar amb una oferta integrada de serveis de referència." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 37)
>
> "8.3. Dret d'obtenir medicaments i productes sanitaris necessaris per a la salut
> Els usuaris tenen dret a obtenir els medicaments i els productes sanitaris, necessaris per promoure, conservar o restablir la seva salut, en els termes que s'estableixen reglamentàriament.
> Els professionals sanitaris han d'informar el pacient, amb un llenguatge entenedor, sobre la correcta utilització dels medicaments, els efectes esperats, els possibles efectes adversos, les possibles interaccions amb d'altres medicaments o aliments i, si fos necessari, de les alternatives existents, per tal de fomentar la utilització racional dels medicaments.
> 8.4.. Dret a ser atès, dins d'un temps adequat a la condició patològic i d'acord amb criteris d'equitat
> Els serveis de salut i els dispositius assistencials s'han d'organitzar de la manera més eficient possible, per tal que el pacient pugui ser atès al més aviat possible, i d'acord amb criteris d'equitat, adequació i disponibilitat de recursos, tipus de patologia, prioritat d'urgència, temps d'espera raonable prèviament establert i amb què es garanteixi la continuïtat assistencial.
> El pacient té dret que la durada del seu procés assistencial o l'estada hospitalària s'adeqüi a criteris mèdics, en funció de la patologia que la motivi." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 38)
>
> "10.3. Dret a rebre una atenció sanitària continuada i integral
> Tot pacient té uns drets concrets en aquest àmbit:
> - A tenir en l'atenció primària un metge responsable d'integrar el seu procés assistencial i l'atenció rebuda al llarg del temps, així com un professional d'infermeria de referència.
> - A rebre atenció sanitària que inclogui mesures de prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació.
> - Que hi hagi mecanismes de cooperació i coordinació entre els diferents nivells, entitats, centres i professionals implicats en la seva atenció, amb la finalitat de garantir-ne la qualitat." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 41)

Además de lo anterior, la Carta recoge una de las escasas referencias al derecho de los pacientes a que sus "valores y culturas" sean respetados en el ámbito sanitario, puntualizando, sin embargo, que las actuaciones que se deriven de estos valores deben ser respetuosas con la práctica médica y las normas de los centros. Sin duda, el reconocimiento de este derecho es un avance, pero sería necesario trabajar en un

acuerdo en el que se definieran de manera más clara los límites tanto del ejercicio de los propios valores culturales como los de la actuación médica, y esto desde un punto de vista equitativo y respetuoso tanto con la diversidad cultural y los derechos de las minorías y del resto de los usuarios como con las necesidades específicas del personal sanitario para ejercer su labor.

> "3.4. Dret a la llibertat ideològica, religiosa o de culte
> "La persona té dret que es respectin els seus valors morals i culturals, així com les seves conviccions religioses i filosòfiques. La pràctica que se'n derivi ha de ser compatible amb la pràctica mèdica i respectuosa amb les normes del centre.
> En situació d'hospitalització, s'ha de respectar el dret a refusar o a rebre ajuda espiritual sense distinció de creença." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 28)

> "10.1. Dret a l'assistència sanitària de qualitat humana i científica
> Els professionals sanitaris han de prestar l'atenció sanitària d'acord amb les pautes i normes d'actuació ètiques, de comportament, de respecte a la dignitat humana, i tenint en compte els hàbits i les creences de cada persona. Aquesta assistència sanitària, basada en els coneixements científics actuals, s'adequarà a les necessitats i característiques de cada persona i, en el cas de malaltia, s'adequarà a la gravetat i complexitat medicosocial que comporta." (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002: 40)

4. NORMATIVA MUNICIPAL

4.1. Competencias comarcales y municipales

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (1990), ya mencionada, recoge que los Consejos Comarcales tendrán ciertas competencias en materia de sanidad, en concreto, labores de coordinación de los servicios sanitarios municipales entre sí y con los de la Generalitat, actividades relacionadas con la salud pública y la planificación sanitaria, así como participar en los Consejos de Dirección de las Regiones Sanitarias y del Servicio Catalán de la Salud.

> "*Article 66*
> *Competències*
> 1. En el marc del sistema sanitari públic de Catalunya, els Consells Comarcals són competents per a:
> a) Coordinar els serveis sanitaris municipals entre ells i aquests amb els de la Generalitat, tot garantint una prestació integral en llur àmbit respectiu.
> b) Fer activitats i prestar serveis sanitaris d'interès supramunicipal, especialment els referents al control sanitari del medi ambient, la salubritat pública, l'epidemiologia i la salut pública en general.
> c) Participar en la planificació sanitària de la Generalitat d'acord amb el que preveu l'article 64.2.
> d) Proporcionar suport informatiu i estadístic a l'Administració sanitària de la Generalitat pel que fa al desenvolupament de les seves funcions.
> e) Participar activament en el Consell de Direcció del Servei Català de la Salut i també en el Consell de Direcció de la Regió Sanitària corresponent.
> 2. Per al desenvolupament de les funcions a què es refereix l'apartat anterior, els Consells Comarcals poden sol·licitar el suport tècnic del personal i els mitjans de les Regions Sanitàries en la demarcació de les quals estiguin compresos. El personal sanitari del Servei Català de la Salut que presti suport als Consells Comarcals en la realització de les referides funcions té la consideració, només a aquests efectes, de personal al servei dels Consells Comarcals.
> 3. A més de les competències assenyalades, les comarques han d'exercir aquelles altres que el Consell Executiu de la Generalitat i els municipis els deleguin o assignin d'acord amb el que estableix la legislació sobre règim local."

Este mismo texto legal recoge, en su artículo 68, las competencias de los Ayuntamientos en materia de salud, entre ellas, el control del medio ambiente, de los edificios y viviendas, de la distribución de alimentos, los cementerios, etc.:

> "*Article 68*
> *Competències*
> 1. En el marc del sistema sanitari públic de Catalunya, els Ajuntaments són competents per:
> a) Prestar els serveis mínims obligatoris establerts per la legislació que regula el règim municipal pel que es refereix als serveis de salut i altres regulats en aquesta Llei.
> b) Prestar els serveis necessaris per a donar compliment a les següents responsabilitats mínimes en relació amb l'obligat compliment de les normes i els plans sanitaris relatius a:
> - Control sanitari del medi ambient: contaminació atmosfèrica, abastament d'aigües, sanejament d'aigües residuals, residus urbans i industrials.
> - Control sanitari d'indústries, activitats i serveis, transports, sorolls i vibracions.
> - Control sanitari d'edificis i llocs d'habitatge i de convivència humana, especialment dels centres d'alimentació, perruqueries, saunes i centres d'higiene personal, hotels i centres residencials, escoles, campaments turístics i àrees d'activitat fisicoesportiva i d'esbarjo.
> - Control sanitari de la distribució i el subministrament d'aliments, begudes i altres productes, directament o indirectament relacionats amb l'ús o el consum humà, així com de llurs mitjans de transport.
> - Control sanitari dels cementiris i la policia sanitària mortuòria.
> c) Promoure, en el marc de les legislacions sectorials, aquelles activitats i prestar els serveis sanitaris necessaris per tal de satisfer les necessitats i les aspiracions de llur comunitat de veïns i en particular:
> - La defensa dels consumidors i els usuaris de la sanitat.
> - La participació en la gestió de l'atenció primària de la salut.
> - La protecció de la sanitat ambiental.
> - La protecció de la salubritat pública.
> d) Realitzar activitats complementàries de les que siguin pròpies d'altres Administracions públiques en les matèries objecte d'aquesta Llei, i en particular, pel que fa a l'educació sanitària, l'habitatge, la protecció del medi i de l'esport en els termes establerts en la legislació que regula el règim municipal.
> e) Prestar els serveis relacionats amb les matèries objecte d'aquesta Llei derivats de l'exercici de les competències que en ells puguin delegar la Generalitat de Catalunya segons el termes establerts en la legislació que regula el règim municipal.
> 2. Per al desenvolupament de les funcions a què es refereix l'apartat anterior, els Ajuntaments poden sol·licitar el suport tècnic del personal i dels mitjans de les Regions i els Sectors Sanitaris en la demarcació dels quals es troben compresos. El personal sanitari del Servei Català de la Salut que presti suport als Ajuntaments en la realització de les referides funcions té la consideració, només a aquests efectes, de personal al servei dels Ajuntaments."

Por su parte, la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases del Régimen Local (1985), establece que los Ayuntamientos pueden prestar los servicios públicos que estimen oportunos para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. Concretamente, en los artículos 25 y 26 de la citada Ley se recogen las actividades relacionadas con la protección del medio ambiente, la salud pública, los servicios sociales, de limpieza y abastecimiento de agua y alcantarillado, etc.:

> "*Artículo 25*
> 1. El Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal.
> 2. El Municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias: (…)
> f) Protección del medio ambiente. (…)
> h) Protección de la salubridad pública.
> i) Participación en la gestión de la atención primaria de la salud. (…)
> k) Prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social. (…)"

> "*Artículo 26*
> 1. Los municipios por sí o asociados deberán prestar, en todo caso, los servicios siguientes:
> a) En todos los Municipios:
> Alumbrado público, cementerio, recogida de residuos, limpieza viaria, abastecimiento domiciliario de agua potable, alcantarillado, acceso a los núcleos de población, pavimentación de las vías públicas y control de alimentos y bebidas.
> b) En los Municipios con población superior a 5.000 habitantes, además:
> Parques públicos, biblioteca pública, mercado y tratamiento de residuos.
> c) En los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, además:
> Protección civil, prestación de servicios sociales, prevención y extinción de incendios, instalaciones deportivas de uso público y matadero.
> d) En los Municipios con población superior a 50.000 habitantes, además: transporte colectivo urbano de viajeros y protección del medio ambiente. (…)"

En lo que se refiere a la inmigración, los Ayuntamientos están representados en el Consejo Superior de Política de Inmigración (junto con el Estado y las Comunidades Autónomas), órgano cuya función consiste en coordinar las actuaciones de las administraciones con competencias en esta materia. Además, pueden desarrollar actividades complementarias de fomento de la integración y participación social de los extranjeros y están obligados a velar por el respeto de sus derechos y libertades fundamentales.

4.2. Gestión de la Tarjeta Sanitaria Individual por el Ayuntamiento de Barcelona

El Ayuntamiento de Barcelona incorpora en su página web una Guia Informativa d'Accés a la Sanitat Pública que incluye información dirigida a personas inmigrantes sobre el procedimiento y documentos necesarios para la obtención de la Tarjeta Sanitaria Individual. En ella se informa de que el requisito indispensable es estar empadronado y se indica dónde y cómo se puede cumplimentar este trámite. Aunque está redactada en un lenguaje claro y se encuentra disponible en diversos idiomas, debe señalarse que la información no es, como se puede observar, del todo precisa.

> "El certificat d'empadronament és indispensable per tal de tramitar la TSI, independentment de si teniu o no permís de residència, i us facilitarà l'accés a d'altres serveis. És també un instrument municipal que ajuda a planificar i adaptar els serveis, per la qual cosa heu de notificar qualsevol canvi de domicili.
> Qui el demana: La persona interessada, major d'edat, per a tots els membres de la unitat familiar que viuen en el mateix domicili.
> On: A la Seu del Districte de l'Ajuntament.
> Validesa: 1 mes a partir de la data d'expedició.
> Documentació:
> - Document personal identificatiu.
> - Llibre de família (si s'escau).
> Documentació del domicili (originals):
> - Contracte de lloguer (antiguitat màxima de 5 anys) o escriptures del pis.
> - Últim rebut de lloguer.
> - Últim rebut de les companyies de subministraments (aigua, gas...) amb adreça de subministrament en aquell domicili.
> Si no teniu domicili acudiu a SAIER (...) on us informaran i orientaran sobre els tràmits que hàgiu de seguir. Recordeu que sense el Certificat d'Empadronament no podreu tramitar la Targeta Sanitària Individual."

En lo que se refiere a la obtención de la TSI, se establecen tres supuestos y, para cada uno de ellos, un itinerario administrativo y unos derechos asociados diferentes:

“1. Si teniu el permís de residència i un contracte laboral

Teniu dret d'assistència sanitària i farmacèutica i a les prestacions socials. La vostra empresa us tramitarà el número d'afiliació a la Seguretat Social i us lliurarà la cartilla mèdica, en la qual podeu incloure els vostres familiars fins a segon grau com a beneficiaris.

On: A l'oficina de la Tresoreria General de la Seguretat Social que us correspongui.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Llibre de família.
- Cartilla de la Seguretat Social.

Us enviaran al vostre domicili la Targeta Sanitària Individual (TSI) per a cadascun dels beneficiaris de la cartilla. Aquest és el document que us demanaran quan aneu a rebre visita mèdica. Si no la rebeu, heu de reclamar-la al Centre d'Atenció Primària (CAP) que us correspongui.

2. Si teniu el permís de residència però no teniu cap contracte laboral

Teniu dret d'atenció sanitària i farmacèutica. Heu de tramitar directament la Targeta Sanitària Individual (TSI)

On: Al Centre d'Atenció Primària (CAP) que us correspongui.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Permís de residència.
- Certificat d'empadronament.

3. Si no teniu el permís de residència

Heu de tramitar la TSI al vostre Centre d'Atenció Primària.

Documentació:

- Document personal identificatiu.
- Certificat d'empadronament.

4. Si teniu menors a càrrec vostre o esteu embarassada

Els menors de 18 anys en situació irregular podran rebre atenció en cas de malaltia. Les dones embarassades que es trobin en aquesta mateixa situació podran també rebre assistència. Heu d'acudir al Centre d'Atenció Primària més proper, excepte en cas d'urgència vital, que haureu d'anar a l'hospital més pròxim.”

CONCLUSIONES

Siempre es difícil sintetizar los resultados de un trabajo, sobre todo cuando su extensión es larga, pero además, en este caso, se han ido ofreciendo –aunque no en apartados específicos– conclusiones a los razonamientos y datos que se aportaban. A ellas me remito, por tanto, y tan sólo expondré aquí aquellas cuestiones que creo que reclaman más atención:

1. En lo que se refiere a la metodología y el uso de las técnicas que deberían regir cualquier investigación, pero más específicamente, en este momento, las orientadas a conocer el estado de salud y características de la asistencia sanitaria a población inmigrante en nuestro medio, es necesario conocer en profundidad las características, ventajas, limitaciones y aplicabilidad de las distintas técnicas de investigación, seleccionando las más adecuadas para cada caso concreto y para cada etapa de la investigación, en función de la población con la que se va a investigar y las características de sus diferentes segmentos, el momento en que se hará, los tipos de datos que se pretende obtener, los tipos de análisis aplicables y necesarios a lo largo del proceso y los objetivos que lo orientan. Cuando las investigaciones se refieren a poblaciones minoritarias con características sociales, culturales o económicas que las diferencian de las mayoritarias resulta obligado partir de un conocimiento etnográfico previo que permita afinar la selección de las técnicas y el propio enfoque del trabajo, teniendo presente, además, que puede ser imprescindible una adaptación no sólo idiomática sino también en cuanto a los significados implicados y a los contenidos culturales de los instrumentos que se emplearán.
   Por tanto, habrá que dotar a estas investigaciones de los medios que permitan la adecuada observación de los fenómenos y la contrastación de las hipótesis que se formulen, en el mismo y –en la medida de lo posible– en distintos escenarios, en diferentes momentos de tiempo y recurriendo a diversas fuentes de información, como único medio de garantizar la confiabilidad de los datos. Todo ello teniendo presente que el conocimiento que se genera es siempre temporal, necesita de continuas revisiones y está sujeto a los valores, a la perspectiva del investigador, a la tradición cultural y a la disciplina científica a las que pertenece. En este tema, me parece de especial relevancia señalar la ausencia de paradigmas interdisciplinarios pertinentes –aún contando con su provisionalidad– y el error que supone partir de los más habituales en una sola de las disciplinas implicadas, sea la Medicina o la Antropología, en este caso, para plantear objetivos de investigación, procedimientos y técnicas y también para confiar en exceso en el conocimiento adquirido. La prudencia y el rigor, así como la colaboración sólida de estas –y otras– disciplinas son especialmente necesarias.
   Y de todo esto puede fácilmente deducirse que la investigación en este terreno puede no ser fácil ni rápida ni barata, pero debe cumplir unos requisitos metodológicos, técnicos y éticos sólidos si se pretende que sea legítima y de calidad. Como he dicho reiteradamente, los resultados de nuestras investigaciones pueden generar estados de opinión, influir en la formación y en las actitudes del personal sanitario y de la población en general e, incluso, pueden servir de base para la implementación de políticas que afectan a la vida de las personas. Se trata, entonces, de una responsabilidad que no podemos eludir.

2. Respecto a las investigaciones realizadas en nuestro medio que siguen el diseño de desigualdades sociales en salud, tan sólo resumir lo ya dicho en el capítulo correspondiente: se trata de estudios cuya metodología y uso de las técnicas de investigación los hacen valiosos para apuntar tendencias, proponer hipótesis tentativas y sugerir ámbitos de investigación, pero que presentan limitaciones serias para asentar el conocimiento sobre el estado de salud y necesidades en cuanto a la asistencia sanitaria de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y, desde el punto de vista cultural, minoritarias y/o inmigrantes. Aportaciones y limitaciones que deberían tener presentes tanto los investigadores especializados de las distintas disciplinas como los organismos y administraciones que a veces financian estas investigaciones o las utilizan como base para sus documentos y actuaciones.

3. Sería conveniente una reflexión conjunta entre profesionales de diferentes disciplinas que tienen los de la salud, la diversidad cultural y la desigualdad social como su ámbito de interés para tratar de consensuar definiciones que pudieran ser utilizadas en los sistemas de información, en las propias investigaciones y en los documentos que se publiquen, de tal manera que se pudieran reducir las imprecisiones y los sesgos. En este sentido, habría que centrarse, de entrada, en definiciones consensuadas de conceptos tan usados como salud, desigualdades en salud, equidad en salud o accesibilidad de los sistemas sanitarios, pero también, otras como el propio término inmigrante, profesional sanitario, etc.

4. Sería necesario también un esfuerzo en cuanto a la calidad de los sistemas de información, mejorando los métodos de recogida de datos, unificando los criterios respecto a las categorías que deben utilizarse y a las variables que se registran pero, también, haciendo una reflexión pausada sobre los límites en la recogida, en el acceso posterior a los datos y en el uso que de ellos se hace. En relación, en concreto con la población inmigrante y el ámbito de la salud, sería útil una reflexión interdisciplinar sobre los modos de identificación de esta población, teniendo en cuenta las categorizaciones y las diferentes variables disponibles y las ventajas y limitaciones que presentan.

5. En cuanto a las investigaciones sobre salud y asistencia sanitaria a poblaciones inmigradas, decir, en primer lugar, que se debería procurar que estuvieran adecuadamente contextualizadas en el tiempo y circunstancias del fenómeno migratorio global que lo caracterizan, en un ámbito espacial adecuadamente definido, atendiendo a su pertenencia a una o varias poblaciones concretas –pero siempre teniendo en cuenta las diferencias entre ellas y su propia heterogeneidad interna– y las circunstancias culturales, políticas, económicas y sociales –igualmente variables y diferenciadas– de estas poblaciones y de aquellas con las que puedan convivir. Y, en este sentido, como ya se ha dicho, es llamativa la escasez de estudios rigurosos respecto a esta temática en nuestro medio, por lo que sería recomendable potenciar la investigación en este terreno. En concreto, podrían sugerirse diversos ámbitos de interés:
   - Principales datos en cuanto a la situación de salud y características de la asistencia sanitaria en los lugares de origen.

- Impacto de la emigración en las poblaciones de origen.
- Impacto de la inmigración en la población de acogida.
- Repercusiones sobre la salud del proceso migratorio, entendido desde la preparación del viaje, el viaje, la posible estancia en centros de internamiento y tras la llegada.
- Epidemiología de la inmigración en nuestro medio.
- Determinantes de salud para estas poblaciones, especialmente en lo referente a la pobreza y limitación de ingresos, condiciones legales, laborales y de vivienda, educativas y de adaptación a su nuevo entorno en general y su repercusión sobre la salud.
- Posibles variaciones en la forma de presentación de los cuadros y en la respuesta a los fármacos entre los distintos grupos de población.
- Necesidades en salud de estas poblaciones.
- Patrones de uso de los sistemas sanitarios, prestando especial atención a aquellos resultados que puedan servir de fundamento a la planificación de la asistencia sanitaria.
- Redes sociales y de apoyo en materia de salud, en la medida en que pueden ser relevantes para el establecimiento de programas y actuaciones.
- Estudios sociodemográficos y antropológicos atendiendo en especial a los procesos procreativos, al proceso de envejecimiento de la población inmigrante y las repercusiones de la reagrupación familiar, en cuanto a sus aspectos importantes para la planificación y organización de la asistencia.
- Posibles necesidades específicas en salud y asistencia sanitaria de los hijos de inmigrantes.
- Estudios etnográficos y antropológicos sobre las distintas poblaciones y su manera de entender la salud y los cuidados, orientados a profesionales de distintas disciplinas.
- Investigación sobre los procesos de búsqueda, elección y seguimiento de los tratamientos.
- Estudios comparativos, adecuadamente fundamentados y contextualizados, sobre estado y necesidades en salud entre población inmigrante de distintas procedencias, población general y segmentos de población con quien puede compartir ciertas circunstancias vitales.
- Investigaciones sobre la existencia, fundamentos e implantación en nuestro medio de diferentes sistemas médicos, su patrón de uso por parte de la población y patrones de preferencia, rechazo y compatibilidad con la biomedicina.

6. Podrían aún hacerse algunas reflexiones más en lo referente a la asistencia sanitaria que se presta a las poblaciones inmigrantes y las actuaciones de las administraciones en esta materia –aunque es evidente que muchas de ellas pueden hacerse respecto a nuestro sistema sanitario independientemente de la inmigración y la diferencia cultural, por lo que son ya de sobra conocidas–:
   - Los profesionales sanitarios de asistencia directa, planificadores y trabajadores sociales deberían tener presente, primero, que el fenómeno de la diversidad cultural no es algo nuevo en nuestras consultas –la homogeneidad de la población estaba lejos de ser real aún antes de la llegada de inmigrantes– y, segundo, que, aunque las motivaciones de protección de la salud y mejora de la asistencia sanitaria a estas poblaciones sean legítimas y deseables, ello no puede conducirnos a tratar de imponer autoritariamente nuestra interpretación de la

salud y de la enfermedad, ni a considerarnos con derecho a modificar pautas culturales y conductas si las poblaciones que las ponen en práctica no están de acuerdo en hacerlo. En este aspecto, la voluntad de *proponer*, por encima de *ordenar*, una voluntad de equidad y negociadora de nuestras mutuas diferencias, es un instrumento no sólo más humano sino más útil a medio y largo plazo.

- Es necesario hacer un esfuerzo por mantener en primer plano, en las investigaciones y en las actuaciones concretas, la diferencia entre marginación social, pobreza, vulnerabilidad e inmigración, y tener presente que los factores que pueden intervenir y explicar el estado de salud de las poblaciones inmigradas y las características de su acceso y uso de los sistemas sanitarios raramente serán únicos ni necesariamente simples, sino que, con toda probabilidad, se tratará de conjuntos de explicaciones complejas, variadas, contextualizadas y cambiantes en el tiempo y entre las personas y los grupos.
- Y conviene también diferenciar entre las consecuencias sobre la salud de las pésimas condiciones de vida de algunos de los inmigrantes (comunes en muchos sentidos a las de importantes sectores de la población autóctona o perteneciente a minorías étnicas) y la propia condición de inmigrante y la posible diferencia cultural.
- En lo que se refiere a la Salud Pública y, más concretamente a la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud, urge la planificación, ejecución y posterior evaluación de actividades, adecuadamente contextualizadas tanto respecto a la población diana como a los centros desde las que se organizan.
- Y al hilo de lo anterior, debería realizarse una reflexión pausada sobre la pertinencia de los cribajes más o menos masivos de enfermedades en esta población, los criterios para definir las patologías a las que se dirigen y la población diana, los objetivos mismos del cribaje, los pasos (se entiende que terapéuticos) que se darán en función de los resultados obtenidos y los límites en cuanto al respeto a la intimidad de las personas, la confidencialidad de los datos y del uso que de ellos se hace.
- En cuanto a la acogida de estas poblaciones en el sistema sanitario, convendría revisar los materiales existentes, tratando de consensuar contenidos, optimizar los recursos y esfuerzos para su elaboración y llevar a cabo no sólo adaptaciones idiomáticas sino también culturales y, sobre todo, mejorar los sistemas de difusión y realizar una continua valoración de sus contenidos, pertinencia y utilidades. En realidad, la elaboración de materiales informativos y de uso en las consultas y la puesta en marcha de actividades y programas que incrementasen la accesibilidad debería plantearse para toda la población a la que se atiende, sea ésta de las características que sea: inmigrantes, ancianos, niños, sordos…, aportando a la población (a toda) información adecuada, adaptada y comprensible de acuerdo con su perfil respecto a las prestaciones, los diferentes tipos de servicios y la atención diferenciada y específica que ofrece cada uno de ellos, la estructura y burocracia del sistema y las claves básicas para manejarse en ellas.
- Sería necesaria también una reflexión sobre la adecuación y supuesta universalidad de nuestros modelos explicativos, nuestros instrumentos diagnósticos y procedimientos terapéuticos. Conviene, en este sentido, no confundir la existencia de documentos específicos que orienten el ejercicio profesional y que optimicen los recursos o incluso documentos sobre características peculiares de la atención a determinados grupos, con la protocolización sistemática de la asistencia y plantearse las consecuencias de

esta última para toda la población, pero especialmente para aquella con características y necesidades diferentes de las mayoritarias.

- Finalmente, es importante no perder de vista las necesidades y la sensibilidad de la población autóctona, de tal manera que las adaptaciones y facilidades para inmigrantes no supongan (de hecho o en apariencia) una mayor desprotección para aquellos otros segmentos poblacionales que pueden presentar también condiciones precarias de vida o dificultades de acceso. Las adaptaciones en cuanto a la atención sanitaria que se realicen son necesarias, pero deberían partir de la filosofía de que el sistema tiene que ser accesible a todos sus usuarios y que para ello hay tener presentes sus características y necesidades, sean del tipo que sean.
- Y no puede olvidarse tampoco la existencia de una minoría étnica no inmigrante, los gitanos españoles, que mantienen contenidos culturales propios y que en un porcentaje considerable se encuentra en condiciones de vida que pueden tener una influencia en su salud y en las características en cuanto a su atención sanitaria, y a los que la atención a inmigrantes quizá puede estar desplazando de los objetivos de programas y políticas sanitarias.

7. Es necesaria una reflexión abierta, sincera e interdisciplinar sobre los fundamentos biológicos, políticos, económicos, culturales y éticos en los que se basa nuestro modelo de atención sanitaria, planteándose a quién va dirigido preferentemente y desde qué premisas, a quién deja en sus márgenes, por qué y con qué consecuencias y qué se puede hacer para que no sea así. Quizá la recomendación principal sería una reflexión conjunta entre profesionales e interlocutores sociales de distintos ámbitos y disciplinas sobre qué sistema sanitario queremos, asentado en qué premisas y dirigido a qué población y en qué condiciones. Esta de la reflexión sobre presente y futuro de nuestro modelo de atención es una reivindicación, más o menos abierta, de gran cantidad de profesionales y debería tener en cuenta cuestiones como:
   - Las prestaciones del sistema sanitario y las condiciones en las que éstas se ofrecen, teniendo muy presente que no siempre el reconocimiento teórico de un derecho, o aún la disposición de ciertos medios para hacerlo efectivo, implica necesariamente que toda la población pueda, de hecho, hacer uso de él.
   - El debate en torno a la accesibilidad de nuestro sistema sanitario no debería pararse en cuestiones relacionadas con las condiciones legales exigidas para tal acceso ni con la estructura burocrática del sistema, sino también en otras como la propia accesibilidad física de los recursos sanitarios, la accesibilidad temporal y también la económica.
   - En relación con esto último, es necesario plantearse la supuesta gratuidad de la atención sanitaria pública y las repercusiones sobre la salud que puede tener para algunas poblaciones las limitaciones económicas en el acceso a los cuidados, tanto en lo que se refiere a prestaciones no cubiertas por la sanidad pública como por el coste del transporte hasta los centros, los tratamientos farmacológicos u otras indicaciones terapéuticas.
   - Pero no puede perderse de vista tampoco la investigación, la reflexión y el debate interdisciplinar sobre los costes de la asistencia. En este sentido, la investigación del impacto que ha podido tener la incorporación al sistema de la población inmigrante es urgente, pero lo es evitando sesgos, estigmatizaciones e informaciones tendenciosas en cualquier sentido y siendo muy cuidadoso con la

manera en cómo se ofrece la información y los posibles usos que puede hacerse de ella y sin dejar de lado, tampoco, otros muchos factores que puedan estar interviniendo. El análisis debería, además, diferenciar el impacto en función del perfil de la población, las condiciones de vida y otros determinantes de salud, la casuística y la situación legal y realizar, al mismo tiempo, comparaciones adecuadas con segmentos equivalentes de la población autóctona y no simple y engañosamente con las cifras medias del conjunto de la población.

- También en relación con los costes y sobre todo con la organización de los servicios y la planificación de la asistencia, es necesario un debate y, si procede, una revisión de los criterios de asignación de presupuestos a los centros, de las exigencias en cuanto al tipo de actividades que se pueden y deben realizar en cada uno de ellos y, también, de los criterios de asignación de población a los cupos, tratando de evitar la formación de guetos asistenciales (para cualquier tipo de población) y estudiando los criterios que definen la carga asistencial para repartirla de modo adecuado entre centros y también entre los distintos profesionales de cada centro.
- Y esto necesariamente tiene que partir de un conocimiento profundo de la realidad de los actores implicados: la población atendida, por una parte, y los profesionales que prestan servicios, por otra. En cuanto a la población, se ha dicho reiteradamente a lo largo del texto que es necesario conocer en profundidad las necesidades diferenciadas de los diferentes grupos de población como manera de adaptar el tipo de atención que se les ofrece, evitando estigmatizaciones y agravios comparativos y realizando las adaptaciones necesarias a distintos niveles: cultural, temporal, etc. En cuanto a los profesionales, el debate debería girar en torno a varias cuestiones. Por una parte, analizar de manera responsable las condiciones de trabajo, las expectativas profesionales, la formación –de la que disponen y de la que carecen– y el nivel y el tipo de exigencias que se les hacen, pero también su grado de responsabilidad y compromiso, y valorar adecuadamente, sin miedo a los resultados, el impacto que esto puede tener sobre el funcionamiento del sistema sanitario, sobre la atención que se ofrece en él y sobre la salud, de pacientes y profesionales. De este análisis no pueden quedar fuera tampoco el modelo de gestión de los centros y el perfil profesional de los gestores.
- En definitiva, es necesario reconocer las debilidades y fortalezas del sistema, respetarlo y respetar a sus profesionales y reconocerles adecuadamente su labor. E igualmente es necesario evitar la distancia entre el sistema y el profesional, por una parte, y el paciente –siempre, pero cada vez más, diverso–, por otra. Como ya se ha dicho, defender el sistema sin dejar por ello de defender que es mejorable.

8. Junto con la reflexión y el análisis pormenorizado de las características y fundamentos del sistema sanitario, debe plantearse también el tema de la formación al personal que en él ejerce, en torno a diversas cuestiones, temáticas unas y de planteamiento, otras. En cuanto al planteamiento, la formación debería orientarse a personal sanitario de las diferentes especialidades, pero también a profesionales de la Antropología (especialmente, en este caso) y de otras Ciencias Sociales, a los trabajadores de los servicios sociales, administrativos o los propios gestores y decisores. En cuanto a la temática, y específicamente en relación con la asistencia a población inmigrante, se trataría de formar a los profesionales en cuestiones como:

- la conceptualización de la cultura, la formación de la identidad y la construcción de referentes culturales, estereotipos y prejuicios.
- la influencia de los factores culturales, económicos, sociales y políticos en el estado de salud, en las conductas de los pacientes y en las pautas de búsqueda, elección y seguimiento de los tratamientos.
- los supuestos legales en los que se debe ofrecer asistencia sanitaria a inmigrantes.
- el desarrollo de capacidades de comunicación y actitudes de cercanía, apertura y empatía con los pacientes.
- la comprensión del fenómeno migratorio y de los procesos de generación de la marginación social, de modo que puedan diferenciar entre fenómenos que pueden considerarse transversales a la migración o a la situación socioeconómica y aquellos específicos de una determinada tradición cultural o derivados de los procesos de aculturación.
- desde el punto de vista clínico, información sobre epidemiología de la emigración.

- Para los profesionales de la Antropología y los servicios sociales, sería necesaria una formación básica en cuestiones relacionadas con los determinantes de salud y el funcionamiento y posibilidades del sistema sanitario.
- Además, sería muy conveniente potenciar la creación de redes interdisciplinares de profesionales que trabajan en salud e inmigración para intercambio de datos y experiencias, consenso en cuanto a la metodología de las investigaciones y sugerencias para la implementación de programas y políticas, aprovechando la experiencia de centros que llevan mucho tiempo trabajando

9. Ahora bien, las actividades de formación de los profesionales de una manera u otra implicados en la asistencia no puede entenderse aisladamente de la educación de la población (de toda) no sólo en las cuestiones ya mencionadas sobre el funcionamiento del sistema sanitario, sino también en la concienciación sobre sus costes, sus posibilidades y límites y en lo que se refiere al uso responsable de los servicios.

10. Por último, las actividades de formación y todas las acciones de reflexión y debate propuestas, deberían entenderse en el marco de las actuaciones que después se deriven de ellas. Y estas actuaciones, sin entrar ahora en contenidos concretos, tendrían que regirse por tres principios fundamentales: la participación social, la interdepartamentalidad y la interdisciplinariedad.
    - En lo que se refiere a la participación social, decir que en cualquier actuación relacionada con la asistencia sanitaria sería conveniente tener presente el diálogo y la participación real de los diferentes interlocutores sociales, válidos y legítimos. Son muchos los planes y programas fracasados por falta de comprensión mutua, de deficiencias en la comunicación y de actitudes autoritarias inhibidoras del acercamiento, aquiescencia y participación de los sujetos en las intervenciones.
    - En cuanto a la interdepartamentalidad, resulta obvio que las actuaciones sobre ciertas condiciones relacionadas con la salud y la asistencia sanitaria pasan por medidas acordadas por varios departamentos de la Administración, como salud,

vivienda, trabajo o educación, por su coordinación en la planificación y en la gestión conjunta de los programas.

- Y respecto a la interdisciplinariedad, no insistiré más sobre ello porque es una constante a lo largo del texto, desde la propia introducción. Sólo un resumen muy breve de mi posición al respecto: la asistencia a población inmigrante (a toda la población, en realidad) es lo suficientemente compleja como para que su abordaje, si se quiere que sea correcto y legítimo, sea imposible desde una única disciplina. No se trata sólo de una cuestión de operatividad o de calidad de las investigaciones o de defensa de la propia parcela laboral e intelectual de cada uno, es una cuestión de responsabilidad básica cuando se trabaja con vidas humanas.

ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y LA MEDICINA: SALUD, DIVERSIDAD CULTURAL Y DESIGUALDAD SOCIAL

VOLUMEN 2
Trabajo de investigación. Programa de doctorado en Antropología Social y Cultural
Autora: Lucía Sanjuán Núñez
Directora: Dra. Teresa San Román
Departament d'Antropologia Social i Cultural
Universitat Autònoma de Barcelona
Octubre, 2007

ANEXOS

ANEXO I. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EL ÁMBITO ESPAÑOL Y CATALÁN

Mencionaremos, a continuación, de forma muy breve, los resultados de las investigaciones más destacadas en nuestro medio sobre desigualdades sociales en salud, en función de distintos indicadores y, exclusivamente, para población general[1].

1. DESIGUALDADES EN SALUD POR ÁREA GEOGRÁFICA

El área geográfica donde se vive tiene relación con diversas facetas de la vida de las personas (los servicios públicos de los que se dispone, la exposición a contaminantes, etc.) que tienen repercusiones sobre la salud. Desde el ámbito de estudio de las desigualdades sociales en salud se suele señalar que las personas que viven en zonas deprimidas desde el punto de vista socioeconómico muestran peores indicadores de salud tanto de mortalidad como de morbilidad, mayor probabilidad de desarrollar conductas poco saludables y peor acceso al sistema sanitario, aunque, como ya se ha mencionado, rara vez se realizan análisis en profundidad del por qué de estas asociaciones[2]. Suelen emplear indicadores de mortalidad y de privación material y clase social:

> "Els estudis sobre desigualtats geogràfiques acostumen a utilitzar tres tipus de mètodes que cal esmentar breument. En primer lloc, l'ús d'indicadors de mortalitat com a principals indicadors de salut. La mortalitat constitueix un indicador de salut molt utilitzat, de fàcil accés quan s'empra de forma agregada i amb un nivell de qualitat elevat o, almenys, acceptable en la majoria de països i regions. Segon, l'ús de la 'privació material' (*material deprivation*) com a indicador socioeconòmic. El concepte de privació material – que està molt relacionat amb el d'exclusió social i pobresa relativa – fa referència a la manca relativa dels béns, els serveis, els recursos, les comoditats i l'ambient físic que són habituals o que, almenys, estan àmpliament estesos en una societat o comunitat determinada (Townsend,1979; Gordon, 1995; Domínguez-Berjón i col·ls., 2001). La privació pot influir en diversos aspectes de la vida relacionats amb la salut, com ara el fet de tenir menys oportunitats per assolir necessitats bàsiques com l'ocupació o l'educació, o el fet de mantenir un estil de vida saludable. Finalment, en tercer lloc, la utilització d'àrees geogràfiques petites permet descriure amb molt detall la distribució dels indicadors sanitaris." (Borrell, Benach, 2003: 58, las cursivas son suyas)

Para el Estado español uno de los estudios más completos y destacados es el ya mencionado de Navarro, Benach, y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996), en el que presenta los datos a nivel de áreas geográficas pequeñas[3], Comunidades Autónomas y regiones. Los autores elaboraron un

---

[1] El esquema es el seguido por (Borrell, Benach, 2003; 2005).

[2] Aunque, puntualmente, se señalarán algunas de las limitaciones metodológicas más obvias de los estudios que se presentan, para facilitar la lectura no se hará aquí un análisis en profundidad de cada una de ellas. Para ello, se remite al lector a lo señalado en el capítulo 1.

[3] Se entienden por tales las zonas con más de 3.500 habitantes. Estas áreas se obtienen mediante la agregación de los municipios con población menor que esta, algo necesario porque la legislación vigente prohíbe, por razones de confidencialidad, el acceso a los datos de mortalidad en municipios con menos de 3500 habitantes.

índice sintético de privación material a partir del analfabetismo y el desempleo[4] y encontró que mostraba un patrón geográfico claro:

> "Si observamos con mayor detalle todos los niveles del índice sintético, parecen dibujarse tres patrones: un primer grupo de regiones de 'nivel alto', situadas en el norte del país, como La Rioja, Cantabria, Aragón y Navarra, en las que predomina un elevado porcentaje de población y zonas con un nivel de índice sintético de 1 y 2; un grupo de regiones de 'nivel medio', en el que se incluyen Valencia y Galicia, que presentan un elevado número de habitantes y zonas de nivel 2 y 3 con un pequeño número de zonas de nivel 4; finalmente, un grupo de regiones de 'nivel bajo', situadas en el sur del país, en el que figuran las comunidades más deprimidas, como Andalucía, Extremadura o Canarias, con un elevado porcentaje de población y zonas situadas en nivel 4 y 5 o, como en el caso de Murcia, un gran número de habitantes y zonas en los niveles 3 y 4. (…)" (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 68)

Además, la distribución del índice de privación se correspondía con la de las tasas y razón de mortalidad:

> "En relación a la distribución geográfica de la tasa bruta de mortalidad, observamos cómo las zonas localizadas en la mitad norte del país poseen una tasa de mortalidad más elevada (…) lo que es lógico, ya que la población más envejecida del país se halla precisamente en esa zona (…). Al utilizar las tasas de mortalidad estandarizadas por edad se invierte por completo el patrón anterior. Las zonas localizadas en la región de 'nivel bajo' son las que tienen niveles de mortalidad estandarizada más elevados o, lo que es lo mismo, niveles de la razón de mortalidad comparativa más elevados (…). Así, se reproduce el patrón espacial del índice sintético de privación material (…), dado que la mayor parte de zonas con un nivel de mortalidad más elevado se concentran en la región sur-suroeste. (…)
> Por lo que respecta a la mortalidad por todas las causas, y usando como instrumento comparativo la RMC, destaca la peor situación de Baleares y de varias comunidades situadas en la región 'nivel bajo': Ceuta, Murcia, Andalucía y Canarias, así como la mejor situación de comunidades como Castilla León, Navarra y Aragón. (…)" (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 70)

También en el ámbito estatal, J. Benach, junto con otros autores, (Benach, Yasui, 1999; Benach et al., 2001; 2003) han encontrado, en sucesivos estudios, una asociación entre índices sintéticos de privación material y los niveles de mortalidad en áreas geográficas pequeñas, llegando a afirmar que, en el Estado español, el exceso de mortalidad asociado a la privación alcanza cifras de un 14,4% en el caso de los hombres y un 11% para las mujeres o que si se equiparase la mortalidad de las zonas con menos privación a las zonas más favorecidas llegarían a evitarse más de 35.000 muertes al año (aunque no se explica cómo se calculan estas cifras).

En lo que se refiere al ámbito catalán, en 2003 se publica un trabajo[5] (Borrell, Benach, 2003) en el que, entre otros, realiza un análisis de las desigualdades en mortalidad en 288 agregados de municipios de toda Cataluña y 66 Áreas Básicas de Salud de Barcelona, utilizando indicadores de privación material basados en el desempleo masculino y la falta de formación femenina. Los autores encuentran que la situación en Cataluña es mejor que en el resto del Estado y que existe un gradiente geográfico de

---

[4] Este índice muestra la posición relativa de cada zona respecto al promedio para España, al que se da el valor cero, y establece agrupaciones en cinco categorías, siendo la 1 la situación más aventajada y la 5 la que refleja mayor privación material. Como indicadores de mortalidad seleccionó la tasa bruta de mortalidad (TBM), la tasa de mortalidad estandarizada por edad (TME) y la razón de mortalidad comparativa (RMC).

[5] Se trata de un texto que es un reconocido referente en el campo de las desigualdades sociales en salud en Cataluña. Se encuentra disponible una actualización en: Borrell, Benach, 2005.

mortalidad que se relacionaría con el índice de privación material, aunque de forma diferencial en función del tipo de áreas y del género:

> "En general, els indicadors socials seleccionats en aquest estudi presenten una relació molt estreta amb els indicadors de mortalitat. Així doncs, trobem que, entre els homes, existeix una clara associació entre l'atur masculí i la mortalitat i, en el cas de les dones, entre la manca d'instrucció i la mortalitat. No obstant això, aquestes relacions presenten dos patrons diferencials en funció de la mida de les àrees, de manera que les associacions són molt evidents en el cas de les àrees urbanes (igual o més de 20.000 habitants i les ABS de Barcelona) que no pas en el de les àrees rurals (menys de 20.000 habitants). En els homes, les correlacions entre l'atur i la RME és de 0,74 i de 0,37 per les àrees urbanes i rurals respectivament. En el cas de les dones, però, la situació és diferent; tot i que es manté una correlació elevada de 0,53 a les àrees urbanes, la correlació pràcticament desapareix (0,01) en el cas de les àrees rurals." (Borrell, Benach, 2003: 80)

> "D'acord amb els resultats obtinguts anteriorment, en general, l'empitjorament en els indicadors de privació s'associa a un augment de la mortalitat. No obstant això, aquest resultat s'aprecia consistentment en els homes i solament a les zones urbanes en les dones[6]." (Borrell, Benach, 2003: 82)

2. DESIGUALDADES EN SALUD POR ESTADO DE SALUD

Los autores que escriben sobre este tema suelen defender el estado de salud percibido como un buen indicador de la situación de salud de las personas e incluso como predictor de la mortalidad:

> "L'*estat de salut percebut* és un bon indicador de l'estat de salut i està relacionat tant amb les percepcions subjectives de la qualitat de vida com amb la presència de malalties diagnosticades clínicament i amb l'ús dels serveis sanitaris (Patrick i Berger, 1990); alhora, també és un predictor important de la mortalitat (Idler i Benyamini, 1997). Entre les principals utilitats de la mesura de l'estat de salut trobem el seguiment de la població en els plans de salut, l'establiment de prioritats, la identificació de grups d'alt risc i l'anàlisi dels patrons d'utilització dels serveis sanitaris. Les enquestes de salut són una de les fonts d'informació més utilitzades per tal de recollir totes aquestes dades (Bruin i col·l, 1996)." (Borrell, Benach, 2003: 93)

Las investigaciones al respecto muestran una correlación entre el estado de salud percibido y la presencia de enfermedades, por un lado, y la clase social (establecida por la ocupación), el nivel de estudios o de ingresos, por otro. Así, por ejemplo, el ya mencionado informe de Navarro, Benach y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996) compara los datos obtenidos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993 y encuentra una asociación entre variables que apuntaría a la existencia de desigualdades en cuanto al estado de salud percibido en función de la edad, el género, la clase social y el área geográfica.

> "En los hombres, el porcentaje de personas que refiere tener una salud deficiente varía entre el 9% y el 64%. En las mujeres, este porcentaje es mayor, variando entre el 11% y el 74%. Como es lógico, el número de personas con salud deficiente aumenta con la edad, pero dicho aumento no es uniforme con respecto a las clases sociales, sino que en ambas encuestas y en ambos sexos, las clases sociales más desfavorecidas presentan un mayor grado de salud deficiente. Sin embargo, las desigualdades varían para cada grupo de edad. Mientras que en las edades más jóvenes (16 a 54 años), la proporción de personas con salud deficiente es tan sólo algo mayor para las clases más desfavorecidas, en ambas encuestas las desigualdades aumentan a medida que observamos las edades más elevadas.

[6] Los autores no ofrecen una explicación para esta asociación de variables.

> No obstante, debe notarse cómo las desigualdades entre las clases en los grupos de edad más elevada (a partir de los 55 años) se han reducido desde el año 1987 al 1993; este hallazgo es más marcado en mujeres que en hombres. Por ejemplo, si en 1987 en el grupo con más de 75 años de edad, el porcentaje de mujeres con salud deficiente fue del 33% en la clase I y de 74% en la clase IV, es decir, una diferencia del 41% (…), en 1993 esta diferencia se redujo a un 18% (…). Igualmente, esta reducción, aunque en menor medida, se da también entre quienes tienen más de 55 años de edad, y en las mujeres más que en los hombres." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 85)

> "Para las Comunidades Autónomas con renta familiar baja, las diferencias entre las clases en cuanto al riesgo de padecer salud deficiente parecen haber aumentado entre 1987 y 1993. Esta tendencia, que aparece también en las mujeres, parece mostrar que la apuntada disminución en las desigualdades sociales en la percepción de salud entre 1987 y 1993 no sería homogénea para todas las Comunidades Autónomas; los datos señalan que en las Comunidades Autónomas cuyo nivel de renta familiar disponible es sensiblemente inferior a la media nacional las desigualdades sociales en la valoración del estado de salud habrían aumentado de 1987 a 1993." (Navarro, Benach, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud, 1996: 86)

Otra investigación destacada a nivel del Estado español es la publicada por Regidor et al. en 2002, que estudia la evolución de las desigualdades en salud en España a partir del análisis de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987, 1995 y 1997. Los autores analizan los datos referentes al estado de salud percibido y cuatro enfermedades crónicas (enfermedad cardiaca, diabetes mellitus, bronquitis crónica/asma y alergias) en hombres y mujeres entre 25 y 74 años. Las características socioeconómicas analizadas fueron el nivel educativo (clasificado en bajo, medio y alto) y la clase social (basada en la ocupación del cabeza de familia y agrupada en cuatro categorías: trabajadores no manuales de alto y bajo nivel y trabajadores manuales cualificados y no cualificados). El artículo ofrece datos concretos por clase social, nivel de educación[7] y género para el estado de salud y cada una de las cuatro enfermedades crónicas[8] y una somera aproximación a las causas que explicarían –según los autores– algunos de los resultados. En concreto, Regidor et al. (2002) concluyen que las desigualdades en salud percibida, diabetes mellitus y bronquitis crónica/asma se incrementaron en España entre 1987 y 1995/97, y que, en general, son mayores por clase social que por educación y para las mujeres más que para los hombres[9].

> "In general, health inequalities were larger by educational level than by social class and were larger in women than in men. Inequalities in perceived general health, diabetes mellitus and

---

[7] La ocupación se codificó en 11 categorías y cada una de ellas fue asignada a una de las siguientes clases sociales: trabajadores no manuales de alto nivel (empleadores o directores de empresas con seis o más trabajadores y profesionales), trabajadores no manuales de bajo nivel (autónomos o empleadores o directores de empresas con cinco o menos empleados, supervisores y trabajadores administrativos), trabajadores manuales cualificados y trabajadores manuales no cualificados.
El nivel educacional se clasificó en tres categorías: bajo (sin formación o formación terminada a los 14-15 años), medio (formación acabada a los 16-19 años o educación no universitaria) y alto (estudios universitarios).

[8] Los datos sobre salud percibida se obtuvieron realizando la siguiente pregunta: "Durante los últimos 12 meses, ¿cómo diría que ha sido su salud?: muy buena, buena, regular, mala o muy mala.", y se consideró que tenían una percepción negativa de su salud quienes respondían que ésta era regular, mala o muy mala. Para obtener información sobre enfermedades crónicas, se leía a los encuestados una lista de enfermedades y se pedía que contestasen (sí o no) si habían sufrido alguna de ellas. En la encuesta de 1987 la lista incluía 25 situaciones mientras que en 1995 y 1997 se incluyeron siete. Regidor et al. sólo estudiaron cuatro: enfermedad cardiaca, diabetes mellitus, bronquitis crónica o asma y alergias.

[9] Aunque, de nuevo, lo que se presenta parecen ser correlaciones entre variables y no hipótesis causales adecuadamente contrastadas.

chronic bronchitis/asthma increased in Spain between 1987 and 1995/97." (Regidor et al., 2002: 1323)

"The percentage of individuals with less-than-good perceived health and the prevalence of diabetes mellitus and chronic bronchitis/asthma were higher in manual than in non-manual workers, although trends in diabetes mellitus were not significant in men." (Regidor et al., 2002: 1325)
"The percentage of less-than-good perceived health and the prevalence of diabetes mellitus and chronic bronchitis/asthma were higher in those with low educational level than in those with middle or high educational level, except for the prevalence of chronic bronchitis/asthma among women in 1987. In 1987 there was no significant trend in diabetes mellitus among men. No relation was found between heart disease and educational level. Finally, the prevalence of allergies was higher in people with middle and upper educational level, except for men in 1995/97" (Regidor et al., 2002: 1325)

En lo que se refiere a Cataluña, Fernández et al. publican en el año 2000 un artículo en el que analizan los resultados de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994, (ESCA-94) en cuanto a salud percibida, actividad restringida en los últimos 15 días por motivos de salud y existencia de trastornos crónicos, según la clase social[10]. Según los datos proporcionados por la ESCA-94, las personas de las clases más desfavorecidas (IV-V) declaran en mayor porcentaje tener un estado de salud malo o regular que las de las clases más aventajadas (I y II). Teniendo en cuenta el sexo, el estado de salud deficiente encontrado es casi el doble en los varones de clases IV-V que los de clase I-II, y la diferencia es aún mayor en el caso de las mujeres. En relación a la limitación de actividad, también se observan diferencias en cuanto a la clase social en ambos sexos, datos que también se cumplen respecto a la probabilidad de padecer algún trastorno crónico[11].

"La proporción de personas que declara su salud como regular o mala es mayor en las clases IV-V que en las clases I-II (varones, 25,0 frente a 14,5%; OR, 1,8; IC del 95%, 1,5-2,3; mujeres, 34,4 frente a 21,5%; OR, 1,7, IC del 95%, 1,4-2,1)." (Fernández et al., 2000: 96)

"El porcentaje de varones de las clases IV-V que declararon un estado de salud como regular o malo fue aproximadamente del doble (25,0%) respecto al de varones de las clases más favorecidas (14,5%), asociación que se mantiene tras controlar por edad, área de residencia y número de trastornos crónicos (OR, 1,8; IC del 95%, 1,5-2,3). La proporción de mujeres que declararon su salud como mala fue aún mayor (…), con un patrón similar al observado en varones (OR, 1,7; IC del 95%, 1,4-2,1). Se observan diferencias entre las clases IV-V y las clases I-II en la presencia de algún tipo de restricción de la actividad asociada a problemas de salud en las 2 semanas previas a la entrevista, tanto entre los varones (10,2 frente a 5,6%; OR, 1,8; IC del 95%, 1,3-2,4) como en mujeres (15,0 frente a 10,6%; OR, 1,2; IC del 95%, 1,0-1,5). Finalmente, existen diferencias en la probabilidad de presentar algún trastorno crónico según la clase social tanto entre varones como entre mujeres. Estas diferencias persisten tras controlar por edad y área de residencia (…). Los resultados fueron prácticamente idénticos en los modelos, que incluyeron además como variables de ajuste consumo de tabaco y alcohol y la práctica de ejercicio físico habitual (…)." (Fernández et al., 2000: 98)

De acuerdo con estos datos, Fernández et al. (2000) concluyen que, pese a la universalidad del sistema sanitario catalán, persisten diferencias según la clase social en el estado de salud.

---

[10] La salud percibida se categoriza en "buena" o "mala", los trastornos crónicos se eligen entre una lista de dieciséis y la clasificación de la clase social es la de Domingo y Marcos.
[11] El comentario sería, de nuevo, el mismo: lo que se muestran son correlaciones entre variables, pero se pierde de vista que esto no necesariamente implica una relación causal y que pueden estar implicadas otras variables que no se tienen en cuenta.

Para la ciudad de Barcelona existen estudios similares, entre los que destaca el de Alonso y Antó (1988) que, a través de los datos proporcionados por la Enquesta de Salut de Barcelona de 1986, encontraron diferencias significativas en cuanto a la clase social en el estado de salud percibido (mejor en las clases I-II) y la declaración de padecer enfermedades crónicas o haber sufrido limitaciones recientes de la actividad por razones de salud (más frecuentes en las clases IV-V). Además, a igual grado de necesidad, el acceso a los servicios sanitarios era peor en las clases más bajas, sin que se aporten datos que puedan explicar este fenómeno.

3. DESIGUALDADES EN SALUD POR USO DE SERVICIOS SANITARIOS

En el Estado español, destaca el trabajo de Lostao et al. (2001) sobre la evolución de la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios en función del nivel socioeconómico y de estudios en población mayor de 24 años, utilizando datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987, 1993, 1995 y 1997[12]. Para investigar la utilización de los servicios, los autores analizan los datos de hospitalización y las consultas al médico de familia, al ginecólogo y al dentista. Para la accesibilidad, investigan el tiempo invertido en llegar a la consulta, el tiempo de espera antes de ser atendido y para el ingreso hospitalario[13]. En los cálculos estadísticos se incluyó, además de la estandarización por edad y sexo, una medida de necesidad:

> "En la consulta médica y en la hospitalización la medida de necesidad fue la presencia de enfermedad crónica, mientras que en la consulta al dentista la medida de necesidad fue el estado de la dentadura. Por su parte, en la consulta al ginecólogo no se encontró ninguna variable

[12] Para el nivel socioeconómico se utilizó una propuesta basada en la ocupación y la situación laboral actual del cabeza de familia, por la que se establecen cinco grupos: "bajo (V): estudiantes, sus labores, parados que buscan su primer empleo y trabajadores manuales no cualificados parados o jubilados; medio-bajo (IV): trabajadores manuales no cualificados ocupados y trabajadores manuales cualificados parados o jubilados; medio (III): trabajadores manuales cualificados ocupados y mandos intermedios, empleados administrativos y trabajadores autónomos parados; medio-alto (II): mandos intermedios, empleados administrativos y trabajadores autónomos ocupados y directivos, empresarios y profesionales parados o jubilados; y alto (I): directivos, empresarios y profesionales ocupados." (Lostao et al., 2001: 118). El nivel de estudios se categorizó en tres grupos: 1) sin estudios o con estudios de primer grado, 2) con estudios de segundo grado, 3) con estudios de tercer grado.

[13] "Las encuestas nacionales de salud recogen información de esas características mediante las siguientes preguntas: ¿ha consultado con algún médico por algún problema, molestia o enfermedad suya en las dos últimas semanas?; en la última consulta realizada ¿cuánto tiempo tardó, aproximadamente, en llegar desde su domicilio al lugar de la consulta? y ¿cuánto tiempo tuvo que esperar en el lugar de la consulta desde que llegó hasta que fue atendido por el médico?; ¿ha estado hospitalizado como paciente, al menos durante una noche, en los últimos doce meses? En cuanto al tiempo de espera para ingreso hospitalario, a aquellos que señalaban el último ingreso como ordinario, programado o por lista de espera, en la encuesta de 1987 se preguntaba ¿cuántos días, aproximadamente, transcurrieron desde el día de la consulta en la que el médico le indicó que ingresara en el hospital hasta el día del ingreso?; en cambio, en las encuestas de 1995 y 1997, a aquellos que señalaban que en el último ingreso hospitalario estaban en la lista de espera, se les preguntaba ¿cuánto tiempo en meses había estado en la lista de espera? La información sobre la consulta al dentista se obtuvo mediante la pregunta: ¿ha consultado al dentista, protésico o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura en los últimos tres meses? La consulta al ginecólogo no se investigó en la encuesta de 1987; por ello, con el objeto de evaluar la tendencia de esta característica, se utilizaron los datos que proporciona la encuesta nacional de salud de 1993. En las encuestas, la información referente a la consulta al ginecólogo se obtuvo sólo de las mujeres con la siguiente pregunta ¿ha acudido alguna vez al ginecólogo? y a las que contestaron afirmativamente, se les preguntó cuándo consultaron por última vez por un motivo diferente al embarazo o al parto. En el presente estudio, sólo se investigó la consulta realizada al ginecólogo en el último año." (Lostao et al., 2001: 117-118)

indicadora de la necesidad de este tipo de asistencia en el cuestionario. No se incluyó como medida de necesidad la autovaloración del estado de salud, ya que esta variable tiende a reflejar el bienestar general y no únicamente el estado de salud. Por otro lado, se incluyó el tipo de cobertura sanitaria (publica y doble –privada y pública–), pero los modelos estadísticos utilizados no convergieron, con lo que finalmente fue excluida del análisis." (Lostao et al., 2001: 118)

Los datos analizados muestran que la frecuencia de consulta al médico de familia se incrementó entre 1987 y 1995-97[14] a medida que se desciende en la escala socioeconómica, mientras que no se encontraron diferencias en los porcentajes de hospitalización. Una de las razones esgrimidas para el primer hecho es el incremento en el porcentaje de personas con doble cobertura, generalmente de nivel socioeconómico alto y que habrían acudido a los servicios privados en lugar de a los públicos, haciendo descender así la consulta en estos últimos. Lostao et al. (2001) recogen también otras explicaciones procedentes de estudios internacionales que se relacionan fundamentalmente con dos hechos: la supuesta mayor responsabilización sobre la propia salud en las personas de clase social y nivel de estudios más alto (con la consiguiente reducción de las visitas) y la tendencia de los grupos de educación e ingresos más bajos a confiar más y cuestionar menos los mensajes y actitudes de los médicos, trasladándoles, en cierto sentido, la responsabilidad sobre su salud (con lo que consultarían más para los mismos problemas). Además, de acuerdo con este planteamiento, las personas con mayor nivel de estudios (y clase social más alta) serían más capaces de articular mejor sus demandas, recibiendo así tratamientos más adecuados que otros grupos socioeconómicos. Se trata, sin duda, de una explicación posible, pero sería necesario comprobar en qué medida estas conclusiones de estudios realizados en otras latitudes son extrapolables a nuestro medio y qué otras variables podrían estar interviniendo.

En lo que se refiere a la ausencia de desigualdades en cuanto a la hospitalización, según Lostao et al. (2001) se debería a que ésta no depende de la demanda si no de la valoración por parte del profesional de la gravedad de la situación, lo que no estaría sujeto a variaciones por clase ni estudios[15].

La razón de porcentajes de consulta al dentista y al ginecólogo desciende a medida que se baja en la escala socioeconómica y en el nivel de estudios. En el caso del dentista, según los autores, estaría motivado por la ausencia de cobertura pública, que limitaría el acceso de los sectores económicos más bajos, mientras que, para las consultas ginecológicas, defienden que influiría la menor utilización de los servicios preventivos por parte de las mujeres de grupos socioeconómicos y niveles de estudios bajos, ya sea por menor capacidad de interpretar el riesgo de la enfermedad y el beneficio de la actividad preventiva como por las limitaciones en cuanto a la capacidad para comprender los mensajes preventivos[16].

---

[14] Las encuestas de 1995 y 1997 se agregaron para poder compensar las diferencias en el tamaño muestral respecto a las anteriores.

[15] Aunque, desde un punto de vista teórico, esto es así, también son otros muchos los factores que pueden intervenir, en diferente medida, en que un paciente se ingrese: desde la disponibilidad de cama en el momento concreto hasta el nivel de exigencia del paciente o sus familiares pasando por su grado de conflictividad o la naturaleza pública o privada del centro, por citar tan sólo algunas de las posibilidades.

[16] De nuevo llama la atención la tendencia a simplificar las explicaciones, a elaborar sólo aquellas hipótesis aparentemente más evidentes, dejando de lado otras. Por ejemplo, en el caso de las consultas ginecológicas pueden influir cuestiones culturales relacionadas con el pudor, el hecho de que la generalización de la prevención a este nivel es aún reciente y su importancia puede no haber llegado a

En relación con la accesibilidad, en ambos periodos se redujeron los tiempos de espera en la consulta y para la hospitalización, aunque, en el primer caso continúa siendo ligeramente superior para los grupos socioeconómicamente más bajos. La explicación de Lostao et al. (2000) se centra en la mayor capacidad de las personas de nivel económico y educativo alto para comprender el funcionamiento de los servicios sanitarios y para comunicarse con el médico, a lo que añaden que las diferencias disminuyen en los ingresos programados, lo que iría a favor de la explicación anterior.

En el caso de la situación en Cataluña, el informe de Borrell y Benach (2003) afirma que el 99% de la población catalana tiene cobertura pública y un 40% de las clases I y II la tiene, además, privada, cifra que cae al 15% en las clases IV y V. En lo que se refiere a la atención primaria, en Barcelona, 9 de cada 10 personas afirman tener médico de familia asignado, aunque con ligeras diferencias en función de la clase social y el tipo de seguro. La doble cobertura influye también, según los autores, en la realización de pruebas preventivas, ya que las mutuas privadas ofrecerían facilidades en este sentido.

> "Un 25,3% dels homes i un 23,5% de les dones de 15 anys o més d'edat declaren que es fan algun examen mèdic preventiu de manera regular o periòdica. La població de la classe social III és la que ho declara en un percentatge més elevat. Aquest patró és força semblant a les diferents regions estudiades (...). El fet de tenir una cobertura sanitària doble (pública i privada) fa que un percentatge més elevat de la població es faci exàmens preventius. Així, un 21,3% dels homes amb cobertura pública es realitza un examen preventiu de manera periòdica i entre els homes amb doble cobertura ho fa un 33,6%; en el cas de les dones, aquests percentatges són de 21,0% i 31,8% respectivament. Cal assenyalar que, en el cas de les dones que tenen doble cobertura, les de les classes socials IV-V són les que es fan menys exàmens preventius (24%), en comparació amb les de les classes I-II (33,2%) i de la classe III (38,3%) (...). Aquest fet es podria explicar pel nombre reduït de visites ginecològiques preventives que realitzen les dones de les classes desafavorides (...)." (Borrell, Benach, 2003: 159-160)

Para valorar el acceso a los servicios sanitarios se utilizó como medida de necesidad el estado de salud percibido y se observó que existe una correlación positiva entre la percepción de mala salud y la utilización de los servicios sanitarios. El nivel de uso no presentaba diferencias en cuanto a clase social ni en función de la existencia o no de seguro privado, pero sí por sexo, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. En relación al tiempo de espera, sí aparecieron diferencias por clase (esperan más las clases más desfavorecidas) y por tipo de cobertura (las personas que acudían a los servicios públicos esperaban de media 15 minutos más). Respecto a la consulta a especialistas en el último año, los porcentajes eran mayores en mujeres que en hombres, pero no existían diferencias por clase social o por región. Los ingresos hospitalarios, sin embargo, eran más frecuentes en los hombres, en las personas con mala salud percibida y en los que disponían de sanidad privada además de la pública, sin que se apreciasen diferencias por clase. Finalmente, los datos sobre uso de los servicios de urgencias corresponden sólo a Barcelona, donde una cuarta parte de la población declaraba haber acudido en el último año, con ligeras diferencias en función del sexo y la clase social[17].

En lo que se refiere a la situación en esta ciudad, un informe de la Agència de Salut Pública de Barcelona (2004), además de realizar una evaluación general de la situación

---

toda la población o que el área ginecológica y de materno-infantil está entre las que se da un mayor recurso a la medicina privada, sabiéndose, además, que los criterios respecto a la prevención y la realización de pruebas pueden ser diferentes en estos centros y en los públicos.

[17] Sería necesario, por tanto, valorar esta disparidad de resultados respecto a los de otros autores y, lógicamente, considerar la posibilidad de que otras variables pudieran estar implicadas.

en cuanto a indicadores de salud prestando especial atención a las desigualdades entre distritos, presenta un capítulo dedicado a la utilización de servicios, donde muestra datos sobre la doble cobertura sanitaria, el uso de los servicios de primaria, urgencias, hospitalización, los porcentajes de frecuentación por distritos y la evolución de la atención sociosanitaria. Destaca el análisis que se realiza sobre las causas que motivan la consulta en urgencias, tras constatar un incremento en el número de consultas y la saturación creciente de este tipo de servicios:

> "La percepció dels símptomes genera la consideració de pèrdua de salut i constitueix el fet desencadenant. El tipus de símptomes i el grau de coneixement dels mateixos, bé pel propi individu com pel seu entorn proper, condueixen a catalogar-los com a coneguts o desconeguts i com a greus o no greus. La següent etapa, i molt crucial, és l'elaboració o no d'un autodiagnòstic; entès com una idea o significat d'allò que està passant a la persona. La presència o absència d'autodiagnòstic determina la necessitat (greu/no greu) i el tipus d'atenció que es necessita.
> En general, són els símptomes desconeguts, i aquells que són coneguts però que han tingut en altre moment un mal desenllaç, els casos que no condueixen a un autodiagnòstic. En aquests casos, i en els casos en què l'autodiagnòstic fa referència a un òrgan vital (p. ex. 'pensava que era del cor'), es pren la decisió d'anar a urgències, específicament als serveis d'urgències hospitalaris. En aquesta presa de decisió, l'angoixa desencadenada és un factor mediador entre la percepció de necessitat i la decisió, i actua a través d'un mecanisme circular que impedeix la construcció d'un significat d'allò que està succeint.
> A partir d'aquí, es tenen en compte altres elements, sobretot el coneixement de l'oferta (incloent el coneixement emocional) i el context global de la persona (càrregues personals, laborals, disponibilitat de temps, etc.). Respecte a l'oferta, són importants les experiències prèvies, sobretot la relació establerta amb els professionals de l'APS, així com la pressuposició de la necessitat de recursos no disponibles a nivell extrahospitalari. (...)
> Pel que fa al context vital de la persona, entès com les necessitats personals, familiars i socials, una de les principals valoracions que s'han expressat ha estat el factor 'temps', amb relació a la disponibilitat, al cost d'oportunitat i a la flexibilitat o rigidesa de les obligacions bàsicament laborals o de la cura d'altres. Les càrregues familiars i el temps laboral (manca de flexibilitat, horaris extensos, precarietat laboral) fan que la presa de decisió es decanti cap a la tria d'un servei d'urgències hospitalari. El factor 'temps d'espera' en un servei d'urgències hospitalari no és valorat negativament pels qui l'han utilitzat per patologies no greus. Aquest temps d'espera es justifica i al mateix temps es compara amb el temps de resolució a nivell extrahospitalari i, per tant, sempre en surt una valoració favorable. Temps per temps es prefereix perdre temps tot d'una tacada, que estones de temps repartides durant dies i mesos en atenció extrahospitalaria.
> Finalment, únicament remarcar que l'accessibilitat geogràfica als serveis d'urgències hospitalaris –factor determinant de la demanda inadequada als serveis d'urgències hospitalaris en molts estudis–, no ha estat un factor emergent important en els discursos analitzats i quan ha sortit anomenat ha estat, paradoxalment, en els usuaris d'àmbit urbà i no en els d'àmbit rural." (Agència de Salut Pública, 2004: 54- 55)

4. DESIGUALDADES EN SALUD POR ESTILOS DE VIDA

La salud de las personas dependerá también de sus estilos de vida. En los estudios sobre desigualdades sociales en salud se suele afirmar que las personas con niveles educativos elevados tienen mejor acceso a información relativa a la salud, más receptividad y mayor capacidad de comprensión de los mensajes preventivos. Además, quienes pertenecen a niveles socioeconómicos altos tendrían más posibilidades de influir en las decisiones de salud pública o las prestaciones de los servicios sanitarios.

Así, el informe de Navarro, Benach y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud (1996) estudia, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993, la prevalencia del hábito tabáquico, consumo de

alcohol, sobrepeso y actividad física de ocio en función de la clase social, el género, la edad y el área de residencia. Analizando los datos, observa un descenso de la prevalencia de consumo de tabaco entre los hombres e incremento entre las mujeres. Según la clase social, aunque el porcentaje de fumadores disminuye en todas ellas, el consumo en los hombres fue mayor en las clases desfavorecidas y en las mujeres, a la inversa. Respecto al alcohol, el nivel de consumo global descendió en el periodo de estudio y, según la clase, el porcentaje de hombres consumidores excesivos aumenta a medida que se desciende en la escala social. La actividad física en tiempo de ocio se suele considerar en este tipo de estudios como un indicador de desigualdad en la medida en que su realización denota preocupación por la propia salud y, además, disponibilidad de tiempo y recursos para realizarla. En el citado informe (1996) se observó que era menor a medida que se descendía de clase para ambos géneros. Respecto al sobrepeso, su prevalencia aumentaba en ambos sexos, siendo mayor en hombres que en mujeres en todas las clases. También se incrementaba a medida que se desciende en la clase social, aunque el gradiente es más claro en las mujeres.

En el caso de Cataluña, el trabajo de Borrell y Benach (2003), a partir de datos de la Enquesta de Salut de Catalunya de 1994, analiza las mismas variables, con resultados similares. El consumo de tabaco es mayor en hombres que en mujeres, siendo en los primeros más frecuente en las clases más bajas, sin que se pueda establecer un gradiente claro en el caso de las mujeres. Respecto al alcohol, el porcentaje de personas abstemias es mayor en mujeres, y, tendiendo en cuenta la clase social, el mayor porcentaje entre ellas se da en las clases bajas, mientras que en hombres no existe un patrón de desigualdad claro. En relación con la actividad física, se diferencia entre la que se realiza durante la actividad laboral (incluida la doméstica) y la de ocio. Para la primera, el sedentarismo aumenta al ascender en la escala social tanto en hombres como en mujeres, siendo a la inversa en el caso de la actividad en tiempo de ocio. En cuanto al sobrepeso, se incrementa a medida que se desciende en la clase social

5. DESIGUALDADES EN SALUD POR GÉNERO

La segregación por género en el trabajo, en el reparto de roles y en el ejercicio del poder tiene repercusiones diferenciadas en la salud de los hombres y de las mujeres. Así, salvo el hecho de tener una mayor esperanza de vida, el resto de los indicadores utilizados en este tipo de estudios muestran peores resultados de salud en el caso de las mujeres: peor salud percibida, limitación de la actividad o prevalencia de trastornos crónicos. En concreto, Borrell y Benach (2003) encuentran que, a pesar de tener una esperanza de vida casi 7 años mayor que los hombres, la esperanza de vida sin incapacidad es menor para las mujeres:

> "En relació amb l'esperança de vida sense incapacitat, les diferències entre les dones i els homes són molt menys accentuades. En el grup de persones menors de vint-i-cinc anys, les dones tenen dos anys i mig més d'esperança de vida sense incapacitat, però en el grup de trenta-cinc a quaranta-quatre anys aquesta diferència és menor d'un any de vida sense incapacitat, i entre el grup de persones comprès entre els quaranta-cinc i els seixanta-cinc anys l'esperança de vida sense incapacitat pràcticament s'iguala entre els dos sexes. Cal remarcar que a partir dels seixanta-cinc anys la proporció d'esperança de vida sense incapacitats és més gran per als homes que per a les dones. Entre les persones d'aquests grups d'edat, mentre que els homes poden esperar viure amb relativa bona salut una tercera part del temps que els resta, en el cas de les dones aquest temps no arriba ni a una cinquena part. La proporció que representa el temps de vida sense incapacitat sobre l'esperança de vida total, en totes les edats, és menor per a les dones

> que per als homes, la qual cosa reflecteix que la situació d'incapacitat és molt més greu per a les dones que per als homes (...)." (Borrell, Benach, 2003: 196-197)

Aunque las opiniones respecto a las causas son contradictorias, parece existir acuerdo en que tales desigualdades se deberían a una combinación de factores biológicos y sociales. Entre los primeros se suelen señalar las enfermedades relacionadas con el área reproductiva y las diferencias en la prevalencia en mujeres de determinadas patologías crónicas, no letales pero que generan mala percepción de la salud y limitación de la actividad, como pueden ser algunas músculo-esqueléticas y mentales. Sin embargo, respecto sobre todo a la patología psíquica, los diagnósticos podrían tener un sesgo motivado por diferencias en la frecuencia de consulta, en el tipo de la demanda y en la expresión de las quejas, que llevarían a que estas enfermedades se diagnosticaran más en mujeres. En el área social influirían la discriminación en cuanto al reparto de roles (fundamentalmente doméstico y de cuidadora en la mayoría de las sociedades, con los efectos psicológicos que esto conlleva) y la diferente exposición a riesgos laborales (relacionada con el tipo de trabajo, con la posición jerárquica subordinada, el menor sueldo relativo y también con el estrés generado por la necesidad de compaginarlo con el doméstico).

En relación al trabajo, diversos estudios han mostrado que el hecho de realizar una actividad remunerada constituye un factor que influencia positivamente la salud de las mujeres, en la medida en que se incrementa la valoración social, la autoestima, las relaciones sociales y de apoyo y, también, la disponibilidad de recursos económicos y la independencia, aunque es necesario no perder de vista el estrés y la sobrecarga de trabajo que puede suponer la combinación del remunerado con el doméstico, con el consiguiente riesgo para la salud. De hecho, un estudio de Rohlfs et al. (1997) a partir de datos de la Enquesta de Salut de Barcelona de 1992 observó que, entre las mujeres en esta situación, tienen mejores indicadores de salud las de las clases más favorecidas que cuentan con ayuda externa para las tareas domésticas.

6. DESIGUALDADES EN SALUD POR SALUD LABORAL

A pesar de que la ocupación es uno de los factores principales en cuanto a las desigualdades, los estudios sobre la repercusión del trabajo en la salud son poco frecuentes, especialmente en nuestro medio.

En general, suele señalarse que la disponibilidad de trabajo, su tipo y calidad, pero también cuestiones como el grado de control sobre el mismo o la capacidad de decisión, tienen influencias significativas en la vida y la salud de las personas. Aún así, los estudios en este sentido son escasos y la mayor parte se concentran en la investigación sobre la exposición a factores de riesgo de tipo físico (accidentes, exposición a tóxicos, duración de la jornada laboral, actividad física…) y prestan menos atención a los psicológicos (posición jerárquica, posibilidades de despido, estrés…), aunque el porcentaje de estudios que investigan la relación entre la salud y el desempleo y las repercusiones de la combinación de trabajo asalariado y doméstico en las mujeres se han incrementado en los últimos años.

7. DESIGUALDADES EN SALUD POR MEDIO AMBIENTE

Es bien conocida la existencia de repercusiones sobre la salud de las personas de toda una serie de factores de riesgo ambiental que van desde la contaminación del aire, el tratamiento de los residuos o el cambio climático hasta la calidad del agua y los alimentos. Estos elementos han sido ampliamente relacionados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias y con ciertos tipos de cáncer.

La influencia en la salud dependería, además de la susceptibilidad individual (muy poco investigada), del grado de exposición y las posibilidades de prevención y protección. Y es en estos últimos tres factores donde existirían diferencias significativas entre los distintos sectores de la sociedad (Borrell, Benach, 2003): así, se ha señalado que las clases más desfavorecidas tienen más posibilidades de estar expuestas a contaminantes tanto en el trabajo como en la zona de vivienda y suelen tener a su alcance menos medidas de protección. Las clases más altas vivirían en mejores condiciones y, sobre todo, tendrían más capacidad de control sobre su exposición a los riesgos. Además, aquellos con mayores niveles educativos conocerían mejor los riesgos y las medidas de prevención.

ANEXO II. DOCUMENTOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS

1. LISTADO DE DOCUMENTOS SOBRE SALUD Y DERECHOS HUMANOS

"Tratados y convenios internacionales (en orden cronológico) relacionados con la salud y los derechos humanos

- Convenio (Nº 29) relativo al trabajo forzoso u obligatorio (1930)
- Carta de las Naciones Unidas (1945)
- Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948)
- Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena (1949)
- Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña (1949)
- Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar (1949)
- Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra (1949)
- Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (1949) y Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I) (1977) y Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II) (1977)
- Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951) y su Protocolo (1966)
- Convenio (Nº 105) sobre la abolición del trabajo forzoso (1957)
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos Protocolos (1966 y 1989)
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y su Protocolo (1999)
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convenio (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)
- Convenio (Nº 182) sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (1999)
- Convenio (Nº 183) sobre la protección de la maternidad (2000)." (OMS, 2002: 29, las cursivas son mías)

“Declaraciones, normas y reglas internacionales (en orden cronológico) relacionadas con la salud y los derechos humanos

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad (1975)
- Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975)
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes (1982)
- Declaración sobre el derecho al desarrollo (1986)
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991)
- Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas (1992)
- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)
- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)
- Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos (1998)
- Principios rectores aplicables a los desplazamientos internos (1998).” (OMS, 2002: 30, las cursivas son mías)

“Instrumentos regionales (en orden cronológico) relacionados con la salud y los derechos humanos

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (1952-1994)
- Carta Social Europea (1961, revisada en 1996)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)
- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales - «Protocolo de San Salvador» (1988)
- Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte (1990)
- Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - «Convención de Belém do Pará» (1994)
- Carta Árabe de Derechos Humanos (1994)
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina: Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1997)
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).” (OMS, 2002: 30, las cursivas son mías)

"Documentos preparados en conferencias internacionales (en orden cronológico) relacionados con la salud y los derechos humanos

- Cumbre Mundial en favor de la Infancia, Nueva York (1990): Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y, como complemento, periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la infancia (2002): Un mundo apropiado para los niños.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro (1992): Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa 21
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena (1993): Declaración y Programa de Acción
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994): Programa de Acción
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague (1995): Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y, como complemento, Copenhague más 5 (2000)
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995): Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y, como complemento, Beijing más 5 (2000)
- Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II), Estambul (1996): Declaración de Estambul sobre los Asentamientos Humanos
- Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma (1996): Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y, como complemento, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después y Alianza Internacional contra el Hambre (2002)
- Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al SIDA (2001): Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: «Crisis mundial-Acción mundial» Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban (2001): Declaración y Programa de Acción de Durban
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002): Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento." (OMS, 2002: 31, las cursivas son mías)

2. OTROS DOCUMENTOS

Además de los textos legales citados en el capítulo 4 y los referidos en el apartado anterior, existen multitud de Protocolos, Declaraciones, Convenciones y Conferencias en los que se aborda de alguna manera el tema del derecho a la salud y la asistencia sanitaria a poblaciones vulnerables. Entre ellos, y de manera muy resumida, destacan:

2.1. Declaración de Alma-Ata

La Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), proclamada el día 12 de septiembre de 1978 tras la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reafirma la definición de salud propuesta en la Constitución de la OMS (1948) y se centra en la lucha contra las desigualdades en salud y la promoción de la Atención Primaria.

"II
La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III
El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo.
La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV
Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V
Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. (…)" (OMS, 1978)

2.2. Declaración Mundial de la Salud

La Declaración Mundial de la Salud (OMS, 1998) fue adoptada en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998. En ella, la OMS se reafirma en los conceptos de salud, derecho a la salud, equidad en salud, en la necesidad de disminuir las desigualdades sociales en salud y de desarrollar la Estrategia de Salud Para Todos en el Siglo XXI.

"II
Reconocemos que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico. Nos adherimos a los conceptos éticos de equidad, solidaridad y justicia social y nos comprometemos a incorporar en nuestras estrategias una perspectiva atenta a la paridad entre los sexos. Hacemos hincapié en la importancia de reducir las desigualdades sociales y económicas para mejorar la salud de toda la población. Por consiguiente, hay que prestar la máxima atención a los más necesitados, a quienes están agobiados por la mala salud, no reciben servicios de salud adecuados o se ven afectados por la pobreza. Reafirmamos nuestra voluntad de promover la salud abordando los determinantes básicos y los requisitos previos para la salud. Reconocemos que la evolución de la situación sanitaria mundial exige que llevemos a efecto la "Política de Salud para Todos para el siglo XXI" mediante políticas y estrategias regionales y nacionales pertinentes.

III
Renovamos nuestro compromiso de fortalecer, adaptar y reformar, según proceda, nuestros sistemas de salud, en particular las funciones y los servicios esenciales de salud pública, a fin de asegurar el acceso de todos a unos servicios de salud que se basen en los conocimientos científicos, sean de buena calidad y estén dentro de unos límites asequibles, y que sean sostenibles en el futuro. Tenemos el propósito de asegurar la disponibilidad de los elementos esenciales de la atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata y desarrollados en la nueva política. Seguiremos desarrollando sistemas de salud para responder a la situación sanitaria actual y previsible, a las circunstancias socioeconómicas y a las necesidades de las personas, las comunidades y los países afectados, mediante acciones e inversiones públicas y privadas adecuadamente gestionadas en pro de la salud." (OMS, 1998)

2.3. Documentos de la Organización Internacional del Trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha celebrado un gran número de convenciones sobre aspectos relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo y también en relación con las condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes.

> "The ILO Convention No. 97 concerning Migration for Employment (Revised) covers individuals who migrate from one country to another with a view to working for an employer. The ILO Convention No. 143 concerning Migrations in Abusive Conditions and the promotion of Equality of Opportunity and Treatment of Migrant Workers obliges States parties to respect the basic human rights of all migrant workers – irrespective of their legal status." (OMS, 2003: 34)

2.4. Relatores Especiales de la ONU para la salud e inmigración

La ONU ha nombrado dos Relatores Especiales encargados de la vigilancia, la investigación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud y con los derechos de los inmigrantes.

En la disposición por la que se procede a crear la figura del Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel posible de Salud Física y Mental se insta a los Estados a tomar las medidas necesarias, tecnológicas, económicas o legislativas, para lograr para toda persona el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental sin ningún tipo de discriminación, especialmente en lo que se refiere a aquellos grupos de la sociedad especialmente vulnerables. En concreto:

> "There are two extra-conventional mechanisms within the UN system that are particularly relevant to promoting and protecting the health and human rights of migrants. The functions of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health are:
> (a) To gather, request, receive and exchange information from all relevant sources, including Governments, intergovernmental organizations and nongovernmental organizations, on the realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health;
> (b) To develop a regular dialogue and discuss possible areas of cooperation with all relevant actors;
> (c) To report on the status of the realization of the right to health, and on developments relating to this right, including on laws, policies and good practices most beneficial to its enjoyment and obstacles encountered domestically and internationally to its implementation;
> and
> (d) To make recommendations on appropriate measures to promote and protect the realization of the right of everyone to health, with a view to supporting States' efforts to enhance public health." (OMS, 2003: 34)

Respecto al Relator Especial para los Derechos Humanos de los Inmigrantes, tendrá como funciones:

> "Another mechanism for dealing with the health and human rights of migrants is the Special Rapporteur on the human rights of migrants. The mandate calls for the Special Rapporteur:
> (a) To request and receive information from all relevant sources, including migrants themselves, on violations of the human rights of migrants and their families;
> (b) To formulate appropriate recommendations to prevent and remedy violations of the human rights of migrants, wherever they may occur;
> (c) To promote the effective application of relevant international norms and standards on the issue;
> (d) To recommend actions and measures applicable at the national, regional and international levels to eliminate violations of the human rights of migrants;

and
(e) To take into account a gender perspective when requesting and analysing information,
as well as to give special attention to the occurrence of multiple discrimination and violence against migrant women." (OMS, 2003: 34)

2.5. Documentos procedentes de Conferencias de la ONU

Además de los documentos con relevancia en el plano legal ya citados, la ONU ha celebrado gran cantidad de Conferencias sobre salud e inmigración, de las que han partido documentos aplicables en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas sanitarias en este ámbito (OMS, 2003). Entre ellas, la OMS destaca:

- "The Vienna Declaration and Programme of Action (1993) (…) It urged States to create conditions to foster greater harmony and tolerance between migrant workers and the rest of the society of the State in which they reside.

- The Programme of Action of the 1994 International Conference on Population and Development includes numerous references to migrants and health. For example, it urges governments to provide migrants and refugees with access to adequate health-care services. It also urges governments to ensure that internally displaced persons receive basic health-care services, including reproductive health services and family planning.

- The Beijing Platform for Action (1995) recognizes that women face barriers to full equality and advancement because of race, language, ethnicity, culture or other status. It also recognizes that additional barriers exist for displaced immigrant and migrant women, including women migrant workers. It urges governments to ensure the full realization of the human rights of all women migrants, including women migrant workers; to provide them protection against violence and exploitation; and to introduce measures for the empowerment of documented women migrants. It also urges the establishment of linguistically and culturally accessible services for migrant women and girls, including women migrant workers, who are victims of gender-based violence, as well as recognition of the vulnerability to violence and other forms of abuse of women migrant workers, whose legal status in the host country depends on employers who may exploit their situation.

- The 1999 final document proposing key actions for the further implementation of the Programme of Action of the Cairo Conference (ICPD+5) urges governments in both countries of origin and countries of destination 'to provide effective protection for migrants [and] provide basic health and social services, including sexual and reproductive health and family planning…'.

- The Beijing +5 Outcome Document (2000) reiterated key concepts from the 1995 Beijing Declaration and Platform for Action. The document also highlighted the health risks for women and girls arising from the effects of globalization on migratory flows of labour (…).

- United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) Declaration of Commitment on HIV/AIDS, adopted in June 2001, urges the development and implementation of national, regional and international strategies that facilitate access to HIV/AIDS prevention programmes for migrants and mobile workers by 2005. This should include the provision of information on health and social services.

- The World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance in Durban, South Africa, in 2001, specifically urges 'all States to prohibit discriminatory treatment based on race, colour, descent or nation or ethnic origin against foreigners and migrant workers, inter alia, where appropriate, concerning the granting of work visas and work permits, housing, health care and access to justice'. In addition, host countries of migrants were urged to 'consider the provision of adequate social services, in particular in the areas of health (…).

- The International Plan of Action on Ageing adopted by the Second United Nations World Assembly on Ageing in Madrid in 2002 calls for the integration of older migrants into their new communities through “measures to assist older migrants to sustain economic and health security”. (OMS, 2003: 35-36)

ANEXO III. PROPUESTA PRELIMINAR DE MATERIALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA[18]

1. PRESENTACIÓN

El conjunto de materiales para la atención en salud mental a población inmigrante que se presenta a continuación responde a la lectura crítica de bibliografía especializada, nacional e internacional, a la revisión exhaustiva de historias clínicas de los últimos años de pacientes atendidos en el *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* del Servei de Psiquiatria del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y al trabajo de observación y participación desarrollado en distintas etapas en este centro.

Como resultado de este trabajo, se han elaborado una serie de instrumentos, aún preliminares y en fase de contrastación, adaptados para la práctica asistencial en el Programa, que responde a un modelo específico de atención en salud mental a personas en situación de diferencia cultural y/o riesgo de marginación social que defiende y trata de llevar a la práctica un tipo de asistencia en el que se preste especial atención a todas aquellas variables de índole cultural, social, política o económica que puedan relacionarse con la salud de las personas (especialmente la salud mental) y que entiende que nuestro sistema sanitario se encuentra ante el reto de ofrecer una atención adaptada y eficaz a personas procedentes de entornos culturales diferentes al mayoritario, con representaciones de la salud y enfermedad en ocasiones alejadas a las que solían ser habituales en nuestras consultas hasta no hace mucho, pero que condicionan de manera determinante el proceso de atención e influyen en el estado de salud de la población.

Los documentos que se espera utilizar en las consultas son los siguientes:
- Trípticos informativos
- Consentimiento informado
- Modelo de historia clínica de orientación sociocultural

[18] Este capítulo se ha realizado con la colaboración de los Drs. Francisco Collazos y Adil Qureshi, a quienes quiero agradecer su trabajo.

2. TRÍPTICOS INFORMATIVOS

Los modelos de tríptico informativo tienen como objetivo ofrecer información sobre la existencia, el tipo de atención y los criterios de accesibilidad del *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* del Hospital Vall d'Hebron. Con esta finalidad se diseñaron tres versiones diferentes: una para la Administración, otra para profesionales sanitarios y otra para pacientes.

2.1. Modelo para la Administración[19]

El documento para la Administración se entregará a profesionales encargados de la gestión de los servicios sanitarios, de bienestar social, expertos en asistencia sanitaria a inmigrantes y decisores, de modo que dispongan de información sobre el tipo de atención que se pretende desarrollar y su utilidad. El texto del tríptico sería:

Nombre

Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

Presentación

El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* es un servicio del Institut Català de la Salut dependiente del Servei de Psiquiatria del Hospital Vall d'Hebron que ofrece atención especializada en salud mental a población en situación de diferencia cultural y/o riesgo de marginación social. Además, el equipo pretende contar con la asesoría de personal especializado en Antropología, Antropología de la Salud y Etnografía de diversos grupos étnicos.

Explicación del modelo de atención

El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* defiende la aplicación de un modelo de atención sanitaria integral en el que se tengan en cuenta todas aquellas variables –incluidas las de índole económica, social o cultural– que puedan tener una influencia en la salud mental de la población a la que se atiende.

Por ello, se desarrolla un modelo de asistencia en el que se presta especial atención al conocimiento del contexto etnográfico en el que tiene lugar el proceso terapéutico, algo necesario para la adecuación de los dispositivos sanitarios y la mejora de la planificación y ejecución de los programas orientados a la prevención y promoción de la salud de pacientes en situación de diferencia cultural y riesgo de marginación social.

La ubicación del Programa hace que sea posible el ingreso hospitalario en aquellos casos que lo requieran y facilita la realización de pruebas diagnósticas o la interconsulta con otras especialidades.

Desde el equipo del Programa no se contempla convertirse en un servicio paralelo de atención, ni la sustitución de otros servicios, sino ofrecer un tipo de atención especializada, dentro de la red normalizada, que, por tener los recursos adecuados para ello, está en condiciones de dar respuesta a las necesidades específicas de un conjunto

[19] Aunque aquí se presentan en el formato DIN-A4 habitual para facilitar la lectura, la impresión de todos los modelos se haría en formato tríptico.

de personas que tienen dificultades para acceder y manejarse en los servicios de salud o para establecer una comunicación adecuada con los profesionales que le atienden.

Descripción del modelo
Con la intención de garantizar una atención adecuada a la salud independientemente de la pertenencia étnica y la adscripción cultural de los pacientes, se desarrolla un modelo de atención que abarca varios ámbitos:

- Ámbito médico-asistencial: Atención psicológica y psiquiátrica.
- Ámbito de investigación: El Programa desarrolla investigaciones interdisciplinares (médicas y antropológicas) sobre la atención en salud mental, la diversidad cultural y la marginación social.
- Asesoría y supervisión: El Programa pretende servir de puente entre el ámbito hospitalario y el de primaria, ofreciendo sesiones de asesoría o de supervisión de casos concretos a profesionales de otros servicios.
- Otras actividades: El equipo del Programa realiza actividades de formación y divulgación en temas de atención sanitaria a pacientes de diferentes culturas y sobre mediación en el ámbito sanitario.

Derivación
El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* puede recibir pacientes procedentes de derivaciones de los servicios de urgencias, de médicos de familia, psiquiatras o psicólogos de los CAP o Centros de Especialidades, especial –pero no exclusivamente– los del área asistencial del Hospital Vall d'Hebron.

Contacto
Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans
Servei de Psiquiatría
Edificio de la antigua Escuela de Enfermería, 5ª planta
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129
Tfno: 934894294

Responsables
Dr. Francisco Collazos, médico psiquiatra
Dra. Mar Ramos, médico psiquiatra
Dr. Adil Qureshi, psicólogo

2.2. Modelo para profesionales sanitarios

El modelo para profesionales sanitarios sirve para informar de la existencia del servicio entre los potenciales derivadores, para que tengan información del tipo de pacientes que pueden enviar, cómo tienen que hacerlo y cuál es el modelo de atención del Programa. El texto del tríptico sería:

Nombre
Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans del Servei de Psiquiatria del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron.

Presentación
El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* es un servicio del ICS dependiente del Servei de Psiquiatria del Hospital Vall d'Hebron que ofrece atención especializada en salud mental a población inmigrante y minorías étnicas.

Explicación del modelo de atención
El modelo de atención que desarrolla el Programa está orientado a pacientes que por razones de su procedencia étnica o adscripción cultural o por cuestiones sociales o económicas derivadas del proceso migratorio o de la vulnerabilidad social presentan dificultades para su atención en los servicios habituales. Además, el equipo pretende contar con la colaboración de personal especializado en Antropología de la Salud y Etnografía de diversos grupos étnicos.

La ubicación del Programa hace que sea posible el ingreso hospitalario en aquellos casos que lo requieran y facilita la realización de pruebas diagnósticas o la interconsulta con otras especialidades.

Todo esto permite que el Programa disponga de una serie de recursos que lo hacen idóneo para ofrecer apoyo a los dispositivos que, por una u otra razón, carezcan de estos medios.

Actividades
Se desarrolla un modelo de atención que abarca varios ámbitos:
- Ámbito médico-asistencial: Atención psicológica y psiquiátrica.
- Ámbito de investigación: El Programa desarrolla investigaciones interdisciplinares (médicas y antropológicas) sobre la atención en salud mental, la diversidad cultural y la marginación social.
- Asesoría y supervisión: El Programa pretende servir de puente entre el ámbito hospitalario y el de primaria, ofreciendo sesiones de asesoría o de supervisión de casos concretos solicitadas por profesionales de otros servicios.
- Otras actividades: El equipo del Programa realiza actividades de formación y divulgación en temas de atención sanitaria a pacientes de diferentes culturas social y sobre mediación sanitaria.

Derivación
El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* puede recibir derivaciones de los servicios de urgencias, médicos de familia, psiquiatras o psicólogos de los CAP o Centros de Especialidades, especial –pero no exclusivamente– los del área asistencial del Hospital Vall d'Hebron.

Contacto
Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans
Servei de Psiquiatría
Edificio de la antigua Escuela de Enfermería, 5ª planta
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129
Tfno: 934894294

Responsables
Dr. Francisco Collazos, médico psiquiatra

Dra. Mar Ramos, médico psiquiatra
Dr. Adil Qureshi, psicólogo

2.3. Modelo para pacientes inmigrantes

El tríptico para pacientes es un documento breve, de redacción sencilla, con el que se pretende explicar el funcionamiento del Programa y cómo acceder a él. Esta explicación por escrito en ningún caso excluye, sino que complementa y sirve de refuerzo, a la acogida en el Programa: además de la explicación verbal, el paciente tendrá la posibilidad de quedarse con información escrita para volver a consultarla en cualquier momento o solicitar su opinión a otras personas. Al mismo tiempo, este tríptico pretende dar a conocer el Programa, en idioma y términos comprensibles, entre la población susceptible de atención, por lo que está previsto traducir el texto a diversas lenguas, como catalán, inglés, francés, árabe, chino, paquistaní, ruso o rumano.

El tríptico informativo para pacientes se les entregaría, preferentemente, en el momento en el que se hace la derivación, cuando piden la cita (si lo hacen en persona) o, si lo anterior no fuera posible, el día de la primera consulta. Es preferible entregarlo previamente a la visita para que el paciente tenga tiempo de leerlo con detenimiento antes de acudir y para evitar, también, que ese día reciba un volumen excesivo de información o el contexto sanitario le haga sentirse intimidado para aceptar el modelo de atención sin haber sopesado las ventajas e inconvenientes.

Además, se repartirían ejemplares en diversos puntos a los que pueden acudir los potenciales pacientes, de modo que puedan recibir información respecto al Programa tanto dentro como fuera del ámbito asistencial. Los lugares preferentes de elección serían:

- Mostradores de acceso y salas de espera de los CAPs y centros de atención especializada y profesionales de estos centros.
- Centros de atención sociosanitaria y legal a inmigrantes y profesionales encargados.
- Asociaciones de inmigrantes.

Nombre
Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans

¿Qué es?
El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* es un servicio, *público y gratuito*, que ofrece atención en salud mental a personas inmigrantes y de diferentes culturas.

El Programa está formado por profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Antropología, Enfermería y mediadoras culturales de diferentes países.

El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* tiene en cuenta cuestiones como:

- Historia de la emigración del paciente.
- Relación de las dificultades legales, económicas, laborales, etc. con la salud.
- Adaptación a la nueva situación en el país.
- Adaptación al sistema sanitario.
- Efectos sobre la salud de la discriminación o los estereotipos.
- Respeto a las diferencias en la manera de entender el cuerpo, las enfermedades y los tratamientos, tratando de que haya comprensión entre el médico y el paciente.

- Respeto a las diferencias religiosas o morales.

Teniendo en cuenta esto, se presta una atención:
- Amplia y en profundidad.
- Con tiempo.
- Adaptada a la cultura.

¿Cómo funciona?
Las consultas se organizan del siguiente modo:
- Siempre se da información sobre el funcionamiento del Programa, de palabra y por escrito, y se solicita la autorización de los pacientes para iniciar el diálogo y los tratamientos.
- Siempre atenderán a los pacientes un psiquiatra o un psicólogo, dependiendo de las necesidades de cada caso.
- Además, en el equipo colaboran personas especializadas en Antropología de la Salud que tratarán cuestiones relacionadas con la cultura y la inmigración que pueden ser útiles para entender el estado de salud de los pacientes. Estas consultas son voluntarias, pero son una parte muy importante del modelo de atención.
- Es necesario un compromiso serio de colaboración porque:
    - la posibilidad de ayudar es menor si no hay confianza entre el médico y el paciente.
    - los temas relacionados con las condiciones de vida y la inmigración se tratan en profundidad, por lo que las consultas duran más tiempo, sobre todo la primera.
    - puede haber un número mayor de consultas que en otros servicios.
- Gracias a la colaboración de los pacientes, los miembros del equipo realizan trabajos científicos para mejorar la calidad de la atención a personas de diferentes culturas. De estas investigaciones se beneficiarán también otros pacientes.
- Se garantiza absolutamente que el personal guardará el secreto profesional y que todos los datos serán confidenciales.
- Nunca se exigirán datos del paciente que no quiera revelar.
- Nunca se pedirá documentación sobre la situación legal en el país.
- El servicio es gratuito.

¿Cómo se puede acceder?
- Por indicación del médico de familia.
- Por indicación del médico de urgencias.
- Por indicación del psiquiatra o psicólogo.
- No es necesario tener “papeles” (permiso de residencia y trabajo o nacionalidad) para venir a este servicio.

¿Cómo se puede contactar?
Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans
Servei de Psiquiatría
Edificio de la antigua Escuela de Enfermería, 5ª planta
Hospital Universitaria Vall d’Hebron
Passeig de la Vall d’Hebrón, 119-129
Tfno: 934894294

Plano y forma de llegar

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

3.1. Justificación y objetivos

La especificidad del modelo de atención, junto con la interdisciplinariedad del equipo y el uso de cierto tipo de datos con fines de investigación, además del evidente derecho del paciente a expresar o no su conformidad con la asistencia que se le propone, lleva a plantear la necesidad de elaborar un texto de consentimiento informado similar a los que se utilizan en otras especialidades. Este documento tiene como objetivo salvaguardar los derechos legales del paciente y explicitar el tipo de atención que se plantea, asegurando que se rige por estrictos criterios éticos y deontológicos.

A través del consentimiento informado, el paciente tiene la posibilidad de expresar, verbalmente y por escrito, que ha entendido el protocolo de atención, que da su permiso para las sesiones y para la utilización de los datos con fines de investigación y que asegura su colaboración en el protocolo de atención. Por este motivo, el documento –que firmará el paciente o su responsable legal– se redacta en primera persona y se acompañará de una copia traducida a diversos idiomas (catalán, inglés, francés, árabe, chino, paquistaní, ruso o rumano).

El documento de consentimiento informado se entrega al paciente el primer día de consulta. Un miembro del equipo, que ya le habrá explicado cómo discurrirán las consultas con ayuda del tríptico informativo, leerá y explicará el texto, dejando tiempo para que el paciente lo lea de nuevo en privado y plantee las preguntas que considere pertinentes, y le pedirá, después, que lo firme. Dado que es posible que alguno de los pacientes no sepa leer ni escribir (en ningún idioma), siempre se le leerá el contenido detenidamente y aclarando las dudas que puedan surgir.

3.2. Modelo de consentimiento informado

El médico de familia, psiquiatra de zona u otro profesional sociosanitario me ha recomendado que siga tratamiento en el *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans*.

Modelo de atención

El *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* es un servicio del ICS dependiente del Servei de Psiquiatria Transcultural del Hospital de la Vall d'Hebron que ofrece atención especializada en salud mental a población de diferentes culturas y en riesgo de marginación.

El Programa cuenta con un equipo formado por profesionales de la Psiquiatría, Psicología, mediadoras culturales, personal de Enfermería y administrativo. Además, me han informado de que el equipo cuenta con personas especializadas en Antropología de la Salud con las que trataré aspectos relacionados con mi cultura y mi experiencia vital que pueden ser útiles para comprender mejor mi estado de salud. El equipo me ha informado de que estas consultas son voluntarias.

Investigación

Los profesionales del *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* me han explicado que creen que es necesario mejorar los conocimientos existentes sobre la atención en salud mental a personas de diferentes culturas y que tienen, a veces, problemas sociales o económicos, por lo que uno de sus objetivos es realizar

investigaciones científicas sobre este tema. Me han explicado también que la intención de estos trabajos es ayudar a que la asistencia sanitaria sea mejor y que para esto, algunos de los datos obtenidos durante las consultas pueden ser de gran utilidad. Por este motivo, en ocasiones, solicitarán mi permiso para grabar o filmar las entrevistas, pero sólo las utilizarán para este propósito.

Además, me han informado de que es posible que sea útil (para mi tratamiento y para la investigación) hacer analíticas sanguíneas u otras pruebas, para lo que también solicitarán mi autorización. Me han explicado que tanto las grabaciones como las pruebas sólo se realizarán si doy mi consentimiento.

Confidencialidad
El equipo del *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* me ha asegurado que toda la información que proporcione a lo largo de las visitas, incluida la que se utilice para investigación, será tratada de manera confidencial. Esto quiere decir que tengo la garantía del equipo de que mis datos personales no serán utilizados por ellos fuera de las consultas y sólo para las investigaciones autorizadas. Además, los datos referidos al estado de mi regularización jurídica no se facilitarán en ningún caso a ninguna persona ajena al Programa, policía, gobierno o agencia.

Compromiso
Los profesionales del equipo me han informado de que éste es un servicio especializado poco común para el que se ha reunido a un equipo de profesionales de diferentes campos, dedicados específicamente a este trabajo y que esto supone unos costes económicos especiales para el sistema sanitario.

Por este motivo, el equipo del Programa me ha solicitado un compromiso serio de colaboración para que el uso de los recursos públicos sea el más adecuado y responsable.

Autorización
Declaro que el equipo del *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* me ha informado, de palabra y por escrito, del modo de funcionamiento de este servicio y he tenido ocasión de solucionar con ellos mis dudas al respecto.

Estoy de acuerdo en recibir atención en este Programa y colaboraré en el desarrollo de las consultas y entrevistas. He sido informado de que, en cualquier momento y sin que sea necesaria ninguna explicación, puedo retirar mi autorización.

<table>
<tr><td colspan="3">Apellidos y nombre del paciente:</td></tr>
<tr><td>NHC:</td><td>DNI o pasaporte:</td><td>Fecha:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Apellidos y nombre de la persona responsable[1]:

DNI:
Relación con el paciente:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Servicio: Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans

Apellidos y nombre del médico que informa:

Número de colegiado:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Firma del paciente:</td><td>Firma del médico:</td></tr>
</table>

1. En caso de que el paciente sea incapaz de dar su consentimiento

4. HISTORIA CLÍNICA

4.1. Justificación y objetivos generales

Se ha intentado elaborar un modelo de historia clínica que se incluya en el marco de un protocolo específico de atención en salud mental a pacientes en situación de diferencia cultural y riesgo de marginación social que responda a una manera de entender la atención psiquiátrica en la que se tienen presentes aquellas variables biográficas, económicas, socioculturales y políticas que pueden tener un papel en la salud de los individuos.

De acuerdo con este planteamiento, la propuesta inicial consiste en dividir el documento que conformará la historia de cada paciente en cuatro partes, que constituyen cuatro documentos relativamente independientes:

- Documento administrativo.
- Historia clínica.
- Historia sociocultural y migratoria.
- Evaluación de la atención.

Los objetivos generales que justifican este diseño son, en primer lugar, sistematizar la recogida de información, de forma que, sin perder de vista el objetivo fundamental de orientar el modelo de historia a la clínica, no se pierda la oportunidad de recoger datos sobre el contexto en el que se inscribe la atención, lo que facilitará simultáneamente el análisis de la información y la preservación de la significación que tiene para el paciente. En segundo lugar, y dada la composición interdisciplinar del equipo, con personal ajeno al ámbito sanitario, la división de la historia en documentos independientes permite mantener las garantías de acceso legal y ético a los datos, de manera que el apartado de información clínica sea tan sólo accesible al personal cualificado y autorizado a manejarla. Al mismo tiempo, la división no impide en absoluto que el documento mantenga una coherencia en su conjunto, ya que se entiende que los datos de índole sociocultural resultarán útiles tanto para el abordaje terapéutico propiamente dicho como para desarrollar investigaciones orientadas a mejorar la calidad de la atención a este tipo de usuarios.

En cuanto al tipo de datos, el diseño abierto de la mayoría de las preguntas garantiza la recogida de información cualitativa, mientras que su codificación posterior permitirá la obtención de datos cuantitativos.

Desde el punto de vista metodológico, es necesario puntualizar que el documento que aquí se presenta no constituye un guión de entrevista en el sentido en el que se emplea esta técnica en Antropología, ni tampoco, exactamente, una historia clínica de las usadas en Medicina, sino un documento que, respetando el modelo y contenido básicos que deben tener las historias clínicas en el ámbito sanitario, tenga un enfoque de carácter sociocultural, recogiendo variables que no suelen estar presentes en las historias convencionales. Debe entenderse, además, como un documento de máximos, de cumplimentación a medio o largo plazo y en sesiones orientadas prioritariamente al proceso terapéutico, conformando entonces un instrumento mediante el que se recogería, idealmente, una gran cantidad de información, aunque sabiendo que, en condiciones reales, pocas veces será posible recoger todos los datos para todos los pacientes. Lo que el modelo intenta es dejar abierta la posibilidad de recoger tanta información potencial y previsiblemente pertinente como sea viable, sin pretender

convertirse en una guía de entrevista protocolizada o una encuesta cerrada, algo que iría en contra de su uso en el ámbito médico. Cabe aclarar, además, que el texto está diseñado para su uso conjunto por parte de personal sanitario y de Antropología, de manera que la cumplimentación de la historia en su conjunto, de manera completa e ideal al menos, necesita personal especializado en cada uno de sus apartados. Obviamente, la sección de la historia que constituye la parte clínica está reservada, en exclusiva, a personal sanitario pero, de la misma manera, no puede esperarse que este tipo de profesionales esté en condiciones de explotar en toda su capacidad la sección de índole sociocultural, para lo que es imprescindible personal especializado en Antropología y Antropología de la Salud.

En cuanto al diseño, básicamente, se trata de crear una carpeta (en soporte papel e informático) correspondiente a los pacientes del *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans*. En su interior se abrirá otra (con su nombre) para cada uno de los pacientes a los que se abra historia clínica, que contendrá, a su vez, los cuatro documentos en los que se recogerá la totalidad de la información. Esquemáticamente:

- Carpeta: *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans*
    - Carpeta "Nombre del paciente"
        - Documento administrativo.
        - Historia clínica.
        - Historia migratoria y sociocultural.
        - Evaluación de la atención.

Con el objetivo de garantizar su adecuación para la práctica clínica, se espera aplicar el modelo de historia en el *Programa de Psiquiatría Transcultural-PsiTrans* y, a medio plazo, si es posible, en otros centros, tanto de atención específica a inmigrantes como para población general, lo que permitiría un ajuste progresivo y una contrastación amplia del modelo.

Finalmente, debe quedar establecido que toda la recogida de datos estará supeditada a la estabilidad psicológica del paciente y su estado de salud, a su consentimiento explícito y al grado de confianza adquirida con los miembros del equipo.

4.2. Modelo de historia clínica

Se presenta a continuación el modelo de historia clínica, en todo caso abierto, incluso cuando una puesta a prueba, todavía imprescindible, mediante su aplicación práctica en la consulta, pueda darnos mayor confianza en su calidad y utilidad. Cabe aclarar también que esta versión sufrirá ciertas modificaciones en cuanto a su diseño visual, que se han omitido en este momento para facilitar su lectura: no están activados los recuadros correspondientes a los formularios y la información respecto al contenido de las preguntas, que aquí se presenta escrita tras su enunciado, se encontrará en modo de cuadro de comentario sólo visible al situarse sobre el número de la pregunta. Además, se diseñará un mapa del documento, situado a la izquierda de la pantalla, que permitirá un desplazamiento rápido por el interior de la historia.

HISTORIA I: DOCUMENTO ADMINISTRATIVO

El objetivo de este documento es facilitar la recogida y el acceso posterior a los datos sociodemográficos del paciente.
La información correspondiente a este apartado puede ser recogida por personal de enfermería o administrativo adecuadamente entrenado, por lo que se contempla la posibilidad de desarrollar sesiones de formación para estos profesionales destinadas a la adquisición de habilidades de comunicación con los usuarios del Programa.

Incluye dos grupos de datos:
A. Datos sociodemográficos del paciente.
B. Datos de la consulta.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS BÁSICOS

1. Nombre y apellidos
Apellidos, Nombres.

2. Número de historia del Programa
Número según formato del Programa: 001, 002, 003…

3. Número de historia clínica
Número según formato habitual en HUVH.

4. Género

☐ Hombre
☐ Mujer

5. Fecha de nacimiento
dd/mm/aaaa
En caso de que no sea posible recoger la fecha exacta, tomar la edad aproximada y codificarla según formato. Calcular la edad en el momento de inicio de la consulta.

6. Lugar de nacimiento
Recoger:
- País.
- Ciudad.
- Especificar región o zona de procedencia (norte, sur, urbano, rural…).

7. Lengua en que prefiere que se realice la consulta
Recoger la lengua que el paciente prefiere utilizar en la consulta, para incrementar las posibilidades de comunicación.

8. Dirección y teléfono de contacto
Recoger, en la medida de lo posible, un modo de localizar al paciente en caso de que sea necesario. Recoger el nombre del barrio y, si se conoce, el distrito de Barcelona al que pertenece. Si es una ciudad fuera de Barcelona, especificar la ciudad y el barrio.

B. DATOS DE LA CONSULTA

9. Procedencia de la derivación

Especificar el centro y profesional que realiza la derivación al Programa: médico de familia, psicólogo o psiquiatra de zona, servicio de urgencias, etc. Si es posible, recoger el texto en el que se solicita la derivación.

10. Fecha de la primera visita

Dd/mm/aaaa.

11. Calendario de consultas

Especificar, para cada ocasión, el día de consulta (dd/mm/aaaa) y señalar los miembros del equipo que ven al paciente. Si anula o no acude a la consulta, señalarlo en la fecha correspondiente. Dejar indicado la fecha correspondiente a la próxima consulta programada.

HISTORIA II: HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un documento similar a cualquier historia clínica convencional en Psiquiatría y Psicología. Incluye cinco apartados diferenciados, de los que se responsabiliza, exclusivamente, el personal sanitario:

C. HISTORIA CLÍNICA NO PSIQUIÁTRICA

Recoge los datos habituales de cualquier modelo de historia clínica: antecedentes personales y familiares, exploración física, etc.

12. Antecedentes somáticos personales. Alergias, cirugía, hospitalizaciones
Recoger información sobre antecedentes somáticos de interés.

13. Exploración física básica
Recoger datos sobre talla, peso, tensión arterial y variaciones significativas a lo largo de la consulta.

14. Patología somática actual
Recoger datos clínicos sobre patología somática actual que sean de interés, incluyendo, si procede, la medicación que toma.

D. HISTORIA PSIQUIÁTRICA

15. Motivo de consulta
Recoger la narración del paciente sobre la causa que motiva la consulta.

16. Antecedentes psiquiátricos personales
Recoger información sobre antecedentes psiquiátricos personales, especificando, si procede, si se han producido antes o después de la emigración y tipo de intervención que se realizó.

17. Antecedentes psiquiátricos familiares
Recoger información sobre antecedentes psiquiátricos familiares, teniendo en cuenta la concepción particular de familia y enfermedad psiquiátrica que pueda tener el paciente.

18. Tratamiento psiquiátrico actual
Se refiere a tratamiento previo a la consulta en el Programa.

19. Hábitos tóxicos. Sustancias legales
Recoger información sobre consumo de alcohol, tabaco y fármacos, momento de inicio, patrón actual de consumo, consecuencias atribuidas al mismo y solicitud de tratamiento.

20. Hábitos tóxicos. Sustancias ilegales
Recoger información sobre consumo de sustancias ilegales (cannabis, cocaína, heroína u otras sustancias), momento de inicio, patrón actual de consumo, consecuencias atribuidas al mismo y solicitud de tratamiento.

21. Hábitos tóxicos. Otro tipo de sustancias
Hace referencia a preparados usados en el lugar de origen pero no necesariamente conocidos (o usados) aquí. Recoger nombre del producto, vía de consumo, efectos deseados e indeseables, modo de obtenerlo, etc.

22. Hábitos alimentarios
Recoger, de manera genérica, aspectos relacionados con la alimentación que puedan ser de relevancia para la consulta.

23. Sexualidad
Recoger, de manera genérica, aspectos relacionados con la sexualidad del paciente que puedan ser de relevancia para la consulta o de preocupación o extrañeza para el paciente.

24. Rasgos de personalidad. Autodefinición
Recoger relato del paciente sobre modo en el que se ve a sí mismo.

25. Exploración psicopatológica
Recoger los datos habituales en este tipo de exploración: actitud, estado de la consciencia, conducta motora, percepción, memoria, orientación, atención, sueño, afectividad, lenguaje, curso del pensamiento, contenido del pensamiento y otros datos de interés.

26. Exploraciones complementarias
Recoger información sobre la realización, en el Programa, de pruebas complementarias: analítica sanguínea, estudio genético, etc.

27. Enfermedad actual
Recoger en este apartado la impresión diagnóstica del profesional.

28. Diagnóstico
Se sigue el sistema de clasificación multiaxial del DSMIV. Si se valora conveniente, puede añadirse el diagnóstico de acuerdo al ICE-10 o cualquier comentario relativo a la adscripción diagnóstica.

EJE I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención
EJE II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental
EJE III: Enfermedades médicas
EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales
EJE V: Escala de evaluación de la actividad global

29. Tratamiento
Tratamiento prescrito por el profesional.

30. Evolución
Narración por parte del profesional de la evolución clínica del paciente. Registrar la fecha en la que se realiza cada anotación.

E. HISTORIA PSICOLÓGICA

Se diferencia la historia psicológica de la psiquiátrica en la medida en que ciertos pacientes tendrán consultas independientes con el psiquiatra y psicólogo y otros sólo con uno de ellos. El modelo que se ofrece de historia psicológica pretende ser un vehículo de seguimiento de la terapia indicada al paciente y está adaptado a las preferencias individuales del psicólogo del equipo.

31. Escalas de valoración psicológica
Se intentarán pasar a los pacientes diversos tipos de escalas de valoración psicológica: MEIM2, BIS, PAS, PHQ, SEMI, WAI, IPQ-R, etc. Obviamente, no se pasarán todas a todos los pacientes, sino tan sólo aquellas que se valoren como relevantes para los objetivos de la atención sanitaria y la investigación y que sean aceptadas por el paciente. Se registra el tipo concreto de escala que se pase a cada paciente y un informe de los resultados de cada una de ellas.

32. Valoración subjetiva del paciente de su propio estado
Recoger la narración personal del paciente.

33. Valoración psicológica
Recoger datos, del profesional, sobre valoración psicológica del paciente.

34. Estado de ánimo. Afectividad
Recoger datos sobre la valoración del profesional.

35. Planificación
Se refiere a la planificación de la terapia por parte del profesional. Se fechará cada anotación.

F. FORMULACIÓN CULTURAL

Sigue el modelo establecido por el DSM-IV, aunque sólo se recogen en este momento algunas preguntas respecto a la relación del diagnóstico con la cultura del paciente y su historia migratoria. El resto de aspectos considerados en el DSM-IV se tratan en el documento de historia sociocultural y su inclusión en estos apartados responde a criterios de coherencia interna de los documentos, continuidad argumental de las preguntas y garantías de profundidad en su abordaje.

36. Especificidad del diagnóstico en relación con la cultura del paciente
Recoger la valoración subjetiva (pero concreta y fundamentada) por parte del equipo. Se trata de una valoración por parte de personal sanitario, no de Antropología, de manera que es necesario tener en cuenta los posibles sesgos a los que pueda conducir la disimetría entre las concepciones culturales del paciente y su médico. El contenido de

esta pregunta debe, en cualquier caso, contrastarse adecuadamente con la información obtenida a partir de la historia sociocultural y migratoria.

37. Relación del diagnóstico con el proceso migratorio

Recoger la valoración subjetiva (pero concreta y fundamentada) por parte del equipo. Deben recogerse los elementos concretos del proceso migratorio que se relacionen de forma clara con el diagnóstico.

38. Valoración del grado de cumplimiento del tratamiento y motivos que lo justifican

Recoger la valoración por parte del equipo respecto al grado de cumplimiento de las indicaciones terapéuticas por parte del paciente.

Recoger información especialmente sobre posible relación del incumplimiento con factores socioculturales, económicos y de accesibilidad del sistema sanitario.

HISTORIA III: HISTORIA SOCIOCULTURAL Y MIGRATORIA

En este documento el objetivo consiste en tratar de protocolizar la recogida de todos aquellos aspectos no exclusivamente clínicos y de especial interés sociocultural que sean útiles para un mejor abordaje terapéutico del paciente y para la investigación clínica y antropológica en este ámbito. Su cumplimentación recae fundamentalmente en personal especializado en Antropología de la Salud, aunque será accesible a personal sanitario[20].

H. FAMILIA

39. Estado civil

Recoger información sobre estado civil: soltero, casado, separado, divorciado, viudo y otras posibles categorías.
Si es posible, recoger cuestiones relacionadas con el tipo de matrimonio (civil, religioso, monógamo, polígamo…), legalidad de la unión, lugar en el que se realizó, tipo de rito, etc.
Si es posible, especificar la procedencia de la(s) pareja(s) y su lugar de residencia actual.
Si procede, especificar criterios de elección de la pareja
En caso de estar separado, especificar las circunstancias e implicaciones de la separación.

40. Número de hijos vivos

Recoger:
- Número, género y edad.
- Lugar de residencia, especificar, si procede, ciudad concreta y motivos para residir en ella.

En caso de poligamia o diversos matrimonios, recoger información por separado para cada uno de ellos.

41. Importancia de las relaciones familiares en su vida

Recoger cuestiones sobre:
- Papel que cree que desempeña en su familia.
- Significado de ser hijo, padre, marido, mujer…
- Recoger información sobre personas dependientes en la familia y su responsabilidad respecto a ellas.
- Esferas de la vida en las que considera importante el papel de la familia.
- Decisiones que consulta a la familia o que se toman en conjunto (miembros concretos de la familia a los que consulta y motivos).
- Papel económico de la familia.
-Preguntar sobre grado de control respecto a la situación de su familia (unidad, situación económica, reparto de roles…).

---

[20] Este documento incluye cuestiones ya planteadas en el proyecto de investigación *Desigualtats Socioeconòmiques i Diferència Cultural a l'Àmbit de la Salut a Barris d'Actuació Prioritària de Catalunya*, mencionado en la introducción. En concreto, alguno de los ítems aparecen recogidos, a veces de manera literal, en el Guión Sociocultural General, para la orientación del trabajo de campo, elaborado por la Dra. Teresa San Román y en el Guión sobre la Salud y Atención Sanitaria, elaborado por Lucía Sanjuán, con la colaboración de los miembros del equipo de investigación y del GRAFO.

I. REDES SOCIALES

42. Tipo y número de parientes emigrados del país de origen

Se refiere al número y tipo de parientes emigrados del país de origen que pueden formar parte de la red social inmediata del paciente. Recoger información sobre tipo de parentesco, edad, género y tipo de relación. Recoger también, para cada uno de ellos, si residen en: misma vivienda, barrio, ciudad, en Cataluña o Estado español. Si procede, incluir datos sobre familiares emigrados en otros países.

43. Redes de apoyo

Recoger información sobre personas a las que acude, procedencia, tipo de relación, situaciones concretas y tipo concreta de ayuda, en función de:
- Redes de apoyo económico: tandas, préstamos, reciprocidad diferida o generalizada…
- Redes de apoyo para situaciones del ámbito legal, laboral, de vivienda…
- Redes de apoyo para ayuda doméstica, cuidado de hijos y ancianos de la casa…
- Otro tipo de ayuda: informaciones diversas…

No es necesario incluir redes de apoyo para la salud, se pregunta en documento correspondiente.

J. VIVIENDA

44. Tipo de vivienda y tenencia

Recoger tipo de vivienda (casa, piso, local…) y régimen de tenencia (propiedad, alquiler, cesión…). En caso de vivir en alquiler, especificar si es piso compartido o realquilado (habitación). Si es posible, recoger precio aproximado de la vivienda y porcentaje que le corresponde pagar.

45. Número de personas con quien convive. Tipo de relación (familiar, laboral, amistad, procedencia…)

Recoger número de personas que viven (de manera estable) en la misma vivienda y tipo de relación que les une.

46. Nivel de satisfacción con la vivienda actual. ¿Qué necesitaría para estar mejor?

Recoger información sobre:
- Disponibilidad y estado de los servicios básicos: agua, instalación de luz, gas o butano, baño y cocina.
- Disponibilidad de espacio propio.
- Valoración subjetiva del estado de la vivienda (humedad, luz natural, ruidos, etc.).
- Valoración subjetiva de la equipamiento de la vivienda (nevera, cocina, microondas, lavadora…).
- Comparación subjetiva con vivienda en país de origen.
- Intención de cambio de vivienda actual y motivos.
- Expectativas y deseos en cuanto a la vivienda y tipo de vivienda que desearía.
- Valoración subjetiva de la relación entre las condiciones de su vivienda y su estado de salud.
- Grado de control respecto a la elección de vivienda (localización, dimensiones, características de salubridad y comodidad, tipo de tenencia, estabilidad de la vivienda…).

K. HISTORIA MIGRATORIA

47. Grupo étnico en el que se adscribe

Recoger información sobre criterios que definen la pertenencia étnica e implicaciones de la misma.

48. Regularización jurídica

Recoger información sobre tipo de documentación disponible: ninguna, sólo empadronamiento, permiso de residencia y trabajo, nacionalidad…
Si es posible, recoger itinerario de obtención y grado de control personal sobre el proceso de regularización.

49. Itinerario migratorio

Recoger información sobre:
- Motivo para la emigración.
- Planificación previa a la emigración.

Recoger, de manera aproximada, para cada uno de los países y ciudades españolas por las que pasó antes de llegar a Barcelona, fechas y motivos para la entrada y la salida.
- Criterios de elección de Barcelona como lugar de destino.
- Posibilidad de continuar el itinerario hacia otro país o ciudad, motivos para hacerlo y planificación al respecto.
- Experiencias de la emigración (personas que lo acompañaban, que le esperaban o con las que contactó, dificultades, etc.).
- Grado de control respecto al proceso migratorio (influencias importantes en la decisión de emigrar, de elección del lugar o del itinerario, de volver, etc.).
- Coste, endeudamiento en origen o en destino, plazos y forma de pago…

Si es posible, recoger información sobre:
- Número de veces que ha vuelto a su país de origen desde su salida y desde su llegada a Barcelona. Especificar motivos y tiempo de estancia.
- Planificación concreta de retorno definitivo (acciones concretas, motivos y tiempo estimado) y expectativas ideales en este sentido.
- Intención de reagrupación familiar en ciudad de acogida: motivo y familiares a los que traería.
- Grado de control respecto a la estabilidad de la emigración (factores de los que depende la decisión de volver, quedarse o traer a la familia, personas y circunstancias que influyen y control personal de la decisión).

50. Valoración subjetiva de pérdidas y ganancias a raíz de la emigración.

Recoger información sobre:
- Reconocimiento social y familiar de la emigración. Importancia de su emigración para su familia.
- Aspectos positivos de la emigración y comparación con las expectativas previas.
- Aspectos negativos de la emigración y comparación con las expectativas previas.
- Estimación de si, en circunstancias similares, habría vuelto a emigrar y por qué.

51. Valoración subjetiva de la relación entre su historia migratoria y su estado de salud

Especificar efectos o síntomas concretos a corto, medio y largo plazo, tanto físicos como psicológicos.

52. Discriminación o racismo percibidos. Circunstancias e influencia en su vida cotidiana y en su estado de salud

Recoger información sobre:

- Estereotipos que cree que la sociedad de acogida mantiene respecto a la de origen e influencia en su vida cotidiana.
- Situaciones concretas de discriminación o racismo (diferenciando entre ambos) que ha vivido, influencia en su vida cotidiana y en su estado de salud.
- Estereotipos del paciente respecto a la sociedad de acogida.

L. TRABAJO Y SITUACIÓN ECONÓMICA

53. Situación laboral

Recoger las características de los trabajos desempeñados: descripción del trabajo, tipo de contrato, etc., diferenciando entre trabajo principal (en cuanto al nivel de ganancias y estabilidad) y secundarios.

54. Nivel de satisfacción con la situación laboral actual. ¿Qué necesitaría para estar mejor?

Recoger información sobre aspectos positivos y negativos en el trabajo, intención de cambio, motivos y posibilidades reales, etc. Recoger también grado de control individual respecto a la situación laboral y posibilidades de trabajo (factores que influyen en la elección y mantenimiento de un tipo de trabajo, personas y circunstancias que influyen y grado de control personal sobre la situación).

55. Situación económica

Recoger información sobre percepción de ayudas sociales, otros miembros de la unidad familiar que trabajen y aporten dinero al conjunto. Investigar también otras posibles fuentes de ingresos: alquileres, compensación de favores, pagos en especies, etc.

Recoger información sobre patrón de gasto: porcentaje de los ingresos dedicados a alquiler, deuda, remesas…

Recoger valoración subjetiva sobre si las ganancias totales son suficientes para cubrir los gastos que tienen que afrontar.

56. Valoración subjetiva de la relación entre sus condiciones de trabajo y su estado de salud

Atribuciones en función de: dureza física del trabajo, horario, ganancias, ambiente laboral, estabilidad laboral, etc. Recoger síntomas concretos, tanto físicos como psicológicos, a corto, medio y largo plazo.

M. FORMACIÓN

57. Escolarización

Especificar estudios realizados en país de origen y fuera de él. Recoger información sobre: tipo de estudios, tipo de centro y años completos de escolarización. Especificar si la escolarización se interrumpía por temporadas (trabajo, cosecha, cuidado de hermanos…). Especificar nivel y/o competencias alcanzados.

Recoger estudios no reglados, actividades de formación profesional…

Valoración sobre papel de la formación en su vida y en sus condiciones de vida actuales: recoger información sobre para qué han servido los estudios (trabajo, relaciones sociales, conocimiento de la sociedad de acogida…).

58. Nivel de conocimientos y ámbito de uso de lenguas
Especificar ámbitos en los que utiliza la lengua (laboral, familiar, vecinal, instituciones, etc.) y capacidad de manejo (entender, hablar palabras sueltas, conversaciones sencillas, leer, escribir…), para:
- Castellano
- Catalán
- Otras lenguas que conoce

N. RELIGIÓN

59. Religión a la que se adscribe
Especificar, si es posible, religión a la que se adscribe y grado de práctica. Pedir que especifique cambios que ha experimentado a raíz de la emigración y posibilidades reales para la práctica religiosa en la ciudad de acogida.

60. Influencia de la práctica religiosa en la salud
Recoger información sobre influencia de la práctica adecuada de la religión en el mantenimiento o recuperación de la salud y de las transgresiones en el proceso de enfermar.

Ñ. ACCESIBILIDAD SISTEMA SANITARIO

61. Disponibilidad de tarjeta sanitaria
Especificar si se dispone de tarjeta sanitaria y momento en que se obtuvo. Recoger información sobre itinerario de gestión: requisitos exigidos, dificultades, estrategias para obtenerla…

62. Valoración subjetiva de la accesibilidad del Programa
Recoger, de manera aproximada datos y valoración subjetiva de:
- Tiempo transcurrido desde que pide cita al derivador hasta que acude a la consulta.
- Tiempo desde que solicita cita en el Programa hasta que es atendido.
- Tiempo medio de espera desde que llega a las consultas del Programa hasta que es atendido.
- Tiempo invertido en llegar desde su domicilio o lugar de trabajo a la consulta.
- Medios de transporte utilizados.
- Valoración subjetiva de la accesibilidad física: valoración del tiempo, complejidad para llegar, transbordos…

63. Valoración subjetiva de la accesibilidad del sistema sanitario
Recoger información sobre:
- Grado de conocimiento de los servicios: tipos de servicios, utilidad de cada uno de ellos, modos de acceso, etc. Recoger también el modo por el que conoció el Programa.
- Valoración subjetiva de la capacidad de manejo en los diferentes tipos de servicios.
- Necesidades percibidas para mejorar su capacidad de acceso. Si es posible, recoger el relato de situaciones concretas que justifiquen la valoración.
- Percepción subjetiva de calidad del sistema sanitario. Especificar criterios en los que se basa la valoración.
- Percepción de diferencias en la estructura, modo de funcionamiento, relación médico-paciente, etc. entre biomedicina en ciudad de acogida y país de origen. Comparación y balance de ventajas y defectos.

- Valorar conocimiento respecto a los derechos en salud y percepción subjetiva de posibilidades de ejercerlos.

O. REPRESENTACIÓN PERSONAL DE LA ENFERMEDAD (ACTUAL)

64. ¿Qué le pasa?, ¿qué nombre le da al problema que padece?

Se trata de recoger aquí sobre todo el nombre que se le da a la enfermedad. Recoger también el estado de salud autopercibido (físico y psíquico).

65. ¿Cuál es la causa?, ¿por qué cree que tiene este problema?

Recoger información sobre:
- Atribución causal, relación de la enfermedad con su comportamiento o el de otros, sus condiciones de vida, biografía, etc.
- Fecha de comienzo de la enfermedad y motivo por el que cree que empezó en ese momento.

66. ¿Cuáles son los síntomas?, ¿en qué nota que está enfermo?

Recoger datos sobre:
- Descripción personal (no medicalizada) de los síntomas.
- Partes del cuerpo a las que ha afectado el problema de salud y temor a las que pueda afectar.

67. ¿Cuál es el tratamiento adecuado? , ¿qué cree que hay que hacer (o qué hace) para que se sienta mejor? Compatibilidad con el tratamiento prescrito

Recoger información sobre:
- Tratamiento biomédico que considera adecuado.
- Cambios en las condiciones o estilo de vida que cree que necesitaría para estar mejor.
- Compatibilidad del tratamiento prescrito en el Programa con sus posibilidades o condiciones de vida con la y representación personal de la enfermedad.
- Posibilidad de que algún miembro de la familia o del entorno no esté de acuerdo con su participación en el Programa e influencia o autoridad sobre el seguimiento del tratamiento o las consultas.

68. Repercusiones de su enfermedad

Recoger datos sobre:
- Percepción de si el problema que padece es grave o no y por qué y según qué criterios.
- Grado de control sobre su propio estado de salud.
- Aspectos del problema actual que más preocupan al paciente.
- Modo en que el problema afecta a su vida cotidiana. Especificar por ámbitos: trabajo, planes de futuro… Recoger el grado de prioridad de la salud respecto a otras necesidades (vivienda, papeles, trabajo…).
- Modo en que el problema afecta a las personas de su entorno. Especificar: familia aquí y en origen, miembros de la red social…
- Modo en el que problema influye en la manera en cómo los demás le ven y cómo se ve a sí mismo.

69. Redes de apoyo en salud

Recoger datos sobre:
- Personas a las que ha contado el problema que padece. Tipo de relación y motivos.
- Tipo de ayuda que ha solicitado y que ha recibido y de quién (tipo de relación).

- Personas a las que ha decidido ocultar el problema que padece. Tipo de relación y motivos.
- ¿Cree que la ayuda o el apoyo de los que le rodean serían diferentes si su enfermedad fuera de otro tipo?
- Red potencial de apoyo si hubiera ocurrido en el lugar de origen.

P. ITINERARIO EN RELACIÓN CON EL PROBLEMA ACTUAL

70. Itinerario terapéutico para el problema actual

Recoger posibilidades de itinerario terapéutico:
- Remedios caseros.
- Biomedicina (diferente o anterior al Programa).
- Medicina tradicional.
- Medicinas alternativas (homeopatía, acupuntura…).
- Religión.
- Otras terapias (cartas, limpieza del aura…).

Para cada los supuestos de itinerario terapéutico, recoger:
- Momento cronológico. Especificar si la consulta se produjo antes o después de la emigración (o ambos). En caso de consulta antes de la emigración, recoger información sobre influencia de la enfermedad y (necesidad de) tratamiento en la decisión de emigrar. Especificar si la consulta se produjo en ciudad de acogida o país de origen (o ambos).
- Tiempo transcurrido entre la aparición del problema y la decisión de buscar ayuda y motivos que lo justifican.
- Criterios de elección del modelo de atención, del centro y del terapeuta concretos.
- Modo en cómo ejerce cada terapeuta concreto.
- Pago o contraprestación.
- Nombre de la enfermedad y explicación causal que recibió.
- Tipo de tratamiento prescrito.
- Grado y posibilidades de cumplimiento del tratamiento, especificando adecuación a las condiciones de vida, representación personal de la enfermedad, etc.
- Grado de satisfacción con el trato personal recibido. Pedir, específicamente, que señale los aspectos positivos y los negativos.
- Grado de satisfacción con la eficacia de la intervención.
- Grado de control durante la intervención.
- En caso de simultanear consultas, recoger el grado de compatibilidad (y especificidad) de las explicaciones y los tratamientos.
- Valoración de la relación entre el tratamiento seguido y el cambio en el estado de salud, si procede.

HISTORIA IV: VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN

En este caso se trata de obtener información respecto a la valoración que el paciente y sus acompañantes hacen sobre el trato recibido en el Programa. Se pretende recoger no sólo sus opiniones respecto al modelo de atención y el tipo de relación establecida con los distintos miembros del equipo sino, fundamentalmente, la percepción subjetiva de la evolución (positiva o no) de su estado de salud y las atribuciones causales que realiza sobre ella en cada momento del tratamiento.

Esta información será especialmente útil para comprender mejor las representaciones en torno a la salud y la asistencia sanitaria de los pacientes y para valorar la capacidad del Programa para adaptar su estructura y funcionamiento a sus necesidades y características, permitiendo, si fuese necesario, reorientar el protocolo de atención. Así mismo, servirá de refuerzo del consentimiento del paciente al protocolo de atención.

El documento está formado por cuatro apartados que se cumplimentarán en diferentes etapas y a lo largo del tiempo, aunque se entiende que el proceso de evaluación será continuo a lo largo de todo el tratamiento (en la medida que las opiniones, actitudes e interpretaciones del paciente, además de su estado de salud, puedan ir modificándose):

Q. A PRIORI: EXPECTATIVAS PREVIAS

En la primera o segunda entrevista, se recogerán para evaluar las expectativas previas del paciente de cara a la asistencia en el Programa.

71. En este Programa, ¿qué cree que podemos hacer para ayudarle?

Recoge la narración subjetiva del paciente respecto a sus expectativas.

R. DURANTE LA INTERVENCIÓN

Hacia la mitad de las consultas (calculado a partir de las previsiones iniciales del equipo), cuando la confianza con el paciente lo permita, se recogerán datos sobre la evolución de la intervención: en qué medida se cumplen las expectativas previas y cuáles son las valoraciones respecto al protocolo de atención. El establecimiento de una fecha más o menos concreta pretende, tan sólo, garantizar que esta exploración se haga al menos una vez por cada paciente en el curso de su tratamiento (a parte de la inicial y final).

72. Valoración del modelo de atención

Recoger información sobre:

- Valoración del trato personal recibido (intromisión en la intimidad, relación con el equipo, etc.).
- Protocolo de tratamiento.
- Grado de cumplimiento de expectativas previas.
- Grado de control durante la intervención.
- Pedir, específicamente, que señale los aspectos positivos y los negativos.

73. Valoración del cambio en el estado de salud (mejoría o no) ¿A qué cree que se debe?

Tratar de recoger información sobre percepción de utilidad de las consultas y modo en cómo lo hacen.

S. AL ALTA: VALORACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN

En el momento del alta médica (o hacia el final del tratamiento) se recogerán, de manera más exhaustiva, las valoraciones del paciente respecto al trato y a la atención recibida, especialmente en relación con aquellos aspectos novedosos que ofrece el Programa, intentando también obtener datos de aquellos pacientes que acuden de manera irregular. También se recogerá la opinión de aquellas personas que hayan acompañado al paciente de manera regular a la consulta, sobre todo en relación a la atribución de causas a la mejoría (esperable) del paciente.

74. Valoración del modelo de atención

Recoger información sobre:

- Valoración del trato personal recibido (intromisión en la intimidad, relación con el equipo, etc.).
- Protocolo de tratamiento.
- Grado de cumplimiento de expectativas previas.
- Grado de control durante la intervención.
- Pedir, específicamente, que señale los aspectos positivos y los negativos.

75. Valoración del cambio en el estado de salud (mejoría o no) ¿A qué cree que se debe?

Tratar de recoger información sobre percepción de utilidad de las consultas y modo en cómo lo hacen.

T. MIEMBROS DEL EQUIPO: EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN

Finalmente, se escribirán las observaciones de los miembros del equipo respecto al enfoque del paciente. Se entiende que no se trata de comentarios de tipo clínico (que se recogerán en el epígrafe correspondiente de la historia clínica) sino respecto a la evolución de las actitudes en la consulta, sugerencias de investigación, precauciones, etc.

a) Evolución de la consulta

b) Precauciones

c) Sugerencias de investigación

d) Otras cuestiones

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Agència de Salut Pública de Barcelona, ASPB, ed. (2004) *La salut a Barcelona. 2003*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona, ed. (2007) *Guia informativa d'accés a la sanitat pública*. [En línea] página web <http://www.bcn.es/diversa/sanitat/cat/index.htm>. [Consulta, 5 de octubre de 2007].
- Alonso J, Antó JM. (1988) Desigualdades en salud en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 2, 4-12.
- Álvarez C. (2001) *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Aranaz JM, et al. (2006) ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gaceta Sanitaria*, 20, 4, 311-315.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1951) *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1954) *Convención sobre el Estatuto de los Apátridas*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1959) *Declaración de los derechos del niño*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1965) *Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1966a) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1966b) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1967) *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la* mujer. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1989) *Convención de los derechos del niño*. Nueva York, ONU.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, ed. (1990) *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*. Nueva York, ONU.
- Atxotegui J. (2002) *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Barcelona, Mayo.
- Balanzó X. (1991) Enfermedades importadas y medicina de la inmigración. *Atención Primaria*, 8, 527-529.
- Benach J, Yasui Y. (1999) Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community*, 53, 7, 423-431.

- Benach J, et al. (2001) Material deprivation and leading causes of death: evidence from a nation-wide small-area study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 4, 239-245.
- Benach J, et al. (2003) The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. *Preventive Medicine*, 36, 3, 300-308.
- Berra S, et al. (2004) *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona, Agència d'Avaluació Tecnològica i Recerca Mèdiques.
- Betancourt JR, et al. (2003) Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 4, 293-302.
- Bhugra D. (2000) Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, supl. 407, 68-73.
- Bhugra D. (2003) Migration and depresión. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, supl. 418, 67-72.
- Borrell C. (1996) *Les desigualtats socials en la salut: revisió de la bibliografia*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Borrell C, Benach J., coords. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Borrell C, Benach J., coords. (2005) *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Borrell C, Pasarín MI. (1999) The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 7, 388-389.
- Carta Europea de los Derechos Fundamentales. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 364, 18 de diciembre de 2000, 1-22.
- Castilla J, del Amo J, Sánchez F. (2000) Casos de SIDA en España en personas de otros países de origen. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 8, 97-108.
- Cervantes RC, Castro RG. (1985) Stress, coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 7, 1-73.
- Coburn D. (2000) Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science and Medicine*, 51, 1, 135-146.
- Coburn D. (2004) Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science and Medicine*, 58, 1, 41-56.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB, ed. (2003) Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la bona praxi*, 16.
- Comunidad Europea, ed. (1957) *Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea*. Roma, Comunidad Europea.
- Consejo de Europa, ed. (1950) *Convenio para la Protección de los Derechos y Libertades Fundamentales*. Roma, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1953) *Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica*. París, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1961) *Carta Social Europea*. Turín, Consejo de Europa.
- Consejo de Europa, ed. (1997) *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicaciones de la Biología y la Medicina*. Oviedo, Unión Europea.
- *Constitución Española* (1978) Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- Cots F, et al. (2002) Perfil de la casuística hospitalaria de los población inmigrante de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16, 5, 376-384.

- Decret 178/1991, de 30 de juliol, d'Universalització de l'Assistència Sanitària Pública. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1486, 28 d'agost de 1991, 4581.
- Decret 188/2001, de 26 de junio, dels Estrangers i la seva Integració Social a Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 3431, 16 de julio de 2001, 11114.
- Departament de Salut, ed. (2005a) *Protocol d'actuació per al control i la prevenció de la tuberculosi en els immigrants i en els casos importats*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2005b) *Protocol d'atenció a infants immigrants. Programa de seguiment del nen sa*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2006a) *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, ed. (2006b) *Indicadors de salut materno-infantil en la població estrangera a Catalunya, 2003*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, ed. (2000) *Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Memòria 1999. Programa de prevenció de la tuberculosi*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, ed. (2002) *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consorci Sanitari de Barcelona, Secretaria de Política Lingüística, eds. (2004) *Els usos lingüístics als centres sanitaris de Catalunya. Presentació dels principals resultats*. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Diputació de Barcelona, ed. (1997) El sistema sanitario: Fuente de salud. Cuaderno sobre el sistema sanitario para inmigrantes extranjeros. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Directiva 2000/43/CE del Consejo de Europa Relativa a la Aplicación del Principio de Igualdad de Trato de las Personas Independientemente de su Origen Racial o Étnico. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 180, 19 de julio de 2000, 22-26.
- Divisió d'Atenció Primària, ed. (2004) *Recomanacions per a l'atenció primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris*. Barcelona, Institut Català de la Salut.
- *Estatut d'autonomia de Catalunya* (2006) Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- Evans-Pritchard EE. (1997 [1937]) *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona, Anagrama.
- Fernández E, et al. (2000) Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Atención Primaria*, 25, 8, 96-102.
- Fischer AR, Shaw CM. (1999) African Americans' mental health and perceptions of racist discrimination: the moderating effects of racial socialization experiences and self-esteem. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 3, 395-407.
- Fons V. (2004) *Entre dos aguas. Etnomedicina, procreación y salud entre los ndowé de Guinea Ecuatorial*. Barcelona, Ceiba.
- Gámez E, Galindo JP., coords. (2002) *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFyC, Documentos SEMFyC, nº 17.

- García-Campayo J, Sanz C. (2002) Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 5, 187-191.
- García de Olalla P, et al. (2000) Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gaceta Sanitaria*, 14, 3, 189-194.
- Generalitat de Catalunya, ed. (2007) *Guia d'acollida a població inmigrant*. [En línea] página web <http://www.gencat.net/benestar/immigracio/web_ac/>. [Consulta, 5 de octubre de 2007].
- Goodwin R, et al. (2001) Prescription of psychotropic medications to youths in office-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 8, 67-72.
- Hansen ND, Pepitone-Arreola-Rockwell F, Greene AF. (2000) Multicultural competence: criteria and case examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 6, 652-660.
- Holguín A, Álvarez A, Soriano. (2002) High prevalence of HIV-1 subtype G and natural polymorphisms at the protease gene among HIV-infected immigrants in Madrid. *AIDS*, 1, 68, 1163-1170.
- Institut Municipal de Salut Pública, IMSP, ed. (2002) La *salut dels immigrants estrangers. Informe 2001*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Instituto Nacional de Estadística, INE, ed. (2007) *Explotación estadística del Padrón Municipal a 1 de enero de 2006. Datos definitivos*. [En línea] página web < http://www.ine.es/prensa/np447.pdf>. [Consulta, 1 de octubre de 2007].
- Jansá JM. (1998) Inmigración extranjera en el Estado Español. Consideraciones generales desde la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 3, 165-168.
- Jansá JM. (2006) Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20, supl. 1, 10-14.
- Jansá JM, Borrell C. (2002) Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Atención Primaria*, 29, 8, 466-468.
- Jansá JM, García de Olalla P. (2006) Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl. 1, 207-213.
- Junyent M, Miró O, Sánchez M. (2006) Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias*, 18, 232-235.
- Kaplan A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. Barcelona, Fundació La Caixa.
- Kaplan A, Carrasco S. (1999) *Migración, cultura y alimentación: cambios y continuidades en la organización alimentaria, de Gambia a Cataluña*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kaplan A, Martínez C., coords. (2004) *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona, Associació Catalana de Llevadores.
- Lafuente JA, et al. (2006) *Introducción, bases e historia de la Medicina Tradicional China*. Madrid, Dilema.
- Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado. *Boletín Oficial del Estado*, 74, 27 de marzo de 1984, 8389-8392.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*, 80, 3 de abril de 1985, 8945-8964.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 29 de abril 1986, 15207-15224.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. *Boletín Oficial del Estado*, 306, 22 de diciembre de 1990, 38228-38246.

- Ley 9/1994, de 19 de mayo, de modificación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado. *Boletín Oficial del Estado*, 122, 23 de mayo de 1994, 15796-15800.
- Ley 4/1996, de 10 de enero, por la que se modifica la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, en relación con el Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 11, 12 de enero de 1996, 813-815.
- Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social. *Boletín Oficial del Estado*, 312, 30 de diciembre de 1999, 46095-46149.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 29 de mayo de 2003, 20567-20588.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 178, 27 de julio de 2006, 28122-28165.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de enero de 1996, 1225-1238.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 10, 12 de enero de 2000, 1139-1150.
- Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. *Boletín Oficial del Estado*, 307, 23 de diciembre de 2000, 45508-45522.
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, 234, 30 de septiembre de 2003, 35398-35404.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal. *Boletín Oficial del Estado*, 279, 21 de noviembre de 2003, 41193-41204.
- Lin E, Smith WM, Mendoza PR. (1999) Psychopharmacology in Cross Cultural Psychiatry. En: Herrera JM, Lawson WB, Sramek JJ., eds. (1999) *Cross Cultural Psychiatry*. New York, Wiley, 45-52.
- Llei de 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 1324, de 30 de juliol de 1990, 3660.
- Llei 11/1995, de 29 de setembre, de modificació parcial de la Llei 5/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2116, de 18 de novembre de 1995, 7538.
- López DM, et al. (2001) Características clínicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 117, 17, 654-656.
- López-Ibor JJ. (2002) Cultural adaptations of current psychiatric classifications: are they the solution? *Psychopathology*, 36, 114-119.

- Lostao L, et al. (2001) Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 2, 115-127.
- Lynch JW. (2000) Income inequality and health: expanding the debate. *Social Science and Medicine*, 51, 7, 1001-1005.
- Malmusí D, Jansà JM. (2007) Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81, 4, 399-409.
- Maluquer E. (1997) La sanidad: una asignatura pendiente. En: Maluquer E., dir. (1997) *II informe sobre inmigración y trabajo social*. Barcelona, Diputació de Barcelona, 545-592.
- Mangas A., ed. (2005) *Tratado de la Unión Europea. Tratados consultivos de las Comunidades Europeas y otros actos básicos de Derecho Comunitario*. Madrid, Tecnos.
- Martínez A. (2000) Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: Perdiguero E, Comelles JM., eds. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, 249-275.
- Martínez-Pereda JM, et al. (2003) *Legislación sanitaria de España*. Madrid, Colex.
- Médicos sin Fronteras-España, ed. (2006) *Violencia e inmigración. Informe sobre la inmigración de origen subsahariano en situación irregular en Marruecos*. Barcelona, Médicos sin Fronteras.
- Melfi CA, et al. (2000) Racial variation in antidepressant treatment in a Medicaid population. *American Journal of Psychiatry*, 61, 1, 16-21.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, ed. (1999) *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Muela J, Hausmann S. (2002) La medicina tradicional en los programas de la OMS. En: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 211-232.
- Navarro V, Benach J, Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España (1996) *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, The School of Hygiene and Public Health, John Hopkins University.
- Noh S, Kaspar V. (2003) Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93, 2, 232-238.
- Orden de 13 de enero de 1989, sobre Centros de Acogida a Refugiados. *Boletín Oficial del Estado*, 28, 2 de febrero de 1989, 3187-3187.
- Orden de 11 de julio de 1997 sobre Comunicaciones Electrónicas entre las Administraciones Públicas referentes a la Información de los Padrones Municipales. *Boletín Oficial del Estado*, 169, 16 de julio de 1997, 21804-21815.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1948) *Constitución de la OMS*. Nueva York, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1978) *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1995) CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998a) *Declaración Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.

- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1998b) *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2001) *Salud y ausencia de discriminación*. Ginebra, OMS, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, nº 2.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, OMS, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, nº 1.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2003) *International migration, health and human rights*. Ginebra, OMS, Health and Human rights publication series, nº 4.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (2006) *Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo. Informe de la Secretaría A59/18 de 4 de mayo de 2006*. Ginebra, OMS.
- Parramón CC. (2002) Las diferencias y similitudes que no interesan. En: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 301-325.
- Pérez F. (2004) *Derechos de los extranjeros en España*. Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- Pérez JL, et al. (2002) Inmigración africana en Canarias e infección tuberculosa. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118, 11, 38.
- Pertíñez J, et al. (2002) Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29, 1, 6-13.
- Piédrola G, et al. (1991) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Masson-Salvat.
- Ramos M, et al. (2001) Problemas y propuestas de mejora en la atención a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, 15, 4, 320-326.
- Real Academia Española, RAE, ed. (2006) *Diccionario Panhispánico de Dudas*. Madrid, Santillana.
- Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la Cobertura de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social a las Personas sin Recursos Económicos Suficientes. *Boletín Oficial del Estado*, 216, 9 de septiembre de 1989, 28657-28658.
- Real Decreto 203/1995, de 10 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, 52, de 2 de marzo de 1995, 7237-7246.
- Real Decreto 2612/1996, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado por el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio. *Boletín Oficial del Estado*, 14, 16 de enero de 1997, 1665-1673.
- Real Decreto 865/2001, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Reconocimiento del Estatuto de Apátrida. *Boletín Oficial del Estado*, 174, de 21 de julio de 2001, 26603-26606.
- Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero sobre Entrada y Permanencia en España de Nacionales de Estados Miembros de la Unión Europea y de Otros Estados Parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. *Boletín Oficial del Estado*, 46, 22 de febrero de 2003, 7397-7402.

- Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Protección Temporal en Caso de Afluencia Masiva de Personas Desplazadas. *Boletín Oficial del Estado*, 256, de 25 de octubre de 2003, 38160-38167.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. (1994) *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid, Díaz de Santos.
- Regidor E, et al. (1996) Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 106, 285-289.
- Regidor E, et al. (2002) Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/97. *Social Science and Medicine*, 54, 9, 1323-1332.
- Resolución de 9 de abril de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 1 de abril de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la gestión y revisión del Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 87, 11 de abril de 1997, 11449-11473.
- Resolución de 21 de julio de 1997 de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal. *Boletín Oficial del Estado*, 177, 25 de julio de 1997, 22875-22887.
- Resolución de 6 de julio de 1998, de la Dirección General del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Acogida a Refugiados del IMSERSO y se desarrolla la Orden de 13 de enero de 1989, sobre Centros de Acogida a Refugiados. *Boletín Oficial del Estado*, 188, 7 de agosto de 1998, 26883-26888.
- Resolución de 26 de mayo de 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 28 de abril de 2005, del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre el procedimiento para acordar la caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente que no sean renovados cada dos años. *Boletín Oficial del Estado*, 128, 30 de mayo de 2005, 18112-18116.
- Rivas FP, et al. (2000) Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114, 7, 245-249.
- Roca C, et al. (1999) Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos en la comarca del Maresme. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112, 6, 215-217.
- Roca C, et al. (2002) Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1321 pacientes. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 119, 16, 616-619.
- Rohlfs I, et al. (1997) Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido en las mujeres. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108, 566-571.
- Salas J, et al. (2003) Tasa de empadronamiento real de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Poniente almeriense. *Gaceta Sanitaria*, 17, 4, 312-315.
- Salazar A, et al. (2003) Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 77, 6, 713-723.
- San Román T. (1990) *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- San Román T. (1996). *Los muros de la separación. Ensayo sobre alterofobia y filantropía*. Barcelona, Tecnos, Universitat Autònoma de Barcelona.

- San Román T. (2002) Un camino para ganar conocimiento. En: González A, Molina JL., coords. (2002) *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB. Homenaje a Ramón Valdés*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, 423-444.
- Sanz B, Torres AM, Schumacher R. (2000) Características socioedemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*, 26, 5, 314-318.
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, ed. (2007a) *Anuario estadístico de inmigración. 2006*. [En línea] página web <http://extranjeros.mtas.es>. [Consulta, 1 de octubre de 2007].
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, ed. (2007b) *Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 30 de junio de 2007*. [En línea] página web <http://extranjeros.mtas.es>. [Consulta, 1 de octubre de 2007].
- Serrano A, et al. (2003) Riesgos de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 27, 6, 161-167.
- Shweder RA, LeVine RA., eds. (1984) *Culture theory. Essays on mind, self and emotion*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Stevens AF, Gilliam S. (1998) Health needs assessment: Needs assessment: from theory to practice. *British Medical Journal*, 316, 7142, 1448-1452.
- Svoboda R. (2003) *Ayurveda*. Barcelona, Kairós.
- Taussig M. (1995) La reificación y la conciencia del paciente. En: Taussig M. (1995) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona, Gedisa, 110-143.
- Tizón JL. (1989) Migraciones y salud mental. *Gaceta Sanitaria*, 3, 527-529.
- Unión Europea, UE, ed. (1992) *Tratado de la Unión Europea*. Maastrich, UE.
- Vázquez V, Espejo J, Faus MJ. (2006) Determinación de las necesidades de atención farmacéutica de los inmigrantes del campo de Gibraltar. *Pharmacy Practice*, 4, 1, 24-33.

BIBLIOGRAFÍA REFERIDA[21]

- American Psychiatric Association, APA, ed. (1983) *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1990) *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association, APA, ed. (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- American Psychological Association (1992) Ethical principles of psychologist and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Battistela G. (1997) *Reintegration of migrants: issues from the Philippine experiencie*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Migration at Century's End. IUSSP, Barcelona. (sic)
- Benach J. (1997) La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11, 255-257.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M. (1995) *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres, King's Foundation.
- Bhugra D, et al. (1997) Incidence and outcome of schizophrenia in whites, African-Caribbeans and Indian Asians in London. *Psychological Medicine*, 27, 791-798.
- Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. (1996) *Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Ginebra, OMS, European Series nº 58.
- Carrasco S. (1992a) *Antropologia i alimentació: una proposta per a l'estudi de la cultura alimentària*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament d'Antropologia Social i Cultural, Tesis de doctorado, no publicada.
- Carrasco S. (1992b) L'enculturació alimentària dels infants. Notes sobre un estudi de cas a la Catalunya urbana. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 2.
- Carstairs V. (1981) Multiple deprivation and health state. *Community Medicine*, 3, 4-14.
- Carstairs V, Morris R. (1988) Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Community Medicine*, 11, 3, 210-219.
- Carstairs V, Morris R. (1991) *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press.
- Center for Disease Control and Prevention, CDC, ed. (2001) *Reported tuberculosis in the United States*. Atlanta, CDC.
- Cochrane R. (1977) Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of hospitals admissions 1971. *Social Psychiatry*, 15, 109-116.
- Cochrane R. (1987) Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social Psychiatry*, 22, 180-191.
- Crompton R. (1993) *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid, Tecnos.
- Dahlgren G, Whitehead M. (1992) *Policies and strategies to promote equity and health. Copenhague*. WHO, Regional Office for Europe.

[21] En este apartado se recogen las referencias bibliográficas mencionadas por autores que se citan en el texto (que, a su vez, aparecen referenciados en la Bibliografía Citada) y que no han sido utilizadas o analizadas en profundidad en la elaboración del mismo. Aclarar que estas referencias se incluyen aquí tan solo cuando el autor citado las proporciona y con los datos con los que lo hace.

- Davey-Smith G, Shipley MJ, Rose G. (1990) Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study. *Journal Epidemiology and Community Health*, 44, 265-270.
- Domínguez-Berjón MF, et al. (1999) Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991: interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels. *European Journal of Epidemiology*, 15, 723-729.
- Engels F. (1981 [1844]) La situación de la clase obrera en Inglaterra. En: Engels F. (1981 [1844]) *Escritos de juventud*. México, Fondo de Cultura Económica, 281-553.
- Furnham A, Bochner S. (1986) *Culture shock*. Londres, Routledge.
- Gellert GA. (1993) International migration and control of communicable diseases. *Social Science and Medicine*, 37, 1489-1499.
- Gordon D. (1995) Census based deprivation indices: their weighting and validation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, supl. 2, 39-44.
- Greenland S. (1992) Divergent biases in ecological and individual-level studies. *Statistical Medicine*, 11, 1209-1223.
- Habermas J. (1989) *Conocimiento e interés*. Madrid, Taurus.
- Idler EL, Benyamini Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- Jansá JM. (1998) Inmigración extranjera en el estado español: consideraciones desde la Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 165-168.
- Kaplan A. (1991) Aproximación a algunos aspectos etnográficos de la región de Senegambia. *Revista de Trabajo Social*, 123. (sic)
- Krieger N, Fee E. (1994) Social class: the missing link in US health data. *International Journal of Health Services*, 24, 1, 25-44.
- Leff J. (1988) *Psychiatry around the globe*. Londres, Gaskell.
- Littlewood R, Lipsedge M. (1981) Acute psychotic reactions in Caribbean born patients. *Psychological Medicine*, 11, 303-318.
- Llàcer A, et al. (2001) Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gaceta Sanitaria*, 15, 197-199.
- Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. (1984) Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, 2, 1003-1006.
- Marmot MG, et al. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244-249.
- Morgenstern H. (1982) Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. *American Journal of Public Health*, 72, 12, 1336-1344.
- Morgenstern H. (1995) Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles and methods. *Annual Review of Public Health*, 16, 61-81.
- Morris R, Carstairs V. (1991) Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes. *Journal of Public Health Medicine*, 13, 4, 318-326.
- Muñoz E, Nebot M. (2001) *Cobertura vacunal en població immigrant atesa al Servei de Vacunes de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (comunicació personal)*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública (sic).
- Navarro JA. (2001) *Actualización del calendario vacunal en población inmigrante*. Ponencia presentada al Primer Congreso de la Asociación Española de Vacunologia. Cádiz (sic).
- Níguez JC, et al. (2001) Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación. En: Sociedad Española de Vacunología, ed. (2001) *Resúmenes del Congreso de la Sociedad Española de Vacunología*. Cádiz, Sociedad Española de Vacunologia (sic).

- North F, et al. (1993) Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall Study II. *British Medical Journal*, 306, 361-366.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1979) *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, ed. (1995) *Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les écarts*. Ginebra, OMS.
- Pasarín M, Salvador J. (2001) *L'embaràs adolescent a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.
- Patrick DL, Berger M. (1990) Measurement of health status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-183.
- Piantadosi S, Byar DP, Green SB. (1988) The ecological fallacy. *American Journal of Epidemiology*, 127, 5, 893-904.
- Rael EGS, et al. (1995) Sickness absence in the Whitehall II study, London. The role of social support and material problems. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 474-481.
- Ridley CR, Medonza DW, Kanitz BG. (1994) Multicultural training: reexamination, operationalization and integration. *The Counseling Psychologist*, 22, 227-289.
- Schwartz S. (1994) The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. *American Journal of Public Health*, 84, 819-824.
- Sontang S. (1978) *Illness as a metaphor*. Nueva York, Farrer, Strauss & Guiroux. [Versión en castellano: Sontang S. (1980) *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnick.]
- Susser M. (1994) The logic in ecological I. The logic of analysis. *American Journal of Public Health*, 84, 825-829.
- The Health of the Nation (1995) *Variations in health. What can the Department of Health and the NHS do?* Department of Health. (sic)
- Thunhurst C. (1985) The analysis of small area statistics and planning for health. *The Statistician*, 34, 93-106.
- Townsend P. (1979) *Poverty in the United Kingdom. A survey of household resources and standards of living.* Berkeley y Los Ángeles, University California Press.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M. (1988) *Inequalities in health: the Black report and the Health Divide*. Londres, Penguin Books.
- Townsend P, Phillimore P, Beattie A. (1988) *Health and deprivation. Inequality and the North*. Londres, Croom Helm.
- Virchow R. (1985 [1848]) *Collectes essays on public health and epidemiology*. Canton Mass, Science History, vol. 2.
- Widiger T, Corbitt E. (1995) Antisocial personality disorder. En: Livesley W., ed. (1995) *The DSM-IV personality disorders. Diagnosis and treatment of mental disorders*. Nueva York, Guilford Press, 103-126.
- Zellweger JP. (1993) Screening for tuberculosis in risk groups in Switzerland. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen*, 41, 739-743.